

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 30 Número 1

Enero-junio 2020

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

Ansiedad como modificador de sueño e ingesta alimentaria en madres primigestas  
*Lilí Serrano-Mata, Montserrat Melgarejo-Gutiérrez, Héctor-Gabriel Acosta-Mesa, Yolanda Campos-Uscanga, María Erika Ortega-Herrera, Yamilet Ehrenzweig-Sánchez y María del Socorro Herrera-Meza*

La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso  
*David Ruiz-Parros, Lourdes Ruiz-Parros y Verónica Cruz-Repiso*

Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana  
*Norma Betanzos-Díaz, Ulises Delgado-Sánchez, María Fernanda Gabriela Martínez-Flores y Francisco Paz-Rodríguez*

Percepción de dificultades para la participación de los adultos mayores hidalguenses en actividades instrumentales  
*María del Refugio Acuña Gurrola, Bertha Maribel Pimentel Pérez, Dulce Abril Galindo Luna, Ileana Casasola Pérez, Raúl Azael Agis Juárez y Eduardo Guzmán Olea*

Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación  
*Leonor Mariana Duque-Fernández, Martha Ornelas-Contreras y Elia Verónica Benavides-Pando*

Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatas a revascularización coronaria  
*Ana Karen Talavera-Peña, Blanca Inés Vargas-Núñez, Carlos Gonzalo Figueroa-López, Mirna García-Méndez y Rosa Martha Meda-Lara*

Comparación de las fases de codificación y evocación de la información en diabetes mellitus y síndrome metabólico  
*Yanned Esbeydy López-Vargas, Erika Hinojosa Calvo y Ferrán Padrós-Blázquez*

El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida  
*John Jairo García-Peña y Bernardo Ángel Tabón*

Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas  
*Luis Ángel Pérez-Romero y Ariel Vite-Sierra*

Validación del Brief Pedestrian Behavior Questionnaire en una muestra de estudiantes mexicanos  
*Jorge A. Ruiz, Diana Alejandra González-García y Karina Alicia Bermúdez-Rivera*

Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana  
*Héctor Velázquez-Jurado, Daniel Niño-Tamayo, Athena Flores-Tarres, Aldo de la Fuente-Villanueva, María del Pilar Méndez-Sánchez y Rafael Peñalazo-Gómez*

Propiedades psicométricas de la Prueba Breve de Funcionamiento (FAST) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en México  
*Marisol Castañeda-Franco, Claudia Becerra-Palars, Elsa Georgina Tirado-Durán, María Yaldí-Negrete y Francisco Lorenzo Juárez-García*

Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México  
*Raúl Gutiérrez Mercado*

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 30, Número 1 • Enero-junio de 2020

*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](mailto:psicologiaysalud@uv.mx) y [rbulle@uv.mx](mailto:rbulle@uv.mx).

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

Visítenos en: [psicologiaysalud.uv.mx](http://psicologiaysalud.uv.mx)

# SUMARIO

Volumen 30, Número 1  
Enero-junio de 2020

Ansidad como modificador de sueño e ingesta alimentaria en madres primigestas <i>Lili Serrano-Mata, Montserrat Melgarejo-Gutiérrez, Héctor-Gabriel Acosta-Mesa, Yolanda Campos-Uscanga, María Erika Ortega-Herrera, Yamilet Ehrenzweig-Sánchez y María del Socorro Herrera-Meza</i> .....	5
La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso <i>David Ruiz-Porras, Lourdes Ruiz-Porras y Verónica Cruz-Repiso</i> .....	15
Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana <i>Norma Betanzos-Díaz, Ulises Delgado-Sánchez, María Fernanda Gabriela Martínez-Flores y Francisco Paz-Rodríguez</i> .....	25
Percepción de dificultades para la participación de los adultos mayores hidalguenses en actividades instrumentales <i>María del Refugio Acuña Gurrola, Bertha Maribel Pimentel Pérez, Dulce Abril Galindo Luna, Ileana Casasola Pérez, Raúl Azael Agis Juárez y Eduardo Guzmán Olea</i> .....	37
Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación <i>Leonor Mariana Duque-Fernández, Martha Ornelas-Contreras y Elia Verónica Benavides-Pando</i> .....	45
Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria <i>Ana Karen Talavera-Peña, Blanca Inés Vargas-Nuñez, Carlos Gonzalo Figueroa-López, Mirna García-Méndez y Rosa Martha Meda-Lara</i> .....	59
Comparación de las fases de codificación y evocación de la información en diabetes mellitus y síndrome metabólico <i>Yanned Esbeydy López-Vargas, Erika Hinojosa Calvo y Ferrán Padrós-Blázquez</i> .....	73
El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida <i>John Jairo García-Peña y Bernardo Ángel Tobón</i> .....	83
Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas <i>Luis Ángel Pérez-Romero y Ariel Vite-Sierra</i> .....	95
Validación del Brief Pedestrian Behavior Questionnaire en una muestra de estudiantes mexicanos <i>Jorge A. Ruiz, Diana Alejandra González-García y Karina Alicia Bermúdez-Rivera</i> .....	105
Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana <i>Héctor Velázquez-Jurado, Daniel Niño-Tamayo, Athena Flores-Torres, Aldo de la Fuente-Villanueva, María del Pilar Méndez-Sánchez y Rafael Peñaloza-Gómez</i> .....	117
Propiedades psicométricas de la Prueba Breve de Funcionamiento (FAST) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en México <i>Marisol Castañeda-Franco, Claudia Becerra-Palars, Elsa Georgina Tirado-Durán, María Yoldi-Negrete y Francisco Lorenzo Juárez-García</i> .....	123
Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México <i>Raúl Gutiérrez Mercado</i> .....	133

# SUMMARY

Volume 30, Number 1  
January-June 2019

Anxiety as modifier of sleep and food intake in primiparous mothers <i>Lilí Serrano-Mata, Montserrat Melgarejo-Gutiérrez, Héctor-Gabriel Acosta-Mesa, Yolanda Campos-Uscanga, María Erika Ortega-Herrera, Yamilet Ehrenzweig-Sánchez and María del Socorro Herrera-Meza</i> .....	5
Depression in relation to assisted reproduction techniques, and the influence of professional advice during the process <i>David Ruiz-Porras, Lourdes Ruiz-Porras and Verónica Cruz-Repiso</i> .....	15
Employability, emotional regulation, initiative, and satisfaction with life in Human Communication students <i>Norma Betanzos-Díaz, Ulises Delgado-Sánchez, María Fernanda Gabriela Martínez-Flores and Francisco Paz-Rodríguez</i> .....	25
Perception of difficulties for the participation of elderly people from Hidalgo (Mexico) in instrumental activities <i>María del Refugio Acuña Gurrola, Bertha Maribel Pimentel Pérez, Dulce Abril Galindo Luna, Ileana Casasola Pérez, Raúl Azael Agis Juárez and Eduardo Guzmán Olea</i> .....	37
Physical activity and its relationship with aging and functional capacity: A review of the research literature <i>Leonor Mariana Duque-Fernández, Martha Ornelas-Contreras and Elia Verónica Benavides-Pando</i> .....	45
Psychoeducational intervention to modify anxiety, depression, and quality of life in candidates for coronary artery bypass <i>Ana Karen Talavera-Peña, Blanca Inés Vargas-Nuñez, Carlos Gonzalo Figueroa-López, Mirna García-Méndez and Rosa Martha Meda-Lara</i> .....	59
Comparison of coding and evocation of information phases in diabetes mellitus and metabolic syndrome <i>Yanned Esbeydy López-Vargas, Erika Hinojosa Calvo and Ferrán Padrós-Blázquez</i> .....	73
HIV: From pharmacological adherence to quality of life <i>John Jairo García-Peña and Bernardo Ángel Tobón</i> .....	83
Measuring the psychological flexibility: Validation of Acceptance and Action Questionnaire on substance abuse <i>Luis Ángel Pérez-Romero and Ariel Vite-Sierra</i> .....	95
Validation of the Brief Pedestrian Behavior Questionnaire in a sample of Mexican students <i>Jorge A. Ruiz, Diana Alejandra González-García and Karina Alicia Bermúdez-Rivera</i> .....	105
Cultural adaptation and psychometric properties of Leahy's Emotional Schema Scale (LESS II) in Mexican population <i>Héctor Velázquez-Jurado, Daniel Niño-Tamayo, Athena Flores-Torres, Aldo de la Fuente-Villanueva, María del Pilar Méndez-Sánchez and Rafael Peñaloza-Gómez</i> .....	117
Psychometric properties of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in patients diagnosed with bipolar disorder in Mexico <i>Marisol Castañeda-Franco, Claudia Becerra-Palars, Elsa Georgina Tirado-Durán, María Yoldi-Negrete and Francisco Lorenzo Juárez-García</i> .....	123
Care proposal for online psychotherapy services (telepsychotherapy) derived from the Covid-19 in Mexico <i>Raúl Gutiérrez Mercado</i> .....	133

# Ansiedad como modificador de sueño e ingesta alimentaria en madres primigestas<sup>1</sup>

## *Anxiety as modifier of sleep and food intake in primiparous mothers*

Lili Serrano-Mata<sup>2</sup>, Montserrat Melgarejo-Gutiérrez<sup>3</sup>, Héctor-Gabriel Acosta-Mesa<sup>4</sup>, Yolanda Campos-Uscanga<sup>5</sup>, María Erika Ortega-Herrera<sup>2</sup>, Yamilet Ehrenzweig-Sánchez<sup>2</sup> y María del Socorro Herrera-Meza<sup>2</sup>

*Citación:* Serrano M., L., Melgarejo G., M., Acosta M., H.G., Campos U., Y., Ortega H., M.E., Ehrenzweig S., Y. y Herrera M., M. del S. (2020). Ansiedad como modificador de sueño e ingesta alimentaria en madres. *Psicología y Salud*, 30(1), 5-13.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la ansiedad, la ingesta alimentaria, la calidad y la fragmentación de sueño en madres primigestas. Participaron 38 díadas de madres-hijos lactantes. Las variables maternas de ansiedad y calidad de sueño fueron medidas mediante los Índices de Ansiedad Rasgo-Estado y de Calidad de Sueño de Pittsburgh, y la ingesta alimentaria por un recordatorio de 24 horas. Las madres registraron durante una semana el diario de sueño de sus hijos. Los resultados muestran la ansiedad como respuesta emocional recurrente en las madres primigestas; en aquellas que mostraban ansiedad-rasgo se observaron mala calidad de sueño y disfunciones diurnas. Las madres que manifestaron ansiedad-estado tenían una ingesta rica en hidratos de carbono y proteínas. En conclusión, las madres primigestas mostraron altos niveles de ansiedad rasgo-estado no relacionados directamente con el número de despertares nocturnos de sus hijos. Al parecer, el estado de ansiedad *per se* es suficiente para inducir una mala calidad de sueño.

**Palabras clave:** Madres primigestas; Ansiedad; Sueño; Ingesta alimentaria; Lactantes.

### ABSTRACT

*The purpose of the present study was to explore anxiety, dietary intake, quality and sleep fragmentation in primiparous mothers. A total of 38 dyads of mothers and their lactating babies participated. Maternal anxiety and sleep quality were measured through the Trait-State Anxiety and the Pittsburgh Sleep Quality Index. Dietary intakes were assessed using a single 24-hour dietary recording and recalling procedure. Mothers completed their babies sleep diary during one week. Results show that anxiety is a recurrent emotional response in primiparous mothers, where those with trait anxiety have poorer sleep quality and diurnal dysfunctions. Mothers with state anxiety showed a carbohydrates and proteins rich intake. In conclusion, trait and state anxiety are highly recurrent in primiparous mothers. Neither trait and state anxiety seemed directly related with the number of nocturnal awakenings of their children, thus apparently the state of anxiety per se, is sufficient to induce poor sleep quality.*

**Key words:** Primiparous mothers; Anxiety; Sleep; Food intake; Infants.

<sup>1</sup> Los autores agradecen al CONACYT por la beca otorgada (634453), y asimismo a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) y a la Unidad de Vida Saludable (UVISA). Artículo recibido el 17 de septiembre y aceptado el 27 de noviembre de 2018.

<sup>2</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (288)841-89-14, correo electrónico: soherrera@uv.mx.

<sup>3</sup> Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Calle Médicos y Odontólogos s/n, Col. U. H. del Bosque, 91100 Xalapa, Ver., México.

<sup>4</sup> Centro de Investigación en Inteligencia Artificial, Universidad Veracruzana, Sebastián Camacho 5, Zona Centro, 91000 Xalapa, Ver., México.

<sup>5</sup> Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México.

## INTRODUCCIÓN

Las madres primigestas modifican en gran medida su estilo de vida debido a los cambios psicológicos, físicos y fisiológicos que deben afrontar (Londoño, García y Tamayo, 2016), los que dan como resultado estados afectivos alterados (Araque, Belén, López y Linares, 2015). Tal es el caso de la ansiedad (Escribano, 2016; Pereira, Carvalho, Soares y Gualda, 2015), la cual, para su evaluación cuantitativa, ha sido dividida en ansiedad-rasgo (AR) y ansiedad-estado (AE). La AR es la característica constante que tiene un individuo al reaccionar a estímulos que considera potencialmente amenazantes y constituye una respuesta de tipo crónico; la AE, a su vez, es una respuesta transitoria y aguda caracterizada por la excitación (Horváth et al., 2016).

La ansiedad, aunada a una constante fragmentación de sueño (Lawson, Murphy, Sloan, Uleryk y Dalfen, 2015; Tham et al., 2016), producida por los patrones de sueño y los horarios de alimentación del recién nacido, propician una deuda crónica en el dormir materno (Meltzer y Montgomery-Downs, 2011; Montgomery-Downs, Insana, Clegg-Kraynok y Mancini, 2010; Tikotzky et al., 2015), lo que desencadena reacciones psicológicas y fisiológicas en la salud materna (Xiao et al., 2014).

Algunos estudios han descrito una comorbilidad entre la ansiedad y algunas alteraciones del sueño, como la fragmentación del mismo y el insomnio (Ko, Chen, Wang y Su, 2014; Lawson et al., 2015; McBean y Montgomery-Downs, 2015; Xiao et al., 2014). Aunado a lo anterior, hay evidencias de una correlación entre la mala calidad o cantidad del sueño con los síntomas de ansiedad en las madres lactantes (Ko et al., 2014; Lawson et al., 2015), por tal motivo, la ansiedad y las alteraciones en el dormir comparten una relación bidireccional (Brito, Almeida, Rodríguez, González, y Cabrera, 2012; Escobar, González, Velasco, Salgado y Ángeles, 2013).

Por otra parte, diversos estudios (Broussard et al., 2016; Chaput, 2014; Dashti, Scheer, Jacques, Lamon-Fava y Ordovas, 2015; St-Onge, Bormes y Salazar, 2016) han concluido que la disminución del sueño predispone a un aumento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico.

De hecho, se ha reportado que la duración insuficiente de sueño es un factor que puede contribuir a la pérdida de la homeostasis corporal (Brito et al., 2012; Escobar et al., 2013), por lo que las alteraciones en los niveles de ansiedad y la fragmentación del sueño nocturno en las madres modifican su ingesta alimentaria (Chang, Brown, Nitzke, Smith y Eghtedary, 2015; Xiao et al., 2014).

En la población mexicana se han llevado a cabo estudios relacionados con la ansiedad materna y sus consecuencias psicológicas. Una investigación hecha en madres con recién nacidos mostró que grados altos de ansiedad se relacionaban con una mayor morbilidad materno-fetal (Gutiérrez, Morales y Treviño, 2013). En otra, realizada en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas, reveló que la sintomatología ansiosa prenatal no tratada predice síntomas ansiosos y depresivos en el posparto, y que a su vez se relaciona con el parto prematuro y con consecuencias en el recién nacido, como bajo peso, problemas neuroconductuales y dificultades para dormir (Navarrete, Lara, Navarro, Gómez y Morales, 2012). Aunque en México se ha evaluado el efecto de la ansiedad materna en la etapa perinatal y el posparto, se han dejado de lado algunas variables asociadas a la sintomatología materna, sin valorarla directamente en madres primigestas, como la relación que pudiera haber entre la ansiedad, la calidad del sueño materno y el tipo de alimentación. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo cuantitativo, con diseño no experimental, transversal, descriptivo y analítico fue estudiar la ansiedad, la calidad de sueño, la ingesta alimentaria y la fragmentación de sueño en madres primigestas atendidas en la Unidad de Vida Saludable (UVISA) de los Servicios de Salud de Veracruz (SESSVER).

## MÉTODO

### Participantes

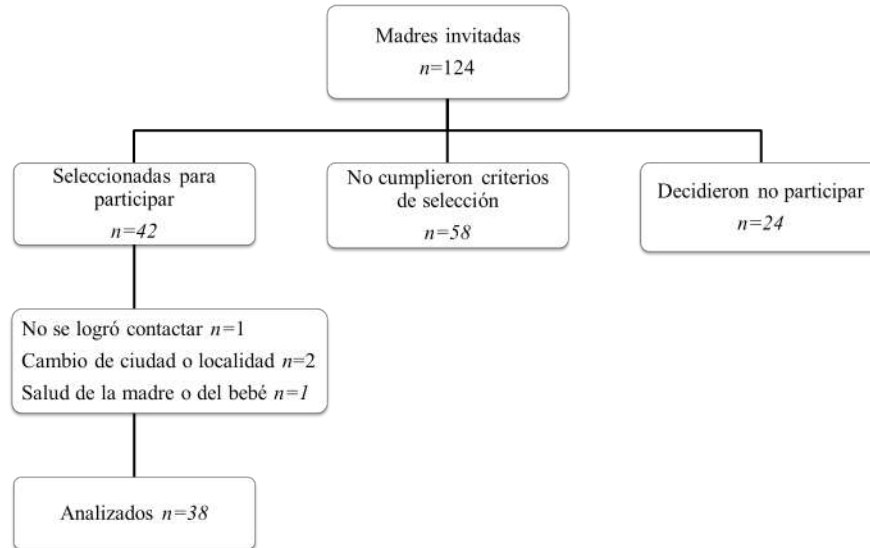
La muestra fue reclutada de los grupos de estimulación temprana de la mencionada unidad, ubicada en la ciudad de Xalapa, Ver. (México), con la que se trabajó a lo largo de cinco meses. La referida unidad recibe únicamente población sana con factores de riesgo para la salud, sin derecho-

habiencia, procedente de la zona urbana y de clase socioeconómica media y baja.

Al inicio de la investigación se invitó a 124 mujeres a participar en el estudio, de las cuales 24 decidieron no hacerlo y 58 no cumplieron con

los criterios de inclusión, por lo que finalmente se dispuso de una muestra de 38 díadas de madres primigestas y sus hijos lactantes. En la Figura 1 se describe el referido proceso.

**Figura 1.** Diagrama de las díadas contactadas y seleccionadas para la participación en el estudio.



**Criterios de inclusión:** Madres primigestas de 20 a 35 años, con hijos lactantes de 3 a 24 meses de edad, residentes en zonas urbanas, usuarias de la UVISA y alfabetizadas.

**Criterios exclusión:** Madres con alguna enfermedad crónica degenerativa o con diagnóstico trastorno neurológico y lactantes con datos de nacimiento prematuro o con diagnóstico de problemas neurológicos.

## Instrumentos

**Índice de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)** (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1970). Traducido al español por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), está validado en madres mexicanas y normalizado en dicha población por Morales y González (1990). Presenta un coeficiente de confiabilidad de 0.83 (Rojas, 2010). Este instrumento evalúa dos tipos de ansiedad: rango y estado. En la escala de ansiedad-rasgo el sujeto debe responder con una de cuatro opciones: “casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre”; y en la escala de ansiedad-estado con “no”, “poco”, “regular” y “mucho”. Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos, y con 4,

3, 2 y 1 en los negativos.

**Recordatorio de 24 horas.** Este instrumento permite estimar la ingesta alimentaria y consiste en recolectar información detallada sobre los alimentos y bebidas consumidos el día anterior a la aplicación (tipo, cantidad y modo de preparación, entre otros). Esta técnica hace posible profundizar y completar la descripción de la ingesta a medida que la persona va recordando (Carroll, 2014).

**Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP)** (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman y Kupfer, 1989).

Validado en población mexicana por Jiménez, Monteverde, Portocarrero, Esquivel y Vega (2008), este índice proporciona una puntuación global de la calidad del sueño y puntuaciones parciales de siete dimensiones del mismo: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, perturbaciones extrínsecas, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna (Quevedo y Quevedo, 2011). El instrumento posee un coeficiente de confiabilidad de 0.78 y coeficientes de correlación entre las dimensiones que van de 0.53 a 0.77 (Jiménez et al., 2008).



*Diario de sueño del lactante.* Se compone de una tabla con subdivisiones verticales y horizontales para cada hora y día de semana, en donde se indica las horas en las que al bebé se le acuesta y se le levanta. Esta forma de registro gráfico facilita una visión global del dormir en el lactante, obteniéndose datos tales como la hora a la que se acuesta al bebé por la noche y se le levanta, el tiempo que está despierto en la cama antes de dormirse y la frecuencia y duración de los despertares nocturnos, entre otros. El instrumento requiere que la madre del lactante lleve el registro durante siete días consecutivos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011).

### Procedimiento

Una vez que el estudio fue autorizado por el Comité de Ética de los SESVER (registro SCEII-003-15), se invitó a las madres a participar durante las sesiones de estimulación temprana dirigidas por el área de psicología de la UVISA, a quienes se informó acerca de la naturaleza y alcances de la investigación. Se les pidió firmar una carta de consentimiento informado a las madres que decidieron participar en el estudio.

Al inicio de la investigación se explicó a las madres el método de registro del diario de sueño de sus hijos lactantes y se monitorearon cada tercer día por vía telefónica para aclarar cualquier duda sobre su llenado. Después se citó a las madres para aplicarles el recordatorio de 24 horas, el IDARE y el ICSP para medir las variables del estudio.

Para la aplicación del recordatorio de 24 horas, las madres fueron entrevistadas por una nutrióloga en una sola ocasión, donde especificaron todo lo que ingirieron el día anterior (Lazo, Camacho, Ríos, Ruiz y Lobera, 2015). Una vez obtenidos los datos, se determinó el contenido de hidratos de carbono, proteínas y lípidos mediante el cálculo del Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (Ferrari, 2013). Para la aplicación del IDARE y el ICSP las madres fueron atendidas individualmente por una psicóloga.

### Análisis estadístico

Se verificó la distribución normal en variables numéricas y se realizó un análisis de varianza con una prueba *post-hoc* de Tuckey para pruebas de comparaciones múltiples. En las variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia evaluadas mediante la prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ). Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para analizar las correlaciones entre las variables numéricas. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico MINITAB, v. 17, y el ambiente de desarrollo científico MATLAB 2009.

### RESULTADOS

Las dos dimensiones que integran el IDARE mostraron niveles bajos de confiabilidad en esta muestra: ansiedad-estado  $\alpha = 0.462$  y ansiedad rasgo  $\alpha = 0.499$ , al igual que la prueba global ( $\alpha = 0.455$ ). Para el caso del índice de calidad del sueño, la confiabilidad también fue baja ( $\alpha = 0.567$ ). Aunque esta escala se integra por las dimensiones de calidad del sueño y duración del dormir, únicamente se estima la confiabilidad general en virtud de que la última dimensión se valora con un solo ítem.

Por su parte, la ansiedad-rasgo tuvo una relación significativa con la calidad de sueño y la disfunción diurna materna; sin embargo, la ansiedad-estado no mostró relación significativa alguna con la variable de calidad de sueño (Tabla 1).

**Tabla 1.** Análisis de frecuencias de las variables de ansiedad, calidad de sueño y disfunción diurna en madres primigestas.

Variables	$\chi^2$	gl	<i>p</i>
Ansiedad-rasgo vs. Calidad de sueño	6.04	2	<b>0.04</b>
Ansiedad-rasgo vs. Disfunción diurna	16.95	6	<b>0.00</b>
Ansiedad-rasgo vs. Ansiedad-estado	4.61	4	0.32
Ansiedad-estado vs. Calidad de sueño	2.96	2	0.22
Ansiedad-estado vs. Disfunción diurna	5.57	6	0.47

\*gl: grados de libertad. El desglose del análisis de las variables que resultaron estadísticamente significativas, resaltadas en negritas, se presenta en las Tablas 2 y 3.

Por otro lado, ninguna de las madres participantes presentó AR en un nivel bajo, pero a partir de nivel medio (7.89%) se incrementó significativamente hasta un nivel alto (42.11%) y muy alto (50%). Los resultados revelan que del total de madres con nivel medio de AR, 66.66% tenían una buena cali-

dad de sueño y mala el 33%; mientras que del total de las madres con nivel alto de AR, la mitad tenía buena calidad de sueño y la otra una mala calidad. Cabe destacar que solo 15% de las madres con un nivel muy alto de AR mostró una buena calidad de sueño (Tabla 2).

**Tabla 2.** Nivel de ansiedad rasgo de acuerdo a la calidad de sueño de las madres participantes.

Ansiedad-rasgo	Calidad de sueño (%) (n)		
	Buena	Mala	Marginales
Bajo	—	—	—
Medio	5.26 (2)	2.63 (1)	7.89 (3)
Alto	21.05 (8)	21.05 (8)	42.11 (16)
Muy alto	7.89 (3)	42.11 (16)	50.00 (19)
Marginales	34.21 (13)	65.79 (25)	100.00 (38)

Se analizó la relación entre los componentes que estructuran el ICSP y los niveles de AR, encontrándose significancia estadística solamente en el componente de disfunción diurna. La disfunción diurna significativa y aguda no se presentó en madres con un nivel de ansiedad medio; no obstante, la

disfunción diurna significativa ocurrió en madres con nivel alto de AR (10.53%). Es importante destacar que de las madres con un nivel muy alto de AR (18.42%) mostraron disfunciones diurnas significativas, y el otro 18.42% disfunciones agudas (Tabla 3).

**Tabla 3.** Niveles de ansiedad de acuerdo al componente de disfunción diurna del ICSP de las madres participantes.

Ansiedad-rasgo	Disfunción diurna (%) (n)				
	Nula	Mínima	Significativa	Aguda	Marginales
Bajo	—	—	—	—	—
Medio	5.26 (2)	2.63 (1)	0 (0)	0 (0)	7.89 (3)
Alto	7.89 (3)	23.68 (9)	10.53 (4)	0 (0)	42.11 (16)
Muy alto	5.26 (2)	7.89 (3)	18.42 (7)	18.42 (7)	50.00 (19)
Marginales	18.42 (7)	34.21 (13)	28.95 (11)	18.42 (7)	100.00 (38)

Respecto a la ansiedad-estado (AE) y la ingesta alimentaria de las madres, se halló que solamente el consumo de hidratos de carbono y proteínas fue significativo; no obstante, no hubo significancia

estadística cuando se analizaron las variables de AR, ingesta alimentaria y calidad de sueño materno (Tabla 4).

**Tabla 4.** Análisis de varianza para ansiedad e ingesta alimentaria materna.

Variabes	F	p
Ansiedad-estado vs. Hidratos de carbono	5.59	0.00
Ansiedad-estado vs. Proteínas	3.13	0.04
Ansiedad-estado vs. Lípidos	1.38	0.26
Ansiedad-rasgo vs. Hidratos de carbono	0.15	0.86
Ansiedad-rasgo vs. Proteínas	0.20	0.81
Ansiedad-rasgo vs. Lípidos	0.28	0.75
Calidad de sueño vs. Hidratos de carbono	1.24	0.27
Calidad de sueño vs. Proteínas	1.41	0.24
Calidad de sueño vs. Lípidos	1.00	0.32

\*El desglose del análisis de las variables que resultaron estadísticamente significativas, resaltadas en negritas, se presenta en la Tabla 5.

En la Tabla 5 se puede observar que no hubo casos de AE en un nivel bajo. Se hallaron diferencias significativas entre el nivel medio de AE y el consumo de hidratos de carbono y proteínas, comparado con los niveles alto y muy alto de AE. Las madres en nivel medio consumieron una mayor cantidad de hidratos de carbono ( $89.4 \pm 11.16$ ) en comparación con las de nivel alto y muy alto ( $58.89 \pm 3.36$  y  $57.47 \pm 9.08$ , respectivamente). De manera similar, las madres primigestas con nivel medio de AE consumían una mayor cantidad de proteínas ( $31.60 \pm 3.76$ ), comparadas con los niveles alto y muy alto de AE ( $21.44 \pm 1.64$  y  $21.47 \pm 3.30$ , respectivamente).

**Tabla 5.** Niveles de ansiedad estado, consumo de hidratos de carbono y proteínas de las madres participantes.

Ansiedad-estado	Hidratos de carbono	F	p
Bajo	—	5.59	0.00
Medio	$89.4 \pm 11.16^a$		
Alto	$58.89 \pm 3.36^b$		
Muy alto	$57.47 \pm 9.08^b$		
	Proteínas	3.13	0.04
Bajo	—		
Medio	$31.60 \pm 3.76^a$		
Alto	$21.44 \pm 1.64^b$		
Muy alto	$21.47 \pm 3.30^{a,b}$		

Cuando se efectuaron las correlaciones de Pearson entre los despertares nocturnos de los hijos lactantes y la ingesta alimentaria materna se pudo observar que no hubo correlación entre esas variables (Tabla 6).

**Tabla 6.** Correlación de Pearson entre la ingesta alimentaria materna y los despertares nocturnos de sus hijos lactantes.

Variables	Correlación	p
Despertares nocturnos vs. Hidratos de carbono	-0.163	0.32
Despertares nocturnos vs. Proteínas	-0.241	0.14
Despertares nocturnos vs. Lípidos	-0.223	0.17

Se analizó el tipo de lactancia que proveían las madres a sus hijos (mixta, artificial y exclusiva del seno materno), pero no se hallaron relaciones estadísticamente significativas con las variables de ansiedad rasgo-estado, calidad de sueño, ingesta alimentaria y despertares nocturnos de los lactantes.

## DISCUSIÓN

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de valorar la ansiedad, calidad de sueño e ingesta alimentaria de madres primigestas, cuya fragmentación de sueño y los despertares nocturnos de sus hijos lactantes podrían estar desempeñando un papel importante.

Un estudio previo en madres primigestas reveló que la modificación en sus estilos de vida generados por la gestación produce ansiedad (Londoño et al., 2016). De acuerdo con los datos encontrados en la presente investigación, las participantes se ubicaron en los niveles de ansiedad medio, alto y muy alto. Es importante destacar que la mitad de ellas estaban en el nivel muy alto de AR o AE. Estos resultados concuerdan también con lo reportado por Gutiérrez et al. (2013), quienes evaluaron la ansiedad en madres mexicanas durante el puerperio inmediato, hallando que una tercera parte sufría ansiedad generalizada.

Se ha observado que tanto la AE como la AR conducen al desarrollo de alteraciones y mala calidad del dormir ocasionada por un déficit en la estructura del sueño (Horvath et al., 2016; St-Onge et al., 2016). En el presente estudio, la AE no resultó significativa en su relación con la calidad de sueño ni con los despertares nocturnos del lactante; sin embargo, la AR sí presentó asociación. Cabe destacar que en los niveles medio, alto y muy alto de AR se observaron tanto buena como mala calidad de sueño, pese a lo cual más de la mitad de las madres mostraron una relación significativa entre los niveles de AR muy alta y mala calidad de sueño. Este hallazgo permitió identificar la relación entre la AR y el componente de disfunción diurna, destacando principalmente que las primíparas con AR muy alta mostraron disfunciones diurnas significativas y agudas, lo que produce que manifiesten fatiga y somnolencia. Estos resultados concuerdan con los reportados por

McBean y Montgomery-Downs (2015), en cuyo estudio la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck en mujeres en el periodo posparto reveló que eran susceptibles a la ansiedad debido a que interrumpían frecuentemente su sueño, con lo que experimentaban altos niveles de fatiga diurna.

Diversas investigaciones han asociado la disfunción diurna, fatiga y somnolencia de las madres con los despertares nocturnos de sus hijos debido a que se genera un fraccionamiento del sueño (Hunter, Rychnovsky y Yount, 2009; Ko et al., 2014; Meltzer y Montgomery-Downs, 2011; Mindell, Sadeh, Kwon y Goh, 2015; Montgomery-Downs et al., 2010).

Contrariamente a las citadas investigaciones, la presente reveló que los despertares nocturnos de los hijos lactantes no se relacionan con la AR, la mala calidad de sueño materno ni las disfunciones diurnas, lo que concuerda con lo reportado en la literatura sobre este tópico, en la que se ha visto que las alteraciones ansiosas que experimentan tanto las madres primigestas como las multíparas no se encuentran relacionadas con los problemas de sueño de sus hijos lactantes debido a que las madres con rasgos de personalidad ansiosa experimentan de suyo alteraciones del dormir, independientemente de los problemas de sueño de aquellos (Martini et al., 2017; Petzoldt, Wittchen, Einsle y Martini, 2016).

En lo que concierne a la ingesta alimentaria, diversas investigaciones revelan que las madres experimentan durante el posparto altos niveles de ansiedad y fatiga, lo que genera en ellas un importante desgaste físico no solo por los cuidados que demanda el lactante (McBean y Montgomery-Downs, 2015) sino también por la lactancia en sí misma. En esta etapa las mujeres modifican su ingesta de nutrientes, sobre todo de hidratos de carbono, cuya principal función es la de aportar energía al organismo de manera inmediata (Ares, Arena y Díaz, 2016). De acuerdo con los datos aquí presentados, las madres primigestas con AE en el nivel medio consumían una mayor cantidad de hidratos de carbono y proteínas, conducta que podría explicarse de dos modos: el de los mecanismos psicológicos, en los que la regulación de las emociones (Macht, 2008) genera alteraciones ansiosas relacionadas a la búsqueda de gratificaciones inmediatas por medio de la ingesta alimen-

taria (Escalante, Haua, Moreno y Pérez, 2016), y el de los mecanismos fisiológicos en virtud de la relación que hay entre las alteraciones ansiosas y la disminución de serotonina (Murphy et al., 2013), una monoamina derivada del aminoácido L-triptófano, que se encuentra en la mayoría de las proteínas y que requiere de los hidratos de carbono para facilitar su transformación en serotonina, mejorando con ello la saciedad, el descanso y el sueño (Cataldo, Cortés, Galgani, Olmos y Santos, 2014).

Es importante subrayar que las conclusiones obtenidas en este estudio no se pueden generalizar a otras poblaciones con características diferentes a las de la muestra aquí utilizada. Por otra parte, debido al tamaño de la misma, la confiabilidad de los instrumentos aplicados pareciera ser baja, aunque esto no constituye necesariamente una limitante dado que ambas escalas han sido validadas en población mexicana con niveles adecuados de confiabilidad. Lo observado en el presente estudio parece estar más en función del limitado tamaño de muestra. Cabe remarcar que la muestra estudiada debió cumplir con criterios de inclusión muy específicos, como el hecho de que las madres fueran primigestas, sus hijos lactantes y asistentes exclusivamente a una unidad de servicios de salud, por lo cual únicamente se dispuso de 38 díadas madre-hijo.

Es necesario puntualizar que se empleó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) debido a su utilidad en la medición experimental de la ansiedad, pero de ninguna manera como instrumento diagnóstico de algún trastorno de ansiedad; de hecho, cualquier evaluación al respecto solamente puede hacerse sobre la base de diversos exámenes realizados por un profesional de la salud mental.

Al parecer, no hay otras investigaciones que hayan estudiado las variables de ansiedad, calidad de sueño e ingesta alimentaria en una población de madres primigestas mexicanas.

El conocimiento generado por este estudio tiene diversas implicaciones para las políticas públicas en la salud materna.

Es de suma importancia detectar la ansiedad desde la gestación y no solo durante el periodo posnatal, lo que debe ser realizado por profesionales especializados en la salud mental para de-

terminar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados para las madres. En lo que respecta a los servicios de atención en la salud materno-infantil, el personal debe estar capacitado en el trato y desarrollo de acciones preventivas y de educación a la población; principalmente en evaluación, diagnóstico y tratamiento cuando se identifique algún tipo de riesgo. Finalmente, debe subrayarse la necesidad de continuar con investigaciones en el campo de la salud materno-infantil en México considerando poblaciones vulnerables y en riesgo de padecer ansiedad.

En conclusión, las madres primigestas manifiestan altos niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo; asimismo, aquellas con ansiedad-rasgo son propensas a tener una mala calidad de sueño, lo que origina en ellas disfunciones diurnas tales como cansancio y somnolencia. En la muestra utilizada de madres primigestas la ansiedad-estado se relaciona con una mayor ingesta de hidratos de carbono y proteínas. Ambos tipos de ansiedad no parecen estar directamente relacionadas con el número de despertares nocturnos de sus hijos, ya que al parecer el estado de ansiedad *per se* basta para inducir una mala calidad de sueño.

## REFERENCIAS

- Araque, L., Belén, A., López M., D. y Linares A., M. (2015). Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 92-101.
- Ares S., S., Arena A., J. y Díaz G., N.M. (2016). La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *Anales de Pediatría*, 84(6), 347.e1-347.e7.
- Brito D., B., Almeida G., D., Rodríguez, C., González H., A. y Cabrera L., A. (2012). Alteraciones metabólicas en pacientes con trastorno del sueño. *Salud y Ciencia*, 19(8), 735-742. Recuperado de [http://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic\\_19\\_8\\_82913.pdf](http://www.siicsalud.com/saludciencia/pdf/sic_19_8_82913.pdf).
- Broussard, J.L., Kilkus, J.M., Delebecque, F., Abraham, V., Day, A., Whitmore, H.R. y Tasali, E. (2016). Elevated ghrelin predicts food intake during experimental sleep restriction. *Obesity*, 24(1), 132-138.
- Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Carroll, R.J. (2014). Estimating the Distribution of Dietary Consumption Patterns. *Statistical science: a review journal of the Institute of Mathematical Statistics*, 29(1), 2-8.
- Cataldo L., R., Cortés V., A., Galgani J., E., Olmos P., R. y Santos J., L. (2014). Papel de la serotonina periférica en la secreción de insulina y la homeostasis de la glucosa. *Nutrición hospitalaria*, 30(n03), 498-508.
- Chang, M.W., Brown, R., Nitzke, S., Smith, B. y Eghtedary, K. (2015). Stress, sleep, depression and dietary intakes among low-income overweight and obese pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1047-1059.
- Chaput, J. P. (2014). Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior*, 134, 86-91.
- Dashti, H.S., Scheer, F.A., Jacques, P.F., Lamon-Fava, S. y Ordovas, J.M. (2015). Short sleep duration and dietary intake: epidemiologic evidence, mechanisms, and health implications. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 6(6), 648-659.
- Escalante I., E.I., Haua N., K., Moreno L., L.I. y Pérez L., A.B. (2016). Variables nutricias asociadas con la ansiedad y la auto-percepción corporal en niñas y niños mexicanos de acuerdo con la presencia de sobrepeso/obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 157-163.
- Escobar, C., González G., E., Velasco R., M., Salgado D., R. y Ángeles C., M. (2013). La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(2), 133-142.
- Escribano A., S. (2016). Prevalencia de alteraciones del estado de ánimo en las mujeres púrpuras. *Metas de enfermería*, 19(7), 5.
- Ferrari, M. (2013). Estimación de la ingesta por recordatorio de 24 hrs. *DIAETA*, 31(143): 20-25.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Gutiérrez G., R., Morales D., R. y Treviño A., S.R. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(4), 180-185.
- Horvath, A., Montana, X., Lanquart, J.P., Hubain, P., Szűcs, A., Linkowski, P. y Loas, G. (2016). Effects of state and trait anxiety on sleep structure: A polysomnographic study in 1083 subjects. *Psychiatry Research*, 244, 279-283.

- Hunter, L.P., Rychnovsky, J.D. y Yount, S.M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 60-68.
- Jiménez G., A., Monteverde M., E., Portocarrero A., N., Esquivel A., G. y Veja P., A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 491-496.
- Ko, S., Chen, C., Wang, H. y Su, Y. (2014). Postpartum women's sleep quality and its predictors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), 74-81.
- Lawson, A., Murphy, K.E., Sloan, E., Uleryk, E. y Dalfen, A. (2015). The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 176, 65-77.
- Lazo M., R., Camacho J., D.H., Ríos P., B., Ruiz P., I. y Lobera I., J. (2015). Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1786-1795.
- Londoño J., A., García J., B. y Tamayo D., L.O. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Poiésis*, 0(31), 306-313.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E. y Wittchen, H.U. (2017). Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Human Development*, 115, 23-31.
- McBean, A.L. y Montgomery-Downs, H.E. (2015). Diurnal fatigue patterns, sleep timing, and mental health outcomes among healthy postpartum women. *Biological Research for Nursing*, 17(1), 29-39.
- Meltzer, L.J. y Montgomery-Downs, H.E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 765-774.
- Mindell, J.A., Sadeh, A., Kwon, R. y Goh, D.Y.T. (2015). Relationship between child and maternal sleep: a developmental and cross-cultural comparison. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 689-696.
- Montgomery-Downs, H.E., Insana, S.P., Clegg-Kraynok, M.M. y Mancini, L.M. (2010). Normative longitudinal maternal sleep: the first 4 postpartum months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(5), 465.e1-465.e7.
- Morales, F. y González, G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7(1), 75-80.
- Murphy, D.L., Moya, P.R., Fox, M.A., Rubenstein, L.M., Wendland, J.R. y Timpano, K.R. (2013). Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 368(1615), 20120435.
- Navarrete, L.E., Lara C., M.A., Navarro, C., Gómez M., E. y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6. II), 625-633.
- Pereira P., F., Carvalho T., M., Soares G., C.F. y Gualda D., M.R. (2015). Rastreo de síntomas depresivos e ansiosos em mulheres no pós-parto: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 294-304.
- Petzoldt, J., Wittchen, H.U., Einsle, F. y Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 231-245.
- Quevedo B., V.J. y Quevedo B., R. (2011). Influencia del grado de somnolencia, cantidad y calidad de sueño sobre el rendimiento académico en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 49-65.
- Rojas C., K.E. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R.I. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1970). *State-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: American Psychological Association.
- St-Onge, M.P., Bormes, A. y Salazar, I. (2016). The role of sleep duration on energy balance: an update. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9(1), 73-80.
- Tham, E.K.H., Tan, J., Chong Y.S., Kwek, K., Saw, S.M., Teoh, O.-H., et al. (2016). Associations between poor subjective prenatal sleep quality and postnatal depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 202, 91-94.
- Tikotzky, L., Sadeh, A., Volkovich, E., Manber, R., Meiri, G. y Shahar, G. (2015). Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: links with maternal sleep and paternal involvement. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 107-124.
- Xiao, R.S., Kroll-Desrosiers, A.R., Goldberg, R.J., Pagoto, S.L., Person, S.D. y Waring, M. E. (2014). The impact of sleep, stress, and depression on postpartum weight retention: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(5), 351-358.



# La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso

## *Depression in relation to assisted reproduction techniques, and the influence of professional advice during the process*

David Ruiz-Porras<sup>1</sup>, Lourdes Ruiz-Porras<sup>2</sup> y Verónica Cruz-Repiso<sup>3</sup>

*Citación:* Ruiz-Porras, D., Ruiz-Porras, L. y Cruz-Repiso, V. (2020). La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso. *Psicología y Salud*, 30(1), 15-23.

### RESUMEN

*Introducción.* La infertilidad y el tratamiento por medio de métodos de reproducción asistida tienen implicaciones psicológicas importantes para la pareja: desde manifestaciones positivas por la esperanza que ofrecen estas técnicas ante el éxito de las mismas, al igual que manifestaciones negativas por la incertidumbre y el posible fracaso; una de ellas es la depresión. Por tanto, se planteó por objetivo analizar la relación entre la depresión y las técnicas de reproducción asistida, así como la influencia que tiene el asesoramiento profesional en las parejas que optan por estas técnicas. *Metodología.* Fue un estudio descriptivo de síntesis mediante una búsqueda bibliográfica del conocimiento actual existente sobre la relación depresión-técnicas de reproducción asistida, así como los efectos de la misma en el posparto. *Resultados.* En la relación de direccionalidad se halló que la infertilidad es un factor de riesgo para la depresión, y esta un predictor de fracaso de las técnicas de reproducción asistida. No hubo evidencia de un aumento de la depresión posparto en los embarazos logrados por técnicas de reproducción asistida. Se describen las estrategias de prevención posibles. *Conclusión.* Al parecer, existe una relación entre técnicas de reproducción asistida y la depresión, aunque se requiere una mayor investigación. No obstante, cabe resaltar la importancia de tratar psicoterapéuticamente a ambos miembros de la pareja antes, durante y después del proceso de reproducción asistida.

**Palabras clave:** Depresión; Técnicas de reproducción asistida; Tratamiento psicoterapéutico en reproducción asistida; Fallo del tratamiento de reproducción asistida; Depresión posparto; Infertilidad.

### ABSTRACT

*Introduction.* Infertility treatment through assisted reproduction methods have important psychological implications for couples, ranging from positive hopes that techniques will lead to success, to negative experiences due to the uncertainty on the possible failure of the process. Since one such negative manifestation includes depressive symptoms, the objective of the present study was to examine the relationship between such symptoms while undergoing assisted reproduction techniques. An additional purpose was to analyze the influence of professional advice to couples exposed to these techniques. *Method.* A descriptive study synthesizing the research literature on these subjects explored such dimensions and the effects on the postpartum period. *Results.* A direction of changes

<sup>1</sup> Hospital Valle de los Pedroches, Av. El Silo, 14400 Pozoblanco (Córdoba), España, tel. (34)957-02-63-00, correo electrónico: cuevassasmarcos@hotmail.com. Artículo recibido el 27 de junio y aceptado el 3 de diciembre de 2018.

<sup>2</sup> Hospital Público Comarcal de La Merced, Av. la Constitución, 2, 41640 Osuna (Sevilla), España, tel.: (34)955-07-72-00, correo electrónico: lurdes-ruiz@hotmail.com.

<sup>3</sup> Hospital de Antequera, Av. Poeta Muñoz Rojas s/n, 29200 Antequera (Málaga), España, tel. (34)951-06-16-00, correo electrónico: veracruzre@hotmail.com.



*analysis revealed infertility as a risk factor for depressive symptoms and as a predictor of failure of assisted reproduction techniques. However, there is no evidence of increased postpartum depression in pregnancies by assisted reproduction techniques and some prevention strategies are described. Conclusion. There seems to be a relationship between the application of assisted reproduction and depressive symptoms although there is a need for more research on it. It is important to highlight the importance of including psychotherapeutic treatment for both partners in the process of assisted reproduction before, during and after the process.*

**Key words:** Depression; Assisted reproduction techniques; Psychotherapeutic treatment in assisted reproduction; Failure of assisted reproduction treatment; Postpartum depression; Infertility.

## INTRODUCCIÓN

**H**oy en día la infertilidad, definida como la incapacidad de concebir después de doce meses de relaciones sexuales regulares y sin protección, es un problema médico y social cada vez más común y afecta aproximadamente a 15% de las parejas en los países en desarrollo (Babore et al., 2017). Otras estimaciones hablan de cifras en torno a 1.9% de las mujeres de entre 20 y 44 años en el mundo que padecen una infertilidad primaria, considerada como aquella en la que la pareja nunca ha conseguido un embarazo de manera natural, y 10.5% sufren infertilidad secundaria, es decir, la que sobreviene después de haber conseguido alguna vez un embarazo natural (Mascarenhas et al., 2012).

Uno de los problemas psicosociales asociados a la infertilidad es la sintomatología depresiva, tanto en hombres como en mujeres, de modo que puede ser un importante problema entre las parejas infértiles.

Las técnicas de reproducción asistida se han convertido en una opción importante para aquellos que buscan ayuda para concebir (Bell, 2006), en la mayoría de los sistemas sanitarios están correctamente establecidas y se recurre a ellas cada vez más (Kovacs et al., 2012; Sullivan et al., 2013). Aproximadamente a 3% de parejas infértiles se les ha recomendado su uso (Sullivan et al., 2013).

Cabe mencionar que entre las técnicas de reproducción asistida se emplean la fecundación in vitro (FiV), la inyección intracitoplasmática (ICSI) o la inseminación artificial (IA). Si bien los procedimientos brindan esperanza a parejas infértiles, se estima que se realizan más de 400 mil ciclos de los mismos cada año en el mundo (Wu et al., 2014).

La tasa de éxito de las técnicas de reproducción asistida, convencionalmente definida y medida como número de nacidos vivos por ciclo iniciado, ronda entre 16.6% y 20.2% (Ying et al., 2016), tasa que si bien ha mejorado en los últimos años, sigue siendo modesta si se considera el aumento en el uso de estos tratamientos y los avances en el conocimiento científico-técnico.

En la sociedad actual, las presiones sociales y culturales para que las mujeres queden embarazadas producen reacciones psicológicas importantes. La infertilidad en la pareja se considera un problema complejo dada la imposibilidad de concebir un hijo biológico de forma fisiológica y natural, y satisfacer así el deseo y la necesidad sentida de transmitir sus genes, nombre y legado a generaciones posteriores (Terzioglu et al., 2016).

Las presiones físicas, mentales y sociales asociadas a tales problemas pueden causar sentimientos muy intensos, lo que tiene a menudo un efecto negativo en el bienestar individual y en el de la pareja al ser la infertilidad un suceso particularmente perturbador en su vida.

Las personas afectadas por infertilidad pueden sufrir una pérdida en su autoestima, angustia sexual, estrés, depresión, culpa, ansiedad, frustración, angustia emocional, problemas matrimoniales, e incluso, dificultades en las relaciones con familia, allegados y amigos (Maroufizadeh et al., 2015).

Todos estos problemas en la salud física y emocional de la pareja se ven agravados por la incertidumbre del resultado de las técnicas de reproducción asistida, las cargas económicas que conllevan, el someterse a frecuentes consultas médicas y la multitud de pruebas y procedimientos invasivos que traen aparejadas esas técnicas. La misma angustia psicológica es a veces incluso la responsable de que se interrumpa el tratamiento.

Aunque la mayoría de estas parejas están emocionalmente bien adaptadas a las condiciones

y el tratamiento, un número considerable padece problemas emocionales (Holter et al., 2006; Shani et al., 2016). En contrapartida, las ganancias psicosociales que se obtienen cuando el tratamiento es exitoso superan ampliamente los potenciales efectos negativos de la terapia (Hodgetts et al., 2012).

El estado de ánimo depresivo es una de las condiciones que más frecuentemente generan malestar psicológico; de hecho, la depresión es probablemente el trastorno psicológico más habitual en la clínica actual, e incluso autores como Klerman y Weissman (1989) sugirieron que es esta la época de la depresión. En efecto, este trastorno supone aproximadamente 90% de los malestares del ánimo. Los estudios recientes hechos en nuestro medio encuentran una prevalencia vital de 14%, habiendo una mayor incidencia en las mujeres que en los hombres en una relación aproximada de dos a uno (Cesta et al., 2016). Los resultados de algunas investigaciones indican que ante un suceso estresante las mujeres tienden a rumiar más e indagar sobre sus estados negativos, ampliándolos (Belloch et al., 2008).

La depresión conlleva síntomas de tristeza, un estado general de inhibición motivacional y conductual, afectación cognitiva importante y una sintomatología física que implica problemas del sueño, fatiga, dolores inespecíficos y disminución de la libido. A esto hay que sumar los problemas que surgen por un funcionamiento interpersonal inadecuado (Belloch et al., 2008).

La infertilidad en la mujer parece haberse relacionado con una mayor incidencia de depresión. Aunado a esto, el tratamiento mediante la reproducción asistida y todo lo que rodea a su aplicación y a su posible efectividad guarda una relación directa con casos de depresión.

Dados estos indicios y antecedentes, se planteó como objetivo del presente estudio indagar sobre el conocimiento científico actual de la relación que existe entre las intervenciones de reproducción asistida y la depresión.

## MÉTODO

Se hizo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas (Pubmed, Cochra-

ne Library, EMBASE, CUIDEN, UPTODATE, etc.) y el metabuscador Gerión de la BV-SSPA. Para ello, se utilizaron los términos *depresión*, *técnicas de reproducción asistida*, *fecundación in vitro*, *inseminación artificial*, *fallo del tratamiento* y *depresión posparto*. Se analizaron los estudios más recientes sobre esta síntesis de información y evidencia. Durante la elaboración de la síntesis se tuvieron en cuenta las técnicas de reproducción asistida en toda su amplitud, sin delimitar el tipo preciso de práctica utilizada, haciendo solamente una distinción entre el método y el no uso del mismo. Otro punto abordado en la síntesis hace referencia a los métodos de medida empleados en los diferentes estudios analizados, los que han utilizado distintos inventarios o escalas para evaluar la depresión, siendo validadas todas ellas para las poblaciones donde esto se ha hecho, por lo que en esta investigación se tomaron como adecuados los datos extraídos de dichos instrumentos con los siguientes contenidos:

### *Depresión y fertilidad*

La depresión puede afectar las vías fisiológicas de la concepción; así, se le ha podido relacionar en la mujer con una ovulación comprometida (Harlow et al., 2003); en el varón sometido a estrés se ha encontrado una disminución en la movilidad, número y concentración de espermatozoides y un aumento del deterioro morfológico de los mismos (Terzioglu, 2007).

### *Depresión como obstáculo para buscar atención médica*

Se ha reportado la depresión como un obstáculo para buscar atención médica para solucionar la infertilidad, lo que podría explicar el hecho de que las tasas generales de depresión son ligeramente más bajas en las parejas sometidas a las técnicas de reproducción asistida (Ban et al., 2012).

### *Estrés generado por la infertilidad*

Es frecuente el aumento del estrés en las parejas que desean lograr un embarazo antes de un diagnóstico de infertilidad y a medida que pasa el tiempo y continúan las pruebas negativas de embarazo. Este estrés puede conducir a una sintomatología depresiva, o bien agravarla en caso de padecer depresión diagnosticada anteriormente (Cesta et al., 2016).

### *Depresión como factor en el resultado de las técnicas de reproducción asistidas*

Cada vez hay más pruebas de que ciertos factores psicológicos tales como la depresión están relacionados con los resultados de las técnicas de reproducción asistida. Por tanto, puede considerarse la depresión como una variable crucial en todo el proceso (Babore et al., 2017).

El estrés emocional que se genera durante el proceso de las técnicas de reproducción asistida puede generar la aparición de depresión en algún miembro de la pareja (Peterson et al., 2013), ya que este proceso implica una serie de reacciones psicológicas en constante cambio.

Existen estudios que relacionan un mayor riesgo de la depresión en mujeres sometidas a fecundación *in vitro* con el aumento de la edad, la duración del proceso o del tiempo de infertilidad, siendo más frecuente la incidencia de la depresión en mujeres con infertilidad primaria que aquellas con secundaria (Matthiesen et al., 2011). El fracaso del tratamiento es otro factor importante que puede alterar la carga de los trastornos psicológicos al exacerbar dichos problemas.

Los estudios han demostrado que de 20 a 25% de las mujeres que experimentan síntomas severos de depresión reducen su calidad de vida; además de que aquellos pueden influir negativamente en la continuación del tratamiento, en su eficacia y en su rentabilidad (Gameiro et al., 2015).

En un estudio efectuado en Suecia por Cesta et al. (2016) con 23,557 mujeres nulíparas sometidas a su primer ciclo de tratamiento, se observó una ligera disminución de las probabilidades de embarazo y de partos nacidos vivos en mujeres que tenían un diagnóstico de depresión o que tomaban antidepresivos.

En la misma línea, en otro estudio basado en los registros de 42,915 mujeres danesas (Sejbaek et al., 2013) se encontró que un diagnóstico de depresión antes del tratamiento resultaba ser significativo en un número promedio menor de nacidos vivos, en comparación con la ausencia de tal diagnóstico.

Según evidencias recientes, la depresión se asocia a una menor probabilidad de tener éxito en el tratamiento, así como en el seguimiento del mismo. De igual modo, cabe destacar que la depresión femenina en concreto ha sido el predictor más sólido en este modelo (Pedro et al., 2017).

Hallazgos anteriores indican que las asociaciones observadas entre ambos fenómenos pueden atribuirse al diagnóstico subyacente de depresión o a factores asociados a este trastorno, y no al uso de medicación antidepresiva en sí mismo (Cesta et al., 2016).

No obstante, en cuanto al efecto de la depresión en el tratamiento hay ciertas dudas ya que la fecundación *in vitro* evitaría los efectos fisiológicos negativos de esa sintomatología, lo que apoyaría la hipótesis de la aparición de problemas asociados al proceso de implantación del embrión. Tras el paso por el tratamiento de la infertilidad, el riesgo de padecer depresión parece disminuir, e incluso el éxito de dicho tratamiento parece tener efectos psicológicos positivos en la pareja.

### *Depresión como factor de fracaso para el tratamiento de la infertilidad*

Algunos estudios (Su et al., 2011; Visser et al., 1994) han encontrado que justo después de un fracaso del tratamiento las mujeres y sus parejas experimentan cierta pérdida de confianza en sí mismos, lo que aumenta los factores emocionales relacionados con la depresión, en comparación con las medidas realizadas antes del tratamiento.

### *Depresión como efecto del fracaso del proceso de la reproducción asistida*

Un metaanálisis de Milazzo et al. (2016) asocia positivamente la depresión y el fracaso del tratamiento tanto en hombres como en mujeres sometidos a estas técnicas, con una diferencia de medias estandarizadas de 0.41 (intervalo de confianza de 95%: 0.25-0.55). En contraste, la depresión disminuye después de un tratamiento exitoso, con una diferencia de medias estandarizadas de -0.24 (intervalo de confianza de 95%: -0.37- -0.11).

En cuanto a la afectación psicológica, sobre la base del número de veces que falla el tratamiento de infertilidad, en un estudio de Maroufizadeh et al. (2015) se hizo un análisis mediante regresión lineal múltiple que mostró que la depresión alcanzó su nivel máximo después de dos fracasos del tratamiento, aunque se vio aumentada con cualquier fracaso. Dichos resultados indican que una historia de fracasos en el tratamiento podría predecir depresión.

### *Depresión posparto*

Es conocida y ampliamente estudiada la ocurrencia de un periodo de mayor vulnerabilidad emocional tras el parto; es decir, durante el puerperio. La adaptación a la maternidad nunca es fácil, pues es en ella donde desempeñan un papel muy importante las expectativas de la pareja (Ying et al., 2016).

Antes de relacionar la depresión posparto con el tratamiento de la infertilidad, se ha de diferenciar aquella de la tristeza puerperal o “*maternity blues*”, una entidad fisiológica de cambios emocionales experimentados en el puerperio que algunos autores han definido como depresión leve, sin alcanzar a ser depresión como tal, que supone una complicación temporal y de evolución temprana y benigna, ocasionada precisamente por la adaptación a los nuevos roles y circunstancias, conjugada con la privación hormonal producida tras el parto y limitada del décimo al quinceavo día. A partir de aquí, si existe una exacerbación de ese estado de ánimo deprimido, sería posible diagnosticar una depresión posparto (Riesco et al., 2015).

Una vez identificada adecuadamente mediante el análisis, los estudios observacionales han rechazado la hipótesis de que los embarazos concebidos mediante reproducción asistida se asocien con síntomas depresivos posparto. Si bien, estos estudios son limitados por el diseño transversal retrospectivo, el registro de poblaciones grandes tampoco demuestra la asociación antes mencionada, siendo las cifras comparables con la de la población en general (Gambadauro et al., 2017).

Otros autores (Gressier et al., 2015; Ross et al., 2010) han hallado que la prevalencia de síntomas depresivos maternos en el posparto no es significativamente diferente entre los embarazos espontáneos y los logrados a través de la fecundación *in vitro*, incluyendo solamente embarazos únicos y excluyendo los múltiples, que ya se han relacionado con un aumento de depresión posparto *per se*.

### *Importancia de la intervención preventiva de la depresión*

Hasta ahora, la consideración de los efectos psicológicos positivos del tratamiento de la infertilidad ha eclipsado la evidencia de que los estados psicológicos negativos están asociados con el mismo

proceso (Boivin, 2003). El equilibrio de ambos es importante en las indicaciones sobre las técnicas de reproducción asistida vistas con una lente más amplia de seguridad y eficacia. Por tanto, se deben llevar a cabo intervenciones preventivas para las parejas con riesgo de depresión, así como para las personas que ya padecen dicho trastorno. Las intervenciones psicológicas para reducir el malestar psicológico se utilizan ampliamente en la actualidad y han demostrado efectos positivos en los pacientes, de ahí que las parejas que puedan manifestar signos de una depresión clínicamente relevante deban remitirse a un profesional de la salud mental (Ying et al., 2016).

### *Estrategias de afrontamiento de la infertilidad*

Klerk et al. (2007) postulan que la asociación entre niveles extremadamente bajos de efectos negativos y resultados negativos del tratamiento podría explicarse por el hecho de que las mujeres que se someten al mismo usan a menudo mecanismos de afrontamiento, tales como la represión y la negación, para lidiar con la tensión emocional asociada con el tratamiento.

El pensamiento positivo parece ser la estrategia más común de afrontamiento utilizada durante el tratamiento. Peterson et al. (2006) informan que las estrategias de escape/evitación y aceptación de la responsabilidad se asocian positivamente con la depresión, y que las de búsqueda de apoyo social lo hacen negativamente. En ese estudio, las cinco principales estrategias de afrontamiento para las mujeres sometidas al tratamiento fueron la planificación, la aceptación, el afrontamiento activo, la autodistracción y el replanteamiento positivo. Así, la negación correlacionó positivamente con la depresión, mientras que el humor y el uso de apoyo instrumental lo hicieron negativamente.

Desde un punto de vista psicológico, cuando una persona sufre de estrés como el provocado por la infertilidad, experimenta la negación seguida de la aceptación. Es difícil afrontar activamente el estrés sin la aceptación emocional o cognitiva, y mucho más sin la planificación. En la negación, las mujeres no pueden lidiar con el estrés de la infertilidad, y por lo tanto son más propensas a deprimirse. Sin embargo, las que utilizan el humor pueden encontrar maneras apropiadas de liberar el estrés, por lo que la posibilidad de que se de-

priman es menor. Los investigadores han descubierto que las estrategias basadas en la distracción son eficaces para las personas que anticipan un procedimiento médico estresante, en particular al suprimir las emociones relacionadas con los factores de estrés. Las mujeres pueden hacer frente a la angustia previa relacionada con el tratamiento al suprimir sus emociones negativas (Bennett et al., 2007).

Los resultados de la presente revisión muestran que la terapia cognitivo-conductual, la terapia basada en la conciencia plena (*mindfulness*), el asesoramiento y la terapia de afrontamiento son las intervenciones psicológicas más frecuentemente adoptadas para las mujeres y hombres infértiles (Peterson et al., 2009; Ying et al., 2016).

El asesoramiento o la terapia deben estar disponibles, especialmente para parejas con ciclos fallidos. Se ha encontrado que un tratamiento malogrado no solo conduce a una angustia inmediata, sino también, en el largo plazo, a un “dolor” no resuelto. Cuando los resultados no son los deseados, los profesionales deben ayudar a las parejas a aceptarlos y adaptarse (Volgsten et al., 2010). Identificar las parejas afectadas es importante porque pueden ser tratadas o aconsejadas antes de que se sometan a otro ciclo.

La aceptación de lo que entraña someterse a tratamientos múltiples hasta alcanzar el éxito también podría ser un signo de resiliencia o del empleo de estrategias de afrontamiento adaptables (Rockliff et al., 2014). Por lo tanto, no es extraño que las parejas muestren menos ansiedad y una mejor salud mental si han experimentado más ciclos o más tiempo de embarazo (Jongbloed-Pereboom et al., 2012).

Durante el ciclo, el apoyo psicológico debe proporcionarse el día de la recuperación del ovocito, la transferencia de embriones o la inseminación, durante las pruebas y procedimientos invasivos, y especialmente en la etapa de la prueba de embarazo. La búsqueda de apoyo social suele ser el método más frecuente utilizado por las parejas para hacer frente al estrés relacionado con la infertilidad. Dado que tanto los hombres como las mujeres experimentan niveles elevados de depresión, tal apoyo deberá dirigirse a la pareja como diada. Los hombres de parejas infértiles también deben ser animados a expresar sus sentimientos y deman-

das (Ying et al., 2016). El apoyo debe incluir información sobre los procedimientos, habilidades de relajación y estrategias de afrontamiento.

A pesar de que la angustia psicológica es un factor importante en el tratamiento de reproducción asistida, un número limitado de las mujeres se someten a intervenciones psicosociales (Van Dongen et al., 2012) debido a las limitaciones logísticas y económicas para recibir psicoterapia, pero también se debe a una falta de conocimiento sobre lo que esta podría ofrecer para una condición individual específica (Boivin et al., 1999). La eficacia de esas intervenciones psicosociales en la atención de la fecundidad puede verse influida por el hecho de que se ofrecen a todas las mujeres en diferentes fases del tratamiento, con independencia de su vulnerabilidad psicosocial. Con frecuencia se recomienda personalizar las intervenciones psicosociales según las vulnerabilidades de los pacientes (Frederiksen et al., 2015; Van Beugen et al., 2014).

Dadas estas circunstancias, se ha investigado la posibilidad de introducir nuevos instrumentos de apoyo basados en las tecnologías de la información y la comunicación, o TIC, con el objeto de evaluar su eficacia y reducir los costos asociados al proceso de la reproducción asistida.

Es relevante reseñar aquí un estudio relativamente reciente (Van Dongen et al., 2016) que evalúa la efectividad de instrumentar un programa de e-terapia como una intervención intensiva hecha a la medida, utilizando para ello la psicoeducación respecto a las respuestas emocionales en los diferentes aspectos de la infertilidad, cuyo fin es fortalecer un comportamiento de adaptación más adaptable, así como fomentar las cogniciones más útiles relativas al tratamiento y su resultado. El programa de e-terapia se adapta a los riesgos específicos de salud mental de cada paciente y sigue el curso del ciclo del tratamiento de infertilidad.

En este programa las mujeres eran asignadas a tres módulos diferentes: “manejo del estrés”, “humor deprimido” o “apoyo social”. El primero de ellos centra la atención en la relajación, la identificación de los síntomas del estrés y la anticipación de los próximos eventos estresantes, utilizando, por ejemplo, el autocontrol para identificar los síntomas de estrés o las tareas de relajación; el segundo, se enfoca en la identificación de

pensamientos automáticos y la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamiento, y se apoya en formularios en línea para indicar esos pensamientos, sentimientos y comportamiento, así como para formular pensamientos alternativos orientados a aumentar el estado de ánimo positivo; el tercero, hace hincapié en la identificación de las necesidades individuales, la comunicación de las necesidades con la pareja u otras personas importantes involucradas, y el equilibrio de las expectativas sociales y el apoyo social real (Van Dongen et al., 2016).

Este modelo ha mostrado resultados contradictorios: por un lado, identificó adecuadamente a las mujeres en riesgo de angustia emocional y el momento del ciclo en que se produce cada nivel. Aunque por otro lado, hubo una elevada tasa de abandono, situaciones que limitan considerablemente los resultados del estudio (Van Dongen et al., 2016).

#### *Implicaciones clínicas*

La mejor comprensión de los impactos del tratamiento de la infertilidad en las parejas que la sufren tiene importantes implicaciones clínicas para los proveedores de atención sanitaria. Desde el principio, los profesionales sanitarios deben aclarar a las parejas el hecho de que las emociones negativas elevadas en las mujeres son naturales en estas circunstancias. Las parejas también deben recibir información y apoyo, lo que les dará una mejor comprensión del proceso, expectativas más realistas sobre el resultado y la fuerza para superar el tratamiento.

Se recomienda que se desarrollen programas psicoterapéuticos dirigidos a mejorar y prevenir el estrés y eliminar o aminorar la posibilidad de que las parejas sometidas a tratamientos de infertilidad padezcan depresión. Dichos programas deberían estar incluidos en los presupuestos de las intervenciones de reproducción asistida, dado el elevado riesgo emocional que suponen.

#### *Limitaciones*

En este estudio hay limitaciones ya que se han considerado indistintamente todas las técnicas de reproducción asistida existentes hoy día, sin di-

ferenciar entre fecundación *in vitro* e inseminación artificial. Además, se ha apreciado que gran cantidad de artículos hablan conjuntamente del binomio depresión-ansiedad, aunque la síntesis aquí reseñada solamente se centró en la depresión como único centro del análisis. Por último, dicha problemática se ha abordado sobre todo desde un enfoque cognitivo-conductual, prescindiendo de otras perspectivas no menos importantes.

## CONCLUSIONES

Durante la realización de la síntesis se pudo observar la unidad que existe entre la fisiología humana y la psicología. Los procedimientos médico-técnicos para el tratamiento de la infertilidad no han de tomarse a la ligera dadas las implicaciones psicológicas que los acompañan. Es posible concluir que los citados tratamientos son un factor de riesgo para que un miembro de la pareja sufra depresión, y que hay además una relación directa entre el fracaso del tratamiento y la sintomatología depresiva. Mediante este análisis se observó una posible bidireccionalidad en la relación entre depresión e infertilidad, toda vez que el padecimiento previo de la enfermedad psicológica puede implicar el fracaso de las técnicas de reproducción asistida.

Sin entrar a describir las terapias más idóneas del tratamiento psicoterapéutico, dado que excedería el objeto de esta revisión, es posible concluir que un abordaje de la pareja infértil como una díada, con el apoyo, el asesoramiento y el uso de determinadas técnicas de psicoterapia, prevendrá la incidencia de depresión en esta población y podría aumentar el éxito de las técnicas de reproducción asistida en virtud de que a la par disminuiría la tasa de abandono del tratamiento. El impacto positivo de la psicoterapia en las implicaciones negativas de las referidas técnicas debe incluirse en las directrices de las políticas del tratamiento de la infertilidad.

Por último, es necesario ampliar la investigación sobre las terapias más idóneas y su aplicación a la población sometida a las técnicas de reproducción asistida.

## REFERENCIAS

- Babore, A., Stuppia, L., Trumello, C., Candelori, C. y Antonucci, I. (2017). Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy. *Fertility and Sterility*, *107*(4), 1041-1047.
- Ban, L., Tata, L.J., West, J., Fiaschi, L. y Gibson, J.E. (2012). Live and non-live pregnancy outcomes among women with depression and anxiety: a population-based study. *PLoS ONE*, *7*(8), e43462.
- Bell, K. (2006). An overview of assisted reproduction in Australia and directions for social research. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, *4*(1), 15-27.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología* (ed. rev.). Madrid: McGraw-Hill.
- Bennett, P., Phelps, C., Brain, K., Hood, K. y Gray, J. (2007). A randomized controlled trial of a brief self-help coping intervention designed to reduce distress when awaiting genetic risk information. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(1), 59-64.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, *57*(12), 2325-2341.
- Boivin, J., Scanlan, L.C. y Walker, S.M. (1999). Why are infertile patients nousing psychosocial counselling? *Human Reproduction*, *14*(5), 1384-1391.
- Cesta, C.E., Viktorin, A., Olsson, H., Johansson, V., Sjölander, A., Bergh, C., e Iliadou, A.N. (2016). Depression, anxiety, and antidepressant treatment in women: association with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, *105*(6), 1594-1602.
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergraad, I., Gronhoj Skovgard, N., Ingerslev, H.J. y Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Medicine Open*, *5*, e006592(e pub).
- Gambadauro, P., Iliadis, S., Bränn, E. y Skalkidou, A. (2017). Conception by means of in vitro fertilization is not associated with maternal depressive symptoms during pregnancy or postpartum. *Fertility and Sterility*, *108*(2), 325-332.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., et al. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction: a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, *30*(11), 2476-2485.
- Gressier, F., Letranchant, A., Cazas, O., Sutter-Dallay, A.L., Falissard, B. y Hardy, P. (2015). Post-partum depressive symptoms and medically assisted conception: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, *30*(11), 2575-2586.
- Harlow, B.L., Wise, L.A., Otto, M.W., Soares, C.N. y Cohen, L.S. (2003). Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Archives of General Psychiatry*, *60*(1), 29-36.
- Hodgetts, K., Elshaug, A.G. y Hiller, J.E. (2012). What counts and how to count it: physicians' constructions of evidence in a disinvestment context. *Social Science & Medicine*, *75*(12), 2191-2199.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. y Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, *21*(12), 3295-3302.
- Jongbloed-Pereboom, M., Middelburg, K.J., Heineman, M.J., Bos, A.F., Haadsma, M.L. y Hadders-Algra, M. (2012). The impact of IVF/ICSI on parental well-being and anxiety 1 year after childbirth. *Human Reproduction*, *27*, 2389-2395.
- Klerk, C., Hunfeld, J.A.M., Heijnen, E.M.E.W., Eijkemans, M.J.C., Fauser, B.C.J., Passchier, J. y Macklon, N.S. (2007). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, *23*(1), 112-116.
- Klerman, G.L. y Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, *261*(15), 2229-2235.
- Kovacs, G.T., Morgan, G., Levine, M. y McCrann, J. (2012). The Australian community overwhelmingly approves IVF to treat subfertility, with increasing support over three decades. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *52*(3), 302-304.
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S. y Samani, R.O. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *130*(3), 253-256.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S. y Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, *9*(12), e1001356.
- Matthiesen, S.M., Frederiksen, Y., Ingerslev, H.J. y Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction*, *26*(10), 2763-2776.
- Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A.G., Hemphill, S.A., Hiller, J.E. y Astute Health Study Group (2016). Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *11*(11), e0165805.
- Pedro, J., Sobral M., P., Mesquita G., J., Leal, C., Costa, M.E. y Martins, M.V. (2017). Couples' discontinuation of fertility treatments: a longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *34*(2), 217-224.

- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H. y Skaggs, G.E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85(3), 802-804.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. y Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656-1664.
- Peterson, B.D., Sejbaek, C.S., Pirritano, M. y Schmidt, L. (2013). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Human Reproduction*, 29(1), 76-82.
- Riesco F., J., Rivero, C. y Mora J., M. (2015). Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (v. 5). *INGESA*, 398-402.
- Rockliff, H.E., Lightman, S.L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U. y Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human Reproduction Update*, 20(4), 594-613.
- Ross, L.E., McQueen, K., Vigod, S. y Dennis, C.L. (2010). Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 17(1), 96-106.
- Sejbaek, C.S., Hageman, I., Pinborg, A., Hougaard, C.O. y Schmidt, L. (2013). Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42 880 women treated with ART. *Human Reproduction*, 28(4), 1100-1109.
- Shani, C., Yelena, S., Reut, B.K., Adrian, S. y Sami, H. (2016). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Research*, 240, 53-59.
- Su, T.J., Tzeng, Y.L. y Kuo, P.C. (2011). The anxiety of Taiwanese women with or without continuity treatment after previous in vitro fertilisation failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2217-2223.
- Sullivan, E.A., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., de Mouzon, J., Nygren, K.G. y Adamson, G.D. (2013). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) World Report: Assisted reproductive technology 2004. *Human Reproduction*, 28(5), 1375-1390.
- Terzioglu, F. (2007). Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 147-153.
- Terzioglu, F., Turk, R., Yucel, C., Dilbaz, S., Cinar, O. y Karahalil, B. (2016). The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African Health Sciences*, 16(2), 441-450.
- Van Beugen, S., Ferwerda, M., Hoeve, D., Rovers, M.M., Spillekom-van Koulil, S., Van Middeldorp, H. y Evers, A.W.M. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of Internal Medicine Research*, 16, e88.
- Van Dongen, A., Kremer, J., Van Sluisveld, N., Verhaak, C.M. y Nelen, W.L. (2012). Feasibility of screening patients for emotional risk factors before in vitro fertilization in daily clinical practice: a process evaluation. *Human Reproduction*, 27(12), 3493-3501.
- Van Dongen, A.J., Nelen, W.L., IntHout, J., Kremer, J.A. y Verhaak, C.M. (2016). Therapy to reduce emotional distress in women undergoing assisted reproductive technology (ART): a feasibility randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 31(5), 1046-1057.
- Visser, A.P., Haan, G., Haan, G. y Wouters, I. (1994). Psychosocial aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(1), 35-43.
- Volgsten, H., Svanberg, A.S. y Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290-1297.
- Wu, G., Yin, T., Yang, J., Xu, W., Zou, Y., Wang, Y. y Wen, J. (2014). Depression and coping strategies of Chinese women undergoing in-vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 183, 155-158.
- Ying, L., Wu, L.H. y Loke, A.Y. (2016). Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(2), 167-179.





# Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana

## *Employability, emotional regulation, initiative, and satisfaction with life in Human Communication students*

Norma Betanzos-Díaz<sup>1</sup>, Ulises Delgado-Sánchez<sup>2</sup>,  
Fernanda Gabriela Martínez-Flores<sup>3</sup> y Francisco Paz-Rodríguez<sup>4</sup>

*Citación:* Betanzos D., N., Delgado S., U., Martínez F., F.G. y Paz R., F. (2019). Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana. *Psicología y Salud*, 30(1), 25-35.

### RESUMEN

En la inserción de los jóvenes al mercado laboral es importante la percepción de empleabilidad. El presente trabajo muestra las relaciones entre dicha empleabilidad, la regulación emocional, la iniciativa y la satisfacción vital en un grupo de estudiantes universitarios de la carrera de Comunicación Humana. Se evaluaron 117 estudiantes mediante un cuestionario elaborado *ad hoc*. En los resultados se apreciaron relaciones moderadas y significativas entre empleabilidad y armonía, mejora de emociones negativas, modificación de la situación, reorientación de la atención y satisfacción vital, lo que conduce a suponer que los alumnos que se perciben empleables se desarrollan en su área de su interés con pleno convencimiento. Además, aumentan sus habilidades para manejar emociones negativas mediante un sentimiento de satisfacción vital.

**Palabras clave:** Empleo estudiantil; Estudiantes universitarios; Competencia profesional; Voluntad de logro; Autocontrol.

### ABSTRACT

*The insertion of young people into the labor market requires good perception of employability as an important feature. The present study shows the relationships between employability, emotional regulation, personal initiative, and life satisfaction in a group of university students of Human Communication. A total of 117 students were evaluated through an ad hoc developed questionnaire. Results revealed moderate and significant relationships between employability, harmony, improvement of negative emotions, situation change, reorientation of attention, and vital satisfaction. Findings lead to assume that students who perceive themselves as employable develop better in their area of interest and show solid labor-related convictions. In addition, they develop skills to handle negative emotions, thereby increasing their sense of vital satisfaction.*

**Key words:** Student employment; University students; Occupational qualifications; Performance motivation; Self-control.

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Av. Universidad 1001, Col. Chamilpa, 62209 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)-329-70-49, ext. 3704. Artículo recibido el 5 de septiembre de 2018 y aceptado el 29 de enero de 2019.

<sup>2</sup> Facultad de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Privada del Tanque 10, Col. Los Volcanes, 62350 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)329-79-00 ext. 2709.

<sup>3</sup> Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Pico de Orizaba 1, Col. Los Volcanes, 62350 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)329-79-00.

<sup>4</sup> Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, 14269 Ciudad de México, México, tel. (55)55-28-78-78, dirección para correspondencia: fpaz@innn.edu.mx.

## INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones que más inquietan a las familias y al país en general es sin duda el futuro laboral de los jóvenes, sobre todo de los recién egresados de una carrera profesional debido a la gran incertidumbre que hay respecto a las oportunidades de que obtengan un empleo dadas las condiciones económicas y financieras que imperan en los mercados de trabajo (Cesário, Guillén y Montalbán, 2012).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2017) señala que, en México, 22% de los jóvenes no estudian ni trabajan; otro 22% de la población de entre 25 y 64 años cursó alguna carrera universitaria, por lo que el país muestra la proporción más baja entre los miembros de dicho organismo, de modo que una de las recomendaciones que hace es que los jóvenes participen en actividades productivas para reducir la pobreza y mejorar sus oportunidades de empleo, desarrollando capacidades y habilidades para que puedan acceder a una mejor calidad de vida.

Una forma de lograr la integración de los jóvenes al mercado laboral es mejorando el nivel educativo. La sociedad actual ha relacionado las oportunidades de empleo con el nivel escolar (Márquez, 2011), y por ello lograr una formación académica superior es la meta de muchos jóvenes. Sin embargo, el mercado laboral no garantiza que haber terminado una carrera profesional o un posgrado llevará automáticamente a obtener un empleo; además, hay variaciones en los ingresos pese a tener el mismo nivel educativo (Angulo, Quejada y Yáñez, 2012). González, Piñero y Santa Basilia (2009) afirman que en España y en México aumentó el número de profesionistas desocupados con una carrera terminada o con estudios de posgrado, lo que conduce a una sobreeducación para lograr un empleo. Planas y Enciso (2014) indican que trabajar durante los estudios ayuda a lograr un empleo relacionado con la profesión, a diferencia de solamente estudiar, e incluso se adquieren habilidades que sirven en el desarrollo profesional.

Bargsted (2017) encuestó a 294 graduados de 27 carreras preguntándoles sobre su situación laboral, la satisfacción con las oportunidades de carrera y las competencias personales estudiadas. Dichos autores encontraron que la autoeficacia y

el locus de control predicen las oportunidades de empleabilidad.

En el área de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (México), 43.27% de los alumnos ya tenía empleo un año antes de su egreso, lo que les permitía adquirir competencias aplicadas, sobre todo si ese empleo estaba relacionado con sus estudios, así como la oportunidad de profesionalizarse, y adquirir asimismo otras habilidades de socialización en el trabajo, lo que aumenta su empleabilidad (Planas y Enciso, 2014).

Ante el panorama de desempleo, inseguridad laboral y mayor competitividad a consecuencia del contexto socioeconómico del país, parece de interés conocer si las experiencias previas de empleo en estudiantes universitarios y el papel de su profesión afecta su percepción de empleabilidad, pues se sabe que el desempleo tiene efectos en la salud psicológica, aumenta la ansiedad y la depresión, se pierde el control de la propia vida y se genera una menor motivación y una creciente tensión financiera (Wanberg, 2012).

Hay también diferencias en las oportunidades de empleo según la licenciatura, pues carreras como Administración de Empresas o Derecho son más populares "al ser elegidas por cerca de uno de cada cuatro estudiantes. Esto, en comparación con 16% que optan por carreras en las áreas de ingeniería, construcción y producción, y menos de 5% en tecnologías de la información y la comunicación (OCDE, 2017).

Por otra parte, el Instituto Mexicano para la Competitividad (2017) apunta que alrededor de 256,309 personas estudian la carrera de Comunicación Humana, ocupando el treceavo lugar en lo referente a las carreras con mayor número de personas en México, de las cuales 43% son hombres y 57% mujeres. La tasa de desempleo es de 7.2% para esta carrera y de 4.2% en el país, y trabajan en la informalidad 28.1%, siendo el promedio nacional de 58%. Solo 9.5% realiza servicios profesionales, científicos y técnicos. Por otra parte, 83.2% es subordinado y ocupa el lugar 30 de las carreras mejor pagadas, y únicamente 3.9% de los que estudian esta carrera tienen posgrado, lo que pone de manifiesto la problemática nacional sobre la situación actual de muchos jóvenes que ven limitadas sus posibilidades de ingresar a un empleo.

Uno de los aspectos relevantes es la empleabilidad para facilitar la inserción de los jóvenes al mercado laboral. Este concepto se ha manejado desde los años veinte (Rentería y Malvezzi, 2008), y solamente desde finales de los noventa se le ha estudiado empíricamente (Van der Heijde y Van der Heijden, 2006) y ha crecido en importancia, encontrándose hoy día una vasta literatura sobre el tópico (Suárez, 2016). De hecho, la empleabilidad se estudia hoy desde diferentes perspectivas, enfoques y niveles, como el social (requerimientos de educación) organizacional (capacitación, especialización, oportunidades de empleo, promoción) e individual (capacidades, conocimientos, habilidades, competencias). Aunque estos puntos de vista son muy variados, todos ellos se centran en la misma variable de resultado, que es la obtención de empleo (Van der Heijde y Van der Heijden, 2006), lo que muestra la complejidad y multidimensionalidad del constructo (Lees, 2002).

Hay diferentes acepciones del término *empleabilidad*, entre las que destacan el punto de vista subjetivo de Gamboa, Gracia, Ripoll y Peiró (2007), como “la percepción del individuo sobre las oportunidades que tiene de conseguir un empleo de su preferencia o de mejorar el que posee”, sin olvidar aspectos tales como las características (personalidad) o el comportamiento que conducen a obtener diferentes resultados en el trabajo. Es por ello que puede considerarse como una importante variable para el éxito profesional, aun cuando falta investigación sobre la manera en que se relacionan esas variables (Van der Heijde y Van der Heijden, 2006), así como de la participación que tienen las competencias que desarrollan los estudiantes durante su formación (capacitación, aprendizaje informal, experiencias de trabajo, socialización), las cuales serán fundamentales para alcanzar objetivos personales y laborales (Rentería y Malvezzi, 2008).

Entre estos aspectos individuales se encuentran las emociones, pues marcan diferencias en el comportamiento en escenarios laborales, afectan el bienestar, el rendimiento laboral y la satisfacción del cliente (Grandey, 2000). Sin embargo, a dichas emociones, como la regulación de la afectividad en el ámbito laboral, se les ha dado un papel secundario, pese a que se sabe que uno de los lugares donde más ocurren respuestas de estrés es

en el trabajo, donde se requiere que los empleados tengan un manejo adecuado de sus emociones positivas y negativas (Da Costa, Páez, Oriol y Unzueta, 2014). Tal regulación trata de moderar o mostrar estados afectivos que socialmente deben expresarse con la intensidad y duración adecuadas (Silva, 2005; Gross y Thompson, 2007). Asimismo, los estados emocionales favorables permite tener una mejor convivencia en el entorno laboral y facilita que los demás también regulen sus emociones a través de comportamientos prosociales, empáticos y de apoyo (Batson, 2011; Cole, Martin y Dennis, 2004) e influye en aspectos como la comunicación (Tiedens y Leach, 2004). Por otra parte, el manejo inadecuado de emociones perjudica el razonamiento, la capacidad cognitiva y la planificación y pone en peligro la salud (Cole, Michel y Teti, 1994; Gross y Muñoz, 1995). La regulación emocional es esencial en el personal de salud (Kruml y Geddes, 2000) y en médicos, psicólogos, personal de servicios, maestros (Cote y Morgan, 2002; Callahan y McCollum, 2002), así como en personas en puestos gerenciales, directivos y de liderazgo (Brown y Moshavi, 2005). Por ello es importante considerar que los comportamientos de regulación emocional son observados e interpretados por otros en las interacciones sociales, donde desempeñan un papel fundamental en los procesos organizacionales.

Otra variable de interés que ha sido escasamente relacionada con la empleabilidad, y que muestra efectos positivos en los contextos organizacionales y en la eficiencia en el trabajo, es la “pasión” por los estudios (Vallerand et al., 2003; Verner-Filion, 2013), esto es, llevar a cabo una o varias actividades que la persona gusta realizar o que incluso ama, y que por ello invierte su tiempo y energía de un modo tal que prolonguen este estado gratificante (Vallerand et al., 2003). También implica un aspecto motivacional que lo hace satisfactorio en la vida de las personas. Frijda, Mesquita, Sonnemans y Van Goozen (1991) indican que “la pasión se dirige a metas de alta prioridad con resultados emocionalmente importantes” (p. 218) y lleva a que las personas aumenten su concentración, experimenten emociones positivas, relaciones de alta calidad y bienestar psicológico (Lalande et al., 2017). En los ambientes laborales, la pasión por el trabajo hace que los trabajadores

manifiesten una mayor responsabilidad en el desarrollo de sus actividades y se abran a experiencias que les signifiquen hacer aportaciones o mejorar la actividad que realizan (Balon, Lecoq y Rimé, 2013).

Los nuevos escenarios laborales requieren empleados que tomen decisiones en el trabajo que permitan a las organizaciones mantenerse competitivas (Bledow y Frese, 2009). Así, la iniciativa personal incide en la empleabilidad (Gamboa et al., 2007; Lisbona, Bernabé, Palací, Gómez y Martín, 2012), pues lleva a una persona a hacer algo sin que se le diga y sin tener una instrucción explícita o un rol claro (Frese y Fay, 2001); ser proactivo implica fijarse metas, anticiparse a los problemas y oportunidades para superar las barreras o inconvenientes que puedan ocurrir en el trabajo, así como a actuar en situaciones nuevas no estructuradas y difíciles. La iniciativa se relaciona con la búsqueda de empleo, lo que hace a los jóvenes responsables de su propia situación al probar diferentes vías para superar ese obstáculo y anticipar soluciones (Frese y Fay, 2001).

Por lo tanto, el presente estudio transversal descriptivo tuvo como objetivo general relacionar las variables de empleabilidad, regulación emocional, pasión por los estudios e iniciativa en una

muestra de estudiantes de la carrera de Comunicación Humana de una universidad pública del estado de Morelos (México), así como determinar sus percepciones sobre aspectos importantes para un buen desempeño en ambientes organizacionales, considerando las siguientes hipótesis: H1. “Los estudiantes empleados obtendrán mejores puntuaciones en empleabilidad, a diferencia de los estudiantes desempleados”; H2. “Los estudiantes empleados mostrarán una mejor regulación emocional, mayor pasión por los estudios y más iniciativa, en comparación con los estudiantes desempleados”, y H3. “El grado de empleabilidad estará relacionado con la regulación emocional, la pasión por los estudios, la iniciativa y el bienestar psicológico de los estudiantes”.

## MÉTODO

### Participantes

Se invitó a participar a 117 estudiantes de la carrera de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, cuyas características se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características de los participantes encuestados de la carrera de Comunicación Humana.

CARACTERÍSTICAS		N	(%)
Sexo	Femenino	100	85.5
	Masculino	17	14.5
Edad	18 a 20	50	42.7
	21 a 23	55	47.0
	24 a 26	12	10.3
Estado civil	Soltero(a)	104	88.9
	Casado(a)	7	6.0
	Unión libre	6	5.1
Con quién vive	Padres y hermanos	69	59.0
	Padres	15	12.8
	Hermanos	2	1.7
	Familiares	10	8.5
	Otros (amigos, novio[a], etc.)	12	10.3
	Solo(a)	9	7.7
Semestre	1 a 3	55	47.9
	4 a 9	62	52.1
Turno	Matutino	97	82.9
	Vespertino	15	12.8
	Mixto	5	4.3

## Instrumentos

*Forma de datos personales.* Consta de 18 preguntas que permiten describir las características de los participantes, como sexo, edad, semestre y demás, así como su experiencia laboral y búsqueda de empleo.

*Escala de Percepción de Empleabilidad en Universitarios* (Hernández, Ramos, Negrín, Ruiz y Hernández, 2011).

Consta de diez diferentes proposiciones sobre el proceso de inserción en el mundo laboral. Se pide valorar la capacidad para llevar a cabo la acción o el comportamiento descrito. Proporciona una calificación global y la consistencia mostrada por el instrumento, que en esta investigación fue de .830.

*Pasión por el Estudio* (Lisbona et al., 2012).

Se trata de una escala Likert que va de 1 (Desacuerdo) a 5 (Acuerdo). La persona evaluada responde dos subescalas: Pasión armoniosa (p. ej. “Estoy totalmente involucrado en mis estudios”) y Pasión obsesiva (p. ej. “Mi humor depende de si soy o no capaz de estudiar algo”), cada una con siete ítems. En este estudio se reportó una adecuada consistencia interna: .820 para Pasión armoniosa y .810 para Pasión obsesiva.

*Escala de Aspiraciones de Control y Responsabilidad Iniciativa Autoinformada* (Frese, 2001).

Validada al castellano por Lisbona, Palací y Gómez (2008), consta de seis ítems y una escala Likert que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Muestra una consistencia interna de .805. Dicha responsabilidad se concibe como una actitud activa, observable, constante y en beneficio de la empresa.

*Escala de Interrelación Emocional* (Niven, Totterdell, Stride y Holman, 2011).

Da Costa et al. (2014) validaron este instrumento en población hispanohablante, y el mismo describe dos factores: Mejora de emociones negativas (EROSMEN) y Empeoramiento de emociones negativas (EROSEEN), con base en nueve ítems, con un rango de respuesta que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). En el presente trabajo, los coeficientes de confiabilidad de dichas dimensiones fueron .852 y .681, respectivamente.

*Cuestionario de Interregulación Emocional* (Little, Kluemper, Nelson y Gooty, 2011).

Validado por Da Costa et al. (2014), este cuestionario mide las habilidades usadas en el manejo de cuatro formas de modular las emociones de terceras personas: cambiar el contexto (en forma directa, planificada), cambiar o reorientar la atención, cambiar de pensamiento y regular la expresión mediante inhibición o represión expresiva, esto es, la medida en que la persona opta por dejar de efectuar la conducta. En la adaptación de Páez, Martínez, Sevillano, Mendiburo y Campos (2012) se añadieron ítems para mostrar la regulación expresiva por ventilación, descarga o expresión intensa, y la expresión emocional regulada, a fin de poder tener una visión global de la regulación. La escala oscila entre 1 (Desacuerdo total) a 7 (Total acuerdo). En la presente investigación la escala mostró adecuada confiabilidad en las dimensiones de Modificación de la situación (EIMMS) (.809), Reorientación de la Atención (EIMRA) (.807), Reevaluación cognitiva (EIMRC) (.760), Supresión (EIMS) (.847) y Expresión emocional regulada (EIMEER) (.830).

*Escala de Satisfacción con la Vida* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Para medir el bienestar subjetivo, se usó la validada por Atienza, Pons, Balaguer y García (2000). Consiste en una escala Likert de cinco puntos que van de 1 (Completamente en desacuerdo), a 5 (Completamente de acuerdo). La escala obtuvo una confiabilidad adecuada de .767.

## Procedimiento

Se elaboró un instrumento compuesto por las escalas y cuestionarios descritos. Se explicó a los alumnos la finalidad del estudio, garantizándoles la discreción y anonimato de sus respuestas. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado. Se aplicaron los cuestionarios en una sola sesión en un aula destinada para ese propósito. El tiempo promedio para completar el instrumento fue de 20 minutos, y fue administrado por psicólogos con experiencia en la aplicación de estos materiales.

## Análisis estadístico

Se procedió a calificar los cuestionarios y a codificar en una base de datos los resultados. Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.0. Se empleó estadística descriptiva para cada variable estudiada, y considerando el total de la muestra se calculó la confiabilidad de los instrumentos aplicados mediante el coeficiente alfa de Cronbach, así como las puntuaciones de empleabilidad, iniciativa, pasión, regulación emocional y satisfacción vital. Para la comparación de promedios en variables continuas se utilizó la prueba *t*-test o la U de Mann-Whitney dependiendo de la normalidad de los datos. Se incluyó la magnitud del efecto y después la relación entre las variables estudiadas mediante la correlación de Spearman.

## RESULTADOS

Antes de realizar los análisis estadísticos, los datos de los instrumentos aplicados se sometieron al cumplimiento de la normalidad, utilizando para ello el estadístico Kolmogorov-Smirnov. De este análisis se obtuvo que los datos pertenecientes a la percepción de empleabilidad ( $K-S = 0.954$ ;  $p = 0.05$ ), iniciativa personal ( $K-S = 0.800$ ;  $p = 0.05$ ), pasión por los estudios ( $K-S = 0.800$ ;  $p = 0.05$ ), regulación emocional ( $K-S = 0.800$ ;  $p = 0.05$ ) y satisfacción vital ( $K-S = 0.810$ ;  $p = 0.05$ ) no mostraron normalidad estadística, por lo que se usó estadística no paramétrica para su análisis.

En lo referente a la experiencia laboral, 20.5% de los participantes había tenido un empleo llevando a cabo labores como asistentes educativos (2), auxiliares (3), encargadas de tienda (5), empleados generales (7), niñeras (2), vendedoras (2), recepcionistas (2) y meseras (1). En su mayoría, se trataba de empleos precarios con malas condiciones laborales (Tabla 2).

**Tabla 2.** Características laborales de los participantes.

CARACTERÍSTICAS	Comunicación Humana		
		n = 117	%
Trabajo adicional al estudio	No	93	79.5
	Sí	24	20.5
Horas de trabajo diario	M (R)	5.2	2-8
Tiempo en el trabajo actual (meses)	M (R)	18.9	1-80
Ingreso mensual (en pesos mexicanos)	Menos de 1000	7	29.2
	De 1001 a 3000	11	45.8
	De 3001 a 5000	4	16.7
	De 5001 a 8000	2	8.3
Tipo de contratación	Planta	8	33.3
	Eventual	4	16.7
	Por horas	6	25.0
	Por proyecto	1	4.1
	Fines de semana	2	8.2
	Beca	1	4.1
Prestaciones laborales	Sí	7	29.2
	No	17	70.8
Horarios fijos de trabajo	Sí	17	70.8
	No	7	29.2
Trabajo relacionado con la profesión	Sí	4	16.7
	No	20	83.3

*Nota:* Los datos no suman la frecuencia total (n) debido a que hubo ítems sin contestar (dato perdido). Los porcentajes no están redondeados a 100%.

De los participantes, 30.5% había buscado empleo en los últimos seis meses, y 61.5% pensaba hacerlo durante los próximos meses; a 94% le preocupaba su futuro laboral y 52.5% consideraba urgente buscar un trabajo.

Al comparar a los participantes que trabajaban y los que no lo hacían, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las escalas aplicadas, salvo en dos de ellas. Al observar los datos de acuerdo a la probabilidad de superioridad para

cada subescala (Ventura, 2016), se vio que EIMMS presentaba el valor más elevado ( $PS_{est} = 0.47$ ); seguido de EROSEEN ( $PS_{est} = 0.46$ ), EIMRA ( $PS_{est} = 0.45$ ) y PEU ( $PS_{est} = 0.45$ ). Estos datos sugieren que los alumnos que trabajan muestran un pequeño efecto si se emplean las normas interpretativas de no efecto ( $PS_{est} \leq 0.0$ ); efecto pequeño ( $PS_{est} \geq 0.56$ ); efecto mediano ( $PS_{est} \geq 0.64$ ) y efecto grande ( $PS_{est} \geq 0.71$ ).

**Tabla 3.** Comparación por empleo/desempleo en las variables estudiadas.

VARIABLES	Trabaja n = 24	No trabaja n = 93	U (p)	PS <sub>est</sub>
1. PEU	26.92 (4.55)	25.68 (5.44)	1002.0 (.398)	0.45
2. IA	14.96 (7.26)	17.29 (6.05)	833.0 (.056)	0.37
3. PEA	23.63 (3.79)	21.39 (5.24)	841.5 (.063)	0.38
4. PEO	23.83 (5.38)	22.96 (7.04)	990.5 (.396)	0.44
5. EROSMEN	25.00 (3.22)	23.26 (5.31)	940.0 (.233)	0.42
6. EROSEEN	8.96 (2.58)	9.46 (3.28)	1036.0 (.587)	0.46
7. EIMMS	22.29 (6.15)	22.24 (6.84)	1057.0 (.873)	0.47
8. EIMRA	28.38 (7.05)	27.74 (7.82)	1009.5 (.681)	0.45
9. EIMRC	20.58 (4.52)	19.43 (4.87)	931.0 (.374)	0.42
10. EIMS	15.79 (6.97)	18.24 (8.88)	894.0 (.250)	0.40
11. EIMEER	17.63 (4.92)	18.48 (6.18)	956.5 (.479)	0.43
12. BPSV	18.79 (2.58)	18.02 (4.65)	993.5 (.496)	0.44

*Nota:* U = U de Mann-Whitney; P = P valor; PS<sub>est</sub> = Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto). 1. PEU Empleabilidad, 2. IA Iniciativa autoinformada (Aspiración de Control y Responsabilidad), 3. PEA Pasión por los Estudios Armonía, 4. PEO Pasión por los Estudios Obsesión, 5. EROSMEN (Mejora de emociones negativas), 6. EROSEEN (Empeoramiento de emociones negativas), 7. EIMMS (Modificación de la situación), 8. EIMRA (Reorientación de la atención), 9. EIMRC (Reevaluación cognitiva), 10. EIMS (Supresión), 11. EIMEER (Expresión Emocional Regulada), 12. BPSV (Bienestar Psicológico Satisfacción vital).

Al realizar las correlaciones entre percepción de empleabilidad con iniciativa, pasión por los estudios, regulación emocional y bienestar psicológico, se observó una relación con efecto mediano entre empleabilidad y armonía ( $p = .481$ ), un efec-

to pequeño con mejora de emociones negativas ( $p = .302$ ), satisfacción vital ( $p = .273$ ), reorientación de la atención ( $p = .245$ ) y modificación de la situación ( $p = .201$ ). Estas y otras relaciones se pueden observar en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Correlaciones entre las variables estudiadas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. PEU												
2. IA	-.114											
3. PEA	.481**	.009										
4. PEO	.114	.267**	.446**									
5. EROSMEN	.302**	.028	.465**	.423**								
6. EROSEEN	.104	.271*	.150	.327**	.526**							

Continúa...



7. EIMMS	.201*	-.028	.252**	.165	.333**	.181						
8. EIMRA	.245**	-.017	.291**	.182	.391**	.288**	.635**					
9. EIMRC	.171	.016	.235*	.256**	.435**	.287**	.538**	.735**				
10. EIMS	-.096	.311**	-.101	.232*	.154	.169	.127	.183	.257**			
11. EIMEER	.135	-.014	.126	.310**	.399**	.297**	.487**	.594**	.449**	.205*		
12. BPSV	.273**	-.021	.304**	.210*	.314**	-.015	.187*	.327**	.072	.148	.272**	

*Nota:* 1. PEU Empleabilidad, 2. IA Iniciativa Autoinformada (Aspiración de Control y Responsabilidad), 3. PEA Pasión por los Estudios Armonía, 4. PEO Pasión por los Estudios Obsesión, 5. EROSMEN (Mejora de emociones negativas), 6. EROSEEN (Empeoramiento de emociones negativas), 7. EIMMS (Modificación de la situación), 8. EIMRA (Reorientación de la atención), 9. EIMRC (Reevaluación cognitiva), 10. EIMS (Supresión), 11. EIMEER (Expresión emocional regulada), 12. BPSV (Bienestar psicológico y satisfacción vital). \**p* .05; \*\**p* .01.

## DISCUSIÓN

En el estado mexicano de Morelos, de acuerdo con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2017), 39.2% de las mujeres constituyen actualmente una población económicamente activa; de ellas, 42.4% son profesionistas. Al igual que en el resto de México, el acceso al trabajo depende de cuestiones culturales y económicas, así como de la solicitud de personal cualificado. En el caso de los estudiantes de nivel superior, 31% no tiene empleo. En la muestra estudiada solo 20.5% tenía experiencia laboral, a diferencia de 43.3% de los estudiantes del área de ciencias de la salud de la Universidad de Guadalajara (Planas y Enciso, 2014).

Si bien la percepción de empleabilidad que manifiesten los universitarios es vital para su desarrollo profesional, la presente investigación muestra una realidad que ya ha sido descrita en otros estudios (Betanzos y Paz, 2013; Paz, Betanzos y Uribe, 2014; De Vries y Navarro, 2011), según los cuales los que trabajan lo hacen en empleos precarios en la mayoría de los casos.

Al comparar a los estudiantes con experiencia de trabajo y los que no la tienen, se muestra un efecto pequeño en cuatro variables. La primera de ellas es la modificación de la situación (interregulación emocional), que hace referencia a la capacidad de modificar un hecho mediante la habilidad en el manejo de emociones. La segunda, la reorientación de la atención (interregulación emocional), alude a las habilidades en el manejo de emociones mediante inhibición o represión expresiva (es decir, en qué medida la persona opta por dejar de hacer una conducta) para anticipar problemas que puedan provocar una amenaza real. En la ter-

cera, los estudiantes con experiencia laboral previa adquieren una mayor percepción de empleabilidad y desarrollan habilidades compatibles con su profesión, lo que puede en un futuro facilitar el hallar un trabajo relacionado con sus estudios (Planas y Enciso, 2014). Por último, los estudiantes que no trabajan muestran un mayor deterioro de las emociones negativas (interrelación emocional), lo cual se ha asociado a una confrontación más frecuente con personas que los consideran responsables, lo que genera enojo, depresión, ansiedad y conflictos con los otros (Da Costa et al., 2014).

En lo referente a las relaciones entre empleabilidad y las variables estudiadas, se pudo constatar que los estudiantes que se perciben con mayor empleabilidad también se manifiestan más armonía en su carrera (deseo por realizar una actividad que les gusta), una mejora de sus emociones negativas, la modificación de la situación que viven y la reorientación de la atención y satisfacción vital.

Por lo anterior, los alumnos que se desarrollan en su área de interés lo hacen con mayor pasión. Además de mostrar habilidades para el manejo de emociones negativas, ayudan a otros a modificar las situaciones estresantes. Por otro lado, al modificar las situaciones conflictivas y reorientar la atención de los demás a situaciones más amables, enfatizando lo positivo o reevaluando la situación, aumentan la posibilidad de expresar emociones de forma regular y positiva, lo que les genera más sentimientos de satisfacción vital. La regulación emocional eficaz para los estudiantes encuestados está relacionada con una expresión efectiva y adecuada que conlleva una sensación de bienestar (Da Costa et al., 2014).

Una forma de lograr una inserción laboral exitosa desde la escuela involucra una preparación adecuada y experiencias previas que permiten el desarrollo de habilidades psicosociales y emocionales adecuadas a los contextos profesionales donde se desea laborar.

En conclusión, es importante apuntar que en el presente trabajo un porcentaje considerablemente bajo de los estudiantes encuestados (20.5%) contaban con experiencia laboral, con frecuencia en empleos precarios; sin embargo, a la mayoría le preocupaba su futuro laboral o consideraban urgente buscar empleo.

Los resultados obtenidos sobre la empleabilidad sustentan la primera hipótesis y muestran discrepancias entre los estudiantes que trabajan y los que no lo hacen. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, tuvieron sin embargo un pequeño efecto en la probabilidad de una cierta superioridad en los primeros, lo que evidencia la importancia de la empleabilidad como facilitador en el proceso de inserción laboral de los estudiantes entrevistados.

Por otra parte, se hipotetizó que los estudiantes empleados mostrarían una mejor regulación emocional, pasión por los estudios e iniciativa. Se halló una tendencia a la significancia en la pasión por los estudios y la armonía, lo que podría significar que la pasión aumenta la concentración, las emociones positivas, el bienestar psicológico (Lalande et al., 2017) y la responsabilidad en el desarrollo de las actividades (Balon et al., 2013). De esta manera, los estudiantes que trabajan desarrollan más y mejores habilidades profesionales que los hacen más competitivos. Por otra parte, y contrariamente a la hipótesis planteada, la iniciativa autoinformada obtuvo mayores puntajes entre los estudiantes que no trabajaban, lo que podría explicarse por el tipo de empleos que tenían los estudiantes que sí lo hacían: precarios, sin prestaciones y desvinculados con la carrera; tales experiencias en los escenarios reales bien pudieran disminuir el deseo de ser proactivos. Sin embargo, la iniciativa se relaciona a la búsqueda de empleo, y por ello está presente en buena medida en la muestra de estudiantes encuestada, lo que favorece su empleabilidad (Lisbona et al., 2012; Gamboa et al., 2007).

En cuanto a la regulación emocional, aunque no mostró significancia, tuvo un efecto pequeño en la probabilidad de superioridad en tres de sus dimensiones. Dos de ellas (modificación de la situación y reorientación de la atención) se relacionan con la capacidad de manejar emociones, siendo en los estudiantes empleados donde más se desarrollan dichas habilidades. En el caso del empeoramiento de emociones negativas, se observa, inversamente a la hipótesis planteada, que los estudiantes que no trabajaban alcanzaron un mayor puntaje, lo cual indica la presencia de enojo, ansiedad y conflictos, como ya lo reportaron Da Costa et al. (2014).

Por último, se hipotetizó igualmente que el grado de empleabilidad se relaciona con la regulación emocional, la pasión por los estudios, la iniciativa y el bienestar psicológico en los estudiantes. Las relaciones halladas muestran que la salud psicosocial de los estudiantes se asocia con su percepción de empleabilidad. Se observa que de una mejor percepción de ser empleables resulta una mayor puntuación en armonía, mejora de emociones negativas, satisfacción vital, reorientación de la atención y modificación de la situación. Las consecuencias de estar desempleados o en empleos precarios se relacionan con menos bienestar y satisfacción con la vida, y mayor tensión física y psicológica. Por ello, se debe acrecentar la empleabilidad como estrategia para mejorar la pasión por el estudio y las un fomento de las habilidades socioemocionales, ya que eso mejorará la satisfacción vital del estudiante.

Los datos aquí presentados muestran la importancia de que las universidades generen estrategias para aumentar la empleabilidad mediante el establecimiento de programas de capacitación en conjunto con los sectores público y privado que permitan a sus estudiantes desarrollar prácticas en las empresas, y así, lograr que tengan expectativas reales y, en el futuro, mejorar sus posibilidad de insertarse a un buen trabajo (Bargsted, 2107).

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño de la muestra. En futuras investigaciones sería adecuado incluir a alumnos de otros semestres de la carrera de Comunicación Humana, y también extenderse a otras licenciaturas para apreciar el papel que estas variables des-

empeñan en otras muestras, de modo que puedan hacerse comparaciones para conocer si la carrera estudiada tiene impacto en aspectos tales como la percepción de empleabilidad. Igualmente, es necesario estudiar y comparar los perfiles de empleados con los estudiantes en formación para cono-

cer el efecto que tienen las organizaciones para aumentar la empleabilidad. Por último, sería útil conocer las necesidades locales de las organizaciones para incluir esos requerimientos en la actualización de los planes y programas de estudio de las universidades.

## REFERENCIAS

- Angulo P., G.M., Quejada P., R. y Yáñez C., M. (2012). Educación, mercado de trabajo y satisfacción laboral: el problema de las teorías del capital humano y señalización de mercado. *Revista de Educación Superior*, 41(163), 51-66.
- Atienza F., L., Pons, D., Balaguer, I. y García M., M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(1984), 314-319.
- Balon, S., Lecoq, J. y Rimé, B. (2013). Passion and personality: Is passionate behaviour a function of personality? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 63(1), 59-65.
- Bargsted, M. (2017). Impact of personal competencies and market value of type of occupation over objective employability and perceived career opportunities of young professionals. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(2), 115-123. doi: 10.5093/tr2013a7.
- Batson, D. (2011). *Altruism in humans*. London: Oxford, University Press.
- Betanzos D., N. y Paz R., F. (2013). Consumo de alcohol, autoeficacia para la empleabilidad, compromiso de carrera y sensibilidad emocional en estudiantes universitarios de Morelos. *Salud Pública de México*, 55(1), 1-2.
- Bledow, R. y Frese, M. (2009). A situational judgment test of personal initiative and its relationship to performance. *Personnel Psychology*, 62(2), 229-258.
- Brown, W. y Moshavi, D. (2005). The incubator - Transformational leadership and emotional intelligence: A potential pathway for an increased understanding of interpersonal influence. *Journal of Organizational Behavior*, 26(7), 867-871.
- Callahan, J. y McCollum, E. (2002). Obscured variability: The distinction between emotion work and emotional labor. En N. M. Ashkanasy, W. J. Zerbe y C. E. Hartel (Eds.): *Managing emotions in the workplace* (pp. 219-231). London: M. E. Sharpe.
- Cesário F., S., Guillén G., C. y Montalbán P., F.M. (2012). Contrato de trabajo, compromiso y satisfacción: moderación de la empleabilidad. *Revista de Administração de Empresas*, 52(3), 345-359. doi: 10.1590/S0034-75902012000300006.
- Cole, P.M., Martin, S.E. y Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317-333.
- Cole, P.M., Michel, M.K., y Teti, L.O.D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-102. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x.
- Cote, S. y Morgan, L. (2002). A longitudinal analysis of the association between emotion regulation, job satisfaction, and intentions to quit. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 947-962.
- Da Costa, S., Páez, D., Oriol, X. y Unzueta, C. (2014). Regulación de la afectividad en el ámbito laboral: validez de las escalas de heterorregulación EROS y EIM. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 30(1), 13-22.
- De Vries, W. y Navarro, Y. (2011). ¿Profesionistas del futuro o futuros taxistas? Los egresados universitarios y el mercado laboral en México. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 2(4), 3-27.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Recuperado de <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/review.html>.
- Frese, M. (2001). Personal initiative (PI): The theoretical concept and empirical findings. En M. Erez, U. Kleinbeck y H. Thierry (Eds.): *Work motivation in the context of a global economy* (pp. 99-110). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Frese, M. y Fay, D. (2001). Personal initiative (PI): An active performance concept for work in the 21st century. *Research in Organizational Behavior*, 23, 133-187.
- Frijda, N., Mesquita, B., Sonnemans, J. y Van Goozen, S. (1991). The duration of affective phenomena or emotions, sentiments, and passions. En K. T. Strongman (Ed.): *International Review of Studies on Emotion* (v.1, pp. 187-225) Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Gamboa, J., Gracia, F., Ripoll, P. y Peiró, J. (2007). Employability and personal initiative as antecedents of job satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 632-640.
- González, M., Piñero, A. y Santa Basiliisa, M. (2009). *Informe sobre la empleabilidad de la población cualificada. ¿Es posible escapar del paro?* Madrid: EAE Business School.

- Grandey, A.A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95-110.
- Gross, J. y Muñoz, R.F. (1995) Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151-164.
- Gross, J. y Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.): *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Hernández F., E., Ramos S., Y., Negrin, F., Ruiz R., C. y Hernández, B. (2011). Empleabilidad percibida y autoeficacia para la búsqueda de empleo en universitarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 27*(2), 131-142.
- Instituto Mexicano para la Competitividad (2017). Compara carreras. Una herramienta sobre las consecuencias económicas de escoger una carrera. México: IMC. Disponible en <http://imco.org.mx/comparacarreras/#/>.
- Kruml, S. y Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor. *Management Communication Quarterly, 14*, 8-49.
- Lalande, D., Vallerand, R., Lafrenière, M.A., Verner-Filion, J., L., Forest, F.A.J. y Paquet, Y. (2017). Obsessive passion: A compensatory response to unsatisfied needs. *Journal of Personality, 85*(2), 163-178.
- Lees, D. (2002). *Graduate employability - Literature review*. Exeter, UK: University of Exeter. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3be9/083c2931310d073c1fb3319a55e77647befa.pdf>.
- Lisbona, A., Bernabé, M., Palací, F., Gómes B., A. y Martín A., M. (2012). Estudiar con pasión: relación con la iniciativa personal y el engagement. *Ciencia y Trabajo, 14*, 89-95.
- Lisbona, A., Palací, F. y Gómes B., A. (2008). Escala de Clima para la Iniciativa y para la Seguridad Psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24*(2), 153-167.
- Little, L., Kluemper, D., Nelson, D. y Gooty, J. (2011). Development and validation of the Interpersonal Emotion Management Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 85*(2), 407-420 1-14. doi: 10.1111/j.2044-8325.2011.02042.
- Márquez J., A. (2011). La relación entre educación superior y mercado de trabajo en México: una breve contextualización. *Perfiles Educativos, 33*, 169-185.
- Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. y Holman, D. (2011). Emotion regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology, 30*, 53-73. doi: 10.1007/s12144-011-9099.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2016). *Perspectivas económicas de América Latina 2017: Juventud, competencias y emprendimiento*. París: OECD Publishing. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2017-es>.
- Páez, D., Martínez S., F., Sevillano, V., Mendiburo, A. y Campos, M. (2012). Medida de estilos de regulación afectiva (MARS) ampliada en ira y tristeza. *Psicothema, 24*(2), 249-254.
- Paz R., F, Betanzos D., N. y Uribe B., N. (2014). Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. *Aquichan, 14*(1), 67-78.
- Planas C., J. y Enciso Á., I. (2014). Los estudiantes que trabajan: ¿tiene valor profesional el trabajo durante los estudios? *Revista Iberoamericana de Educación Superior, 5*(12), 23-38.
- Rentería, E. y Malvezzi, S. (2008). Empleabilidad, cambios y exigencias psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica, 7*(2), 319-334.
- Secretaría del Trabajo y Prevención Social (2017). *Información Laboral de Morelos, Agosto 2017*. Cuernavaca, Mor. (México): STPS. Recuperado de: <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/pdf/perfiles/perfil%20morelos.pdf>.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad / resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 43*(3), 201-209.
- Suárez, B. (2016). Empleabilidad: análisis del concepto. *Revista de Investigación en Educación, 14*(1), 67-84.
- Tiedens, L. y Leach, C. (2004). *The social life of emotions*. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Vallerand, R., Blanchard, C., Mageau, G., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M., et al., (2003). Les passions de l'âme: on obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4), 756-767. doi: 10.1037/0022-514.85.4.756.
- Van Der Heijde, C. y Van Der Heijden, B. (2006). A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability. *Human Resource Management, 45*, 449-476.
- Ventura L., J. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 54*(4), 353-354.
- Verner-Filion, V.J. (2013). Making people's life most worth living: On the importance of passion for positive psychology. *Terapia Psicológica, 31*(1), 35-48.
- Wanberg, C. (2012). The individual experience of unemployment. *Annual Review of Psychology, 63*(1), 369-396.



# Percepción de dificultades para la participación de los adultos mayores hidalguenses en actividades instrumentales

## *Perception of difficulties for the participation of elderly people from Hidalgo (Mexico) in instrumental activities*

*María del Refugio Acuña Gurrola, Bertha Maribel Pimentel Pérez,  
Dulce Abril Galindo Luna, Ileana Casasola Pérez,  
Raúl Azael Agis Juárez y Eduardo Guzmán Olea<sup>1</sup>*

*Citación:* Acuña G., M. del R., Pimentel P., B.M., Galindo L., D.A., Casasola P., I., Agis J., R.A. y Guzmán O., E. (2020). Percepción de dificultades para la participación de los adultos mayores hidalguenses en actividades instrumentales. *Psicología y Salud*, 30(1), 37-43.

### RESUMEN

La teoría gerontológica de la actividad, desarrollada por Havighurts, propone que mientras más tiempo invierta el adulto mayor en actividades productivas, mayor será su sensación de bienestar. Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las dificultades para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria de adultos mayores residentes en el estado de Hidalgo (México). Los resultados muestran que más de 90% de la muestra no reportó tener dificultades para manejar el dinero, aunque el porcentaje fue menor en cuanto a las dificultades para preparar alimentos y llevar a cabo los quehaceres del hogar, más entre los hombres que en las mujeres. Se concluye que la participación en actividades diversas favorece que tanto mujeres como hombres mantengan un estilo de vida activo, siendo las primeras quienes más se involucran en actividades relacionadas con el cuidado de su hogar.

**Palabras clave:** Vejez; Quehaceres del hogar; Trabajo; Manejo de dinero.

### ABSTRACT

*The gerontological theory of activity developed by Havighurst proposes that the longer the elderly invest in productive activities, the greater their sense of well-being. Therefore, the present study's objective was to evaluate the difficulties for performing daily living instrumental activities of 2,599 older adults of the Hidalgo Mexican state. Results show that more than 90% of the sample did not report difficulties to manage money, although the percentage was lower for difficulties to cook and perform household chores, the percentage of men being higher than that of women. It can be concluded that participation in several activities favors both, women and men, maintaining an active lifestyle, with women more involved in home-care activities.*

**Key words:** Old age; Household chores; Work; Handling money.

---

<sup>1</sup> Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Carretera Pachuca-Actopan camino a Tilcuautla s/n, 42160 Pueblo San Juan Tilcuautla, Hgo., México, tel. (771)717-20-00, ext. 4300. Correo electrónico: madereag@gmail.com Artículo recibido el 22 de junio de 2018 y aceptado el 29 de enero de 2019.

## INTRODUCCIÓN

**A**l igual que en México, la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015), en el periodo 2015-2020 el promedio mundial era de 71.7 años de edad, y alrededor de 14% de la población mundial se hallaba en un grupo de 60 o más años.

Superando la media internacional, la esperanza de vida en México en el año 2015 era de 74.9 años de edad, con 10% de la población nacional en el grupo de 60 o más años de edad, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Lo anterior ha implicado modificaciones importantes en la estructura de la pirámide poblacional, reflejadas incluso en la transición del perfil epidemiológico nacional, lo que ha dado paso al aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, estrechamente vinculadas a la vejez.

No obstante ese incremento de la población mayor de 60 años, un porcentaje considerable de la misma reporta no ser económicamente activa (73.28%), de modo que menos de una cuarta parte tiene una actividad económicamente remunerada.

Es posible que lo anterior afecte la percepción de bienestar del adulto mayor; de acuerdo con lo expuesto por la teoría gerontológica de la actividad de Havighurts (1961), el nivel de actividad se halla asociado a la satisfacción personal; esto es, mientras más activas sean las personas, más satisfechas se sentirán.

Un ejemplo de ello son los resultados reportados por Ferreira, Aparecida, Dos Santos, Cândida y Dos Santos (2017), quienes reportan que en una muestra de 1,693 mayores brasileños hallaron una mayor incidencia de incapacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria con el aumento de la edad, así como una asociación con la presencia de indicadores de morbilidad y depresión.

Según la mencionada teoría, una de las características que debe cumplir una actividad para ser satisfactoria es la de ser productiva, pues solo la realización de esta puede ser fuente de agrado para la persona mayor (Oddone, 2013). En tal sentido, entre las actividades productivas se encuentran las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria, o AIVD, que si bien están enfocadas a

la independencia de la persona mayor dentro de la comunidad en la que vive (Mendoza y Martínez, 2013), también le aportan beneficios directos, al igual que a su contexto inmediato. No obstante, hay muchas investigaciones que muestran que a edades muy avanzadas hay un riesgo mayor de dependencia funcional, tal es el caso del estudio realizado por Paredes, Pinzón y Aguirre (2018), en el que una muestra de adultos mayores colombianos reporta mayor dependencia para efectuar actividades de la vida diaria, así como los que son económicamente dependientes, y más aún en los varones que en las mujeres.

Por consiguiente, el rol de género que desempeña cada individuo, determinado por su contexto, incide en la presencia y efecto de la capacidad funcional del individuo para la realización de las actividades productivas e instrumentales de la vida diaria. Un ejemplo de ello se encuentra en el trabajo publicado por Fernández, Quiroga, Escorial, Privado (2016), donde en una muestra de 184 hombres y mujeres se determinaron las diferencias en la participación de unos y otras en las labores domésticas, observándose, por ejemplo, una mayor frecuencia de mujeres en la preparación de alimentos.

Así, se considera la participación activa de los adultos mayores como un elemento cardinal para un envejecimiento saludable, el cual, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015), se enfoca en mantener y fortalecer su capacidad funcional para hacer y ser lo que les es importante. Sin embargo, la OMS también especifica que debe considerarse la capacidad funcional del individuo, es decir, sus características personales y el entorno en el que se desenvuelve, por lo que, para la realización de las diferentes actividades instrumentales de la vida diaria, también deben considerarse las dificultades presuntas o reales para llevarlas a cabo.

De esta manera, el objetivo del presente trabajo transversal, descriptivo y cuantitativo fue evaluar la percepción de las dificultades para la realización de AIVD de adultos mayores residentes en el estado de Hidalgo (México), así como su incidencia con base en su género, a fin de proporcionar una referencia empírica que contribuya a generar alternativas de acción de índole contextual, conductual o perceptiva que contribuyan a

minimizar el impacto de los obstáculos en la realización de las actividades de la vida diaria, para así incrementar su participación y bienestar mediante el fortalecimiento de un envejecimiento más saludable.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en el estudio 2,599 adultos mayores voluntarios hidalguenses, de los cuales 70% fueron mujeres y 30% hombres, con un promedio de edad de 71.3 años.

### Materiales

*Consentimiento informado.*

*Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE-Hidalgo).*

Elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para estudios multicéntricos sobre el envejecimiento y bienestar de los adultos mayores, es una encuesta multidimensional que incluye reactivos sobre datos personales, habilidades cognitivas, antecedentes de salud, funcionalidad, medicación, uso y accesibilidad de servicios, características económicas, vínculos sociales, historia laboral y fuentes de ingreso.

Para el presente escrito se retoman los reactivos referentes a los aspectos de su vida diaria, entre los que se detallan su actividad actual principal, la percepción de dificultades para realizar quehaceres pesados y ligeros y preparar comida caliente o fría.

### Procedimiento

Las entrevistas a los mayores se realizaron de manera individual.

En cuanto al manejo de los datos, para este estudio las frecuencias fueron transformadas a percentiles para realizar las comparaciones.

## RESULTADOS

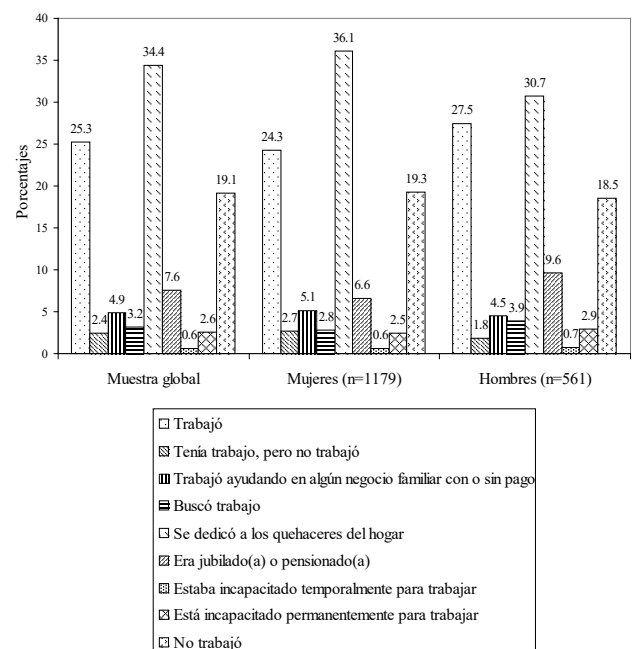
A continuación se presentan los porcentajes obtenidos en cuanto a la percepción de los participantes sobre la presencia de dificultades para la realización de AIVD como su principal actividad, manejo de dinero y compras, realización de quehaceres ligeros del hogar y preparación de comida caliente.

### Actividad principal

Respecto a la actividad principal que los adultos mayores (n = 1,740) desempeñaron durante la semana anterior a la realización de la entrevista, 34.4% de la muestra reportó haberse dedicado a los quehaceres del hogar, pero alrededor de 25.3% dijo haber trabajado, porcentaje ligeramente superior en la porción masculina de la muestra (27.5%) (Figura 1).

Lo anterior muestra que las actividades a las que se dedicaban están marcadas por el género al que pertenecen, lo que ilustra la cultura patriarcal de la población hidalguense y los patrones conductuales que trascienden las generaciones y reproducen el orden y la organización social existentes.

**Figura 1.** Distribución de la muestra en la actividad principal.



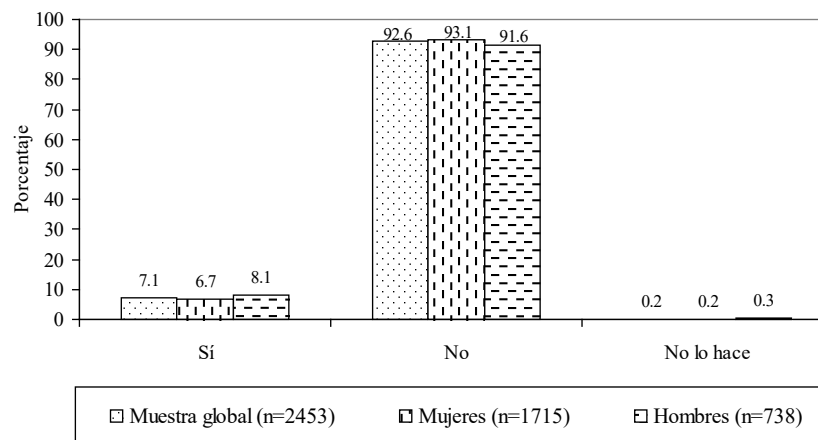


## Manejo del dinero y compras

A los adultos mayores participantes se les preguntó si tenían dificultades para manejar su propio dinero o realizar las compras de alimentos para su hogar. Respecto al manejo del dinero, en la muestra global (n = 2,453) más de 90% dijo no tener dificultades; aunque el porcentaje mayor correspondió a las mujeres, que consideraban no tener dificultad alguna para ello (Figura 2).

En cuanto que el manejo monetario está asociado al control y la satisfacción de necesidades básicas, la capacidad mostrada por la población estudiada para manejarlo está vinculado a factores simbólicos que pueden generar una percepción positiva de su situación vital, independencia y aporte productivo a su entorno, de lo que se infiere que esta población mostraba una considerable independencia funcional.

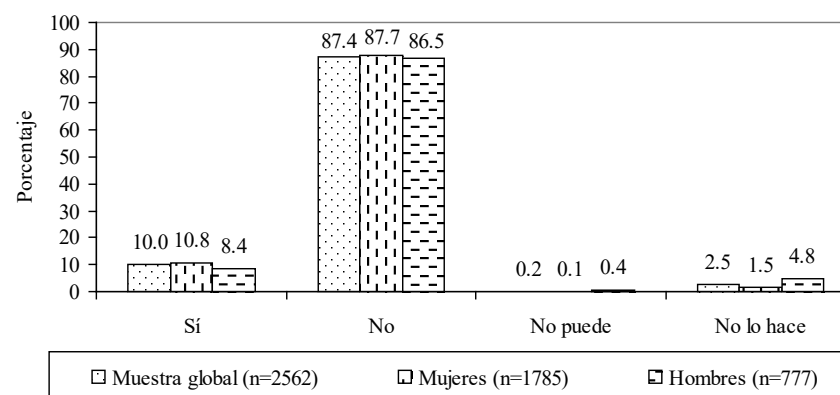
**Figura 2.** Distribución de la muestra según su dificultad para manejar dinero.



Por su parte, respecto a las dificultades para realizar las compras de alimentos para el hogar, la muestra global señaló no tener dificultades para la tarea (87.4%); asimismo, aunque el porcentaje mayor de esta condición según su género fue el de hombres (86.85%), también fue en este grupo don-

de se reportaron más individuos que no llevaban a cabo dicha actividad (4.8%), como se muestra en la Figura 3, lo que confirma la división social del trabajo por género, en la que, aunque se pueda llevar a cabo instrumentalmente esa actividad, es la función social la que predomina.

**Figura 3.** Distribución de la muestra en dificultades para comprar los alimentos para el hogar.

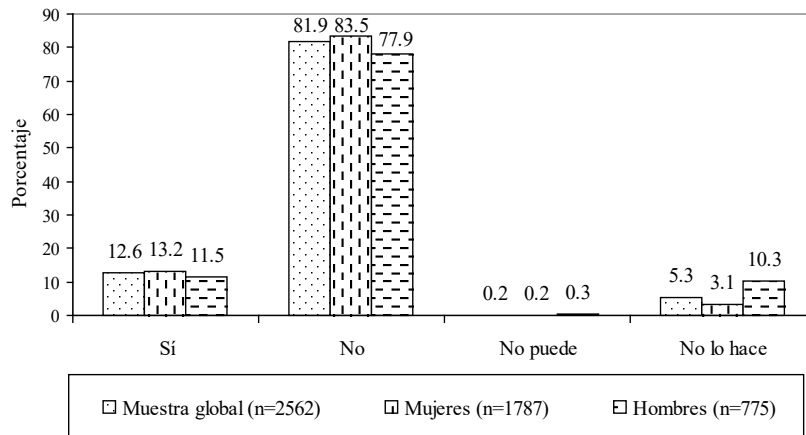


## Quehaceres de hogar

Las labores domésticas pueden clasificarse como ligeras (tender camas o sacudir) y pesadas (limpiar baños o pisos). Así, 81.9% de la muestra global dijo no tener dificultades para realizar labores

ligeras, en el que la proporción es claramente superior en las mujeres (83.5%) que en los hombres (77.9%); más de 10% de los varones reportaron no efectuar tal actividad (Figura 4).

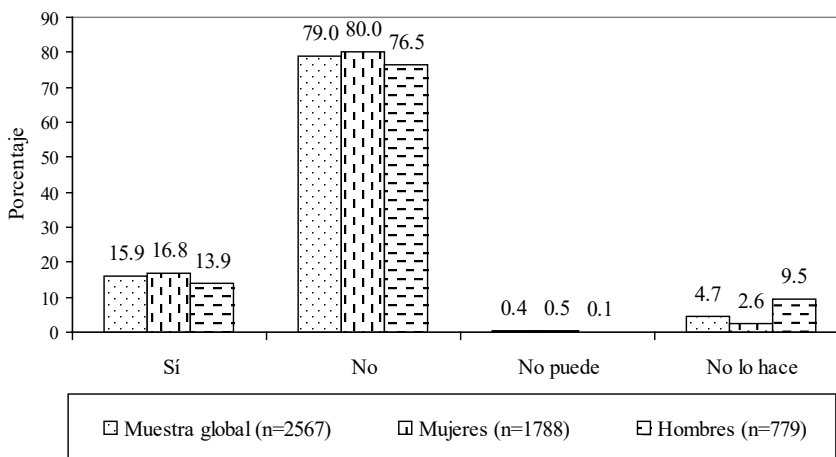
**Figura 4.** Distribución de la muestra en dificultades para hacer quehaceres ligeros del hogar.



La distribución de los quehaceres pesados, por su parte, fue similar a la de las labores ligeras, pero con porcentajes menores en cuanto a no tener dificultades o no realizar la tarea; en efecto, se obser-

va que las mujeres tuvieron el mayor porcentaje en el reporte de dificultades para realizar la actividad (16.8%) (Figura 5).

**Figura 5.** Distribución de la muestra en dificultades para hacer quehaceres pesados del hogar.

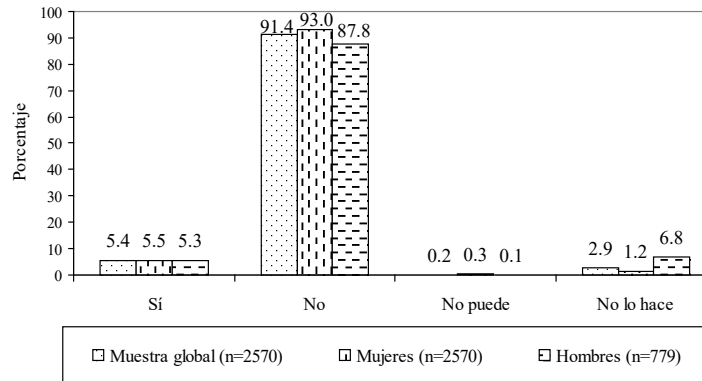


Como se puede observar, los roles y estereotipos de género siguen predominando en la percepción que se tiene acerca de las tareas de las que cada género es responsable. En el caso de las mujeres adultas mayores de la muestra, son sobre todo ellas quienes llevan a cabo las actividades tanto ligeras como pesadas por pertenecer al ámbito del hogar, lugar que ha sido reservado casi exclusivamente a ellas; sin embargo, los hombres, al tener sus actividades en el ámbito público (laboral), restringen sus actividades en este espacio, en el que dichas actividades no les han sido asignadas socialmente a ellos; de lo anterior se puede inferir que el género afecta el desarrollo de las actividades de la vida diaria, las que, en el caso de los hombres, no for-

man parte de su rol tradicional. La dificultad para ejecutar estas actividades puede tener un mayor efecto negativo en las mujeres que en los hombres en cuanto que forman parte de su construcción de género.

### Preparación de comida caliente

Respecto a los alimentos calientes, tal como se muestra en la Figura 6, el porcentaje de mujeres que reportan no tener dificultades para ello (93%) fue mayor que el de los hombres (87.8%); sin embargo, en este último grupo también es mucho menor el porcentaje de individuos que realizan la tarea (6.8%).

**Figura 6.** Distribución de la muestra según las dificultades para preparar comida caliente.

La complejidad de esas tareas está asociada a la posibilidad y el riesgo de llevarlas a cabo. En el caso de la preparación de alimentos se puede observar que intervienen varios factores tales como la psicomotricidad fina para el manejo de los alimentos; los factores cognitivos, como la memoria necesaria para saber qué ingredientes, medidas y tiempo de preparación, e incluso el manejo de materiales inflamables para la cocción. Todo ello permite observar que se requiere de una mayor funcionalidad para llevarlas a cabo, y el que lo pueda hacer la población de este objeto de estudio habla del nivel de envejecimiento positivo saludable alcanzado por la población, pues solamente 6.8% reportó no poder efectuarlo.

## DISCUSIÓN

En resumen, puede concluirse que la participación en actividades diversas, aunque no sean remuneradas, favorece que tanto mujeres como hombres mantengan un estilo de vida activo, siendo el género un factor esencial para el mantenimiento de la actividad. Son las primeras las que más se involucran en actividades relacionadas con el cuidado de su hogar, mientras que los hombres puntúan más alto en actividades económicamente remuneradas. Lo anterior habla del mantenimiento de los roles de género asignados por la cultura patriarcal

de la que el estado de Hidalgo forma parte. Lo anterior se corresponde con lo que señala Havighurts (1961) (cf. también Mogollón, 2012), a quien se considera el creador de la teoría de la actividad, que parte de la hipótesis de que únicamente es feliz la persona con una actividad continua o capaz de hacer algo útil para otras personas.

Así, los datos reportados por la población de 60 y más años de edad, residentes en el estado de Hidalgo, señalan que un porcentaje importante lleva a cabo actividades varias de forma cotidiana, dato que puede utilizarse desde la perspectiva teórica ya referida para mejorar las condiciones vitales de este grupo etario, toda vez que ejecutar roles sociales diversos repercute positivamente en la imagen del senescente. Una imagen positiva de sí mismo es el requisito previo más importante para el gozo de vivir y, por tanto, para un envejecimiento más exitoso en tiempos en los que cada vez es más evidente el rumbo demográfico mundial.

Conocer este tipo de datos permitirá generar líneas de investigación para ahondar en el diseño de actividades y estrategias de acción que fomenten estilos de vida saludables, considerando el género y la percepción que pueden tener los adultos mayores de sus condiciones para paliar las limitaciones y obstáculos intrínsecos e extrínsecos al llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, en especial aquellas percibidas como productivas para sí o para otras personas.

## REFERENCIAS

- Fernández, J., Quiroga, A., Escorial, S. y Privado, J. (2016). The gendered division of housework. *Psicothema*, 28(2), 130-136. doi: 10.7334/psicothema2015.169.
- Ferreira A., B., Aparecida D., F., Dos Santos F., P.C., Cândida G., N. y Dos Santos T., D. (2017). Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1), 48-58. doi: 10.17533/udea.lee.v35n1a06.
- Havighurts, R. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. doi: 10.1093/geront/1.1.8.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Intercensal*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal>.
- Mendoza N., V. y Martínez M., M. (2013). Funcionalidad. En V. Mendoza, M. Martínez y L. Vargas (Eds.): *Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria* (cap.29, pp. 351-356). México: UNAM.
- Mogollón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 34(1), 56-74.
- Odone, M.J. (2013). *Antecedentes teóricos del envejecimiento activo*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 4. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *World population prospects. The 2015 Revision. Key findings and advance tables*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de [file:///C:/Users/Dra.%20Acu%C3%B1a/Downloads/httpapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](file:///C:/Users/Dra.%20Acu%C3%B1a/Downloads/httpapps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf).
- Paredes, Y., Pinzón, E. y Aguirre, D. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. *Revista de Ciencias de la Salud*, 16(1), 114-128. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a6494>.



# Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación

## *Physical activity and its relationship with aging and functional capacity: A review of the research literature*

*Leonor Mariana Duque-Fernández, Martha Ornelas-Contreras y Elia Verónica Benavides-Pando<sup>1</sup>*

*Citación:* Duque F., L.M., Ornelas C., M. y Benavides P., E.V. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión. *Psicología y Salud*, 30(1), 45-57.

### RESUMEN

*Introducción.* Un programa de actividad física diversa sobre la condición física-funcional del adulto mayor repercute favorablemente en su calidad de vida. *Objetivo.* Analizar por medio de una revisión sistemática la relación entre la actividad física y la capacidad funcional en adultos mayores. *Método.* Se realizó una búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: Scopus, Scielo, WOS y PEDro; además, se utilizó el motor de búsqueda Google Académico. En la búsqueda de artículos publicados entre 2008 y 2018, escritos en español o inglés, se emplearon las siguientes palabras clave: “functional capacity”, “physical activity”, “elderly”, “actividad física”, “envejecimiento”, “capacidad funcional”, “adulto mayor” y “programas de actividad física”. *Resultados.* Se encontraron 5,198 estudios, de los cuales se seleccionaron 51, todos los cuales cumplían los criterios de inclusión. Con los artículos identificados, se procedió a revisar sus títulos, se eliminaron las duplicidades y se examinaron los ejes de estudio, con particular atención en la metodología propuesta, los resultados y la discusión. Entre los 51 artículos seleccionados se encuentra una gran prevalencia de estudios que reportan que el envejecimiento asociado a una buena ejecución de actividad física brinda beneficios a la capacidad funcional en el adulto mayor en los diversos programas llevados a cabo. *Discusión.* La actividad física en los adultos mayores debe considerarse como una de las principales estrategias para el mantenimiento de la capacidad funcional, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

**Palabras clave:** Capacidad funcional; Actividad física; Envejecimiento.

### ABSTRACT

*Introduction.* Since diverse physical activity programs seem to improve older adults' quality of life, the objective of the present study was to analyze, through a systematic review of the research literature the relationship between physical activity and functional capacity in older adults. *Method.* A systematic electronic search included the following databases: Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science (WOS) and PEDro, as well as the Google Academic search engine. Search descriptors included the following: functional capacity, physical activity, elderly, physical activity, aging, functional capacity, older adult, physical activity programs. The search included articles published between 2008 and 2018 in either Spanish or English. *Results.* From a total of 5198 studies found, 51 studies which met all inclusion criteria were selected. After study titles were reviewed and duplicates eliminated, they were then examined with emphasis on methodology, results and discussion. Results revealed numerous studies reporting that performance of physical activity does provide benefits in functional capacity in the elderly through various programs. *Discussion.* Physical activity in older adults should be considered as one of the main strategies for maintaining functional capacity, promoting health and preventing disease.

**Key words:** Functional capacity; Physical activity; Elderly.

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Chihuahua. Paseos de Chihuahua, 31125 Chihuahua, Chih. (México), tel. (614)158-99-00, correos electrónicos: leonormariana6@gmail.com, mornelas@uach.mx y ebenavides@uach.mx. Artículo recibido el 17 de mayo y aceptado el 6 de noviembre de 2018.

## INTRODUCCIÓN

### Envejecimiento y vejez

El término “vejez” proviene de la voz latina *vetus*, que a su vez se deriva de la raíz griega *etos*, que significa “añejo” o “años”. Por lo general, la mayoría de las personas relaciona la vejez con el tiempo acumulado de vida o como señal del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal concepto (Quino, Chacón y Vallejo, 2017). La vejez se expresa como la desaparición de la juventud, y solo se tiende a estudiarla en términos de pérdidas, sin atender sus aspectos positivos ni enfocarla como una etapa productiva (Sotomayor y Torres, 2010).

A partir de los paradigmas de la biología y la medicina, se define la vejez desde dos vertientes mentales: la primera, en función del patrón de referencia cronológica, y la segunda, a partir de los cambios morfológicos y funcionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento que, además, se manifiesta de manera heterogénea (Moreno, Huerta y Albala, 2014). Tanto en la ciencia como en la sociedad se ha definido la vejez desde las vertientes biológica, psicológica y social, y asimismo la cuota de participación e integración social del adulto mayor (Ramos, Yordi y Miranda, 2016).

El proceso de envejecimiento es un fenómeno multifactorial que afecta todos los niveles de ordenación biológica, desde las moléculas hasta los sistemas fisiológicos, aunque no siempre coincide el fenómeno biológico con el cronológico (Tamez y Ribeiro, 2012). Con el transcurso de los años, se reduce la fecundidad y se eleva la tasa de mortalidad, por lo que el adulto mayor comienza a tener una menor transcendencia en el conjunto de la sociedad; en compensación, adquiere una mayor representatividad (Cerquera y Quintero, 2015; Roca, 2016).

Los cambios biológicos únicamente toman sentido en función de una sociedad determinada. La edad no es inherente exclusivamente a los cambios biológicos, sino también a las percepciones y representaciones que se le atribuyen. Según va aumentando la edad, se aprecia una ligera tenden-

cia al declive en las dimensiones del crecimiento personal y el propósito en la vida, lo cual es consecuencia de un proceso de adaptación mediante el cual los adultos mayores compensan la pérdida de sus posibilidades reajustando sus metas (Apon- te, 2015).

Desde otra perspectiva, se define el envejecimiento como un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta ahora inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales y culturales, estilo de vida y presencia de enfermedades (Di Domizio, 2015). Dichos cambios definen a los seres humanos cuando envejecen; pese a ello, es un proceso natural y no necesariamente ligado a los estereotipos usuales, sino como una etapa de la vida en la que es posible “crecer y continuar aprendiendo” (Ramos et al., 2016).

Cada ser viviente tiene su propia característica de envejecimiento, que varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano en la misma persona. En efecto, aunque esta etapa es un proceso universal, no todos los seres envejecen al mismo tiempo ni de la misma manera (Torres y García, 2015).

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana y constituye una experiencia única, heterogénea, cuyo significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura forme de aquel. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana, por lo que es un espacio ideal para emplear herramientas de intervención para entender el fenómeno y ofrecer alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor (Alvarado y Salazar, 2014).

Las investigaciones sobre el envejecimiento se han enfocado en la salud, pero últimamente el concepto de *capacidad funcional* está reclamando una atención creciente. Si bien hace mucho tiempo que se valora la transcendencia de la funcionalidad sobre la salud y la enfermedad, fue hasta los años 50 que se reconoció plenamente su importancia a medida que aumentaba la cantidad de personas mayores y discapacitadas, y crecía la incidencia de enfermedades crónicas. El valor que debía dársele a la funcionalidad la ratificaron la Comisión Estadounidense sobre Enfermedades Crónicas y la

Organización Mundial de la Salud (OMS), que impulsaron el desarrollo de una base científica para medir el estado funcional. Otras investigaciones y programas teóricos examinaron ciertas partes claves de la salud funcional: las actividades de la vida diaria (ADL), las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y las variables psicológicas y sociales. Las escalas de estado funcional estudian las ADL (lavarse, vestirse, comer, trasladarse, caminar, así como la continencia) y las IADL (tareas domésticas, hacer la compra, tomar medicinas, utilizar transportes, usar el teléfono, cocinar y usar y administrar el dinero), todas las cuales son necesarias para la vida independiente (Medina et al., 2015).

El envejecimiento genera cambios de diferente índole, como alteraciones en los distintos procesos biológicos, psicológicos, cognitivos e incluso sociales, así como la disminución o la pérdida de la capacidad funcional; en efecto, al pasar los años se produce un aumento de los riesgos que predisponen a las personas a perder su autonomía y funcionalidad (Rebolledo, Silva, Juliao, Polo y Suárez, 2017).

### Capacidad funcional

Así, la funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con el aumento de la mortalidad en este segmento poblacional. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente sufre una limitación en su reserva funcional, manifestada como un estado de vulnerabilidad que da como resultado la discapacidad.

Un adulto mayor sano es aquel que puede enfrentar el proceso de cambio en un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Este concepto es clave en la definición de salud; por esto, la OMS propone el estado de independencia funcional como el indicador más representativo para este grupo. Fillenbaum (1984) ratifica este criterio y propone la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de “estatus funcional”, asociando el concepto de *salud*

al mantenimiento de la independencia funcional (Durán, Valderrama, Uribe y Uribe, 2008).

La independencia funcional o capacidad funcional es definida como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para de esta forma mantener el cuerpo y subsistir de una manera independiente o autónoma. Cuando la mente y el cuerpo pueden llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, se dice que la funcionalidad está indemne (Rebolledo et al., 2017). En otras palabras, se puede entender por funcionalidad o independencia funcional la capacidad de cumplir las acciones requeridas en el vivir cotidiano para subsistir independientemente. El ser humano, como ser social, está intercambiando experiencias y conocimientos con su medio en todas las etapas de su vida, por lo que el aprendizaje no es exclusivo de los grupos jóvenes de la población. Los adultos mayores, de igual forma, pueden continuar en este proceso de aprendizaje como educandos, pero la perspectiva desde la cual se les eduque debe ser diferente, esto es, debe adecuarse a las características de la etapa de la vida por las que se está atravesando (Segovia y Torres, 2011).

La capacidad funcional de las personas mayores es crucial respecto a la forma en que pueden llevar a cabo y soportar las actividades de la vida diaria, que a su vez afectan su calidad de vida (Carpio, Suárez, Almanza, Gómez y Quintero, 2012; De la Fuente, Quevedo, Jiménez y Zavala, 2010). La pérdida de la capacidad funcional del adulto mayor de 65 años de edad aparece en 5% de los casos, y en adultos mayores de 80 años en 50 % (Zavala y Domínguez, 2011).

La capacidad funcional, se conceptúa como la integración de tres campos de la funcionalidad: el biológico, el psicológico (cognitivo y afectivo) y el social, por lo que la valoración funcional se deriva de un modelo que observa la forma en que la relación entre estos tres campos contribuye al comportamiento y a la funcionalidad general, lo que significa poder efectuar sin ayuda las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La independencia funcional tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, su familia y comunidad, así como para el sistema de salud. En cuanto que la incapacidad ocasiona una mayor vulnerabilidad y más dependencia en la vejez, dis-



minuye a su vez el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores (Delgado, 2014; Fhon et al., 2012).

Zavala y Domínguez (2011) señalan que la funcionalidad se relaciona con tres categorías: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio (alimentarse, acudir al baño oportunamente, usar el sanitario, vestirse y bañarse), principalmente. Las AIVD hacen posible una vida independiente en la comunidad (cocinar, realizar las compras, efectuar las labores domésticas, limpiar la casa, utilizar el teléfono, lavar la ropa, viajar, tomar medicamentos, administrar los gastos personales). Las AAVD implican poder desarrollar un papel social (funciones complejas tales como emprender actividades de ocio, religiosas, deportivas, laborales y de transporte) (Cerquera, Uribe, Matajira y Correa, 2017).

Con el incesante crecimiento de la población de adultos mayores en las sociedades modernas, se ha convertido en un asunto cada vez más urgente la exploración de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarlas a manejarse independientemente en la comunidad y, fundamentalmente, mejorar la calidad de sus vidas, pues la incidencia de muchas enfermedades y discapacidades crónicas aumenta con la edad (Sarmiento, 2016).

La capacidad funcional suele evaluarse a través del grado de autonomía que se posee para realizar diversas ABVD y AIVD, cuyos resultados pueden mostrar a mayores independientes, parcialmente independientes o dependientes para realizar tales actividades. La funcionalidad también puede estar en relación con el funcionamiento de la persona en su capacidad de autocuidado; integridad física; estado intelectual, mental y espiritual, e interacciones sociales (Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt, 2015; Rubio et al., 2013).

Un estudio realizado por Souza, Guimarães, Larcher, Lopes y Dos Santos (2012) en el municipio de João Pessoa del estado de Paraíba, en Brasil, con 51 adultos mayores, halló que a la mayoría de los encuestados de 80 años o más se les llamaba “ancianos mayores”, quienes tenían déficits

cognitivos, altos niveles de dependencia para las actividades de la vida diaria y mostraban una disminución de su movilidad física y una capacidad funcional comprometida. Los autores apuntan que la detección temprana de individuos con indicadores de incapacidad funcional contribuye sustancialmente a planificar acciones preventivas en el ambiente hogareño, mejora la calidad de vida y reduce la morbilidad e incluso la mortalidad en esta población.

En un estudio realizado por Souza et al. (2012) con 316 mayores, en el que se examinó la asociación de la incapacidad funcional con las condiciones de salud entre los ancianos de una pequeña ciudad del noreste de Brasil, se encontró que la dependencia en las ABVD se asoció al grupo etáreo de 80 años y más, con uso de dos o más medicamentos y con compromiso cognitivo; a su vez, la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y las AIVD se vinculó al grupo etáreo de 80 años y más hospitalizado en los últimos 12 meses, con compromiso cognitivo y sobrepeso.

La competencia funcional también se ha definido como el grado de facilidad con el que una persona piensa, siente, actúa, o se comporta congruentemente con su entorno y su gasto de energía. A su vez, la salud funcional ha sido relacionada con el nivel en que una persona se mantiene a sí misma, la calidad con que desempeña los papeles que le corresponden en la sociedad, su estado intelectual y emocional, la actividad social que lleva a cabo y la actitud respecto al mundo y a sí mismo (Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto y Cervantes, 2014).

La capacidad funcional se ha evaluado clásicamente desde el punto de vista de la actividad física; a partir de esta perspectiva y con base fundamentalmente en elementos fisiológicos, se considera que la máxima función metabólica se logra durante el ejercicio físico, por lo cual es necesario gozar de un funcionamiento adecuado a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, lo cual se debe apoyar en su independencia (Aires, Giriardi y Pinheiro, 2010).

Silveira, Mancussi y Araújo (2011) (cf. también Araújo y Mancussi, 2012) señalan que el mantenimiento de la capacidad funcional y la autonomía en el envejecimiento está influido, entre otros factores, por la actividad física y la eficacia de un

programa de actividad física, lo que depende en gran medida de la evaluación de las condiciones y peculiaridades del momento de esas personas; además, los cambios de la actividad física mejoran la vida de las mismas y no solo sus condiciones físicas, sobre todo porque conducen al retorno o al mantenimiento de sus actividades sociales, lo que da apoyo a su bienestar emocional.

Uno de los beneficios del ejercicio en los adultos mayores es que desarrollan un grado de independencia funcional útil gracias a la mejora de sus capacidades físicas mermadas, lo que se logra por medio de la aplicación de un programa de actividad física orientado específicamente a potenciar la fuerza, la flexibilidad, la agilidad y la marcha (Bejines et al., 2015).

Un mayor nivel de actividad física está relacionado con actividades físicas moderadas que pueden retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades; así, mantener un estilo de vida activo garantiza una mayor independencia funcional (Landinez, Contreras y Castro, 2012).

### Actividad física

Diversos autores definen este término a partir de diferentes saberes, pero que desembocan en conceptos similares (Tercedor, Estévez y Delgado, 2012). Precisan la actividad física como cualquier movimiento generado por los músculos esqueléticos que producen un gasto de energía.

Sánchez (2012), a su vez, la define como “cualquier tipo de ejercicio corporal con un mayor gasto energético que en reposo”.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (Services & HHSS, 2008) publicó que la actividad física se refiere a los movimientos que benefician la salud. Esa institución propone algunos criterios considerados necesarios para la correcta práctica de actividad física al incentivar a las personas para que puedan llevar a cabo tareas motrices sin sufrir daños o lesiones en su sistema locomotor, sino, por el contrario, obtener beneficios físicos y psicológicos para su vida diaria. Por su parte, el concepto de actividad física que emplea el American College of Sports Medicine (ACSM) (2011) es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos

que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal, incluidas las actividades de la vida diaria”.

La Organización Panamericana de la Salud (s/f), considera que la actividad física está vinculada con el campo de la salud y la calidad de vida, ya que se convierte en una estrategia que conlleva beneficios en lo biológico, lo psicosocial y lo cognitivo (cf. también Vidarte, Vélez, Sandoval y Alfonso, 2011).

Por su parte, la OMS (2010) define dicha actividad como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. Los términos “actividad física” y “ejercicio” no se debieran confundir, toda vez que la primera, tanto moderada como intensa, está ligada a cualquier movimiento corporal producido por el sistema muscular que a su vez exija un gasto energético de tipo fisiológico, mientras que el último es una subcategoría de la actividad física, el cual se planea, está estructurado, es repetitivo y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico; a su vez, la actividad física realizada de forma periódica ha mostrado contribuir a la mejora del estado de ánimo, el aislamiento social, el mal dormir y la osteoporosis (Araya, 2012).

Es inevitable que todos los seres experimenten el proceso de envejecimiento. En las personas, este va enlazado al estilo de vida que se haya tenido en los años previamente vividos, y se caracteriza por la disminución de la fuerza y de la flexibilidad, la reducción de la longitud del paso de la marcha y una desequilibrada función motriz. Los hábitos sistemáticos que se han formado a lo largo de la vida determinan la clase de adulto mayor que se es; así, una mala alimentación, la ingesta del alcohol, el consumo de tabaco y sobre todo el sedentarismo son las causas principales de un mal envejecimiento. Algunos otros, como la actividad física regular, la buena alimentación y la estabilidad emocional beneficiarán la salud física y mental del adulto mayor (Álvarez y Alud, 2018).

Existe la necesidad de envejecer activamente, concepto que es definido por la OMS (2015) como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el ob-

jetivo de mejorar la calidad de vida en esta etapa. Aparte del ejercicio, cualquier otra actividad física realizada en el tiempo de ocio, la necesaria para desplazarse de un lugar a otro o la que es parte del trabajo es igualmente benéfica para la salud.

La actividad física recomendada varía según la clasificación de los grupos etarios que considera la OMS (2010), que son los siguientes:

*Para adultos de 18 a 64 años de edad:* Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad física intensa, o bien una combinación equivalente. Para obtener mayores beneficios para la salud, los adultos deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada o su equivalente. Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular dos o más días a la semana, y de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares.

*Para adultos de 65 o más años de edad:* Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente. Para obtener mayores beneficios para la salud, estas personas deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada o su equivalente. Quienes sufran problemas de movilidad deben practicar actividad física para mejorar su equilibrio y prevenir caídas al menos tres días a la semana. Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular dos o más días a la semana, y de una manera tal que se ejerciten grandes conjuntos musculares.

La intensidad con que se practiquen distintas formas de actividad física variará según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en periodos de al menos diez minutos de duración.

La práctica de actividad física regular de intensidad moderada, como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte, tiene considerables beneficios para la salud, como mejorar el estado muscular y cardiorrespiratorio y la salud ósea y funcional; reducir el riesgo de hipertensión, la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, diferentes tipos de cáncer (como el cáncer de mama y de colon), depresión y riesgo de caídas

y de fracturas vertebrales o de cadera, y es fundamental para el equilibrio energético y el control del peso. La práctica insuficiente de actividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes en todo el mundo (OMS, 2010).

Para las personas mayores los beneficios de la actividad física regular pueden ser muy pertinentes para evitar, reducir al mínimo o revertir muchos problemas físicos, psicológicos y sociales que acompañan el proceso de envejecimiento. Por ello, el grupo que puede obtener más beneficios con el ejercicio regular es el de las personas mayores. El ejercicio aeróbico se recomienda ampliamente para prevenir y tratar muchas enfermedades crónicas relacionadas con la vejez (Ceballos, 2012).

Se ha demostrado ampliamente la respuesta positiva a la actividad física por parte de los adultos mayores debido a que su práctica regular contribuye al mejoramiento de su capacidad funcional; sin embargo, la valoración de su condición física es un paso necesario en el proceso de prescripción del ejercicio físico, así como la evaluación previa del programa de actividad física. Un programa equilibrado debe incluir actividades encaminadas a cumplir cada uno de sus objetivos: incrementar la fuerza, aumentar la flexibilidad y elevar la resistencia cardiovascular a partir de tres componentes, que son el calentamiento, el ejercicio o entrenamiento y la vuelta a la calma. Tal programa se diseña en función de la adaptación al estado y a las necesidades en términos de la salud y los problemas médicos de cada adulto mayor (Álvarez y Alud, 2018).

El envejecimiento activo está encaminado a mejorar las oportunidades de bienestar de la persona en los aspectos psicológicos, físicos y sociales, con el propósito de ampliar su esperanza de vida saludable. Para alcanzar ese propósito, la actividad física y sus beneficios son la herramienta ideal para mejorar su funcionalidad, que se define como la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales, y de esta forma ser independiente; las restricciones en su ejecución son un indicador de alarma para la salud, por lo que se afecta directamente la calidad de vida del adulto mayor (Quino et al., 2017).

## ¿Cómo iniciar un programa de ejercicio en el adulto mayor?

El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM por sus siglas en inglés, 2011, 2014) sugiere que las personas que deseen iniciar un programa vigoroso de ejercicios deben ser supervisadas por médicos. La evaluación puede ser impráctica para algunas y constituir un obstáculo para su ejecución. Si la recomendación es caminar o participar en programas de baja intensidad, las pruebas probablemente no sean necesarias.

Incluir la valoración funcional del adulto mayor sirve para orientar los planes o estrategias de intervención en la actividad física, pues describen el perfil morfológico y funcional y relacionan la velocidad de movimiento y el equilibrio dinámico con las características antropométricas (Krulskes, Salmaso y Da Silva, 2013).

Los componentes del programa de ejercicio físico deben incluir un periodo de calentamiento, ejercicio aeróbico, entrenamiento de la fuerza y un periodo de enfriamiento. Las etapas de calentamiento y enfriamiento son importantes en los adultos mayores porque la adaptación de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria es más lenta. El ejercicio aeróbico (EA) incluirá preferentemente actividades de bajo impacto, como caminar, pedalear, nadar, remar o subir escaleras. El entrenamiento de fuerza (EF) debe estar encaminado a los grandes planos musculares que componen los hombros, brazos, columna vertebral, cadera y piernas, esenciales en las actividades de la vida diaria (Ceballos, 2012).

*Iniciación.* Cinco minutos de calentamiento son suficientes; en él pueden incluirse actividades como estirarse, caminar despacio e incluso pedalear. El calentamiento aumentará el gasto cardíaco y mejorará la perfusión central y periférica. Como fase de enfriamiento puede hacerse una caminata lenta o incluso más estiramientos. Esta fase debe durar de diez a quince minutos, e idealmente realizarse bajo observación. Esta parte del programa permitirá el retorno venoso a pesar de la vasodilatación periférica, y además disminuirá la incidencia de complicaciones posteriores al ejercicio asociadas al aumento de catecolaminas, hipotensión y pérdida de calor. Disponer de una técnica adecuada de respiración durante el ejercicio disminuirá

el estrés cardiovascular, especialmente en el EF; en este caso, se deberá inhalar antes de levantar el peso, exhalar al levantarlo, e inhalar nuevamente al bajarlo (Cadore e Izquierdo, 2013a; Vidarte, Quintero y Herazo, 2012; Vidarte et al., 2011).

Los programas que abarcan ejercicios de flexibilidad, resistencia, equilibrio y fuerza forman las intervenciones más efectivas en la mejora de la condición física y el estado de salud global de los adultos mayores. Dichas intervenciones disminuyen la morbimortalidad, la incidencia y el riesgo de caídas; previniendo así el deterioro funcional y la discapacidad. Las mejoras de la capacidad funcional son innegables cuando la intervención está dirigida a más de un componente de la condición física (resistencia, fuerza y equilibrio), en comparación con un único tipo de ejercicio físico. En consecuencia, los diferentes estímulos aplicados en un mismo programa pueden reportar mayores ganancias funcionales que cuando se les emplea individualmente (Chin, Uffelen, Riphagen y Mechele, 2008; Daniels, Van Rossum, De Witte, Kempen y Van Den Heuvel, 2008).

En un estudio realizado por Cadore et al. (2014) se observó que después de realizar un entrenamiento definido durante un periodo de doce semanas, los participantes, adultos mayores de 90 años, mejoraron su fuerza, potencia y masa muscular, lo que se manifestó en mayor habilidad para levantarse de la silla, aumento de la velocidad al caminar, reducción significativa de la incidencia de caídas, mejora del equilibrio y aumento significativo de la potencia y la masa muscular en las extremidades inferiores. Este programa de entrenamiento mejoró la capacidad funcional, la reducción del riesgo de caídas y la potencia muscular. Desde un punto de vista práctico, los resultados obtenidos en ese estudio subrayan la importancia de instrumentar programas de actividad física en adultos mayores que incluyan ejercicios para desarrollar la fuerza muscular, el equilibrio y la marcha.

Lo anterior refleja el beneficio de este tipo de programas en adultos mayores; sin embargo, la progresión del entrenamiento y la inclusión de diferentes estímulos habrá de seguir los principios básicos del entrenamiento y realizarse de manera lenta y progresiva (Izquierdo, Cadore y Casas, 2014).

De acuerdo al ACSM (2014), la intensidad y duración del entrenamiento debe tener las siguientes características: habitualmente, el programa de ejercicio avanzará en tres etapas: programa de

inicio, progresión lenta y programa de mantenimiento.

En el Cuadro 1 se muestran las sugerencias de esa institución.

**Cuadro 1.** Cantidad y calidad de ejercicio recomendado por el ACSM (2014).

1. La frecuencia del entrenamiento debe ser de al menos tres veces por semana.
2. La intensidad del EA recomendada es de 50 a 85% del VO<sub>2</sub> máximo o de la FC máxima.
3. La duración del EA debe ser de 20 a 60 minutos, lo que dependerá de la intensidad de la actividad.
4. El EA debe ser cualquier actividad en que usen los grandes grupos musculares de forma rítmica y continua, como caminar, trotar, correr, andar en bicicleta, nadar, subir escaleras y ejecutar ciertos tipos de danza.
5. El EF de moderada intensidad es suficiente para mantener y desarrollar la masa muscular y la densidad ósea, y debe incluirse en el programa.
6. Se recomienda ejecutar al menos dos veces por semana una serie de ocho a doce repeticiones de ocho a diez ejercicios que trabajen los grupos musculares principales.
7. La intensidad deberá progresar de forma gradual cada dos a tres semanas, habitualmente.
8. El programa total de ejercicio no durará idealmente más de una hora, por lo que se usarán sesiones alternadas para combinar los ejercicios.

Hay ciertas recomendaciones especiales para un programa de fuerza, las cuales incluyen comenzar con el peso más ligero del aparato o, si se usa 1RM, de 30 a 40%; si el paciente levanta el peso cómodamente más de quince veces o lo nota muy ligero, se aumentará 5% la próxima serie; la meta es que haga entre ocho y doce repeticiones. Con estas recomendaciones, los cambios en la capacidad aeróbica y fuerza del adulto mayor podrán apreciarse en etapas muy tempranas del programa de ejercicios físicos (Benavides, García, Fernández, Rodrigues y Ariza, 2017; Cadore e Izquierdo, 2013b).

Por todo lo anteriormente dicho, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación reportada en estudios previamente publicados entre la actividad física y la capacidad funcional en adultos mayores.

## MÉTODO

### Diseño

Para cumplir con el objetivo de este trabajo, se llevó a cabo una revisión sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, Web of Science (WOS) y PEDro, y asimismo se consultó el motor de búsqueda Google Académico, como estrategia para recopilar diferentes investigaciones realizadas en

el periodo entre 2008 y abril de 2018 para analizar la relación entre la actividad física y la capacidad funcional en los adultos mayores, empleando para ello los siguientes descriptores o palabras clave en lengua inglesa y española: *functional capacity*, *physical activity*, *elderly*, *actividad física*, *envejecimiento*, *capacidad funcional*, *adulto mayor* y *programas de actividad física*. Se combinaron las palabras clave conjugando el descriptor booleano AND. Se completó la revisión de la información utilizando las referencias bibliográficas encontradas en las búsquedas previas. Como criterios de inclusión se consideraron los artículos de revisión y de investigación, sin discriminar si eran experimentales o no, y que describieran el fenómeno de envejecimiento, la capacidad funcional y la actividad física en los adultos mayores, incluyendo aquellos con recomendaciones sobre programas de actividad física dirigidos a esta población. Tales artículos se revisaron y se evaluaron de forma exhaustiva. Se desearon todos aquellos artículos que si bien en su título contuvieran algunas de las palabras clave, el contenido no abordara la relación planteada en el objetivo del presente estudio.

### Extracción de datos

La información obtenida en cada uno de los estudios se dividió en tres tópicos principales:

*Datos generales del artículo:* Bases de datos en las que estaban incluido, título, autor(es),

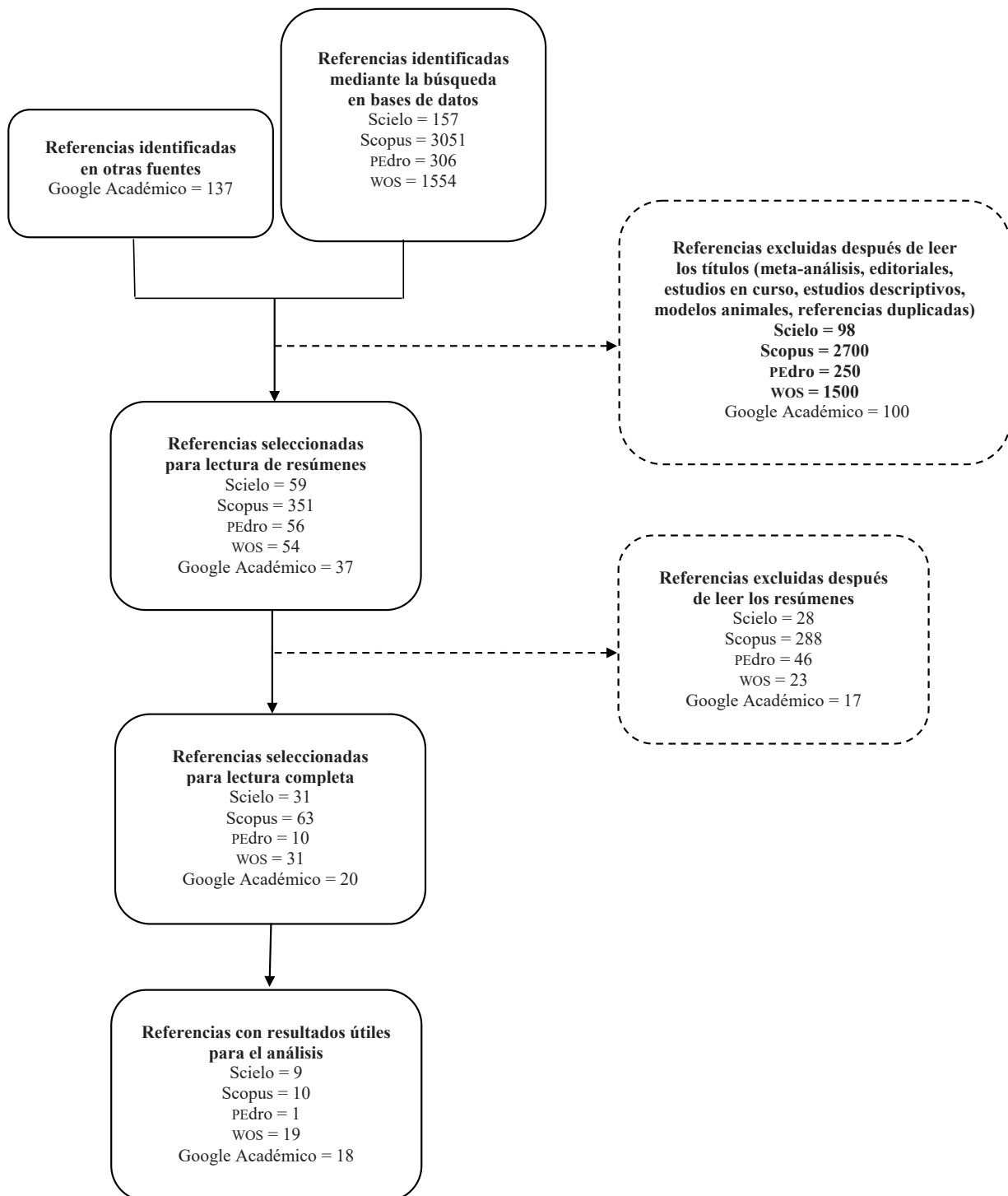
revista, año de publicación, país en que se hizo el estudio y palabras clave.

*Población de referencia:* Rangos de edad, método de selección de la muestra, tamaño de la muestra, tipo de estudio y criterios de inclusión.

*Variables e instrumentos utilizados:* “actividad física”, “capacidad funcional”, “adulto mayor”, “programas de actividad física”.

Después del cribado de la información, únicamente los artículos que cumplían con estos criterios fueron incluidos en la revisión, obteniéndose un total de 57 artículos útiles revisados sobre la temática abordada. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.



## DISCUSIÓN

En un análisis de los artículos revisados se evidenció que la actividad física en los adultos mayores (Landinez et al., 2012; OMS, 2010; Tercedor et al., 2012) debe ser considerada como una de las principales estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y que se debería poner en práctica desde temprana edad para evitar la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta y la vejez, lo que a su vez conlleva prevenir la dependencia funcional (Cadore et al., 2014; Rebolledo et al., 2017; Zavala y Domínguez, 2011), debido a que ayuda a prevenir la fragilidad y a mejorar el equilibrio, la fuerza y la marcha en los adultos mayores, así como una mayor seguridad cuando estos últimos efectúan las diferentes actividades de la vida diaria (Cadore e Izquierdo, 2013a).

Hay consenso en la literatura de que se obtienen resultados favorables y beneficios en las intervenciones con actividad física en esta última población. Los efectos encontrados permiten recomendar la prescripción de intervenciones que incluyan la práctica semanal de actividades de intensidad moderada con el ánimo de lograr mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud y las cifras tensionales, las cuales muestran ser marcadores importantes del progreso clínico de los pacientes, así como de la carga asociada a la enfermedad y la mortalidad (Araya, 2012; Cobo, Prieto y Sandoval, 2016; Services & HHSS, 2008).

Está comprobado que la actividad física contribuye a que quien la practica conserve una mayor fuerza vital y física, mantenga o recupere el equilibrio físico y psíquico, retarde la involución del sistema músculo-esquelético, mejore la actividad articular, prevenga la osteoporosis y evite fracturas óseas (Álvarez y Alud, 2018).

Dentro de las principales estrategias para lograr un envejecimiento activo se encuentra la actividad física, la cual optimiza el bienestar del individuo en todas las esferas (ACSM, 2011; Bejines et al., 2015; Roca, 2016; Vidarte et al., 2011). Cabe señalar que cuando el adulto mayor participa en programas multicomponentes centrados en la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza, con una frecuencia de tres veces por semana (Chin et al., 2008; Daniels et al., 2008; Izquierdo et al., 2014), mejora su capacidad funcional y beneficia

la realización de actividades de la vida diaria básica y cotidiana en forma funcional, autónoma e independiente (Álvarez y Alud, 2018; Bejines et al., 2015; Quino y Chacón, 2018).

Los resultados permiten aseverar que la edad determina la capacidad del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria; la funcionalidad disminuye con la edad, ya que en esta etapa, se producen cambios en el organismo conforme pasan los años: alteraciones en los diversos órganos, los sentidos, los patrones del sueño o el sistema inmunitario, entre muchos otros; lo que reduce la capacidad de la persona para ejecutar las actividades del diario vivir, lo que trae consigo una disminución considerable de su nivel de autonomía (Durán et al., 2008; OMS, 2015). Por otro lado, se puede afirmar que el género no es determinante en la capacidad funcional del adulto mayor, pero sí el estilo de vida que haya llevado el adulto mayor a lo largo de su existencia y de la edad que tenga (Delgado, 2014).

Los adultos mayores valoran su calidad de vida en términos de funcionalidad, y depender de los demás se percibe como un efecto que tiene repercusiones muy negativas en su vida (Cerquera et al., 2017).

En cuanto a la relación de la actividad física y la capacidad funcional, hay diversos estudios en los que se demuestra la efectividad del ejercicio físico en el aumento de la capacidad funcional en el mantenimiento del equilibrio, tanto dinámico como estático. De hecho, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al mantenimiento del equilibrio en determinadas posiciones (Fonseca et al., 2014; Leiróz, Romo, Arce y García, 2017).

En un trabajo realizado por Silva, Pérez, Fernández y Tovar (2014) se utilizó el arte marcial del Tai Chi para determinar los efectos en la capacidad funcional de los adultos mayores, observándose que dicha capacidad mejoró en todos los aspectos evaluados, con diferencias significativas en la velocidad de marcha y el equilibrio estático y el dinámico; la capacidad cognoscitiva mejoró en todos los ítems evaluados, con diferencias estadísticamente significativas en la memoria, la atención-cálculo y el lenguaje. Todos los participantes alcanzaron una completa funcionalidad en las actividades básicas cotidianas.

La búsqueda permitió hallar las diferentes formas de abordaje del tópico, desde nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento, a cambios en las estrategias de intervención para modificar y restaurar los deterioros producidos en el proceso de envejecimiento y su evaluación.

La actividad física parece ser el único método probado y seguro que puede mantener la capacidad funcional de un individuo, así como impedir e incluso revertir los cambios en la composición corporal asociados al envejecimiento, particularmente la pérdida del músculo esquelético. Los adultos mayores son el grupo de la población que más se beneficia de esta actividad, y la principal

diferencia entre los programas de actividad física para jóvenes es la forma como se aplica, es decir, con un inicio bajo y un avance lento.

El entrenamiento de la coordinación, la capacidad funcional, el equilibrio y la fuerza muscular debe ser una meta sostenible. Se recomienda trabajar en grupos o en familia, lo que mejora el apego y la permanencia en los programas. La práctica continua de actividad física mejorará la funcionalidad e independencia del adulto mayor, y también será benéfica para su estado de ánimo y calidad de vida. Un programa de activación física realista ayudará a que los adultos mayores conserven o recuperen su funcionalidad.

## REFERENCIAS

- Aires, M., Giriardi, L. y Pinheiro, E. (2010). Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Río Grande del Sur. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 1-8.
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002.
- Álvarez, E. y Alud, A. (2018). La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social del adulto mayor. *Revista Inclusión y Desarrollo*, 5(1), 23-36.
- American College of Sports Medicine (2011). *Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise*. Indianápolis, In: ACSM. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213febf.
- American College of Sports Medicine (2014). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Badalona (España): Paidotribo.
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 13(2), 152-182.
- Araújo, C. y Mancussi F., A. (2012). La práctica de actividad física en personas mayores del Valle del Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, 28, 204-212.
- Araya, A. (2012). *Calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bejines S., M., Velasco R., R., García O., L., Barajas M., A., Aguilar N., L. y Rodríguez, M. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa-hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 9-15.
- Benavides, C., García, J., Fernández, J., Rodrigues, D. y Ariza, J. (2017). Condición física, nivel de actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: Instrumentos para su cuantificación. *Actualidad y Divulgación Científica*, 20(2), 255-265.
- Cadore, E., Casas H., A., Zambom F., F., Idoate, F., Millor, N., Gómez, M., et al. (2014). Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age*, 36, 773-785. doi: 10.1007/s11357-013-9586-z.
- Cadore, E. e Izquierdo, M. (2013a). How to simultaneously optimize muscle strength, power, functional capacity, and cardiovascular gains in the elderly: an update. *Age*, 35(6), 2329-2344. doi: 10.1007/s11357-012-9503-x.
- Cadore, E. e Izquierdo, M. (2013b). New strategies for the concurrent strength-, power-, and endurance- training prescription in elderly individuals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 623-624. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.008.
- Carpio, S., Suárez, A., Almanza, M., Gómez, L. y Quintero, M. (2012). Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en un grupo de adultos mayores institucionalizados. *Salud en Movimiento*, 4(1), 4-18.
- Ceballos, O. (2012). *Actividad física en el adulto mayor*. México: El Manual Moderno.
- Cerquera, A. y Quintero, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180.
- Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y. y Correa, H. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 20(38), 398-409.



- Chin, M., Uffelen, J., Riphagen, I. y Mechelen, W. (2008). The functional effects of physical exercise training in frail older people. *Sports Medicine*, 38(9), 781-793.
- Cobo M., E., Prieto P., M. y Sandoval C., C. (2016). Efectos de la actividad física en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hipertensión arterial sistémica: revisión sistemática y metaanálisis. *Rehabilitación*, 50(3), 139-149. doi: dx.doi.org/10.1016/j.rh.2015.12.004.
- Daniels, R., Van Rossum, E., De Witte, L., Kempen, G. y Van Den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(1, article 278). doi: doi:10.1186/1472-6963-8-278.
- De la Fuente B., T., Quevedon T, E., Jiménez S., A. y Zavala G., M. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(1), 1-4.
- Delgado, T. (2014). Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", Lima. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 10(1), 1-11.
- Di Domizio, D. (2015). Educación física con adultos mayores: algunas reflexiones desde la gerontología crítica. *Umbral*, 10, 64-75.
- Durán, D., Valderrama, L., Uribe R., A. y Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Fhon, J., Fabricio-Wehbe, S., Pereira, T., Stackfleth, R., Marques, S. y Partezani, R. (2012). Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 1-9.
- Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. Offset Publications N° 84. Geneva: WHO.
- Fonseca, A., Ariza, C., Boneth, M., Parra, J., Rojas, R. y Angarita, Y. (2014). Reproducibilidad de una prueba para la evaluación funcional del balance dinámico y la agilidad del adulto mayor. *Iatreia*, 27(3), 290-298.
- Izquierdo, M., Cadore, E. y Casas, A. (2014). Ejercicio físico en el anciano frágil: una manera eficaz de prevenir la dependencia. *Kronos*, 13(1), 2-14.
- Kruleske, C., Salmaso, C. y Da Silva, R. (2013). Fear of falling and self-perception of health in older participants and non-participants of physical activity programs. *Motriz, Revista de Educação Física*, 19(4), 763-769.
- Landinez, N., Contreras, K. y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Leiróz R., R., Romo P., V., Arce, M. y García S., J. (2017). Relación entre composición corporal y movimientos producidos durante la marcha en personas mayores. *Fisioterapia*, 39(3), 101-107. doi: dx.doi.org/10.1016/j.ft.2016.11.002.
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R. y Hildebrandt, L. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 37, 1-11.
- Medina, J., Gámez, C., Rivera, M., Bazaldúa, L., Baca, J., Barrón, U., et al. (2015). *Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Moreno, X., Huerta, M. y Albala, C. (2014). Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 246-252. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.07.006.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física y salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Actividad física*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14459:physical-activity&Itemid=1969&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14459:physical-activity&Itemid=1969&lang=es).
- Quino, A. y Chacón S., M. (2018). Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Horizonte Sanitario*, 17(1), 59-68. doi: 10.19136/hs.a17n1.1870.
- Quino Á., A., Chacón S, M. y Vallejo C., L. (2017). Capacidad funcional del anciano relacionada con la actividad física. *Revista de Investigación en Salud*, 4(1), 86-103. doi: dx.doi.org/10.24267/23897325.199.
- Ramos, A., Yordi, M. y Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Electrónica del Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Rebolledo C., R., Silva, C., Juliao C., J., Polo, R. y Suárez, O. (2017). Functional implications of strength training on older adults: a literature review. *Archivos de Medicina del Deporte*, 34(1), 31-39.
- Roca, R. (2016). Actividad física y salud en el adulto mayor de seis países latinoamericanos. *Psychological Review*, 17, 77-86.
- Rodríguez, J., Zas, V., Silva, E., Sanchoyerto, R. y Cervantes, M. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Rubio, E., Comín, M., Montón, G., Martínez, T., Magallón, R. y García C., J. (2013). Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*, 24(3), 69-73.

- Sánchez, A. (2012). *Acondicionamiento físico, calidad de vida y condición física. Un estudio longitudinal en mujeres mayores sedentarias*. Tesis inédita de doctorado. Badajoz (España): Universidad de Extremadura.
- Sarmiento, L. (2016). Envejecimiento y actividad físico deportiva (AFD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 135-142.
- Segovia, M. y Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.
- Services & HHSS (2008). *Physical activity guidelines for Americans*. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>.
- Silva Z., M., Pérez S., S., Fernández C., M. y Tovar R., L. (2014). Efectos del Tai Chi en la capacidad funcional de un grupo de mujeres ancianas. *Revista de Ciencias de Salud*, 12(3), 353-369. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud12.03.2014.05.
- Silveira S., C., Mancussi F., C.M. y Araújo C., L.O. (2011). Atividade física, manutenção da capacidade funcional e da autonomia em idosos: revisão de literatura e interfaces do cuidado. *Estudes Interdisciplinarios Envelhec*, 16(1), 61-77.
- Sotomayor, U. y Torres, J. (2010). Migración y vejez: una mirada desde las representaciones sociales. *Cimexus*, 5(2), 149-161.
- Souza, E., Guimarães, M., Larcher, M., Lopes, M. y Dos Santos, S. (2012). Assessment of functional capacity of the elderly associated with the risk for pressure ulcer. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(1), 94-100.
- Souza, R., Henrique, M., Da Silva, R., Matos, W., Vasconcelos, S. y Alves, T. (2012). Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(6), 933-939.
- Tamez, B. y Ribeiro, M. (2012). El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 11-30.
- Tercedor, P., Estévez L., F. y Delgado F., M. (2012). Recomendaciones de actividad física para adultos sanos. Revisión y situación actual. *Journal of Sport and Health Research*, 4(3), 233-244.
- Torres, E. y García, S. (2015). Representación de la vejez en publicidad: presencia de estereotipos, prescriptores y consumidores. *Opción*, 31(2), 1083-1104.
- Vidarte, J., Quintero, M. y Herazo, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición físico-funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 79-90.
- Vidarte, J., Vélez, C., Sandoval, C. y Alfonso, M. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218.
- Zavala G., M. y Domínguez S., G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(6), 585-590.



# Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria

## *Psychoeducational intervention to modify anxiety, depression, and quality of life in candidates for coronary artery bypass*

Ana Karen Talavera-Peña<sup>1</sup>, Blanca Inés Vargas-Nuñez<sup>1</sup>,  
Carlos Gonzalo Figueroa-López<sup>1</sup>, Mirna García-Méndez<sup>1</sup>  
y Rosa Martha Meda-Lara<sup>2</sup>

*Citación:* Talavera-Peña, A.K., Vargas-Nuñez, B.I., Figueroa-López, C.G., García-Méndez, M. y Meda-Lara, R.M. (2020). Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria. *Psicología y Salud*, 30(1), 59-71.

### RESUMEN

*Introducción.* Los pacientes candidatos a cirugía cardíaca constituyen una población en riesgo de manifestar diversas alteraciones psicológicas; aunque cabe señalar que dichos cambios han demostrado ser modificables mediante programas de intervención, tales como la psicoeducación. *Objetivo.* Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo para disminuir la ansiedad y la depresión y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria. *Método.* En este estudio cuasiexperimental pretest-postest, con grupo control en cuatro etapas (preevaluación, programa psicoeducativo solo para el grupo experimental, postevaluación y seguimiento) participaron 66 pacientes, a quienes se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Resultados.* Se observó una disminución de la ansiedad y la depresión solamente en el grupo experimental; sin embargo, la prueba U de Mann-Whitney no arrojó diferencias estadísticamente significativas en dichas variables. En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, en el seguimiento se observaron puntajes más elevados en el grupo experimental, y con la prueba t se hallaron diferencias significativas en las dimensiones de síntomas y estado funcional. *Conclusiones.* Es importante diseñar e implementar programas de intervención psicológica en pacientes candidatos a cirugía cardíaca.

**Palabras clave:** Ansiedad; Depresión; Calidad de vida relacionada con la salud; Cirugía de revascularización coronaria; Programa de intervención psicoeducativo.

### ABSTRACT

*Introduction.* Patients scheduled for heart surgery constitute a population at risk for psychological maladjustment. These problems have been shown to be modifiable through intervention programs with such components as psychoeducation. *Objective.* To evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention to reduce anxiety, depressive symptoms and increase health-related quality of life in candidates for coronary artery bypass surgery. *Method.* A total of 66 patients participated by responding to the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Health-related Quality of Life Questionnaire. A quasi-experimental pretest-posttest scheme with a control group was used in four

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Iztapalapa, Ejercito de Oriente, 09230 Ciudad de México, México, tel. (55)56-23-06-65, correos electrónicos: psic.aker15@gmail.com, ines\_12\_12@hotmail.com, carlos.figueroa@ites.mx y mina@unam.mx. Artículo recibido el 14 de septiembre de 2018 y aceptado el 23 de enero de 2019.

<sup>2</sup> Universidad de Guadalajara, Av. Juárez 976, Col. Centro, 44100 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)31-34-22-22, correo electrónico: rosameda2013@gmail.com.

*stages: pre-evaluation, psychoeducational program (for the experimental group), post-evaluation, and follow-up. Results. Although anxiety and depression symptom scores decreased only in the intervened group, the Mann-Whitney U test did not show statistically significant differences for either variable. Health-related quality of life showed increased scores at follow-up for the intervened group; the t-test, showed significant improvement in symptoms and functional state. Conclusions. It is important to design and implement further psychological intervention programs in patients who are candidates for heart surgery.*

**Key words:** Anxiety; Depression; Coronary Artery Bypass Surgery; Psychoeducational Intervention; Quality of Life.

## INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se caracteriza por la disminución importante y significativa del flujo sanguíneo coronario que condiciona un bajo aporte de oxígeno al tejido miocárdico. La disminución de tal aporte produce dolor, o angina de pecho, e incluso la muerte celular o necrosis del tejido miocárdico, lo que se conoce como infarto del miocardio, que conlleva un riesgo potencial de perder la vida (Longo, 2012).

El tratamiento para esta enfermedad es la cirugía de revascularización, mediante la cual se crea una nueva ruta del flujo sanguíneo mediante la implantación de hemoductos aorto-coronarios (*bypass*) entre la arteria aorta y la coronaria más allá del sitio de la obstrucción. Para la realización de este tipo de procedimiento quirúrgico es necesario someter al paciente a la apertura del esternón para tener acceso al corazón, extraer la vena safena de alguno de los miembros inferiores y manipular la víscera cardiaca (Fundación Española del Corazón, 2015).

Esta cirugía altamente invasiva, en la cual existe el riesgo de morir, representa un fuerte estresor emocional que el paciente debe afrontar y que provoca los trastornos emocionales conocidos como ansiedad y depresión (Dos Santos, Martins y Oliveira, 2014).

La ansiedad que manifiestan estos pacientes como respuesta a una situación potencialmente

deletérea incluye alteraciones emocionales, fisiológicas y conductuales, lo que influye negativamente en la recuperación física y emocional postoperatoria (Carneiro et al., 2009; Tennat y Mc Lean, 2001). La depresión, por su parte, ha mostrado tener relación con la estancia prolongada en el hospital, un dolor más agudo que requiere elevación de la dosis analgésica, un retardo en la cicatrización y un mayor trastorno metabólico (Burg, Benedetto, Rosenberg y Soufer, 2003; Thombs, et al., 2008).

Por tanto, la evaluación y el tratamiento psicológico de un paciente que será sometido a una cirugía de revascularización requieren una atención especial, de manera que contribuyan al ajuste psicológico posterior a la cirugía y aminoren el impacto negativo de la ansiedad y la depresión.

Actualmente, las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas en la preparación psicológica preoperatoria debido a la reducción de la ansiedad y la depresión que generan, lo que tiene un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo sucesivo) (Castillero, 2007; Linden, Phillips y Leclerc, 2007).

La aplicación de estas técnicas en la intervención psicológica en pacientes candidatos a cirugía o a otros procedimientos médicos invasivos ha permitido valorar la eficacia de las mismas, beneficiando así a los pacientes que las han recibido. Muestra de ello es lo reportado por Méndez, Ortigoza y Pedroche (1996), López (2005), Castillero (2007), Amador (2010), López, Martínez y López (2011) y Gálvez, Erazo, Rodríguez y Ramírez (2016), quienes atribuyen a la intervención psicológica algunos beneficios para el paciente, tales como la reducción del temor, un manejo adecuado de las emociones negativas, del estrés y de la ansiedad; el desarrollo de expectativas realistas; e incremento en la percepción de control de la situación; así como una mayor cooperación con los procedimientos médicos y una apropiada relación con el personal de la salud. Otras ventajas de la intervención son un bajo empleo de analgésicos, la reducción de conductas desadaptativas durante la hospitalización, una recuperación postoperatoria más expedita, y una mayor satisfacción personal.

En relación con la cirugía de revascularización coronaria, Graham et al. (2008), en un estudio hecho con 261 pacientes, crearon un grupo de in-

tervención conductual y otro de control en el que se daban los cuidados rutinarios. El tratamiento se prolongó por un año, con seguimiento a los dos y tres años, e incluyó la modificación del patrón de conducta tipo A y el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades para hacer frente al dolor, la ansiedad y el estrés. Sus resultados mostraron que el grupo experimental exhibió una tasa de mortalidad significativamente inferior a la del control y un menor incidencia de episodios cardiovasculares, tales como infartos y nuevas intervenciones quirúrgicas (cf. Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

Un estudio de Flores (2015) sobre morbilidad psicológica en pacientes con cardiopatía isquémica, candidatos a cirugía de revascularización coronaria (realizado en el servicio de cirugía cardiotorácica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) mostró una incidencia elevada de ansiedad y depresión en grados de moderados a severos (60% y 58% respectivamente), por lo que se consideró que un programa de intervención psicológica podría coadyuvar a reducir esta morbilidad psicológica y mejorar así la atención integral de los pacientes en esta condición.

En virtud de lo anterior, el presente estudio empírico con metodología cuantitativa con un diseño cuasiexperimental de serie temporal interrumpida (pre, post y seguimiento) con dos grupos

(Montero y León, 2007), propone un programa de intervención psicoeducativa dirigido a mejorar el ajuste psicológico, caracterizado por la disminución de la ansiedad y la depresión y el aumento de la CVRS de pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

## MÉTODO

### Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia. Se evaluaron 66 pacientes (pre y postevaluación) con diagnóstico de cardiopatía isquémica, candidatos a cirugía de revascularización coronaria, que tuvieran entre 50 y 70 años, excluyéndose a pacientes con problemas psiquiátricos o neurológicos, con patología valvular o congénita agregada y con dificultades crónicas de salud avanzada. De los pacientes incluidos en el estudio, 32 recibieron el programa de intervención psicoeducativo (grupo experimental), asignándose los 34 restantes al grupo control.

La mayor parte de los participantes fueron hombres, casados, jubilados, católicos y con un nivel educativo de licenciatura. Se realizaron pruebas estadísticas para conocer si los grupos de estudio tenían características sociodemográficas similares para ser comparables, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ellos (Tabla 1).

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

Grupos	Edad (M ± D.E.)	Sexo (%)	Estado civil (%)	Escolaridad (%)	Ocupación (%)	Religión (%)
<b>Control</b> N = 34	61.3 ± 8.8	<b>Hombres (67.6)</b> Mujeres (32.4)	<b>Casados (70.6)</b> Viudos (17.6)	Preparatoria (20.6) <b>Licenciatura (26.5)</b>	Jubilados (35.3)	Católica (85.3)
<b>Experimental</b> N = 32	63.6 ± 8.0	<b>Hombres (81.2)</b> Mujeres (18.8)	<b>Casados (78.1)</b> Viudos (12.5)	Preparatoria (31.3) <b>Licenciatura (34.4)</b>	Jubilados (46.9)	Católica (96.9)
<b>Pruebas estadísticas</b>	<i>t</i> de Student <i>p</i> = 0.268	X <sup>2</sup> <i>p</i> = 0.265	X <sup>2</sup> <i>p</i> = 0.638	<i>U</i> de Mann-Whitney <i>p</i> = 0.444	X <sup>2</sup> <i>p</i> = 0.062	X <sup>2</sup> <i>p</i> = 0.222

### Instrumentos

#### *Carta de consentimiento informado.*

En este documento se informaban las características de la intervención psicoeducativa.

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

Este instrumento se compone de catorce reactivos divididos en dos subescalas de siete reactivos cada una que evalúan la Ansiedad y Depresión hospitalaria; al primer indicador corresponden los reactivos impares, y al segundo los pares, y se mi-

den con una escala tipo Likert que va de 0 a 3. Para el caso de la ansiedad, una calificación de 0 a 2 puntos se considera inexistente o nula, de 3 a 8, leve o moderada, y de más de 9, severa; en cuanto a la depresión, de 0 a 1, inexistente o nula, de 2 a 6, de leve a moderada, y de más de 7, severa. Su confiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0.85.

*Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CCVRS)* (Ramos, Figueroa, Alcocer y Ricón, 2011).

Consta de 23 reactivos con opciones de respuesta en escala tipo Likert que van de 1 a 6 puntos y su coeficiente alfa es de 0.88. Hay que mencionar que una puntuación cercana a 100 indica una mayor CVRS.

## Procedimiento

Se reclutó a los pacientes el servicio de cirugía cardiotorácica y cardiología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE según las listas de pacientes en espera de cirugía de revascularización coronaria proporcionadas por el médico responsable del servicio. Se visitó a cada paciente en su cuarto, y a los que cumplían los criterios de selección se les explicó las características del es-

tudio, solicitándoles su participación voluntaria y su firma en el formato de consentimiento informado, en el que se le garantizaba la confidencialidad de sus datos.

El estudio se ajustó a las consideraciones éticas establecidas en la Declaración del Helsinki, así como a los lineamientos establecidos por la institución hospitalaria y la Secretaría de Salud en materia de investigación clínica.

La asignación de los pacientes a un grupo control o experimental se realizó de manera aleatoria. En ambos grupos se llevó a cabo la evaluación psicológica mediante la aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, lo que tuvo una duración aproximada de 40 minutos, cuyo fin fue identificar el grado de depresión y ansiedad y la percepción de su CVRS.

Tras la evaluación, el grupo control recibió la intervención de rutina del hospital, la cual consiste en una sesión grupal en la que el cirujano, una rehabilitadora y una trabajadora social les proporcionan información sobre el procedimiento quirúrgico y les enseñaban respiración diafragmática tanto a los pacientes como a los familiares de estos. Por otro lado, al grupo experimental se le aplicó el programa de intervención psicoeducativo que se describe en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Carta descriptiva de las sesiones del programa de intervención psicoeducativa.

SESIÓN	OBJETIVOS	DURACIÓN	DESCRIPCIÓN
I	Que el paciente aprenda aspectos relevantes sobre la enfermedad y el proceso de la cirugía; logre la adquisición del conocimiento y aclare sus dudas en torno a este tema, y conozca los principios básicos de la solución de problemas y los beneficios para la recuperación posquirúrgica.	80 minutos	La información se proporcionó al paciente evitando usar lenguaje técnico. Se utilizó una tableta que contiene el material didáctico digitalizado con información e imágenes. Por otro lado, se le pidió que identificara y definiera una situación problemática originada por la falta de información relacionada con algunos síntomas o con la evaluación de su condición.
II	Que el paciente aprenda a realizar la respiración diafragmática adecuadamente y la diferencie de otros tipos de respiración; conozca los beneficios de utilizarla e identifique las situaciones en las que pueda hacer uso de ella, y conozca la toma de decisiones y la puesta en práctica de la solución de problemas.	70 minutos	Se le explicó al paciente qué es la relajación, cuáles son sus beneficios y cómo utilizarla para manejar la ansiedad preoperatoria y el dolor posquirúrgico. Luego, se le enseñó a respirar de forma diafragmática por medio de modelamiento. El paciente elegía una solución que le fuese posible aplicar en su condición de hospitalización a través de un registro en solución de problemas.
III	Que el paciente conozca los beneficios de la técnica de imaginación guiada y que la practique de una forma efectiva para el manejo y control del estrés; que aclare sus dudas respecto al programa de solución de problemas y recabe información para saber si la solución intentada logró producir los resultados esperados.	70 minutos	Se expusieron los conceptos de visualización y los beneficios de esta, para después realizar con el paciente un ejercicio de visualización guiada. Se revisaba el último ejercicio de solución de problemas y su correcto llenado.
IV	Realizar una recapitulación de lo revisado en las sesiones anteriores, aclarar dudas y evaluar la efectividad de la solución intentada como resultado del entrenamiento en solución de problemas.	30 minutos	Se efectuó un resumen de todos los elementos que contenía el programa de preparación psicológica, se resolvieron las dudas y se reforzaron los contenidos que hicieran falta.

Al término de la aplicación del programa los pacientes de ambos grupos ingresaron a su cirugía, y cinco días después del procedimiento quirúrgico se les aplicó la postevaluación (aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, con una duración aproximada de 40 minutos). Unos días después los pacientes fueron dados de alta.

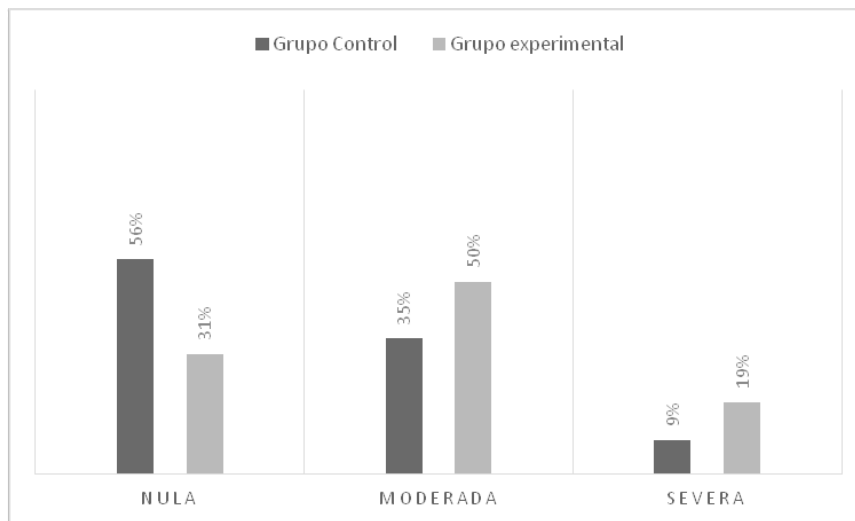
Finalmente, luego de un mes de la cirugía, cuando los pacientes regresaron a revisión médica y a que se les retiraran los puntos, se les volvió a aplicar los cuestionarios de evaluación de las variables psicológicas de estudio (seguimiento).

## RESULTADOS

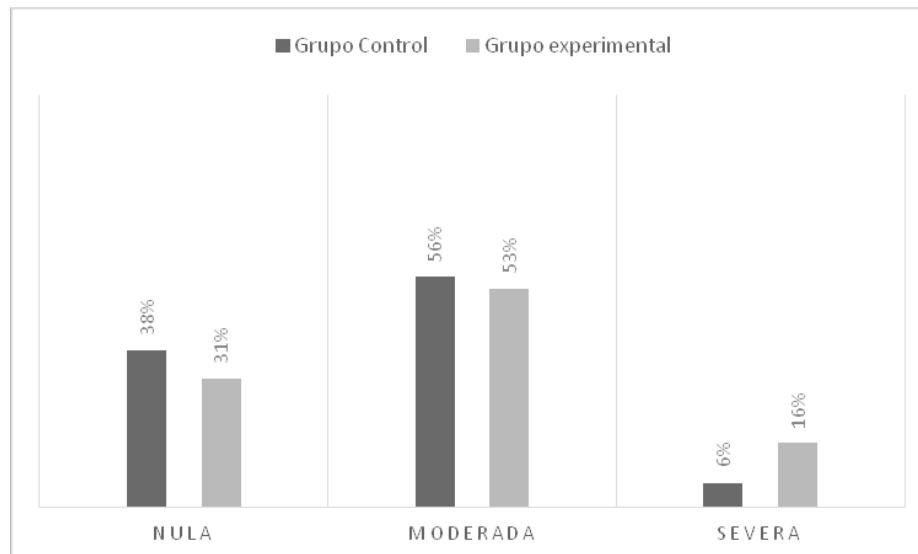
El análisis preoperatorio entre grupos mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.041$ ) en los niveles de ansiedad. La mayoría de los pacientes del grupo control calificaron en un nivel nulo, mientras que los del grupo experimental alcanzaron uno moderado (Figura 1).

Por otro lado, la mayoría de los pacientes mostraron depresión moderada en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.324$ ) en la prueba  $U$  de Mann-Whitney (Figura 2).

**Figura 1.** Niveles de ansiedad preoperatoria de los grupos de estudio.



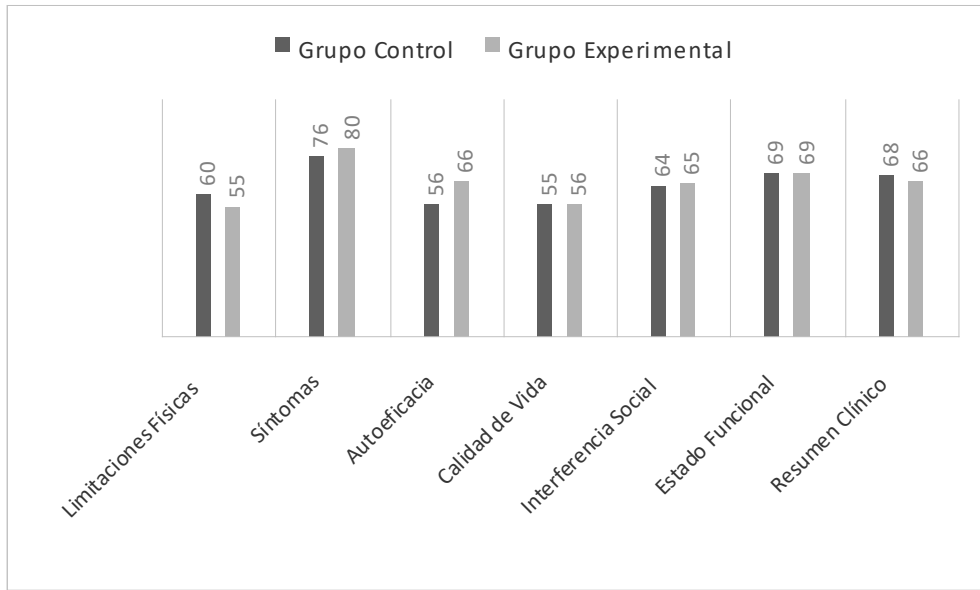
**Figura 2.** Niveles de depresión preoperatoria de los grupos de estudio.



En la evaluación preoperatoria de la CVRS mediante la prueba  $t$  de Student no se hallaron entre

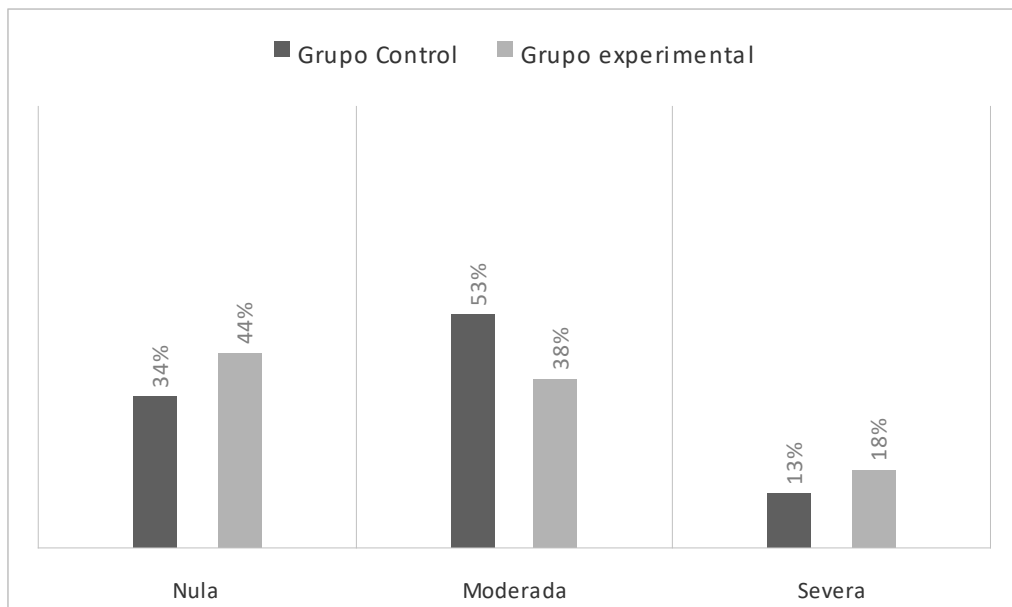
los grupos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones (Figura 3).



**Figura 3.** Dimensiones de la CVRS preoperatoria de los grupos de estudio.

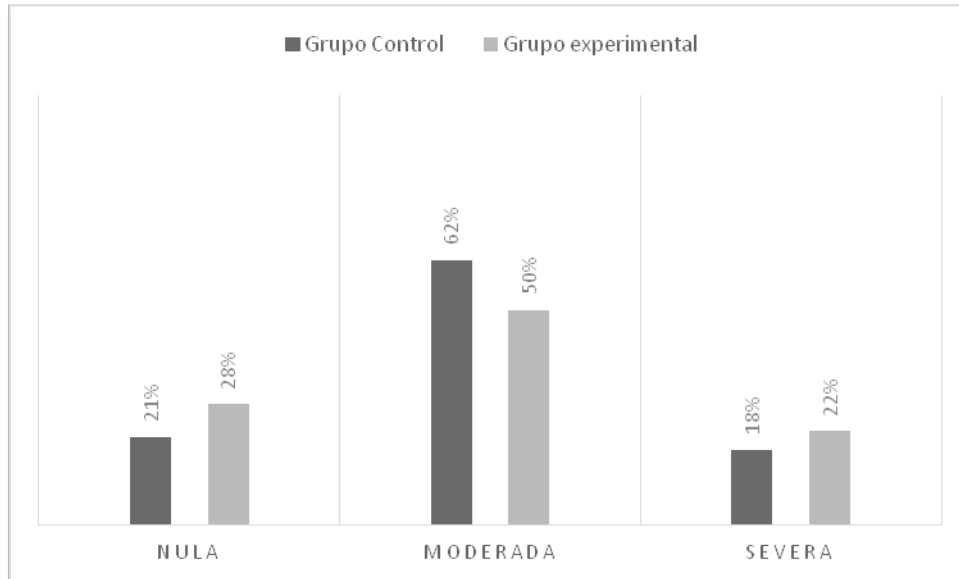
En cuanto a la evaluación postoperatoria, la mayoría de los pacientes del grupo control aumentó su nivel de ansiedad de nulo a moderado, en tanto que gran parte de los pacientes del grupo

experimental bajaron de moderado a nulo; cabe mencionar que los cambios en ambos grupos no fueron estadísticamente significativos ( $p = 0.695$ ) (Figura 4).

**Figura 4.** Niveles de ansiedad postoperatoria de los grupos de estudio.

No se encontraron cambios en la depresión postoperatoria; de hecho, la mayoría de los pacientes manifestaron depresión moderada en ambos gru-

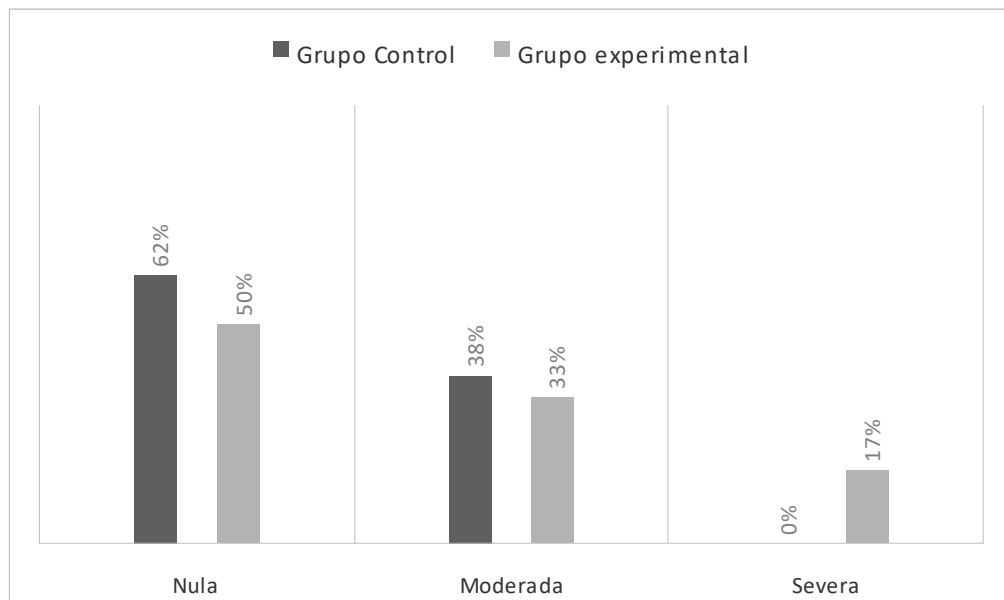
pos, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.824$ ) con la prueba  $U$  de Mann-Whitney (Figura 5).

**Figura 5.** Niveles de depresión postoperatoria de los grupos de estudio.

Un mes después de la postevaluación se evaluaron 25 pacientes en el seguimiento: 12 del grupo control y 13 del experimental.

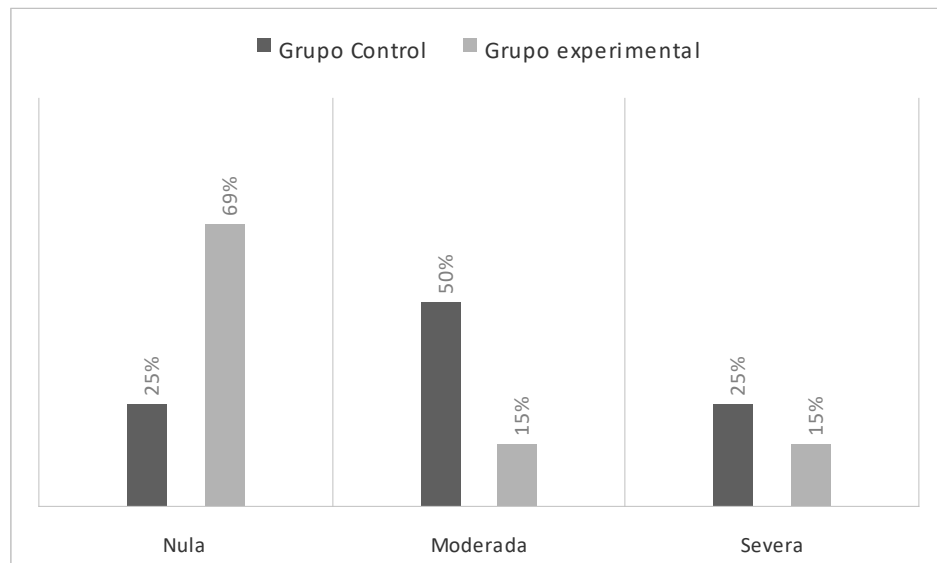
Al igual que en las primeras dos evaluaciones, la mayoría de los pacientes del grupo control obtuvo un nivel de depresión nula. Los pacientes del

grupo experimental con nivel moderado de ansiedad y que recibieron el programa de intervención psicoeducativo bajaron a grado nulo. La prueba *U* de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.470$ ) (Figura 6).

**Figura 6.** Niveles de Ansiedad de los grupos de estudio en el seguimiento.

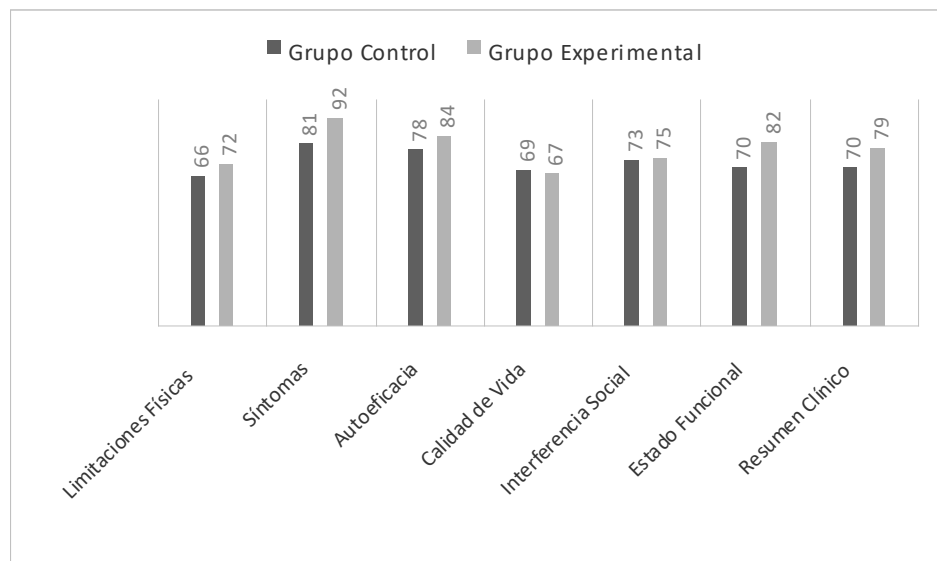
De igual manera, el nivel de depresión durante el seguimiento del grupo control fue moderado, mientras que en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo, que en

las evaluaciones anteriores tenía un nivel moderado de depresión, en el seguimiento se redujo a nivel nulo. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0.087$ ) (Figura 7).

**Figura 7.** Niveles de depresión de los grupos de estudio en el seguimiento.

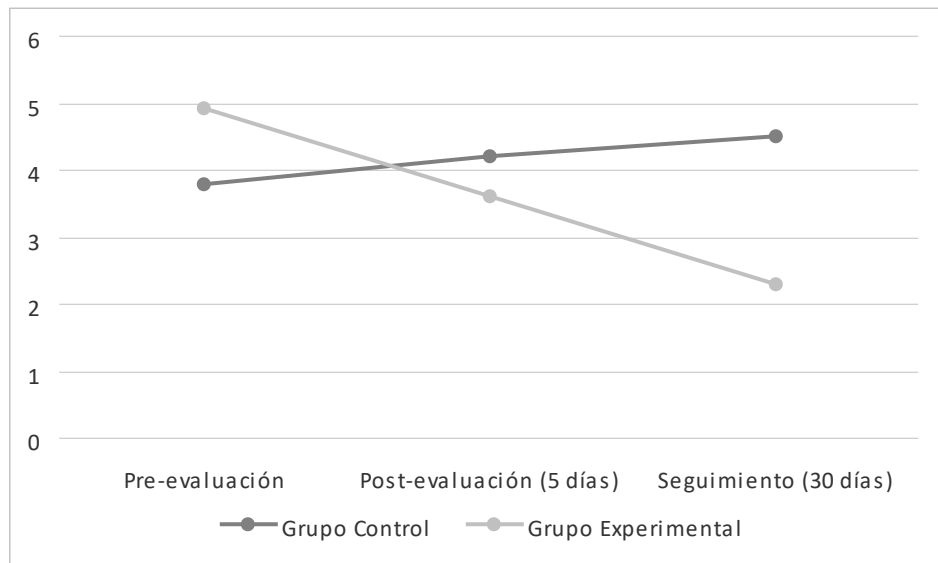
En cuanto a la evaluación de la CVRS en el seguimiento se observaron puntajes mayores en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo. La prueba *t* mostró diferen-

cias estadísticamente significativas en las dimensiones de Síntomas ( $p = 0.025$ ) y Estado funcional ( $p = 0.043$ ) (Figura 8).

**Figura 8.** Dimensiones de la CVRS en los grupos de estudio durante el seguimiento.

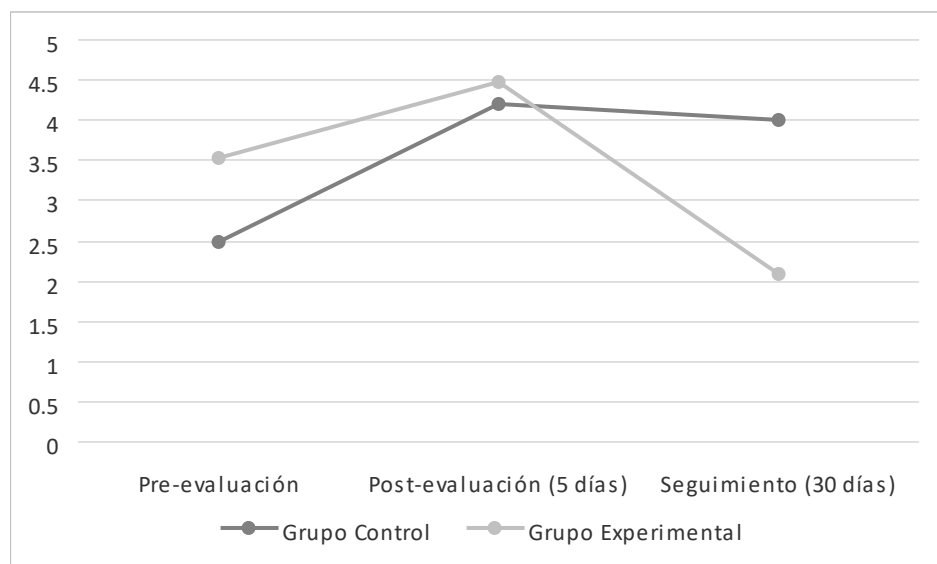
Para evaluar los cambios del nivel de ansiedad entre las mediciones en ambos grupos se efectuó la prueba de Wilcoxon para las diferencias intra-grupo entre las mediciones pre y postevaluación (control:  $p = 0.896$ ; experimental:  $p = 0.515$ ), preevaluación y seguimiento (control  $p = 0.859$  y experimental  $p = 0.824$ ) y postevaluación y seguimiento (control  $p = 0.673$  y experimental  $p = 0.894$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observó una disminución

de la ansiedad en las mediciones del grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativa, mientras que la puntuación se mantuvo casi igual en las mediciones del grupo control. También se realizó la prueba de Friedman para evaluar las diferencias entre las tres mediciones de ansiedad, sin hallar que las diferencias fueran estadísticamente significativas en alguno de los grupos (control  $p = 0.695$  y experimental  $p = 0.649$ ) (Figura 9).

**Figura 9.** Cambios en las tres mediciones de la ansiedad en los dos grupos.

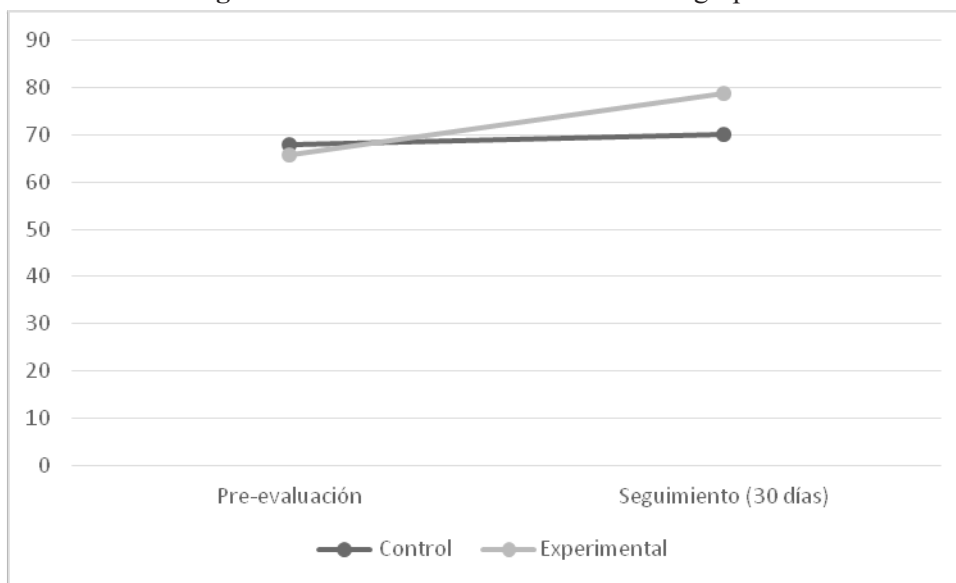
Respecto a las mediciones de la depresión, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la postevaluación en el grupo experimental ( $p = 0.11$ ) (grupo control,  $p = 0.226$ ). Entre la preevaluación y el seguimiento (control  $p = 0.964$ ; experimental  $p = 0.721$ ) y la postevaluación y el seguimiento (control  $p = 0.307$ ; experimental  $p = 0.624$ ) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observó

un aumento del nivel de depresión en la postevaluación, misma que se mantuvo igual en el seguimiento para el grupo control, pero que disminuyó en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativa. La prueba de Friedman arrojó que las diferencias entre las tres mediciones tampoco fueron estadísticamente significativas entre el grupo control ( $p = 0.455$ ) y el experimental ( $p = 0.521$ ) (Figura 10).

**Figura 10.** Cambios en las tres mediciones de depresión en los dos grupos.

Por otra parte, se mantuvo la percepción de la CVRS global en el grupo control, y en el grupo experimental aumentó en el seguimiento. Con la prueba de Wilcoxon se aprecia que dichas diferen-

cias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los grupos (grupo control  $p = 0.433$ ; grupo experimental  $p = 0.059$ ) (Figura 11).

**Figura 11.** Cambios en la CVRS en los dos grupos.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativa sobre el ajuste psicológico –el cual se caracteriza por la disminución de la ansiedad y la depresión y por un aumento en la calidad de vida relacionada con la salud– en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria. Los resultados obtenidos en el seguimiento a un mes permiten observar una disminución de la ansiedad y la depresión en los pacientes que recibieron el programa de intervención (grupo experimental), así como un aumento en su calidad de vida relacionada con la salud, a diferencia del grupo control, en el que la ansiedad y la depresión aumentaron y la percepción de su calidad de vida disminuyó.

Además de lo anterior, el presente estudio permitió identificar una parte del perfil sociodemográfico de los pacientes, la mayoría de los cuales son hombres, casados, jubilados, católicos y con una media de edad de 62 años, lo que coincide con lo reportado por Sancho y Solano (2011). Solamente una característica discrepó con dicho perfil: los pacientes evaluados en esta muestra tenían en su mayoría un nivel educativo de licenciatura, lo cual se explica por el escenario en el que fueron evaluados; en efecto, únicamente un sector de la población en México tiene acceso a servicios de salud como el que se ofrece en el ISSSTE.

También se identificó que dichos pacientes constituyen una población en riesgo de sufrir desajustes psicológicos como consecuencia de la futura cirugía cardíaca. Aproximadamente 60% de los pacientes evaluados manifestaban síntomas de ansiedad o depresión, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Ai, Pargament, Appel y Kronfol, 2010; Baker, Andrew, Schrader y Knight, 2001; Batista et al., 2014; Carneiro et al., 2009; Lozano, 2009; Morales, 2013; Pignay-Demaria, Lespérance, Demaria, Frasure-Smith y Perrault, 2003).

El programa psicoeducativo que se utilizó resultó ser fácilmente aplicable y fue bien aceptado por los pacientes, quienes refirieron que se sentían satisfechos con el trabajo hecho con ellos; además, reportaron que lo aprendido les había sido muy útil. Desde un punto de vista descriptivo, se encontraron diferencias entre los grupos control y experimental. Fue claro que los segundos sufrieron menos ansiedad y depresión y gozaron de una mejor calidad de vida después de la cirugía, comparados con el grupo control, lo que coincide con los resultados obtenidos en los estudios de Méndez et al. (1996); López (2005); Castellero (2007); Amador (2010); Baumeister, Hutter y Bengel (2011); López et al. (2011); Álvarez, Lozano y Mon (2015); Doñate, Litago, Monge y Martínez (2015); Gálvez et al. (2016) y Hernández, López y Guzmán (2016).

Sin embargo, en cuanto a la significancia estadística, en el análisis para comparar las diferencias entre grupos solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento entre el grupo control y el experimental en dos dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, y en el análisis para comparar las mediciones se observó una disminución de la depresión estadísticamente significativa en el grupo experimental, así como un aumento limítrofe en la calidad de vida relacionada con la salud.

Los resultados hallados difieren de los reportados en otras investigaciones, en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental, como la de Graham et al. (2008), en su estudio hecho a 261 pacientes, en la que el tratamiento psicológico se prolongó durante un año (cf. Fernández et al., 2003), por lo que se puede inferir que una de las razones por las que probablemente no se obtuvo la significancia estadística esperada puede ser el tamaño de muestra y la duración de la intervención psicológica, por lo que se recomienda aplicar el programa de intervención en muestras mayores y extender el número de sesiones del programa de intervención, reforzando así lo que ya incluye pero haciéndolo más completo.

Otro punto a considerar es que la asignación de los pacientes al grupo control y al experimental hecha aleatoriamente hizo que los niveles de ansiedad en el grupo control fueran menores que en el grupo experimental en la preevaluación, por lo que dichos pacientes presentaban más sintomatología; incluso se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta primera medición, por lo que ambos grupos no eran estrictamente comparables en cuanto a dicha variable; así, el impacto del programa de intervención psicoeducativa sobre la ansiedad de los pacientes del grupo experimental no se puede comparar con el del grupo control, que ya desde el principio mostraba niveles menores de ansiedad.

Además, la eficacia del programa se empezó a observar hasta el seguimiento. La literatura señala que los cambios en la sintomatología ansiosa y depresiva y en la calidad de vida relacionada con la salud no son visibles sino hasta entre uno y tres meses después de que los pacientes han llevado a cabo y mantenido los cambios aprendidos durante

la intervención (Lemos, Acosta y Agudelo, 2015; Pinheiro y Lopes, 2007). En la postevaluación, hecha una semana después de la cirugía, la condición médica y la hospitalización de los pacientes no permitían que la evaluación se llevara a cabo de una forma objetiva, por lo que se recomienda que la postevaluación se efectúe después del programa de intervención, pero antes de la cirugía, para que esta no se convierta en una variable extraña que contamine los resultados.

Otra sugerencia a partir de los resultados obtenidos en esta investigación es la evaluación de los pacientes tras un seguimiento a tres y seis meses para evaluar el mantenimiento de los cambios obtenidos a partir del programa de intervención psicoeducativo.

Es importante evaluar el impacto del programa psicoeducativo en otras variables psicológicas, tales como el estrés, el afrontamiento o el apoyo social, entre muchas otras, mismas que se han reportado como elementos que influyen en el desarrollo y pronóstico de la enfermedad cardíaca en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria (Fernández, 2014).

También se recomienda realizar una evaluación cualitativa de la percepción de los pacientes sobre la utilidad, claridad y comprensión del programa psicoeducativo y de sus contenidos a fin de realizar los cambios para mejorarlo.

Entre las limitantes que se encontraron en este trabajo es que numerosos pacientes de la muestra residían en otros lugares, lo que dificultó su seguimiento. Una sugerencia ante esta dificultad es que se realicen los seguimientos vía telefónica o vía Internet con aquellos pacientes que tengan acceso a dichos servicios.

Los pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria constituyen una población en riesgo de padecer desajustes psicológicos caracterizados por una sintomatología ansiosa y depresiva y una disminución de su calidad de vida relacionada con la salud. Los servicios de salud en México no incluyen programas de atención psicológica a estos pacientes, ni existen tampoco protocolos establecidos que incluyan la participación del psicólogo clínico y de la salud en el equipo multidisciplinario que se ocupa del proceso pre y posquirúrgico de los pacientes con cardiopatía isquémica, ni tampoco

durante su estancia hospitalaria antes o después de aquel .

Es necesario diseñar y poner en práctica programas de intervención psicoeducativa enmarcados en la terapia cognitivo-conductual para los pacientes candidatos a cirugía de revascularización

coronaria, toda vez que la evidencia encontrada en el presente estudio muestra la eficacia de un programa así para disminuir la ansiedad y la depresión y mejorar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

## REFERENCIAS

- Ai, A.L., Pargament, K.I., Appel, H.B. y Kronfol, Z. (2010). Depression following open-heart surgery: A path model involving interleukin-6, spiritual struggle, and hope under preoperative distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1057-1075.
- Álvarez A., M., Lozano L., G. y Mon N., Á. (2015). Programa de educación en autocuidados en cardiopatía isquémica. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(2), 7-13.
- Amador Y., C. (2010). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- Baker, R.A., Andrew, M.J., Schrader, G. y Knight, J.L. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. *ANZ Journal of Surgery*, 71(3), 139-142.
- Baumeister, H., Hutter, N. y Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database System Review*, 7(9), 8-12. doi: 10.1002/14651858.CD008012.pub3.
- Burg, M.M., Benedetto, M.C., Rosenberg, R. y Soufer, R. (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 111-118.
- Carneiro, A.F., Mathias, L.A.S.T., Rassi Jr., A., Morais, N.S.D., Gozzani, J.L. y Miranda, A.P.D. (2009). Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(4), 431-438.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. y Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
- Dos Santos, M.M.B., Martins, J.C.A. y Oliveira, L.M.N. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15.
- Fernández, E., Martín, M. y Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4), 615-630.
- Fernández M., M. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. *MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, 16, 33-35.
- Flores, A. (2015). *Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Fundación Española del Corazón (2015). *Cirugía de revascularización coronaria*. Madrid: FEC. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirugia-de-revascularizacion-coronaria.html>.
- Gálvez A., L.B., Erazo L., R., Rodríguez F., M.G. y Ramírez A., R. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insinacional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99.
- Graham, I.D.A., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., y Burell, G.R. et al. (2008). Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. *Revista Española de Cardiología*, 61(1), e1-e49.
- Hernández, A., López, A. y Guzmán, J. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica del Grupo Ángeles*, 14(1), 6-11.
- Lemos, M., Acosta, D. y Agudelo, D. (2015). Calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Kénois*, 3(5), 28-57.
- Linden, W., Phillips, M.J. y Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28(24), 2972-2984.
- Longo, D.L. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna* (18ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- López J., A. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3(20), 56-70.
- López M., C., Martínez R., A. y López M., C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro*, 118, 13-17.
- Lozano, E. (2009). *Frecuencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ingresados al servicio de cardiología del Hospital General de México*. Tesis inédita de posgrado. México: UNAM.

- Méndez F., X., Ortigosa J., M. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Morales, H. (2013). *Ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada*. Tesis inédita de especialidad. México: UNAM.
- Pignay-Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R.G., Frasure-Smith, N. y Perrault, L.P. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 75(1), 314-321.
- Pinheiro, E. y Lopes, P. (2007). Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Enfermería Clínica*, 17(6), 309-317.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Ricón, S. (2011). Validación del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *En-claves del Pensamiento*, 5(10), 173-189.
- Sancho C., D. y Solano R., M.C. (2011). A cardiopatia isquêmica na mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1462-1469.
- Tennant, C. y McLean, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8(3), 175-183.
- Thombs, B.D., De Jonge, P., Coyne, J.C., Whooley, M.A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A.J., et al. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300(18), 2161-2171.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.





# Comparación de las fases de codificación y evocación de la información en diabetes mellitus y síndrome metabólico

## *Comparison of coding and evocation of information phases in diabetes mellitus and metabolic syndrome*

*Yanned Esbeydy López-Vargas, Erika Hinojosa Calvo y Ferrán Padrós-Blázquez<sup>1</sup>*

*Citación:* López V., Y.E., Hinojosa C., E. y Padrós B., F. (2020). Comparación de las fases de codificación y evocación de la información en diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Psicología y Salud*, 30(1), 73-82.

### RESUMEN

*Introducción.* En estudios previos se han reportado alteraciones cognitivas en personas con enfermedades metabólicas, especialmente la memoria. Sin embargo, el impacto del diagnóstico de diabetes respecto a otras alteraciones metabólicas aún no es claro. *Objetivo.* Comparar el rendimiento en las fases de codificación y evocación de la información entre personas con diagnóstico clínico de diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico (que también incluye la diabetes). *Material y métodos.* Se obtuvieron niveles clínicos de cada participante, tales como glucosa, tensión arterial e índice de masa corporal, así como la evolución de la enfermedad. La muestra fue de veinte participantes adultos divididos en dos grupos. La evaluación se realizó mediante la prueba neuropsicológica NEUROPSI Atención y Memoria, de la cual únicamente se utilizaron las subpruebas que evalúan dichas fases. *Resultados.* Aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se observó que el grupo con síndrome metabólico mostró un menor rendimiento tanto en la fase de codificación como en la de evocación de la información. Además, debe señalarse que ambos grupos mostraron un desempeño que sugiere un deterioro leve, moderado, e incluso severo, en alguna de las pruebas. *Discusión.* No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en el rendimiento en las pruebas de codificación y evocación; sin embargo, los puntajes menores observados en el grupo con síndrome metabólico sugieren que posiblemente las diferencias serían significativas empleando muestras mayores.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus tipo 2; Síndrome metabólico; Memoria; Codificación; Evocación.

### ABSTRACT

*Introduction.* Several studies have reported cognitive decay in people with metabolic diseases, especially in memory tasks. However, the impact of the diagnosis of diabetes with respect to other metabolic alterations is still unclear. *Objective.* To compare the performance in the phases of coding and evocation of information among people with a clinical diagnosis of type 2 diabetes mellitus and metabolic syndrome (which also includes diabetes). *Material and methods.* Clinical levels for each participant were obtained, such as: glucose, blood pressure, body mass index and the evolution of the disease. A total of 20 adult patients participated, 10 in each group. The evaluation was carried out using the NEUROPSI Attention and Memory neuropsychological test, from which only the subtests evaluating codification and evocation phases were used. *Results.* Although no statistically significant differences were found between groups, the group with metabolic syndrome showed lower performance in the coding phase and in the evocation of information. In addition, both groups'

<sup>1</sup> Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Av. Francisco J. Múgica s/n, Ciudad Universitaria, 58030 Morelia, Mich., México, tel. (443)322-35-00, correos electrónicos: esbeydy.lop@gmail.com, neuropsic.erikahinojosacalvo@gmail.com y fpadros@uoc.edu. Artículo recibido el 30 de octubre de 2018 y aceptado el 19 de marzo de 2019.

*performance suggests mild, moderate and even severe deterioration in some tests. Discussion. Although no significant performance differences were observed in the coding and evocation tests between groups, the lower scores observed in the metabolic syndrome group suggest that perhaps the differences would be significant in larger samples.*

**Key words:** Diabetes mellitus type 2; Metabolic syndrome; Memory; Codification; Evocation.

## INTRODUCCIÓN

En México, la prevalencia del síndrome metabólico (SM en lo sucesivo) oscila entre 56 y 31% dependiendo de los criterios utilizados (Aleján, López, Urquídez y Huesca, 2018; Gutiérrez, Datta y Méndez, 2018), en tanto que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2 en lo que sigue) es de 9.4% (Rojas et al., 2018) y de 8.2% de ambos trastornos (O'Neill y O'Driscoll, 2015). Las personas que tienen una o ambas enfermedades enfrentan cambios en diferentes áreas (Ballesteros, 2009), ya que las afectaciones inciden no solamente en los niveles neuroquímico y neuroanatómico, sino también en el comportamiento y ciertos procesos cognitivos (Arjona, Esperón, Herrera y Albertos, 2014), como la memoria y el aprendizaje (Medina, 2015).

La Federación Internacional de Diabetes (FID) (2013) define al SM como un conjunto de alteraciones metabólicas constituido por obesidad central (perímetro de la cintura), más dos de los siguientes rasgos: bajos niveles de colesterol HDL ( $< 1.03$  mmol/L en hombres y  $< 1.29$  mmol/L en mujeres), altos niveles de triglicéridos ( $\geq 1.7$  mmol/L), presión arterial elevada  $\geq 130$  mmHg presión sistólica y  $\geq 85$  mmHg diastólica), altos niveles de glucosa en plasma (en ayunas  $\geq 5.6$  mmol/L) o diagnóstico anterior de DM2. A su vez, para diagnosticar la DM2 se consideran algunos de los siguientes niveles: glucosa plasmática en ayuno ( $\geq 126$  mg/dl), dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa ( $\geq 200$  mg/dl) o de hemoglobina glucosilada HbA1c ( $\geq 6.5$  %), de acuerdo con la American Diabetes Association [ADA], (2015).

Para que el cerebro funcione con eficiencia requiere de energía, resultante a su vez de niveles

óptimos de glucosa y oxígeno. Utiliza hasta 25% de la glucosa de todo el cuerpo y 10% de todo el oxígeno de la respiración; si no dispone de esa energía, este órgano es más vulnerable al deterioro cognitivo y fisiológico (Medina, 2015).

La glucosa no depende de la insulina para que el cerebro la capture, pues este lo hace a través del líquido cefalorraquídeo o de la barrera hematoencefálica (Mergenthaler, Lindauer, Dienel y Meisel, 2013). Sin embargo, la insulina es necesaria para que haya niveles óptimos de glucosa en la sangre.

Los receptores de la insulina se han localizado principalmente en el plexo coroideo, el bulbo olfatorio, el sistema límbico y el hipotálamo, particularmente en el septum lateral, la amígdala, la región CA1 del hipocampo, el cuerpo mamilar y el núcleo arqueado, así como también en las regiones de la corteza cerebral y el cerebelo, el tronco cerebral y las estructuras del cerebro medio, aunque en densidades menores (Werther et al., 1987). Tales áreas coinciden con las reportadas por Bauer, Grande y Valenstein (2003), quienes señalan que los lóbulos temporales, el diencéfalo y el cerebro anterior basal intervienen en los procesos de la memoria. También se han señalado los lóbulos frontales, aunque de una forma no tan específica (Portellano, 2005).

Dado lo anterior, el administrar dosis controladas de insulina a ratas y seres humanos, mediante vía intracerebroventricular, intranasal o venosa, en las áreas mencionadas, muestran desempeño en tareas que evalúan mejor la capacidad memorística, en comparación con aquellos a los que no se les aplicó nada; además, en algunos estudios se ha visto favorecida la conectividad hipocampal (Benedict et al., 2004; Kern, Fruehwald-Schultes, Deininger, Born y Fehm, 2001; Park, Seeley, Craft y Woods, 2000; Sommerfield, Deary y Frier, 2004; Zhang et al., 2015).

Se define la memoria como un sistema funcional complejo que se ejecuta a través del tiempo de manera sucesiva y que se organiza en diferentes niveles (León, 2002). Se tiene evidencia de que la memoria es el proceso cognitivo que más se ve afectado en personas con enfermedades cardiovasculares, y la relevancia de su estudio radica en que está involucrada en todas las actividades

mentales (Casanova, Casanova y Casanova, 2004; Pérez et al., 2017).

Para que la memoria se considere un proceso mnémico es necesario que ocurra una serie de eventos o fases: atención, codificación, almacenamiento y recuperación de la información (Gramunt, 2001). Entre las áreas cerebrales implicadas en dichas fases se encuentran las siguientes:

*Atención:* Se distinguen tres redes (Posner y Petersen, 1990): la de alerta, la de orientación y la ejecutiva. En la red de alerta están implicadas ciertas regiones frontales posteriores y subcorticales; en la de orientación se involucran también regiones posteriores y subcorticales, y finalmente en la red ejecutiva las áreas prefrontales.

*Codificación:* La información es captada por las neocortezas primarias y de asociación (p. ej., cortezas parietales, temporales y prefrontales), se transmite al giro parahipocampal y a la corteza perirrinal, y llega al hipocampo para posteriormente salir a través del fórnix o hacia las áreas que originalmente enviaron la información al hipocampo (Rolls y Xiang, 2006; Ruiz y Cansino, 2005).

*Consolidación:* Esta fase está asociada mayormente con el hipocampo (Solís y López, 2009).

*Evocación:* Las áreas responsables de esta fase son el hipocampo y la corteza prefrontal (Dash, Hebert y Runyan, 2004).

Resulta fundamental que en la valoración de la memoria se evalúen el tiempo de recuperación de la información (memoria inmediata y memoria diferida), la modalidad de presentación (verbal, visual, táctil, gustativa y motora), las fases o etapas (registro, codificación, almacenamiento y evocación), los tipos de material (verbal, como listas de palabras, párrafos o historias, y no verbal, como laberintos o caras), los tipos de presentación (uno o varios ensayos), el tiempo de evocación (intermedia o con intervalos de demora) y el tipo de memoria (episódica o semántica) (Ardila y Ostrosky, 2012).

De acuerdo con las evidencias existentes, se sabe que ciertas modalidades de memoria están afectadas tanto en la DM2 como en el SM, tales como la memoria verbal (Kouta, Sakurai y Yokono, 2006), la memoria episódica a corto plazo (Convit, Wolf, Tarshish y De Leon, 2003), la memoria

de trabajo y la memoria declarativa (Den et al., 2003), y en mujeres, la memoria semántica (Kanaya, Barrett-Connor, Gildengorin y Yaffe, 2004). Por el contrario, se reporta que la memoria implícita está preservada en personas con DM2 (Asimakopoulou, Hampson y Morrish, 2002), lo que se puede interpretar como fallos tanto de la memoria inmediata como diferida, de distintas fases del procesamiento y, con mayor evidencia, de alteraciones en la memoria verbal de dichos pacientes.

Debido a que la memoria en ambas enfermedades metabólicas se ve comprometida, el objetivo de la presente investigación fue estudiar las posibles diferencias del desempeño en las fases de codificación y evocación entre participantes con DM2 y en otros que cumplieran criterios de SM (incluyendo la DM2). Asimismo, se estudió la posible relación entre indicadores biomédicos (IMC, PAD, PAS y glucemia en ayuno) y el desempeño en las mismas funciones.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo conformada por veinte personas: diez en el grupo DM2 y diez en el de SM. En el grupo DM2 participaron ocho mujeres, y siete en el grupo de SM. Las edades promedio de los participantes fueron de 51.70 (D.E. = 16.98) y 56.20 (D.E. = 12.95), respectivamente. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los años de escolaridad y tiempo de diagnóstico ( $U = .12$  y  $p = 0.13$ , y  $U = 11$  y  $p = 0.11$ , en cada caso). La muestra fue extraída del grupo de Enfermedades Crónico-Degenerativas no Transmisibles, pertenecientes a la Secretaría de Salud de la localidad de Zinapécuaro, Mich. (México).

En cuanto a las enfermedades comórbidas del grupo de SM, cabe señalar que los diez participantes estaban diagnosticados con DM2 y dislipidemia; siete de ellos presentaban obesidad y cuatro hipertensión. Por su parte, el grupo de DM2 incluyó dos participantes con obesidad y dos con sobrepeso. La Tabla 1 muestra los factores de riesgo biomédico del grupo de DM2.

**Tabla 1.** Media, desviación estándar y mediana de los indicadores biomédicos de los participantes de los grupos DM2 y SM.

Indicador	DM2 M (D.E.) Mediana	SM M (D.E.) Mediana	Total	U de Mann- Whitney	p
Índice de masa corporal	25.38 (4.03) Med: 31.50	32.14 (4.58) Med: 25.00	28.76 (5.44) Med: 28.96	.00	0.00
Presión arterial sistólica	121.00 (23.31) Med: 120.00	115.30 (7.95) Med: 115.00	118.15 (17.20) Med: 120.00	1.00	0.47
Presión arterial diastólica	75.00 (7.07) Med: 80.00	81.00 (14.50) Med: 70.00	78.00 (11.52) Med: 80.00	.32	0.26
Glucemia en ayuno	152.90 (68.74) Med: 137.53	157.47 (66.90) Med: 131.00	155.19 (66.06) Med: 137.53	.74	0.88

Nota: En negritas se resaltan los datos estadísticamente significativos.

Mediante un muestreo no probabilístico, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: aceptar participar en el estudio, ser mayores de edad y tener un diagnóstico previo de DM2 o SM mayor o igual a un año siguiendo los criterios propuestos por la ADA (2015). Respecto al grupo SM, se requirió que entre los desórdenes metabólicos tuvieran también diabetes tipo 2 diagnosticada.

## Instrumentos

*NEUROPSI Atención y Memoria* (Ostrosky et al., 2007).

Se utilizó esta batería de pruebas en razón de que es aplicable a personas de entre 6 y 85 años de edad y a pacientes psiquiátricos, geriátricos y neurológicos. Permite obtener un perfil neuropsicológico de la memoria al evaluar atención, funciones ejecutivas y fases de codificación y evocación (en diferentes modalidades: memoria verbal y visual). Para fines prácticos de esta investigación, se utilizaron las pruebas que evalúan la codificación y la evocación de la información. La etapa de codificación está conformada por las pruebas: Curva de memoria espontánea, Pares asociados, Memoria lógica (historia y tema), Figura semicompleja Rey-Osterreith y Caras. A su vez, para evaluar la etapa de evocación se utilizaron las de Memoria verbal espontánea, Memoria verbal por claves, Memoria verbal por reconocimiento, Pares asociados, Memoria lógica y Figura semicompleja Rey-Osterreith.

La calificación se obtiene a partir de las puntuaciones brutas de cada prueba (con M = 10 y D.E. = 3) por las cuales se detectan tanto habilidades como inhabilidades de cada participante a

través de la hoja de perfil. Las calificaciones de 1 a 3 indican alteración severa; de 4 a 6, alteración leve a moderada; de 7 a 13, normalidad, y de 14 a 19, normalidad alta.

## Procedimiento

Una vez obtenida la autorización del personal médico del Centro de Salud para tratar con los pacientes y acceder a sus expedientes clínicos, se procedió a seleccionar a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. Con la ayuda del personal de enfermería, se les abordaba de manera individual en la sala de espera y se les entregaba un tríptico con información psicoeducativa respecto a ambas enfermedades. En el área de enfermería se obtuvieron los indicadores biomédicos de cada paciente. El índice de masa corporal (IMC en lo subsecuente) se midió con una báscula médica digital mecánica 22" L x 10-1/2" A y cinta métrica; la presión arterial sistólica (PAS) y la diastólica (PAD), con un tensiómetro digital, y la glucosa en ayuno (12 horas), con un glucómetro. Respecto al ayuno, todos los participantes manifestaron haber seguido las indicaciones.

Después de su revisión médica mensual se les hizo la invitación a participar en la investigación, para lo cual se les explicó su propósito, haciéndose énfasis en su carácter voluntario y que sus datos personales serían manejados con discreción y únicamente para los fines establecidos. Las personas que accedían a participar firmaban una hoja de consentimiento informado y proporcionaban sus datos para la ficha sociodemográfica. Después, en una única sesión, se procedía a la aplicación de la prueba de manera individual,

en un consultorio libre de posibles distracciones y que duraba entre 40 y 60 minutos.

## RESULTADOS

Para la comparación de los dos grupos y el desempeño en las fases de codificación y evocación de

la información, se utilizó la U de Mann-Whitney. Los resultados se muestran en las Tablas 2 y 3, en las cuales puede observarse que no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al rendimiento entre ambos grupos.

**Tabla 2.** Media, desviación estándar, mediana, U de Mann Whitney y *p* de las pruebas que evalúan la fase de codificación entre ambos grupos.

FASE DE CODIFICACIÓN				
Pruebas del Neuropsi Atención y memoria	DM2 M (D.E.) Mediana	SM M (D.E.) Mediana	U	<i>P</i>
Curva memoria codificación	5.59 (1.80) Me: 5.00	4.90 (0.88) Me: 5.00	.63	0.29
Pares asociados codificación	4.80 (2.33) Me: 4.50	3.90 (2.64) Me: 5.16	.39	0.43
Memoria lógica codificación historias	5.10 (2.57) Me: 4.25	4.65 (2.51) Me: 5.25	.68	0.70
Memoria lógica codificación temas	3.90 (1.56) Me: 2.50	2.95 (1.01) Me: 4.50	.04	0.12
Figura semicompleja Rey/Osterreith codificación	14.30 (10.83) Me: 11.75	16.10 (10.70) Me: 9.25	.44	0.71
Caras codificación	3.10 (1.00) Me: 3.00	2.90 (1.20) Me: 3.50	.74	0.69

**Tabla 3.** Media, desviación estándar, mediana, U de Mann Whitney y *p* de las pruebas que evalúan la fase de evocación entre ambos grupos.

FASE DE EVOCACIÓN				
Pruebas del Neuropsi Atención y memoria	DM M (D.E.) Mediana	SM M (D.E.) Mediana	U	<i>p</i>
Memoria verbal espontánea	5.90 (3.39) Me: 5.50	5.10 (3.00) Me: 6.00	.44	0.59
Memoria verbal por claves	7.00 (3.00) Me: 7.00	7.20 (1.75) Me: 7.50	.91	0.86
Memoria verbal por reconocimiento	9.40 (3.50) Me: 10.50	9.40 (2.89) Me: 10.50	.80	1.00
Pares asociados evocación	5.40 (3.17) Me: 4.50	4.30 (3.40) Me: 6.00	.44	0.47
Memoria lógica evocación historias	5.05 (3.86) Me: 3.00	3.35 (3.07) Me: 6.00	.28	0.30
Memoria lógica evocación temas	3.25 (1.79) Me: 2.00	2.10 (1.73) Me: 3.76	.14	0.16
Figura semicompleja Rey/Osterreith evocación	7.90 (5.44) Me: 8.75	10.45 (5.39) Me: 5.50	.19	0.30
Evocación de nombres	3.80 (2.04) Me: 2.50	2.60 (2.12) Me: 4.00	.22	0.21
Reconocimiento de caras	0.90 (0.57) Me: 1.00	0.70 (0.68) Me: 1.00	.53	0.48

Para obtener las correlaciones entre los indicadores biomédicos IMC, PAD, PAS y glucemia en ayuno, además de los años de diagnóstico y desempeño

en cada fase de la memoria, se utilizó el coeficiente  $r$  de Spearman. Los datos se presentan en las Tablas 4 y 5, respectivamente.

**Tabla 4.** Correlaciones entre los indicadores biomédicos y el desempeño en la fase de codificación de la muestra total.

Índices biométricos	Curva memoria codificación	Pares asociados codificación	Memoria lógica codificación historias	Memoria lógica codificación temas	Figura semicompleja Rey/Osterrieth	Caras codificación
Años de diagnóstico	-.367	-.155	-.193	<b>-.569**</b>	0.57	-.132
IMC	-.047	-.254	-.265	-.265	-.301	-.121
PAS	-.255	-.038	.392	.338	-.041	-.249
PAD	-.205	-.008	.212	.110	.066	.010
Glucemia en ayuno	<b>.607**</b>	.312	.439	.435	<b>.621**</b>	.296

*Nota:* Se muestra la  $r$  de Spearman y la significancia se señala en negritas y con \*\* cuando  $p < 0.01$ . IMC: Índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica y PAD: presión arterial diastólica.

Como puede observarse en la fase de codificación, un mayor tiempo de diagnóstico de alguna de las enfermedades metabólicas se relacionó negativamente con el desempeño en la prueba de “memoria lógica codificación temas”, así como también los

altos niveles de glucosa en ayuno se relacionaron con un mejor desempeño en las pruebas de “curva de memoria codificación” y “figura semicompleja de Rey/Osterrieth”.

**Tabla 5.** Correlación entre los indicadores biomédicos y el desempeño en la fase de evocación del total de la muestra.

Índices biométricos	Memoria verbal espontánea	Memoria verbal por claves	Memoria verbal por reconocimiento	Pares asociados evocación	Memoria lógica evoc. Historias	Memoria lógica evoc. Temas	Figura semicompleja Rey/Osterrieth evocación	Evocación de nombres	Reconocimiento de caras
Años de diagnóstico	-.235	-.301	-.099	-.144	<b>-.489*</b>	<b>-.590**</b>	-.057	-.243	-.243
Índice de masa corporal	-.119	-.158	-.241	-.323	-.309	-.273	-.153	-.201	-.241
Presión arterial sistólica	<b>-.541*</b>	-.126	-.002	-.161	.244	.030	-.106	-.390	.258
Presión arterial diastólica	-.347	-.437	-.195	-.032	.116	-.041	-.106	<b>-.462*</b>	.128
Glucemia en ayuno	.214	<b>.504*</b>	.156	.256	.417	<b>.459*</b>	<b>.622**</b>	.159	.388

*Nota:* Se muestra la  $r$  de Spearman, y se señala la significancia en negritas y con asterisco: \*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ .

Por otro lado, en la fase de evocación se observa que los años de diagnóstico afectaron negativamente el desempeño en “memoria lógica evocación temas”, así como también los altos niveles de PAS y PAD en las pruebas de “memoria verbal espontánea” y “evocación de nombres”, respectivamente. Por el contrario, los niveles altos de glucosa en ayuno favorecieron el desempeño en las pruebas de “memoria verbal por claves”, “memoria lógica evocación temas” y “figura semicompleja de Rey/Osterrieth”.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que no hubo diferencias en el rendimiento de pruebas relativas a las fases de codificación y evocación (de la memoria) entre los grupos con SM y DM2. Sin embargo, aunque no de manera estadísticamente significativa, en el grupo de SM se observa una media de rendimiento menor, especialmente en las pruebas de memoria verbal, tanto en la fase de codificación como en la de evocación, en comparación con el

grupo de DM2, lo cual sugiere que la comorbilidad de varios trastornos metabólicos agudizan el deterioro de la memoria. Dichos datos coinciden con los de Medina (2015), Cervantes, Rodríguez, Calleja y Ramírez (2011), quienes refieren que el deterioro cognitivo durante la DM2 podría estar influido por la hipertensión, dislipidemias y obesidad.

Debe destacarse que la mayoría de puntuaciones obtenidas por ambos grupos se encuentran situados en niveles que sugieren la presencia de categorías que fluctúan entre deterioro leve, moderado y severo respecto a la media poblacional, según los datos normativos (Ostrosky et al., 2007). Una excepción es el rendimiento observado en la prueba de “figura semicompleja de Rey/Osterrieth codificación”, cuyo puntaje se ubica en el nivel normal alto; tales habilidades de orientación visoespacial y percepción podrían estar influidas por los oficios diarios de los participantes, quienes en su mayoría realizaban tareas que las implicaban. Villa (2017) apunta que, además del nivel educativo de las personas, el trabajo desempeñado o las actividades recreativas pueden aumentar su reserva cognitiva, entendiéndose como tal las formas individuales, influidas por la historia de aprendizaje (la escolarización por ejemplo) y los modos de procesar la información tras una patología cerebral, de tal manera que sea menor la afectación de funciones cognitivas como la memoria, la percepción, el razonamiento, el juicio y la abstracción (Stern, 2012).

Respecto a los años de diagnóstico y los niveles de glucosa en ayuno, ambos se relacionaron con el desempeño en ambas fases de la memoria. Por ejemplo, se encontró que entre mayor era el tiempo desde el diagnóstico en cualquiera de las dos enfermedades, se mostraba un desempeño más pobre en las tareas que implicaban memoria lógica. Estos datos coinciden con el estudio conocido como SALSA (Sacramento Area Latino Study of Aging), en el que se halló que el rendimiento cognitivo en personas con SM empeoraba a partir de los tres años de evolución, lo que se atribuyó a la hipertensión y al suministro en las fallas de la glucosa (cf. Yaffe et al., 2004).

Por su parte, la relación observada entre los niveles de glucosa y el desempeño, fue positiva en las pruebas de la “figura semicompleja Rey/Os-

terrieth”, “curva de memoria codificación”, “memoria verbal por claves”, “memoria lógica evocación temas” y “figura de Rey/Osterrieth evocación”, lo que también coincide con lo reportado en distintos estudios hechos en animales y personas con DM2, en los que se ha observado que la administración de insulina mejora su capacidad mnémica (Benedict et al., 2004; Kern et al., 2001; Park et al., 2000). Sin embargo, debe tenerse en cuenta el señalamiento de Parsons y Gold (1992), quienes alertan sobre las dosis administradas, manifestando que la glucosa actúa sobre la memoria en una forma de U invertida: las dosis bajas (10 g) carecen de efecto, las dosis intermedias (25 g) incrementan la memoria y las altas (50 g) afectan negativamente la memoria de tipo declarativo.

Respecto a la presión arterial, se puede inferir que niveles elevados de PAS (con “memoria verbal espontánea”) y PAD (con “evocación de nombres”) inciden negativamente en la eficiencia en la fase de evocación verbal de información. Se ha señalado ya que altos niveles de presión arterial se asocian con un mayor riesgo de lesiones isquémicas, hemorragias subaracnoideas y con daño cerebral difuso (Bonilla y Galindo, 2017), los cuales pueden incidir en la irrigación cerebral, impidiendo así una adecuada capacidad para recuperar información; de cualquier manera, es necesario contrastar esta información con los estudios de imagenología pertinentes.

Cabe resaltar que en cuanto al IMC y al desempeño en la prueba NEUROPSI Atención y Memoria, no se encontraron correlaciones significativas en los participantes, lo que coincide parcialmente con lo hallado por Cervantes et al. (2011), quienes reportaron que no encontraron relación entre los IMC del grupo DM2 y su desempeño cognitivo, pero sí diferencias en las puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas respecto a aquellos sujetos con dislipidemias y enfermedad del pequeño vaso sanguíneo.

A partir de su metaanálisis respecto a las alteraciones cognitivas en pacientes con DM2, Sadanand, Balachandar y Bharath (2016) señalan la importancia de cuantificar la influencia de los datos clínicos sobre las afectaciones reportadas. No obstante, un número considerable de los trabajos aquí revisados no estaban disponibles para la discusión. Las investigaciones se limitan a reportar si



hay o no relación entre los procesos cognitivos en los grupos de estudio y en qué áreas.

Respecto a las limitaciones y sugerencias de la presente investigación, se echa de menos un grupo control compuesto por participantes sanos, pero con características demográficas similares. Se recomienda, pues, contar con ese grupo control y llevar a cabo las comparaciones con dos grupos como los aquí utilizados. Por otro lado, sería conveniente ampliar las muestras, pues ese factor podría ser el motivo por el cual las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas al momento de comparar el desempeño entre los grupos.

A pesar de que ninguno de los participantes había tenido dificultades mayores (amputaciones de extremidades, diálisis, etc.), se sugiere controlar dicha variable en estudios posteriores.

En lo que se refiere al control de las variables psicológicas, se recomienda evaluar tanto la depresión como la adherencia terapéutica en los participantes (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; Serrano, Zamora, Navarro y Villareal, 2012), debido a que se ha señalado que podrían incidir el ejercicio físico y las dietas saludables, principalmente, en el desempeño cognitivo de los pacientes (Alayón y Mosquera, 2008).

Como sugerencia final, dado que el deterioro de la memoria en personas con DM2 y SM se asocia con el riesgo de padecer demencia, especialmente la de tipo alzheimer (Rouch et al., 2014; Xu, Quiu, Winblat y Fratiglione, 2007), se recomienda que los centros de salud brinden una atención integral a las personas que acuden a ellos para detectar tempranamente alguna disfunción metabólica, toda vez que si las demencias metabólicas se atienden de manera temprana los pacientes pueden regresar su funcionamiento cognitivo premórbido a la normalidad.

En conclusión, no se observaron diferencias significativas en el rendimiento en las pruebas de codificación y evocación de la información entre los grupos de SM y DM2. Sin embargo, los puntajes menores observados en el grupo SM sugieren que quizás en muestras mayores las diferencias podrían ser significativas. Por otro lado, el rendimiento de ambos grupos fue menor al observado en los grupos normativos y se sitúa en diferentes categorías de deterioro (leve, moderado y severo).

Por último, se hallaron algunas relaciones entre algunos indicadores biomédicos (IMC, PAD, PAS y glucemia en ayuno) y el desempeño en las fases de codificación y de evocación.

## REFERENCIAS

- Alayón, A. y Mosquera V., M. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 777-787. Recuperado de <https://doi.org/10.1590%2Fs0124-00642008000500010>.
- Alemán M., H., López T., M.T., Urquidez R., R. y Huesca, L. (2018). Prevalence of metabolic syndrome and its determinants in older Mexican non-diabetic adults. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 294-304.
- American Diabetes Association (2015). *El diagnóstico de la diabetes e información sobre la prediabetes*. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diagnostico.html?loc=db-es-slabnav>.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. y Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico 2*. UNAM/Florida International University. Recuperado de [http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf).
- Arjona V., R.D., Esperón H., R.I., Herrera C., G.M. y Albertos A., N.E. (2014). Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. Estudio basado en población. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 416-421.
- Asimakopoulou, K.G., Hampson, S.E. y Morrish, N.J. (2002). Neuropsychological functioning in older people with type 2 diabetes: the effect of controlling for confounding factors. *Diabetic Medicine*, 19, 311-316.
- Ballesteros, J.S. (2009). Memoria implícita en el envejecimiento normal y en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque desde la neurociencia cognitiva. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(05) 235-237.
- Bauer, R.M., Grande, L. y Valenstein, E. (2003). Amnesic disorders. En K.M. Heilman y E. Valenstein (Eds.): *Clinical Neuropsychology* (4th ed.) (pp. 495-573). New York: Oxford University Press.

- Benedict, C., Hallschmid, M., Hatker, A., Schultes, B., Fehm, H., Born, E. y Kern, W. (2004). Intranasal insulin improves memory in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 29(10), 1326-1334.
- Bonilla, J. y Galindo, G.M. (2017). Neuropsicología del síndrome metabólico. En M. A. Villa, M. E. Navarro y T. J. Villaseñor (Eds.): *Neuropsicología clínica hospitalaria*. (pp. 185-202). México: El Manual Moderno.
- Casanova S., P., Casanova C., P. y Casanova C., C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(5), 469-472.
- Cervantes A., A., Rodríguez V., M., Calleja C., J. y Ramírez B., J. (2011). Función cognitiva en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: correlación metabólica y por imagen de resonancia magnética. *Medicina Interna de México*, 27(3), 217-223.
- Convit, A., Wolf, O., Tarshish, Ch. y De Leon, M. (2003). Reduced glucose tolerance is associated with poor memory performance and hippocampal atrophy among normal early. *Neuroscience*, 18, 2019-2022.
- Dash, P.K., Hebert, A.E. y Runyan, J.D. (2004). A unified theory for systems and cellular memory consolidation. *Brain Research Reviews*, 45(1), 30-37.
- Den, H., Vermeer V., E.J., Prins, N.D., Koudstaal, P.J., Hofman, A. y Breteler, M.M. (2003). Type 2 diabetes and atrophy of medial temporal lobe structures on brain MRI. *Diabetology*, 46, 1604-1610.
- Federación Internacional de Diabetes (2013). *Atlas de la diabetes* (6ª ed.). Ginebra: Federación Internacional de Diabetes.
- Gramunt, N. (2001). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Tesis doctoral inédita. Barcelona: Universitat Ramon Llull. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/9261>.
- Gutiérrez S., A. L., Datta B., S. y Méndez G., R.M. (2018). Prevalence of metabolic syndrome in Mexico: A systematic review and meta-analysis. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 16(8), 395-405.
- Kanaya, A.M., Barrett-Connor, E., Gildengorin, G. y Yaffe, K. (2004). Change in cognitive function by glucose tolerance status in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 29, 494-501.
- Kern, W., Fruehwald-Schultes, B., Deininger, E., Born, J. y Fehm, H.L. (2001). Improving influence of insulin on cognitive functions in humans. *Journal of Neuro-Endocrinology*, 74(4), 270-280.
- Kouta, Y., Sakurai, T. y Yokono, K. (2006). Cognitive dysfunction and dementia associated with elderly diabetes. *Journal Nippon Rinsho*, 64(1), 119-123.
- León C., J. (2002). Redes neuronales artificiales y la teoría neuropsicológica de Luria. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(2-3), 168-178.
- Medina, R. (2015). Diabetes, obesidad y memoria. En I. González (Ed.): *Psicobiología de la memoria: Un enfoque interdisciplinario* (pp. 341-368). Zapopan, Jal. (México): Bios Médica Editores y Diseños, S.A. de C.V.
- Mergenthaler, P., Lindauer, U., Dienel, G. y Meisel, A. (2013). Sugar for the brain: the role of glucose in physiological and pathological brain function. *Vergent Bioscience*, 36(10), 587-97. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2013.07.001>.
- O'Neill, S. y O'Driscoll, L. (2015). Metabolic syndrome: a closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obesity Reviews*, 16(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/obr.12229>.
- Ostrosky S., F., Gómez, M.E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. y Pineda, D. (2007). *NEUROPSI Atención y Memoria. 6 a 85 años* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Park, C., Seeley, R., Craft, S. y Woods, S. (2000). Intracerebroventricular insulin enhances memory in a passive avoidance task. *Physiology & Behavior*, 68(4), 509-514.
- Parsons, M. y Gold, E. (1992). Glucose enhancement of memory in elderly humans: an inverted-u dose-response curve. *Neurobiology of Aging*, 13, 401-404.
- Pérez, M.C., Barahona, M.N., Fernández, L.M., Sánchez, A., Z., Sánchez, E. y Urchaga, D. (2017). Entrenamiento de la memoria en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Psychology, Society, & Education*, 9(3), 381-391.
- Portellano, J.A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Posner, M.I. y Petersen, S.E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- Rojas M., R., Basto A., A., Aguilar S., C.A., Zárate R., E., Villalpando, S. y Barrientos G., T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60, 224-232.
- Rolls, E.T. y Xiang, J.Z. (2006). Spatial view cells in the primate hippocampus and memory recall. *Review of Neurosciences*, 17(1-2), 175-200.
- Rouch, I., Trombert, B., Kossowsky, M.P., Laurent, B., Celle, S., Ntougou, A., Roche, F. y Barthelemy, J.C. (2014). Metabolic syndrome is associated with poor memory and executive performance in elderly community residents: the PROOF study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1096-1104.
- Ruiz C., A. y Cansino, S. (2005). Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica: revisión de estudios en modalidad visual. *Revista de Neurología*, 41(12), 733-743.
- Sadanand, S., Balachandar, R. y Bharath, S. (2016). Memory and executive functions in persons with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Metabolism. Research and Reviews*, 32(2). 132-142.

- Serrano, C.I., Zamora, K.E., Navarro, M.M. y Villareal, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitas. *Medicina Interna de México*, 28(4), 325-328.
- Solís, H. y López H., E. (2009). Neuroanatomía funcional de la memoria. *Archivos de Neurociencias*, 14(3), 176-187.
- Sommerfield, A.J., Deary, I.J. y Frier, B.M. (2004). Acute hyperglycemia alters mood state and impairs cognitive performance in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 27(10), 2335-2340.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer disease. *Lancet Neurology*, 11, 1006-1012.
- Villa, M.A. (2017). Envejecimiento cognitivo vs. deterioro cognitivo leve. En M. A. Villa, M. E. Navarro y T. J. Villaseñor (Eds.): *Neuropsicología clínica hospitalaria* (pp. 263-282). México: El Manual Moderno.
- Werther, G., Hogg, A., Oldfield, B., McLinley, M., Figdor, R., Allen, A. y Mendersohn, F. (1987). Localisation and characterization of insulin receptors in rat brain and pituitary gland using in vitro autoradiography and computerized densitometry. *Australian Endocrine Society*, 121(1562-1570). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1210/endo-121-4-1562>.
- Xu, W., Qiu, Ch., Winblad, B. y Fratiglioni, L. (2007). The effect of borderline diabetes on the risk of dementia and Alzheimer disease. *Diabetes*, 56, 211-215.
- Yaffe, K., Kanaya, A., Lindquist, K., Simonsick, E.M., Harris, T., Shorr, R.I., Tylavsky, F.A. y Neuman, A.B. (2004). The metabolic syndrome, inflammation, and risk of cognitive decline. *Journal of the American Medical Association*, 292(18), 2237-2242.
- Zhang, H., Hao, Y., Manor, B., Novak, P., Milberg, W., Zhang, F., Fang, J. y Novak, V. (2015). Intranasal insulin enhanced resting-state functional connectivity of hippocampal regions in type 2 diabetes. *Diabetes*, 64(3), 1025-1034.

# El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida

## *HIV: From pharmacological adherence to quality of life*

John Jairo García-Peña y Bernardo Ángel Tobón<sup>1</sup>

*Citación:* García P., J.J. y Tobón, B.A. (2020). El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud*, 30(1), 83-94.

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las emociones que emergen en el tratamiento de pacientes diagnosticados con VIH/sida y su influencia en la adherencia farmacológica. Se presentan resultados relacionados con las categorías de adherencia al tratamiento y calidad de vida. El método seguido, de corte cualitativo, se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas con ocho pacientes de una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín (Colombia). Entre los resultados más relevantes se halló que la adherencia al tratamiento es un factor protector para la calidad de vida, entendida como un aspecto multidimensional que abarca desde las emociones subjetivas, hasta las condiciones de índole psicosocial, y que permite la estabilidad personal. Los autores concluyen que hay evidencia de que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental cuando se trata el VIH/sida mediante el uso adecuado de los antirretrovirales, pero también con un manejo integral de la persona en los servicios de salud.

**Palabras clave:** VIH/sida; Adherencia al tratamiento; Calidad de vida; Emociones.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to explore the emotions that emerge during treatment of HIV/AIDS patients and their effects on pharmacological adherence. The study's method included qualitative analyses on the relevant variables by means of semi-structured interviews with eight patients of a hospital at Medellin (Colombia). The most relevant results revealed that treatment adherence is a protective factor for quality of life, which involves multidimensional aspects. These facets range from subjective emotions to psychosocial conditions, which in turn allow for personal stability. In conclusion, adherence to treatment is a fundamental factor in HIV/AIDS treatment, through the appropriate use of antiretrovirals, but also the integral management of the person in the health services.*

**Key words:** HIV/AIDS; Adherence to treatment; Quality of life; Emotions.

## INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH en lo sucesivo) es una cuestión fundamental que implica la responsabilidad individual, pero también la colectiva que garantiza el Estado. La adherencia a la toma de los medicamentos antirretrovirales determina la estabilidad del paciente y su adecuado nivel de su calidad de vida.

<sup>1</sup> Universidad Católica Luis Amigó, Transversal 51A Núm. 67B 90, Medellín, Colombia, correos electrónicos: john.garciape@amigo.edu.co y canajas@hotmail.com. Artículo recibido el 25 de febrero y aceptado el 13 de junio de 2019.

Con esta investigación se pretendió entender esos dos aspectos: en lo individual, la influencia de las emociones en la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS en lo sucesivo), y en lo que corresponde al Estado, el marco normativo en vigencia que regula la atención a la salud de las personas con VIH; aspectos que en conjunto son un soporte en los diferentes momentos del tratamiento.

El problema del VIH es un asunto de interés colectivo. Su prevalencia hoy día es preocupante. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), en Colombia se habían reportado 95,187 casos de infección por VIH desde 1985 hasta 2012; sin embargo, año tras año ese número ha ido en aumento, lo que muestra que aún hay numerosos aspectos relacionados con el VIH/sida que requieren identificarse y que son prioritarios para ofrecer una solución a este grave problema de salud pública.

En el boletín del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013b), Antioquia aparecía como el segundo departamento con más personas infectadas por VIH, con un total de 12,414, y según los datos suministrados por la Secretaría de Salud de dicha localidad, en el 2014 se reportaron 748 nuevos casos.

En el informe intitulado *Los jóvenes y el VIH/sida*, presentado en 2002 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de Salud (OMS), se resalta que entre las edades de los 20 a los 39 años de edad se concentra la mayor cantidad de personas infectadas, esto es 53.3 %, y que dentro de estas cifras se encuentra que 22% corresponde a un rango de edad de los pacientes de entre 25 a 29 años. De manera similar, estas organizaciones señalan que entre las edades de 15 a 24 años se es más vulnerable para contraer el virus, y que hay cerca de 12 millones de jóvenes en ese rango de edad que viven en la actualidad con VIH/sida, y que solo una pequeña parte de ellos saben que están infectados (UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2002).

De acuerdo a lo anterior, muchos pacientes que tienen la enfermedad lo ignoran, pues el virus contraído con anterioridad no se manifiesta y permanecen asintomáticos, o bien lo saben pero no

han acudido al sistema de salud, o comenzaron el tratamiento pero lo interrumpieron.

Se debe resaltar que, en gran medida, las mayores dificultades del sector de la salud con esta enfermedad tienen que ver con el proceso de adherencia al tratamiento, sea por asuntos intrínsecos de la persona, por la diversidad de alteraciones emocionales producto de su misma situación de vida y por lo que les genera este diagnóstico, o por situaciones externas a ellos, como las condiciones de los servicios de salud. Es necesario tener presentes estos dos aspectos para una atención integral del VIH, porque si bien existe toda una gama de tratamientos farmacológicos para disminuir el impacto biológico de la enfermedad, debe contenerse el impacto negativo sobre las emociones que este problema acarrea en las personas afectadas.

En cuanto a la atención integral, en Colombia existe un marco normativo que se apunala en su misma Constitución Política, en donde se expresa el derecho a la vida y a la salud, al igual que diversas leyes para que el Estado brinde esas garantías.

Una de ellas, la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), tiene el siguiente preámbulo: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”. Si bien esta ley no menciona directamente la atención a los pacientes con VIH/sida, sí considera algunos aspectos que pueden favorecerla, como la garantía a la afiliación al sistema de seguridad social; así, de acuerdo a las connotaciones sociales que tiene la enfermedad, la Ley 100 sería la garante de tales derechos.

Por su parte la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2005a) propone garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio en la salud pública directamente o por contratación, lo que cobija directamente a los pa-

cientes con VIH/sida debido a que constantemente deben practicarse exámenes de seguimiento.

La Ley 1098 (Congreso de la República de Colombia, 2006) busca a su vez brindar la mejor atención a los niños y adolescentes que padecen sida, y propone diseñar, desarrollar y promover programas que garanticen la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH que, en caso de ser positivo, garantice para ellos tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral, el cuidado y la atención necesarios.

El Decreto 1543 del Ministerio de Salud (1997) reglamenta el manejo de la infección por VIH, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Plantea igualmente la atención integral y el cumplimiento de los derechos y los deberes del paciente, y asimismo señala la promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad como aspectos fundamentales para el control y la prevención de dicha enfermedad.

La Guía para el Manejo del VIH/sida del Ministerio de Salud y Protección Social (2003, p. 155) para el tratamiento del VIH/sida asume un mayor compromiso con los pacientes.

Con el fin de enfrentar el problema del manejo de las patologías de alto costo, como el VIH/sida y la enfermedad renal crónica, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante su acuerdo 245 de 2003, subraya la necesidad de desarrollar guías de atención en salud que, aplicadas en el marco de un modelo de atención, permitan alcanzar el mayor impacto positivo posible en la salud de los pacientes y una mayor eficiencia en el manejo de los recursos al definir los contenidos y costos efectivos para la atención de dichas patologías.

De igual modo se cuenta con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014), basada en la evidencia científica, para la atención de la infección por VIH/sida, la cual formula las recomendaciones necesarias y pertinentes para la atención e implementación de recursos para la atención de esta población mediante equipos interdisciplinarios.

En Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), se ha consolidado el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que determina los aspectos fundamentales para garanti-

zar la salud en el país y que se articula con diversas normas y políticas nacionales e internacionales, leyes, decretos, resoluciones, sentencias, acuerdos y convenios nacionales e internacionales, teniendo en cuenta a las entidades rectoras: la OMS y la ONU, que son las que supervisan el que estos planes se cumplan de acuerdo a sus disposiciones.

Si las citadas condiciones no se cumplen, la salud del paciente con VIH/sida se verá sumamente afectada; por ello, el gobierno de Colombia, a través de la Ley 972 (Congreso de la República de Colombia, 2005b), busca cumplir los mandatos internacionales de atención integral de los pacientes con VIH/sida; pese a ello, las acciones contenidas en dicha ley siguen sin cumplirse en muchos casos, por lo que las personas afectadas deben recurrir a actos legales, como la acción de tutela para que su tratamiento y derechos les sean garantizados (Romero, Martín, González y Romero, 2012).

Como afirman Barraza et al. (2012), se trata de consolidar el ámbito normativo que da sustento a la calidad de vida de las personas con VIH, toda vez que esta enfermedad deteriora la salud en general por sus complicaciones, que llevan a los pacientes a permanecer hospitalizados durante largos periodos de tiempo, lo que además hace que no puedan tener trabajos estables. Algunos tienen problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, lo que hace aún más difícil el tratamiento antirretroviral, que exige que el paciente infectado tenga buenos hábitos de autocuidado. Así, la adicción a ciertas drogas afecta la adherencia a los tratamientos y aumenta la posibilidad de contraer enfermedades oportunistas, como la tuberculosis y muchas otras.

### **Atención en salud**

Según Lopera (2010), la atención en salud del VIH/sida se ve afectada por la falta de políticas públicas y de personal médico calificado, así como por las condiciones precarias propias de la realidad de las personas infectadas. Al respecto, dicho autor afirma que “en Colombia, el 95% de los afectados está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De éstos, el 65% hace parte del régimen subsidiado, el 30% en el régimen contributivo y el 5% se encuentran en la categoría de pobres no asegurados. La mayoría de personas

no afiliadas son desempleados que pertenecen a la economía informal” (Lopera, 2010, p. 205).

Bayarre, Gamba y Hernández (2010) afirman que existe un alto porcentaje de pacientes con VIH/sida insatisfechos por la atención recibida en sus correspondientes centros de salud por la falta de calidad de los servicios ofrecidos, lo que hace necesaria una evaluación de dichos servicios.

En esta línea, Arrivillaga (2010) apunta que por lo general las personas con VIH/sida deben rotar por distintos centros de salud y no conservan a un único médico tratante, y González et al. (2012) señalan que esta población suele ser atendida por médicos sin la experiencia requerida para el manejo del VIH, aspecto que va en contravía del principio médico que reza que debe brindársele atención, educación y consejería a la persona con VIH en una atención médica integral.

Otros estudios revelan que existen múltiples dificultades para acceder a los servicios de salud, lo que impide recibir tratamientos oportunos y continuos con la confidencialidad e integración plena en esos centros; incluso, se recibe atención en clínicas y hospitales no especializados en la citada enfermedad (Almanza y Flórez, 2012; Arrivillaga, 2010; Arrivillaga y Tovar, 2011).

### **Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con VIH/sida**

La calidad de vida es un concepto integral que depende de múltiples factores, como el estado psicológico (emociones, pensamientos, creencias y valores), el aspecto físico y ciertos elementos psicosociales, como las características del sistema de salud, el estrato socioeconómico o las redes de apoyo social, factores todos estos que, en términos de la calidad de vida, dan cuenta del nivel de satisfacción esta.

En este sentido, la calidad de vida puede reunir varios aspectos que trascienden lo meramente físico en las personas con VIH (Cardona, Duque, Leal, López y Peláez, 2011).

Así que en términos de calidad de vida, entre algunas dificultades que afectan a esta población pueden citarse los ingresos económicos reducidos, el desempleo, las relaciones familiares disfuncionales, las conductas sexuales de riesgo, el bajo nivel educativo, los sentimientos negativos, la poca

espiritualidad o el estigma social (Cardona, 2010; Cardona e Higuaita, 2014). Cardona (2010) señala que “el mejoramiento de la calidad de vida gira en torno del afrontamiento del diagnóstico, búsqueda de información, potenciación de la espiritualidad, apoyo en las figuras representativas de amor y ocupación del tiempo libre; siendo una señal en contra cuando, como ocurre frecuentemente, el paciente con VIH/sida no reconoce su diagnóstico y se oculta por miedo a la estigmatización” (p. 773).

Es entonces importante dejar en claro que, si bien el tratamiento antirretroviral es un factor en favor de la calidad de vida, es necesario vigorizar esos otros aspectos que la fortalecen. Es por ello que Tavera (2010) afirma que mantener la calidad de vida depende de una suma de aspectos que abarcan toda la vida de la persona.

De esta manera, para que los tratamientos planificados para el bienestar de los pacientes sean efectivos y eficientes requieren de una buena relación entre ellos y sus médicos, mediada por aspectos sociales, psicológicos, técnicos y morales que fortalezcan la adherencia (cf. Laín, 1964; OMS, 2004).

Por todo lo dicho, la presente investigación de carácter cualitativo se propuso conocer las emociones de las personas afectadas por el VIH/sida y su influencia en la adherencia farmacológica y la CVRS.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Participaron en el estudio ocho personas (una mujer y siete hombres) atendidas en la E.S.E. Hospital La María, de la ciudad de Medellín (Colombia) de entre 30 y 55 años. A partir del citado enfoque se trabajaron las historias de vida, una técnica de generación de información definida por Barreto y Puyana (1994) como una estrategia que pretende generar multiplicidad de alternativas de la historia social a partir del restablecimiento de prácticas subjetivas.

En su elección sexual, cinco de los siete varones manifestaron ser homosexuales. Todos los participantes pertenecían a los estratos socioeconómico 2 y 3, de acuerdo a la caracterización so-

ciodemográfica vigente en el país. Para efectos de presentación de sus aportes y con pleno respeto a su confidencialidad, se utilizó la convención de p1 a p8, respectivamente, en el orden de la realización de las entrevistas.

Para la elección de los participantes se contó con los siguientes criterios de inclusión: participar voluntariamente mediante el llenado de un consentimiento informado; estar viviendo con el VIH/sida por más de un año; participar en el programa de apoyo de la E.S.E. Hospital La María, y estar vinculados a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA).

Se excluyeron todos aquellos pacientes con VIH/sida incorporados a otros programas distintos a los de la citada institución.

### Procedimiento

Para el acopio de la información se hicieron ocho entrevistas semiestructuradas, técnica de recolección que, según Lucca y Berrios (2003), es flexible y apropiada para recopilar y revelar información compleja y detallada, porque la persona que informa comparte oralmente con el investigador lo concerniente a un tema específico o a un evento acaecido en su vida. Es a través de la entrevista que se accede al mundo del entrevistado y se conocen sus perspectivas de vida, emociones, interacciones y formas de comprender el mundo y a sí mismo.

Esta información se transcribió y se codificó de forma abierta con base en las categorías de análisis.

### RESULTADOS

En este estudio, como se ha venido planteando, interesaba mostrar un hilo conductor sobre el proceso de adherencia al tratamiento farmacológico y la calidad de vida de las personas con VIH, tema multidimensional que va desde las emociones subjetivas, hasta ciertas condiciones de índole psicosocial.

Así, un participante expresa la manera en que asume el tratamiento de su enfermedad<sup>2</sup>.

P1. *Yo soy muy juicioso con mi medicación. Hay algunos que toman acetaminofén y otros dolex; yo tomo los antirretrovirales. Trato de comer bien, pero hay personas que se vuelven escépticas: no quieren su tratamiento, no tienen forma y se echan a morir. Eso no ayuda. Hay personas que se deprimen y se encierran en sí mismas, o que se dedican a propagar el virus, y todas estas cosas van en contra de la calidad de vida de uno. Y si ya tenemos este problema, debemos aceptarlo y aprender a vivir dignamente con eso, ¿no?*

Pero el tratamiento no es exclusivamente un asunto personal; es obligatorio brindar las condiciones mínimas para que cada persona pueda asumir de manera adecuada su tratamiento, lo que permite el sistema de salud. Este hecho reitera estos hallazgos como algo sensible, ya que aun cuando los protocolos para una atención integral están bien formulados, en su implementación se ven falencias; por ejemplo, en el sistema de salud todavía se enfatiza de una manera específica solamente el tratamiento farmacológico, que es necesario seguir mejorando en pro de la promoción de la salud como un fenómeno integral de carácter físico, psicológico, social e incluso ambiental. El siguiente aporte muestra la importancia de esta perspectiva:

P2. *Yo veo el tratamiento como un apoyo, en el sentido de que no lo ven a uno con lástima, sino como una consideración con la enfermedad. Es como lo atiendan a uno; por ejemplo, la buena atención que se recibe por parte del personal. Están pendientes de uno, preguntándole “¿cómo te sientes?”, “¿cómo estás?”, “¿te estás tomando los medicamentos?”*

Se observa que la adherencia al tratamiento antirretroviral está en gran medida determinada por las emociones; por ejemplo la esperanza en mejorar la salud, de esta forma el medicamento adquiere un significado vital, tal como se ve reflejado en los siguientes relatos:

P7. *Al tratamiento farmacológico lo veo como parte de mi vida, porque es algo esencial; de él depende mi salud, mi vida. Si quiero seguir bien, debo seguir así, tomando las pastillas. Ahora, solo me tomo dos pastillas al día.*

P4. *El medicamento me alarga la vida y sin él muero, me cogen más enfermedades oportunistas. Me tomo los medicamentos en las noches y eso me hace sentir muy bien, más tranquilo psicoló-*

<sup>2</sup> En aras de la claridad y para una mejor comprensión por parte del lector, en algunos casos los contenidos de las entrevistas se modificaron para hacerlos inteligibles (N. del Ed.).



*gicamente, aunque no sé los nombres. Son cuatro pastillas.*

Hay una connotación positiva que se relaciona directamente con la calidad de vida, aspecto fundamental en el concepto de la adherencia farmacológica, pues tomar los medicamentos se convierte en un hábito de vida, lo que en este caso es un factor protector para cuidar la salud. Así lo muestran lo siguientes aportes:

P5. *Ya tomarme el medicamento es como parte de mi vida, ya se establece como una rutina más, como bañarme, comer o cepillarme los dientes. Sí, se debe seguir con la vida normal. Esta enfermedad forma parte de mi vida.*

P6. *Los medicamentos se han adherido ya, se han fusionado conmigo, porque a través de ser consciente de todo se va fusionando, se vuelve un hábito más; por ejemplo, me acuesto sin tomar el medicamento, y de repente me acuerdo que no me lo he tomado. [Entonces] me levanto, me lo tomo y ya me duermo tranquilo.*

Además, los medicamentos se convierten en un modo de asimilar la realidad de la enfermedad y, por ende, de la complejidad de su debido tratamiento. Así lo expresa uno de los entrevistados:

P8. *Yo lo estoy optando como parte de mi vida. Ya me tomo las pastillas como en automático, aunque fue muy difícil.*

Cabe aclarar que si estos hábitos se llegan a romper por factores externos tales como el incumplimiento en la entrega de la medicación por la empresa prestadora de salud, o por factores internos del paciente, como un descuido personal, se exacerban la incertidumbre y la ansiedad porque esos hábitos ya eran parte de su vida, estancando así el proceso y proyectando en el paciente impulsos autodestructivos, toda vez que aquellos se establecieron para el bienestar de la persona.

### **Efectos adversos del tratamiento antirretroviral**

Un tema importante que surge a partir de la narrativa de los entrevistados está relacionado con los efectos adversos que generan los medicamentos, lo que si bien ya ha sido evidenciado en otras investigaciones, en esta adquiere una connotación particular en cuanto al significado emocional que

implica la estabilidad de la persona. Lo anterior es narrado así:

P3. *A mí me dieron muy duro; me dieron unas pesadillas impresionantes, me dio una borrache-  
ra como si estuviera trabado, como si hubiera fu-  
mado marihuana u otra droga.*

En la historia de vida de otro paciente esa situación fue narrada del modo siguiente:

P4. *De pronto a veces con el medicamento me dan unas pesadillas muy fuertes, como que lo meten a uno en una máquina, lo muelen y lo jalan.*

Sin embargo, a medida que avanza el tratamiento los efectos adversos disminuyen, hasta que se logra una estabilización en la salud y la sensación de bienestar.

En la narrativa de otro entrevistado, P8, se evidencia una dicotomía en los juicios acerca de los medicamentos: por un lado, se convierten en un factor que ayuda en la calidad de vida (Obviamente, al aumentar los CD4 y disminuir la carga viral, mejora la calidad de vida porque ya podría estar dispuesto para un trabajo), y por otro lado, se viven como una limitación (Me dificultan mucho porque me amarran acá. No puedo viajar, como en los trabajos que tenía antes).

### **Exámenes de laboratorio**

Otra práctica favorable reconocida por los ocho participantes es la realización de exámenes de laboratorio acordes a las recomendaciones médicas, lo que también se vuelve una rutina en su vida diaria; reconocen además que los exámenes son una guía para saber cómo se encuentran respecto al conteo de CD4 y la carga viral, siendo estos dos factores los que determinan el avance de la enfermedad y el impacto que la misma genera en la vida de las personas.

P5. *Los exámenes, para mí, son la mejor forma de estar controlado y ver cómo va uno con la infección. Significan un beneficio para mi salud. Cuando yo estaba muy mal, los CD4 me bajaron a 60, y gracias a Dios y al resultado de los exámenes que indicaron el problema, me precisaron el tratamiento y ya estoy mejor.*

P4. *El venir cada mes a realizarme los exámenes lo veo como un amor de Cristo hacia mí; además, de mi parte significa el respeto hacia el*

*cuerpo, porque yo sé que tengo que ser responsable en cuanto que tengo que asistir a las citas y hacerme los exámenes, teniendo como beneficio la salud.*

Teniendo en cuenta estos aportes, los entrevistados manifiestan claramente que reciben los cuidados necesarios en los exámenes de control, en la ingesta de los medicamentos antirretrovirales y en las citas médicas en las diferentes especialidades, entre las que está el acompañamiento psicológico.

No obstante, es de resaltar que dicho acompañamiento está orientado a la adherencia farmacológica, sin enfatizar el aspecto interno emocional de estos pacientes a partir de sus historias de vida, lo que permitiría atender la enfermedad de una forma integral, tal como se aprecia en el siguiente relato:

*P8. No me siento acompañado por el sistema de salud. Estoy muy agradecido por el servicio que me brindan, pero siento que hace falta esta parte que usted está realizando. Entonces no me siento acompañado, sino que siento que estoy recibiendo una muy buena atención y que soy una factura más. Tengo que agradecer todo lo que me han brindado, pero me hace falta el apoyo, como más escucha, como que uno pueda contar quién es uno y qué le pasa fuera de este problema. Uno es algo más que el VIH.*

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que si las personas con VIH se abandonan a emociones como la culpa, la ansiedad, la desesperanza o la vergüenza y no asumen una verdadera responsabilidad en su proceso de adherencia a la terapia antirretroviral, todo el proceso se trastorna, porque un medicamento o un examen de laboratorio, por sí solos, no aseguran el estado de salud integral, física y mental.

Como se ha venido exponiendo, la adherencia terapéutica lleva al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, o CVRS. A continuación se hace la respectiva descripción de la misma según los hallazgos en las historias de vida de los entrevistados.

### **Calidad de vida relacionada con la salud**

La CVRS es vista como una apuesta en la que convergen varios aspectos de tipo individual y psicoso-

cial, cuya importancia no alcanza en ocasiones a ser dimensionada en el proceso de la vida misma. Es por ello que en el presente estudio se tuvieron en cuenta ciertos factores fundamentales para comprenderla en el proceso de tratamiento del VIH.

De acuerdo a las narrativas de los entrevistados, la CVRS se ubica en tres factores fundamentales: el cuerpo, las dificultades económicas y las pérdidas laborales, y el sentido de vida.

A partir de tal postulado, en las narraciones de los participantes se puede observar que la enfermedad penetra en todo el cuerpo, y que dicho cuerpo enfermo es vivido como uno de los mayores miedos de las personas con VIH, lo que relatan de esta forma:

*P6. El cuerpo significa todo; es el reflejo de lo que yo soy. Si mi cuerpo se deteriora, mi ser se deteriora también; psicológicamente creo que me voy deteriorando también, [lo que] tendría un impacto psicofisiológico y también psicosocial.*

*P2. Veá, socio. En esta enfermedad pasan un montón de cosas que le tocan a uno todo el cuerpo; le tocan la boca, le tocan los pies, le tocan el ano, todo le tocan a uno. Usted siente que tengo malestar aquí, que los granitos y tantas cosas que le salen a uno, [pero] uno las supera.*

*P7. Yo no me sentía el mismo; yo sentía como una debilidad, como un cansancio corporal. Ya no toleraba alimentos como la leche, los frijoles, las cosas grasosas, el repollo. El licor empezó a caerme súper mal; me daba como un malestar general en todo mi cuerpo.*

### **Dificultades económicas y pérdidas laborales**

En las entrevistas realizadas es posible comprobar dificultades económicas en los pacientes a partir del diagnóstico y, por consiguiente, un trastorno en su calidad de vida, lo que se muestra en la siguiente narrativa:

*P1. Unas veces en mi familia me pueden colaborar, otras veces no, y ya lo que yo me pueda rebuscar. Yo gano muy poco y paso hambre todo el día. Me negaron la pensión. A veces aplico una inyección o hago una terapia y me dan \$10.000 o \$20.000, pero eso no me alcanza para vivir; para pagar donde vivo o para los pasajes para venir a las citas.*

Las historias de vida de las personas entrevistadas expresan que antes de conocer su diagnóstico de VIH contaban con trabajos fijos y estables, y que a partir de saber su estado de salud su situación laboral cambió considerablemente. Algunos de los participantes atravesaban una compleja situación económica debido a que habían dejado de trabajar a causa de la enfermedad, lo que les producía una gran inseguridad en sí mismos y sentían que ya no eran útiles a la sociedad; sumado a lo anterior, sus necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la seguridad social estaban afectadas.

P8. *Yo estudié muchísimo. Estudié administración, inglés, hice algo de contabilidad, fui auxiliar contable, trabajé en bancos. Mi vida económica era demasiado holgada. Mi familia tiene plata. Yo no, yo ya no. Ahora le pido a mis hermanos solo una oportunidad para trabajar y me la niegan. Ellos piensan que he perdido mis capacidades, lo cual no es así. Piensan que no soy útil.*

P6. *Yo tuve una vida muy activa en cuanto a estudio y trabajo. A mí me tocaba trabajar prácticamente por todo el país, me tocaba viajar mucho, y con relación a las demás personas era normal. Yo me sentía bien en cuanto a esa parte. Fui docente en varias partes del país, y cuando me diagnosticaron, no estaba afiliado a una EPS. En la actualidad vivo de la renta de algunas habitaciones y mis recursos económicos son muy limitados.*

P2. *Yo tenía dos talleres de mecánica. Me puse a vender mercancía, bisutería, pulseras, todas esas cosas de las mujeres. Eso se vende mucho. Yo las compraba en Colombia y las vendíamos por toda Venezuela. Nos iba super bien. Entonces tenía unas tiendas, tenía carro y casa.*

P5. *Yo trabaja en mecánica, con fibra de vidrio, en varias partes. Trabajé en varias empresas, pero cuando me di cuenta, tenía el VIH. Yo estaba afiliado a una EPS, y allí empezaron el tratamiento. Ya no tengo trabajo estable, y por ahí trabajo con el esposo de una tía.*

Es posible identificar en estos relatos los drásticos cambios en los ámbitos laboral y económico que afectan la calidad de vida de las personas con VIH, los que les generan en su día a día una ruptura económica y social, pues si bien pueden

trabajar en algunos casos, únicamente acceden a trabajos informales, inestables, que no les permite gozar de prestaciones sociales ni derechos como ciudadanos.

P1. *No cuento con recursos económicos suficientes para suplir mis necesidades básicas, teniendo deficiencias en la alimentación y la vivienda.*

Este último participante se hallaba al extremo de afirmar que en ocasiones no podía acudir a las citas y recibir los medicamentos por su precariedad económica para comprar los pasajes.

### Calidad de vida

En la vía de lo que puede beneficiar, ciertos aspectos como la espiritualidad, el sentido común, el cuidado de sí mismos y de los demás, favorecen la construcción de lo que se define como *calidad de vida* en este estudio. Los participantes lo manifiestan del modo siguiente:

P2. *Yo, desde antes del diagnóstico, ya venía preparándome para lo espiritual; con esto me lo volvieron a confirmar, que tenía que ser todo lo espiritual. Una vez yo estaba sacando un espíritu y san Miguel me miró a los ojos y me dijo que me iba a poner una prueba muy dura: “Si pasas esa prueba, ya sigues a una vida mejor y más tranquila”. Yo creo que era esto.*

P7. *Estaba harto. Entonces también recurrí mucho a lo espiritual. Lo espiritual fue lo mejor. No sé qué sería de mí si no creyera que hay un Dios que todo lo rige y que está mirando mis actos.*

Pero los cuidados que tenían los participantes consigo mismos también les hacía posible mejorar su calidad de vida y darle un sentido gracias a las prácticas que les permitían prevenir enfermedades oportunistas que podían alterar el rumbo adecuado del tratamiento.

P4. *Yo incluso uso mucho el tapabocas por si hay alguien con gripa, y cuando está haciendo invierno también me lo pongo. Si estoy en el centro o si veo a alguien aquí con gripa, me lo pongo. Así me cuido yo y cuido a los otros. Eso es tener conciencia.*

También lograban cambios en sus hábitos respecto a los cuidados de su salud.

P2: *Ya no voy hacer la vida mundana que tenía, que fumaba marihuana, que fumaba cigarri-*

*llo, que tomaba licor. Sentí que tenía que cambiar todo lo malo. Ahora soy más tranquilo y espiritual y ya no siento tanto desasosiego.*

La calidad de vida de las personas VIH positivas se ve afectada por dolores continuos en huesos y articulaciones, los que aprenden a sobrellevar con una buena actitud, como lo expresan P5 y P4:

P4. *A veces me duelen mucho los huesos y digo: “ay, Dios, ¿si iré a ser capaz?”, porque me duele mucho el cuerpo y le pregunto al médico y me dice que es debido a la enfermedad, pero desde que estoy más conectado con Dios lo he aprendido a manejar.*

P5. *Ya no práctico deporte por el dolor en las articulaciones. Yo montaba mucho en bicicleta, pero ya no me da. Las articulaciones me duelen por el VIH, pero he aprendido a hacer otras cosas que también me relajan.*

Dichos aportes muestran cómo un soporte espiritual se asocia al mejoramiento de la calidad de vida en general, lo que también se ve expresado en el siguiente fragmento:

P8. *Ya tengo paz interior. Yo pensaba que la espiritualidad era ir a misa, pero siento que ya tengo mayor espiritualidad, como una paz conmigo mismo. La situación ya no me estresa y desespera tanto. He aprendido a aceptarla y a aceptarme. Desafortunadamente, sigo con el fantasma de que quisiera tener la tranquilidad que tengo ahora pero con los beneficios de antes, como estar tranquilo y tener la parte económica de antes, la salud de antes. No sé, me volví más espiritual y más tranquilo. Eso fue un proceso impresionante durante estos cinco años, y todavía sigue.*

### **La adherencia y los agentes internos y externos**

La adherencia al tratamiento es un tema de responsabilidad personal, fundamental en esta investigación porque determina una estabilidad personal a partir de la toma de los medicamentos antirretrovirales que posibilitan un adecuado nivel en la calidad de vida.

Ha habido un gran interés por parte de investigadores de todo el mundo en este tópico dado que es un factor esencial porque busca los mejores resultados en cuanto a la planificación de tratamientos más integrales para lograr cambios importantes en la salud de los pacientes; de hecho,

sin la adherencia no podrían obtenerse resultados que propicien la disminución del impacto de la enfermedad (OMS, 2004).

En consecuencia, la adherencia al tratamiento antirretroviral en la infección por VIH es un aspecto esencial para la conservación de la salud. Los pacientes deben modificar sus hábitos, prácticas y estilos de vida y buscar un acompañamiento profesional que atienda sus dudas y conflictos ante el tratamiento. Sin embargo, de acuerdo a Le Brenton (2002), en la cultura occidental se tiene la concepción de que las personas buscan ayuda únicamente cuando enferman, por lo que son pobres los planes de prevención; no hay conciencia de los procesos de promoción, ni tampoco claridad respecto a cambios actitudinales continuos que perduren lo que el tratamiento médico.

Al respecto, Hay (1990) comenta que en muchas ocasiones las personas con VIH se conforman con ir a una farmacia por un medicamento para “ponerse bien”, a manera de lograr un atenuante que no implica un tratamiento como tal.

El tratamiento involucra la calidad de vida. A este respecto, los resultados del presente estudio son explícitos, lo que se muestra en la literatura consultada sobre los factores que componen la dimensión de calidad de vida de las personas con VIH.

Así, Arrivillaga (2010), Arrivillaga y Salcedo (2012) y Galindo, Gómez, Mueses, Tello y Varela (2013) evidencian la relación entre la posición socioeconómica y la adherencia al tratamiento en estudios que muestran las dificultades de la población con escasos recursos económicos para acceder a los sistemas de salud al no disponer de los medios para mantener el proceso de tratamiento, o algo tan puntual como conservar un horario estable para la ingesta del medicamento a causa de la inestabilidad o la informalidad laborales, lo que afecta contundentemente la adherencia.

Todos los entrevistados coincidían en que su vida había cambiado no solo en el aspecto médico, sino también en lo emocional y económico, situación ya evidenciada en otros estudios realizados por Lopera (2010), Tavera (2010) y Cardona et al. (2011), quienes concluyen que los bajos ingresos económicos son un factor de riesgo significativo de una mala calidad de vida en las personas con VIH.

Otro factor definitivo en la adherencia al tratamiento tiene que ver con el manejo del diagnóstico: dependiendo del tiempo con el que una persona seropositiva tenga viviendo con el virus, hay ciertas variables psicológicas que se tornan más relevantes en distintos momentos del continuo de interacción (Fierros, Piña, Sánchez e Ybarra, 2011); es decir, entre más sea el tiempo que una persona lleva viviendo con el VIH, atravesará más estadios psicológicos; así, al momento del diagnóstico, mecanismos como la negación de la enfermedad se convierten en un factor negativo para la adherencia al tratamiento retroviral, al igual que, tiempo después, la aceptación y la asimilación de la enfermedad hacen posible esa adherencia. En efecto, los resultados muestran que al momento del diagnóstico la frustración de la persona diagnosticada es un impedimento para iniciar el tratamiento, y que solo es posible vencer dicha frustración cuando la persona infectada comprende la importancia del autocuidado (Fierros et al, 2011).

### **El cuerpo y las emociones**

Como lo resaltan los resultados, para las personas con VIH las emociones y el cuerpo desempeñan un importante rol. Fassin (2003) plantea que al asumir su nueva condición, el cuerpo cobra un sentido emocional. El cuerpo es un medio para obtener el reconocimiento social, lo que a lo largo de la historia se ha negado; sin embargo, tiene un papel fundamental en la representación emocional que la persona hace a través de él, como por ejemplo en su malestar físico.

Otro aspecto importante a tener en cuenta al hablar del cuerpo es el postulado por Conger (1991), quien señala que este significa un disfraz que expresa de forma incuestionable lo que la conciencia se esfuerza en ocultar a los demás, engañándolos (enfados, ansiedades, angustias, depresiones y necesidades). De acuerdo a ello, es evidente el temor de las personas con VIH a que su cuerpo enferme porque su deterioro devela ante los otros la enfermedad y lo que la misma implica.

Por eso es importante cuidar el cuerpo con hábitos de autocuidado que se vuelvan rutinarios y beneficien la calidad de vida. Los participantes expresan lo anterior cuando afirman que incluso

tomar los medicamentos se convierte en un hábito más de sus estilos de vida.

En este sentido, Perls (1975) denomina “hábitos cooperadores” a los orientados a mantener en equilibrio al organismo, y apunta que si estos hábitos se llegan a romper debido a factores externos (como el incumplimiento en la entrega de la medicación por la empresa promotora de salud o por un descuido personal por factores internos del paciente), se exagera la incertidumbre y la ansiedad porque dichos hábitos ya son una parte de su vida, lo que estanca el proceso y genera impulsos autodestructivos.

Entonces, como dice Maturana (1997), es clara la necesidad de establecer ese “emocionar” en el sistema de salud, de modo que se brinden servicios más sensibles que reconozcan a los usuarios en su condición particular.

Lo anterior pone de manifiesto lo hallado por Bayarre et al. (2010) respecto a la inconformidad de los usuarios frente al sistema de salud y al modelo de atención, los que no siempre son sensibles y evidencian dificultades para comprender al paciente desde una perspectiva humana.

Es menester reconocer la integralidad de la CVRS, que, como la conciben Gore et al. (2003), abarca cinco dominios básicos: el funcionamiento físico (energía/fatiga), el funcionamiento social, el funcionamiento del rol, la salud en general y el dolor; además, manifiestan que mantener un nivel de bienestar en estos dominios es una habilidad, la cual se convierte en algo esencial para conservar una buena calidad de vida, y que podría extenderse a personas que viven con enfermedades crónicas, como el VIH/sida.

### **Sentido de vida**

Para finalizar, según Frankl (1991), otro factor que complementa y adquiere un significado especial para la calidad de vida es el “sentido de la existencia”. Para esta postura teórica el sentido de existencia no se inventa sino que se descubre y construye, y para las personas con VIH puede adquirir importancia si se comienza a significarlas como seres humanos cambiantes, con una concepción de sí mismos y del mundo que las rodea.

Frankl (1991) plantea que se necesita un cambio radical en la actitud hacia la vida. Así, para estas personas tal podría ser su nueva condición, puesto que es evidente que exige una resignificación de su “estar en la vida”, lo que pueden asumir positivamente al atender lo que les beneficia, o negativamente en lo que les es perjudicial.

En esta vía, Lopera (2010) afirma que la religión o el soporte espiritual se asocian al mejoramiento de las condiciones físicas y psicológicas al disminuir los niveles de estrés.

Para reforzar este aspecto, Tavera (2010 (cf. Bosworth, 2006) señala la espiritualidad como un factor mediador de los efectos psicosociales del VIH, en tanto que es una manera trascendental de encontrar y afrontar el sentido de la vida en esta enfermedad, lo que la presente investigación demuestra.

Así las cosas, la adherencia estaría determinada por factores psicoemocionales, espirituales, familiares y socioeconómicos, así como por la información y el apoyo de los sistemas de salud, que además de fortalecer la relación médico-paciente, permiten crear una mayor confianza, lo que se verá reflejado en la calidad de vida de los pacientes (González et al., 2012).

Este recorrido hace evidente que la adherencia al tratamiento es un factor fundamental al tratar el VIH /sida mediante el uso adecuado de los

antirretrovirales, pero también el manejo integral de la persona en los planes del servicio de salud. Se identificó que el sistema de salud vigente aún presta una atención en los servicios de urgencia, aunque la atención integral todavía es muy incipiente. Los pacientes todavía tienen una concepción de su CVRS en relación con el medicamento antirretroviral, lo que impide que se reconozca la importancia de los factores emocionales, la calidad de vida como una apuesta integral y la resolución de conflictos afectivos y familiares para la estabilidad del tratamiento.

La CVRS adquiere un significado especial en las personas VIH positivas porque en el proceso adquieren un nuevo sentido de vida, lo que les hace posible resignificar su cuerpo y sus relaciones con el mundo.

La comprensión de las emociones en un nivel psicosocial ayuda a entender los procesos de exclusión social que las personas con VIH aún sufren, lo cual las convierte en sujetos vulnerables. Sigue habiendo dificultades en el contexto social para la aceptación de la enfermedad, lo cual no ayuda a minimizar el impacto psicológico que el virus genera; por ello, las personas tienden a ocultar su diagnóstico, de manera que su salud tiende a deteriorarse porque tampoco asumen abiertamente el tratamiento.

## REFERENCIAS

- Almanza A., A.M. y Flores P., F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22(2) 173-184.
- Arrivillaga, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4) 350-356.
- Arrivillaga, M. y Salcedo, J.P. (2012). Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/sida: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico*, 10(2) 49-64.
- Arrivillaga, M. y Tovar, L. (2011). VIH/sida y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 112-123. Recuperado de [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol10\\_n\\_21/estudios\\_3.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/estudios_3.pdf).
- Barraza, T., Correa, C., Correa M., Orozco M., Uribe M., T., Villa C., M. y Zapata A., M. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Eleuthera*, 6, 101-126. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/eleuthera/downloads/eleuthera6\\_8.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/eleuthera/downloads/eleuthera6_8.pdf).
- Barreto, J. y Puyana, Y. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. *Reflexiones Metodológicas*, 10, 186-196. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196/15051>.
- Bayarre, H., Gamba, J.M. y Hernández, D. (2010) Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- Bosworth, H.T. (2006). The importance of spirituality. Religion and health-related quality of life among individuals with HIV/AIDS. *Internal Medicine*, 21(suppl. 5), S3-S46.

- Cardona, A. e Higuaita, F. (2014) Impacto del VIH/sida sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española Salud Pública*, 88(1), 87-101.
- Cardona, J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/sida. *Salud Pública*, 12(5) 765-776. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>.
- Cardona, J., Duque, M., Leal, O., López, J. y Peláez, L. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Revista Biomédica*, 31(4), 532-544. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/articulo/view/422>.
- Conger, J. (1991). El cuerpo como sombra. En J. Abrams y C. Zweig (Eds.): *Encuentro con la sombra* (pp. 151-157). Barcelona: Kairós.
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2005a). *Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2005b). *Ley 972. Protección enfermedades catastróficas, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/sida*. Bogotá. D.C: Autor.
- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1098. por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Bogotá. D.C: Autor.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49-78.
- Fierros, L.E. Piña, J.A., Sánchez, J.A. e Ybarra, J.L. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica*, 29(2), 149-157.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de Salud (2002). *Los jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York: UNICEF, ONUSIDA, OMS.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Herder.
- Galindo, J., Gómez, O., Mueses, H., Tello, I. y Varela, M. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/sida. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3169>.
- Gore, C., Koopman, C., Krumboltz, J., Spiegel, D., Thoresen, C. y Vosvick, M. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44(1) 51-58.
- Hay, L. (1990). *El SIDA: cómo abordarlo de manera positiva*. Buenos Aires: Urano.
- Laín, E. (1964). *La relación médico-paciente: historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, S.A.
- Le Brenton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lopera, M. (2010). *Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultado de los procesos micro y macrosociales del contexto*. Tesis inédita de grado doctoral. Bogotá: Universidad Nacional. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>.
- Lucca, N. y Berrios, R. (2003). *Investigación cualitativa, fundamentos, diseños y estrategias* (2ª ed.). Cataño (Puerto Rico): Ediciones S.M.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: J.C. Saéz.
- Ministerio de Salud y Protección Social (1997). *Decreto Número 1543 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2003). *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/sida*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia*. Bogotá, D.C.: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS.
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión: los comienzos de la terapia gestaltista*. México: Fondo de Cultura. Económica.
- Romero G., A.G., Martín A., L., González V., B. y Romero G., A.T. (2012). Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(12), 3-17.
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3) 1-7.

# Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas<sup>1</sup>

## *Measuring the psychological flexibility: Validation of Acceptance and Action Questionnaire on substance abuse*

Luis Ángel Pérez-Romero y Ariel Vite-Sierra<sup>2</sup>

*Citación:* Pérez R., L.A. y Vite S. A. (2020). Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 30(1), 95-104

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue adaptar y validar el Cuestionario de Aceptación y Acción para el abuso de sustancias en población hablante del español. Se efectuó un análisis factorial exploratorio con método de extracción de componentes principales y rotación promax. Se obtuvo un cuestionario compuesto de tres subescalas denominadas Valores-compromiso, Aceptación-defusión, y Metas-barreras, que explicaron 58.32% de la varianza, con un coeficiente alfa de .78. Se contrastó la solución obtenida con otros modelos generados por medio de análisis factoriales confirmatorios. Se obtuvo validez convergente con el Cuestionario de Craving. Se confirman parcialmente los resultados encontrados por los autores originales del cuestionario, por lo que se sugiere la revisión de las propiedades psicométricas del instrumento.

**Palabras claves:** Abuso de sustancias; Tratamiento de adicciones; Flexibilidad psicológica; Validación; Cuestionario de Aceptación y Acción.

### ABSTRACT

*The purpose of the present study was to adapt and validate the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire for substance abuse. An exploratory factorial analysis (EFA) was implemented through the method of extraction of main components and promax rotation. This process led to a questionnaire composed of three subscales, denominated Values-commitment, Acceptance-defusion, and Goal-barriers. The questionnaire explained 58.32% of the variance, with an alpha coefficient of .78. The solution obtained was contrasted with other models generated through confirmatory factor analysis. Convergent validity was obtained with the Craving Questionnaire. The results found by the original authors of the questionnaire were partially confirmed, so further revision of the psychometric properties of the instrument is suggested.*

**Key words:** Substance abuse; Addiction treatment; Psychological flexibility; Validation; Acceptance and Action Questionnaire.

El consumo de alcohol y otras drogas se ha relacionado con dos objetivos: controlar o evitar sensaciones, pensamientos, emociones u otras experiencias internas que se experimentan como desagradables, y lograr los efectos derivados del consumo de la sustancia percibidos como agradables (Luciano, Páez y Valdivia, 2010). En la literatura se reportan ejemplos de ambos casos. Marlatt (1985, 1996), pionero en el tratamiento psicológico de la adicción, encontró que, en promedio, 33% de las personas que han recaído

<sup>1</sup> La presente investigación fue realizada gracias a la beca: N° 391841 otorgada al primer autor con N° de becario: 261360 por El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Edificio "C", Piso 1, Cubículo 1, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, tel. (55)55-39-09-13-27 y (55)54-25-56-27, correo electrónico: romeroeros@hotmail.com. Artículo recibido el 12 de junio y aceptado el 27 de noviembre de 2018.



después de recibir tratamiento lo hacen para sentirse bien o para pasar momentos agradables con otros, mientras que 67% lo hace cuando experimenta sensaciones desagradables (enojo, tristeza, conflicto con otros, deseo de consumir sustancias). El deseo de consumir sustancias, o *craving*, se ha definido como la experiencia subjetiva de la urgencia, la que se percibe como pensamientos intrusivos, impulsos, necesidad, estado emocional particular, sensaciones físicas, estrés o cualquier otra manifestación que reporta el individuo que experimenta tal deseo, cuyo origen puede atribuirse a motivaciones biológicas, cognitivas o afectivas (Witkiewitz, Bowen, Douglas y Hsu, 2013).

En el caso del tabaco, se ha observado que el reinicio de su consumo se asocia en 20% con sentirse feliz o emocionado, y en 42% con estados afectivos negativos, tales como tristeza, enojo o ansiedad (Deiches, Baker, Lanza y Piper, 2013; Marlatt y Witkiewitz, 2007; Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Se ha encontrado también que los intentos por tratar de eliminar los estados internos desagradables tienen efectos contrarios a los buscados. Pérez, Quiroga y Pérez (2014), por ejemplo, hallaron que en sujetos que han dejado de consumir sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, inhalantes, marihuana) y que utilizan la supresión de pensamientos como estrategia para regular el deseo cuando aparece, propicia su aumento. Lo anterior se desprende del modelo de regresión lineal que calcularon utilizando como variables predictivas los días transcurridos desde el último consumo y el puntaje de supresión de pensamientos. Dicho modelo sugiere que si la supresión de pensamientos es elevada, el nivel de deseo aumentará, aun cuando el número de días transcurridos sin consumo sea considerable.

En este mismo sentido, Toll, Sobell, Wagner, Ridgeway y Sobell (2001) encontraron en un estudio conformado por dos muestras, una de 25 exfumadores y otra de 25 fumadores, quienes reportaron fumar al momento de la evaluación, que la tendencia general a suprimir pensamientos puede producir pensamientos intrusivos que interfieren con el cese del consumo de tabaco. En otro estudio, llevado a cabo para observar los efectos de la supresión de la urgencia por consumir alcohol sobre las expectativas de resultado de dicho con-

sumo, se encontró que los sujetos que suprimieron su urgencia por consumir en presencia de señales, mostraron una mayor accesibilidad a la información relacionada con el alcohol, lo que aumentaba la probabilidad de recaer (Palfai, Monti, Colby y Roshenow, 1997).

En la actualidad, ha surgido dentro del contextualismo funcional<sup>2</sup> el concepto de *flexibilidad psicológica*, que se define como una habilidad para contactar de forma íntegra el momento presente y los sentimientos y pensamientos que este contiene, sin la necesidad de defenderse de ellos y, dependiendo de lo que la situación ofrezca, persistir en esta o cambiar la conducta en la búsqueda de metas y valores (Bond et al., 2011; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

La flexibilidad psicológica permite explicar, por una parte, el origen y mantenimiento del consumo de sustancias —ya sea cuando se persigue la eliminación de eventos internos desagradables, o cuando se busca capturar los estados agradables derivados del consumo por un mayor tiempo—, a la par que entender las estrategias de evitación o control del malestar que pueden conllevar efectos contrarios y, con ello, la recaída. Es importante mencionar que el citado constructo ha evolucionado desde la década de los ochenta, cuando se había planteado el “trastorno de evitación experiencial” (Hayes et al., 2012). Sin embargo, el concepto parecería solamente reflejar la evitación, dejando fuera cuadros psicopatológicos que no la involucran, por lo que se le llamó “inflexibilidad psicológica”, que involucra su contraparte, esto es, la flexibilidad psicológica (Luoma, Drake, Kohlenberg y Hayes, 2011; Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013), por lo que los problemas psicológicos, incluido el consumo de sustancias, pueden entenderse como casos de inflexibilidad psicológica; así, desde una perspectiva funcional, los conceptos de trastorno de evitación experiencial e inflexibilidad-flexibilidad psicológica son equivalentes. Si bien es indispensable el correcto uso de los términos, no se debe dejar de lado el com-

<sup>2</sup> El contextualismo funcional es un enfoque conductual poskineriano que busca entender la función de la conducta, entendida como todo lo que el sujeto realiza, incluido el pensar, en términos de su relación con el contexto presente e histórico de los sujetos (cf. Luciano y Valvidia, 2006).

promiso por entender los procesos de cambio en la base de dichos conceptos, lo que evita confusión (Luciano, 2016; Luciano et al., 2010).

Lo anterior se relaciona estrechamente con el fenómeno de la recaída, que sigue siendo un problema esencial en el tratamiento de las adicciones. Cuando se define la recaída como el consumo de una sola copa de alcohol, se ha encontrado que entre 80 y 90% de las personas que han recibido tratamiento recaen al año siguiente de concluido el tratamiento; lo mismo suele aplicarse en los casos de la nicotina y los opioides (Breslin, Zack y McMain, 2002). Cuando se ha observado qué tan efectivos son los tratamientos desarrollados para atender el consumo nocivo del alcohol en Estados Unidos, se ha visto que, en promedio, 24% del total de los participantes se mantuvo abstinentes durante los siguientes doce meses, y también que 12% de los participantes continuaron consumiendo alcohol moderadamente, sin consecuencias negativas o dependencia. Estos dos subgrupos constituyen un tercio de la población estudiada, y los dos tercios restantes continuaron consumiendo alcohol en exceso (Miller, Walters y Bennett, 2000).

En un metaanálisis llevado a cabo por Magill y Ray (2009) también se observó que las intervenciones psicológicas que más se utilizan en el área de las adicciones son las cognitivo-conductuales (ICC): el tamaño del efecto al término de la intervención es reducido, y después de un año continúa reduciéndose. Dicho metaanálisis analizó 53 ensayos clínicos controlados de ICC, realizados entre los años 1982 y 2006, con una muestra total de 9,308 participantes.

Se ha reportado que cuando se comparan las ICC con las que buscan desarrollar flexibilidad psicológica en el tratamiento de adicciones, ambas parecen ser igual de efectivas en reducir el patrón de consumo; sin embargo, tras un año de seguimiento, las que buscan desarrollar flexibilidad psicológica o aumentarla mantienen sus efectos sobre el patrón de consumo, mientras que las ICC pierden su efecto o este se desvanece (Lee, An, Levin y Twohig, 2015; López, 2014; Millers y Wilbourne, 2002; Perea, 2017).

Una de las principales diferencias entre las ICC y las intervenciones que buscan generar flexibilidad psicológica radica en la manera en que

cada una pretende alterar la cognición, entendida como los pensamientos relacionados con el consumo. Las ICC buscan modificar la cognición cambiando su forma, mientras que las que buscan generar flexibilidad psicológica enseñan a la persona a relacionarse de una forma diferente con la cognición, sin modificarla, sino simplemente considerándola como “nubes en el cielo”, de lo cual se altera la respuesta del sujeto a su cognición. Un efecto directo de modificar o de no querer tener un pensamiento es que este se experimente con mayor frecuencia, lo que se ha llamado “efecto paradójico”, el cual ha sido ampliamente documentado en la literatura, tanto en laboratorio como en situaciones clínicas (Wegner, 1997, 2011; Wegner, Schneider y White, 1987; Wegner y Zanakos, 1994; Wenzlaff y Wegner, 2000).

La flexibilidad psicológica, por lo tanto, es un importante proceso en el área del tratamiento de la adicción y la prevención de recaídas, por lo que se han desarrollado instrumentos psicométricos para su evaluación. El primero de ellos, elaborado por Hayes et al. (2004), denominado Cuestionario de Aceptación y Acción I (AAQ-I, por sus siglas en inglés), fue adaptado al español por Barraca (2004), mostrando propiedades psicométricas similares a la escala original. Dado que el AAQ-I mostró tener limitaciones importantes en su consistencia interna (coeficiente alfa de .70), e inestabilidad en su estructura factorial (Bond et al., 2011), se desarrolló una segunda versión: el AAQ-II, el cual mostró tener mejores propiedades psicométricas ( $\alpha = .84$ ). El AAQ-II cuenta con versiones adaptadas y validadas para España (Ruiz et al., 2013) y México (Patrón, 2010).

Se han desarrollado versiones específicas del AAQ-II para trastornos concretos dado que es una medida general de flexibilidad psicológica que no ajusta de manera satisfactoria en personas con trastornos psicológicos particulares. Entre las escalas que se han diseñado se encuentran las específicas para la ansiedad (MacKenzie y Kocovski, 2010) y el uso de sustancias (AAQ-SA, por sus siglas en inglés) (Luoma, Drake, Kohlenberg y Hayes, 2011). El banco de reactivos para la construcción del AAQ-SA, se obtuvo de los 49 reactivos que se utilizaron para la construcción del AAQ-II (Bond et al., 2011). La versión obtenida por los autores

originales del AQQ-SA tiene un coeficiente  $\alpha$  de .85, una estructura bifactorial y está conformada de 18 reactivos. Sin embargo, no se cuenta con una versión adecuada cultural y lingüísticamente para la población hispana. En consecuencia, el objetivo del presente trabajo fue adaptar y validar al idioma español el Cuestionario de Aceptación y Compromiso para uso de sustancias.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 166 consumidores de sustancias (alcohol, cocaína en piedra, marihuana y solventes). El tamaño de la muestra se determinó siguiendo las sugerencias de Reyes (1993) respecto a contar por lo menos con cinco sujetos por cada uno de los reactivos que constituyen la prueba a validar. La muestra utilizada fue por conveniencia. La totalidad de los participantes recibía tratamiento al momento de la aplicación: 92% de tipo residencial y 8% de tipo ambulatorio; de ellos, 99% fueron hombres y 1% mujeres, con un promedio de edad de 30.08 años (D.E. = 11.19). Debe decirse que la población consumidora de drogas está constituida en su mayoría por hombres, por lo que los porcentajes de participantes hombres y mujeres encontrados son los esperados según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2012).

Todos los participantes sabían leer y escribir y contestaron la prueba sin estar bajo los efectos de alguna droga. Tanto su capacidad de entendimiento como el hecho de no estar intoxicados al momento de contestar la prueba fueron verificados por los aplicadores: dos psicólogas y un psicólogo expertos en el área de adicciones, quienes también pidieron a los participantes su consentimiento y les advirtieron la confidencialidad de los datos que aportarían. En promedio, los participantes reportaron haber consumido sustancias durante 10.44 años (D.E. = 8.70) y haber intentado dejar de consumirlas un promedio de 5.8 veces (D.E. = 4.8).

## Instrumentos

*Cuestionario de Aceptación y Acción para Abuso de Sustancias* (AAQ-SA) (Luoma et al., 2011).

Este cuestionario mide el constructo de flexibilidad psicológica. Evalúa específicamente la relación o función de los eventos privados (pensamientos, sensaciones, impulsos y deseos relacionados al consumo de sustancias) en lugar del contenido de los mismos; es decir, evalúa el grado en que la persona enfoca su conducta en evitar estos eventos privados o, por el contrario, el grado en que puede aceptarlos. Los reactivos se responden con base en una escala tipo Likert de siete opciones. La versión original se compone de 18 reactivos y dos factores.

*Escala de Craving a Drogas* (ECD) (Flannery, Volpicelli y Pettinati, 1999).

La Escala de Craving a Drogas es una adaptación de la Escala de Craving al Alcohol de Penn, elaborada por los citados autores. Es un instrumento compuesto de siete reactivos que evalúa la frecuencia, intensidad y duración del *craving*, así como la capacidad para resistir el beber alcohol o consumir otra droga. Los reactivos se responden con base en una escala tipo Likert de siete opciones, tiene un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.88, y se encuentra conformada por un solo factor, que evalúa el constructo de *craving* (Pérez, en preparación).

*Cuestionario de datos demográficos*

Se diseñó asimismo un breve cuestionario de ocho preguntas para obtener información demográfica y uso histórico de sustancias consumidas por los participantes.

## Procedimiento

Se identificaron cuatro centros de atención para personas con problemas por abuso de sustancias: dos de ellos ubicados en un municipio del Estado de México y dos más en la Ciudad de México. Dos de esos centros eran para internamiento; otro, de ayuda mutua, y uno más de atención ambulatoria. Se pidió a los directivos de cada uno de los cen-

tros su consentimiento para la aplicación de los instrumentos y, una vez obtenida la autorización, los investigadores solicitaron a los participantes contestar los cuestionarios. La participación de los pacientes fue voluntaria y anónima y todos firmaron un formato de consentimiento informado, lo que era uno de los requisitos para poder tener atención psicológica y formaba parte de los instrumentos que cada uno de los centros aplicaba para la admisión. Los cuestionarios fueron aplicados a lo largo de ocho meses. Cuando se tuvieron los cuestionarios debidamente llenados, se codificaron y procesaron las respuestas mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22.0.

Para la utilización del AAQ-SA se obtuvo la autorización del autor. Previo al proceso de validación, se llevó a cabo el procedimiento de traducción y adaptación del mismo (Reyes, 1993), lo que comprendió los siguientes pasos: *a)* traducción de los reactivos del instrumento del idioma original inglés al español; *b)* evaluación de las dimensiones de la prueba por medio de jueces expertos; *c)* retraducción de los reactivos; *d)* pilotaje de la versión preliminar; y *e)* obtención de la versión final del instrumento, compuesta por 19 reactivos que se contestan con base en una escala tipo Likert de siete opciones. Uno de los reactivos fue dividido en dos para su mejor comprensión, se cambió la redacción de aquellos reactivos que involucraban negación por afirmaciones, y se ajustó el lenguaje a uno culturalmente válido.

## RESULTADOS

Previo al análisis de confiabilidad, se llevó a cabo una exploración de la adecuación de los reactivos de la prueba, análisis que dispuso de los siguientes procedimientos:

1) *Análisis de distribución.* Este análisis permitió determinar si las opciones de respuesta a cada uno de los reactivos resultaban adecuadas o si se debía eliminar alguna, hallándose que el número de opciones era el adecuado para los 19 reactivos; sus frecuencias fueron mayores a 0 en cada opción de respuesta y no superiores a 50%.

2) *Sesgo.* Se comprobó que el sesgo de los 19 reactivos no fuera mayor a 2. Se observó que los 19 reactivos no mostraban sesgos importantes.

3) *Análisis de discriminación (prueba t).* Se verificó que cada uno de los reactivos tuviera la sensibilidad para discriminar entre quienes obtuvieron las puntuaciones más altas y las más bajas. Se generaron dos grupos: el de puntajes altos y el de puntajes bajos, considerándose los percentiles 25 y 75. Después se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Como resultado, se consideró eliminar el reactivo 17 dado que no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los participantes de los grupos alto y bajo.

4) *Correlación total-elemento.* Se calculó la correlación entre cada uno de los elementos de la escala y la escala total. Las correlaciones fueron de .13 a .67.

Concluidos los análisis indicados, se hizo el cálculo de los coeficientes confiabilidad de Cronbach de 18 de los 19 reactivos. Como resultado del análisis de confiabilidad se obtuvo un primer coeficiente ( $\alpha = .81$ ), que indicaba conservarlos. Luego se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el método de extracción de factorización de ejes principales y rotación ortogonal debido a que se ajustó mejor a los datos obtenidos.

Se considero asimismo que para retener un reactivo su carga factorial fuera .40 o mayor. Como resultado del AFE se obtuvieron tres factores (reactivos: 19, 16, 14, 3, 15, 5, 4, 7, 1, 2, 12 y 18) y un indicador integrado por dos reactivos: 9 y 10, que explicaron 46.45% de la varianza total. Se eliminaron tres reactivos (13, 18 y 11), cuyo contenido hacía referencia a: lidiar con la preocupación por poder controlar sensaciones internas, evitar pensamientos sobre el consumo y sentirse con deseos de poder hacer cosas. Dichos reactivos fueron eliminados porque no cargaron en ninguno de los factores. También se eliminó un reactivo más, el 10, por no ser teóricamente coherente con el resto de los reactivos del factor en que había cargado. Así, quedaron 14 reactivos al final del AFE.

Considerando, la estructura obtenida en el AFE, se ajustó a una solución de tres factores, para

lo cual se efectuó un nuevo AFE, con rotación promax y método de extracción de componentes principales, obteniéndose una nueva solución de tres factores, que explicó 58.32% de la varianza

total, y eliminándose tres reactivos (15, 9 y 10) en virtud de que no cargaron en ninguno de los factores. Así, la versión final quedó integrada por 11 reactivos (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resultados del análisis factorial exploratorio utilizando rotación promax y extracción de componente principales.

REACTIVO	CARGA FACTORIAL		
	Valores/ Compromiso	Aceptación/ Defusión <sup>3</sup>	Metas/ Barreras
R4. Trato de lograr mis metas de sobriedad aun si estoy inseguro de que pueda lograrlas.	.860		
R5. Trabajo en la dirección de las cosas que importan, aun cuando a veces siento deseos de consumir sustancias.	.794		
R7. Puedo fijar un rumbo en mi vida y seguirlo, aun si tengo dudas sobre mi sobriedad.	.737		
R1. Puedo hacer cosas que son importantes para mí aun cuando estoy sintiendo impulsos de consumir sustancias.	.622		
R19. Sentirme triste o ansioso me hace usar sustancias.		.880	
R3. Si tengo impulsos de consumir sustancias, entonces soy un adicto.		.717	
R16. Cuando pienso en el consumo de sustancias, mi mente está en “piloto automático”.		.703	
R14. Los impulsos y deseos de consumir sustancias causan problemas en mi vida.		.503	
R12. Tener algunas preocupaciones sobre el consumo de sustancias evita que viva una vida plena.			.913
R2. Mis impulsos y deseos de consumir sustancias dificultan que consiga mis metas.			.720
R8. Los recuerdos de mi historia de consumo de sustancias hacen difícil vivir una vida que yo consideraría importante.			.537
<b>Número total de reactivos</b>	<b>11</b>		
<b>% de varianza explicada</b>	<b>58.32%</b>		

Al observar los reactivos que conforman los tres factores se concluyó que podrían agruparse en solo dos dimensiones, esto es, las originalmente reportadas por los autores de la escala (Luoma et al., 2011). Considerando las tres posibles soluciones: tres factores y un indicador; tres factores (solución ajustada), y dos factores (la originalmente planteada por sus autores), se decidió llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el propósito de obtener la solución con mejores indicadores estadísticos, porque el AFC permite

considerar supuestos teóricos en la integración de los factores de manera apriorística (Cupani, 2012).

Para la evaluación del ajuste de los tres modelos obtenidos del AFC se consideraron los siguientes indicadores: chi cuadrada ( $\chi^2$ ), la razón de chi cuadrada sobre los grados de libertad (CMIN/DF), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). En la Tabla 2 se pueden observar los indicadores calculados para cada uno de los modelos propuestos.

**Tabla 2.** Resultados obtenidos para cada uno de los índices de ajuste de los tres modelos propuestos.

MODELO	$\chi^2$	CFI/DF	CFI	RMSEA
Modelo propuesto por los autores	316.15*	2.35	.73	.09
Modelo de tres factores y un indicador	117.84*	1.66	.90	.13
Modelo de tres factores (ajustado)	69.12*	1.68	.92	.06

\* $p < .000$

<sup>3</sup> La *defusión* cognitiva es una técnica que ayuda a lidiar con los pensamientos intrusivos y obsesivos; es decir, indeseados.

Los índices de ajuste calculados mostraron que el mejor de los modelos era el de tres factores ajustado a través del AFE en razón de que su CFI fue superior a .09, lo que sugiere un ajuste satisfactorio entre la estructura teórica y los datos empíricos, y de que su RMSEA no es mayor a .06, lo cual se considera óptimo; la  $X^2$  resultó ser significativa, lo que es contrario a lo esperado y podría indicar un pobre ajuste del modelo; sin embargo, la interpretación de este indicador debe ser tomada con precaución pues es sensible al tamaño de la muestra; por último, su CMI/DF es adecuado al ser menor de 2, lo que es un indicador de buen ajuste (Cupani, 2012).

Hecho lo anterior, se recalculó la confiabilidad total de la escala con los once reactivos que no fueron eliminados y para cada factor obtenido. Se obtuvo un coeficiente de Cronbach total para el cuestionario de .78, para el factor de valores-compromiso de .76, para el de aceptación-defusión de .70, y para el factor de metas-barreras de .61.

Con el propósito de obtener una mayor validez de la escala obtenida (validez convergente), se le correlacionó con diferentes medidas relativas al consumo de sustancias: años de consumo, número de intentos por dejar de consumir, edad del participante y puntaje de *craving*. Este último se incluyó debido a que es una de las variables que se asocian de manera significativa con la recaída (Ducray, Darker y Smyth, 2012), y por lo regular implica un malestar generalizado que suele cesar si se vuelve a consumir, razón por la que es relevante su correlación con un constructo que propone un modo diferente de actuar, como lo hace el constructo de flexibilidad psicológica. Los resultados de esas correlaciones se muestran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Tabla de correlaciones del AAQ-SA con variables relacionadas.

Variable	AAQ-SA
Años de consumo	-.18*
Intentos por dejar de consumir	-.36**
Edad	-.19**
Craving	-.51****

\* $p < .03$ , \*\* $p < .001$ , \*\*\* $p < .0001$

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente escrito fue adaptar y validar el Cuestionario de Aceptación y Acción para el Abuso de Sustancias (AAQ-SA) en población de habla española. Como resultado, se obtuvo una versión psicométricamente válida para la población de interés. La versión obtenida concuerda parcialmente con la reportada por Luoma et al. (2011), pues se hallaron dos de las subescalas originales: valores-compromiso y aceptación-defusión; la tercera de las subescalas, la de metas-barreras, es específica a la presencia de eventos privados como barreras cuando se pretende efectuar un cambio en la conducta de consumo de sustancias, por lo que podría considerarse como parte de la subescala de valores-compromiso, siendo específica respecto al objetivo de mantener un cambio.

El coeficiente alfa de Cronbach en esta versión fue de .78, con 58.32% de la varianza total explicada, siendo inferior al reportado por los autores, quienes obtuvieron uno de .85, con 43% de la varianza explicada; sin embargo, el primero de los análisis factoriales exploratorios realizados indicaba un coeficiente alfa de Cronbach de .81, con 46.45% de la varianza explicada, muy similar al reportado por los autores. Si bien la confiabilidad fue menor, la cantidad de varianza explicada fue mayor para la versión obtenida. Una de las posibles causas de la disminución de esa confiabilidad es la eliminación de reactivos.

La eliminación de reactivos puede explicarse debido a su falta de comprensión al momento de contestar la prueba, lo que sugiere considerar un factor cultural en el diseño de los mismos, o bien las particularidades de la población en cuestión, para que se logre una mejor comprensión. Lo anterior es aún más importante cuando se considera que la prueba fue previamente piloteada, que los reactivos fueron redactados eliminando las negaciones que contenían, y que se dividieron en dos los reactivos extensos. Un ejemplo de lo anterior es el caso del reactivo que, en su versión original, dice: “*I am not very aware of what occurs around me when I am thinking of using substances*”, en el cual se eliminó la negación, quedando redactado de la siguiente forma: “Soy muy consciente de lo que ocurre alrededor mío cuando estoy pensando en consumir sustancias”. Este reactivo, cuando se

llevó a cabo el primero de los análisis factoriales exploratorios, se incluyó en la subescala de compromiso-valores, cuando la escala en que originalmente debería de cargar es la de aceptación-defusión, lo que no tiene sentido teórico en razón de que la esencia del reactivo se refiere a una falta de conciencia del momento presente al estar fusionado a los pensamientos de consumo, razón por la que dicho reactivo se eliminó de la prueba.

Lo antes indicado lleva a señalar la forma en que están redactados los reactivos de la prueba, que, al haber sido tomados y adaptados del AAQ-II, pueden carecer de la exactitud al momento de formular preguntas específicas acerca de la experiencia de quien abusa de sustancias, lo mismo que al considerar las dificultades encontradas en el AAQ-II con los reactivos reversibles (Bond et al., 2011), mismo problema que presentó la versión del AAQ-I (Bond et al., 2011). Aunque el coeficiente alfa de Cronbach es inferior, se puede considerar adecuado para una escala de reciente elaboración. Sin embargo, tal vez una nueva versión del AAQ-SA sea necesaria –como lo sucedido con la primera– para el caso de población de habla hispana y, siguiendo la sugerencia de Reyes (1993), para la elaboración de reactivos mediante la utilización de redes semánticas o de preguntas abiertas.

Por otra parte, los resultados de los análisis factoriales confirmatorios permiten concluir que el modelo que mejor ajusta es el de tres factores, lo cual resulta de interés dado que se probó el modelo propuesto por los autores; sin embargo, no es posible descartar el efecto provocado por la reversión de los reactivos de negativos a positivos, lo que podría explicar la presencia de un tercer factor. El efecto de reversión de los reactivos ha quedado demostrado en la versión II del AAQ, en la que se ha hallado una solución unidimensional, o de un factor, acorde con lo teóricamente esperado después de haber eliminado reactivos reversibles que habían conformado un solo factor a través del análisis factorial confirmatorio. En el caso de la versión obtenida, dos de los reactivos que conforman la subescala de metas-barreras no son reversibles y uno sí, lo que indica que se trata de una dimensión particular que evalúa un aspecto específico y no un efecto de la reversibilidad de los reactivos.

En lo que respecta a las ocasiones en que los participantes habían tratado de abandonar el consumo de drogas, se puede inferir que aquellos con un mayor número de intentos alcanzan un puntaje de flexibilidad menor, lo que muestra que una historia crónica de uso de sustancias tiende a relacionarse con un patrón de evitación o de inflexibilidad crónica, lo que conduce a una menor habilidad para hacer frente a las recaídas y provoca un consumo persistente como una forma de hacer frente a los eventos privados que surgen de dicha experiencia. Lo anterior también se ve apoyado cuando se considera la correlación negativa entre consumidores de mayor edad y un menor puntaje de flexibilidad. Esa débil correlación impone cautela al interpretar estos datos.

La correlación moderada hallada entre el puntaje del AAQ-SA y el de *craving* indica que a medida que el puntaje de flexibilidad disminuye, el de *craving* aumenta, lo que teóricamente se esperaría. El *craving* –según se ha dicho antes– es la experiencia subjetiva de la urgencia o el deseo por consumir la droga, urgencia que puede experimentarse en la forma de pensamientos intrusivos, impulsos, motivaciones o estados emocionales, y suele presentarse en situaciones relacionadas previamente con el consumo (Witkiewitz et al., 2013).

El *craving* se experimenta como una condición aversiva, por lo que las personas que abusan de sustancias tienden a reaccionar evitándola. En algunos casos el consumo sirve como una forma de escape de ese malestar, lo que puede reiniciar el ciclo de consumo.

Una respuesta alterna al consumo es la que involucra la flexibilidad psicológica. Una respuesta flexible consiste en ser consciente de lo que ocurre en el momento presente fuera y dentro de la persona, en establecer un espacio entre los pensamientos y quien los piensa, en comprometerse con los valores personales y actuar acorde a ellos, y en aceptar el malestar que involucra la sensación del deseo de consumir. También involucra, pues, los seis elementos que integran la flexibilidad psicológica: aceptación, defusión, momento presente, valores, compromiso y el “yo como contexto”.

Aquellas personas con una menor habilidad de flexibilidad tienden a reaccionar de forma au-

tomática y consumir sustancias para calmar el *craving*, lo que corresponde a reforzar negativamente la conducta de consumo; por otra parte, si el sujeto tiene una mayor habilidad para responder flexiblemente, puede reaccionar de una manera no automática a las sensaciones, pensamientos e impulsos ligados a esa sensación, por lo que se esperaría que a un mayor nivel de flexibilidad, menor *craving*, lo que parece confirmarse en la correlación encontrada entre ambos puntajes.

La relación entre *craving* y flexibilidad psicológica concuerda también con los datos reportados en la literatura que evalúan constructos similares, como la supresión de pensamientos. Bowen, Witkiewitz, Dillworth y Marlatt (2007) hallaron que evitar parcialmente ciertos pensamientos mediaba los efectos obtenidos por el tratamiento, como la frecuencia y cantidad de consumo, el nivel de *craving* y las consecuencias derivadas del consumo. Pérez et al. (2014), a su vez, encontraron que la supresión de pensamientos y los días sin consumo predecían el nivel de *craving*; así, a

mayor supresión de pensamientos, mayor *craving*, aun si los días sin consumo eran significativos.

Cabe mencionar que, a diferencia del estudio original de Louma et al. (2011), se consideró que una medida relacionada con el consumo de drogas, como el *craving*, se ha asociado de forma importante con el comienzo y la recaída del consumo de drogas, lo que proporciona evidencia de validez convergente. Aunque el presente estudio proporciona evidencia inicial de la validez psicométrica del AAQ-SA en población de habla hispana, quedan por corroborar sus hallazgos.

Se deben considerar las limitaciones del presente estudio para futuras investigaciones, entre ellas el tamaño de la muestra, la utilización de más de una muestra, el número de participantes en cada una, su sexo, la utilización de otras medidas de consumo de alcohol (dependencia) y otros constructos relacionados al consumo, como la autoeficacia y las expectativas positivas del consumo. Además, es necesario replantear la redacción de los reactivos con el propósito de obtener un instrumento con indicadores psicométricos óptimos.

## REFERENCIAS

- Barraca, M.J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T. y Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M. y Marlatt, G.A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32, 2324-2328.
- Breslin, F.C., Zack, M. y McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 275-299. doi: 10.1093/clipsy.9.3.275.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. México: Autores.
- Cupani, M. (2012). Análisis de ecuaciones estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista Tesis*, 1, 186-199.
- Deiches, J.F., Baker, T.B., Lanza, S. y Piper, M.E. (2013). Early lapses in a cessation attempt: Lapse contexts, cessation success, and predictors of early lapses. *Nicotine and Tobacco Research*, 15(11), 1883-1891. doi: 10.1093/ntr/ntt074.
- Ducray, K., Darker, C. y Smyth, B.P. (2012). Situational and psy-social phactors associated whit relapse following residential detoxification in a population of Irish opioid dependent patients. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 29(2), 72-79. doi: 10.1017/S079096670001733X.
- Flannery, B.A., Volpicelli, J.R. y Pettinati, H.M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Sscale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289- 1295.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bisset, R.T., Pistorello, J., Taormino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F. W., Forsyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.



- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Publications.
- Lee, E.B., An, W., Levin, M.E. y Twohig, M.P. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004.
- López M., H.A. (2014). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Health and Addictions*, 14(2), 99-108.
- Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 42(165-166), 3-14.
- Luciano S., M.C., Páez B., M. y Valdivia S., M.S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano S., M.C. y Valdivia S., M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luoma, J., Drake, C.E., Kohlenberg, B.S. y Hayes, S.C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: the development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3-13. doi: 10.3109/16066359.2010.524956.
- MacKenzie, M. y Kocovski, L.N. (2010). Self-reported acceptance of social anxiety symptoms: development and validation of the Social Anxiety-Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 214-232. doi: 10.1037/h0100909.
- Magill, M. y Ray, L.A., (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis or randomized trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527. doi: 10.15288/jsad.2009.70.516.
- Marlatt, A.G. (1985). Relapse prevention, theoretical rationale, and overview of the model. En G. A. Marlatt y G. R. Gordon (Eds.): *Relapse prevention* (pp. 250-280). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, A.G. (1996). Taxonomy of high risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, S37-S49. doi: 10.1111/j.1360-0443.1996.tb02326.
- Marlatt, A.G. y Witkiewitz, K. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking; it's a rocky road to relapse. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 724-738. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.002.
- Miller, W.R., Walters, S. y Bennett. M. (2000). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 211-220. PMID: 11327187.
- Millers, W.R. y Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x.
- Palfai, T.P., Monti, P.M., Colby, S.M. y Rohsenow, D.J. (1997). Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1) 59-65.
- Patrón E., F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Perea G., L.F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121. doi: 10.21501/24631779.2264.
- Pérez R., L.A. (En preparación). *Adaptación y validación de la Escala de Alcohol de Penn a otras Drogas*.
- Pérez R., L.A., Quiroga A., H. y Pérez R., A.P. (2014). Supresión de pensamientos y días sin consumo de drogas como variables predictivas del craving. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 4(2), 83-92.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales modificadas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 83-99.
- Ruiz, F.J., Langer A., I.L., Luciano, C., Cangas, J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1), 123-129. doi: 10.7334/psicothema2011.239.
- Toll, B.A., Sobell, M.B., Wagner, E.F., Ridgeway, V.A. y Sobell, L.C. (2001). The relationship between thought suppression and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 509-515.
- Wegner, D.M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science*, 8(3), 148-150.
- Wegner, D.M. (2011). Setting free the bears: escape from thought suppression. *American Psychologist Association*, 66(8), 669-680. doi: 10.1037/a0024985.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J. y White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13. doi: 10.1037/0022-3514.53.1.5.
- Wegner, D.M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640. doi: 10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x.
- Wenzlaff, R.M. y Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review Psychology*, 51, 59-91. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.59.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H. y Hsu, S.H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.001.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.

# Validación del Brief Pedestrian Behavior Questionnaire en una muestra de estudiantes mexicanos

## *Validation of the Brief Pedestrian Behavior Questionnaire in a sample of Mexican students*

Jorge A. Ruiz<sup>1</sup>, Diana Alejandra González-García<sup>2</sup>  
y Karina Alicia Bermúdez-Rivera<sup>3</sup>

*Citación:* Ruiz, J.A., González G., D.A. y Bermúdez R., K.A. (2020). Validación del Brief Pedestrian Behavior Questionnaire en una muestra de estudiantes mexicanos. *Psicología y Salud*, 30(1), 105-115.

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez de una versión traducida al español del Brief Pedestrian Behavior Questionnaire para medir la frecuencia de conductas de riesgo en peatones. Jueces independientes calificaron positivamente la equivalencia semántica entre las versiones original y traducida. A través del método de mínimos cuadrados se analizaron las respuestas de 730 estudiantes de licenciatura, hallándose que un modelo factorial de segundo orden describía adecuadamente el comportamiento del peatón a través de elementos como violaciones, errores, lapsus, conductas agresivas y positivas, todos estos pertenecientes a segundo orden. La consistencia interna, así como la validez convergente y validez discriminante del instrumento, tuvieron niveles aceptables.

**Palabras clave:** Comportamiento del peatón; Conductas de riesgo; Medición; Validación; Población de habla hispana.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to evaluate the reliability and validity of a Spanish translation of the Brief Pedestrian Behavior Questionnaire to measure the frequency of risk behaviors by pedestrians. The responses of 730 undergraduate students who acted as independent judges rated the semantic equivalence between the original and translated versions were analyzed. Analyses included the partial least-squares method, and a second-order factorial model which were found to adequately describe the first-order factor pedestrian behaviors through the second-order factors. Factors included violations, errors, blunders, aggressive behaviors, and positive behaviors. The internal consistency, as well as the convergent validity and discriminating validity of the instrument, showed acceptable levels.*

**Key words:** Pedestrian behaviors; Risk behaviors; Measurement; Validation; Spanish-speaking population.

En el estudio más reciente sobre la carga global de enfermedades se determinó que 1.3 millones de las defunciones en el mundo corresponden a las lesiones causadas por el tránsito (LTC), de las cuales 514,300 se clasificaron como peatonales (Naghavi et al., 2017). En México, las LTC son la quinta causa de muerte prematura más frecuente (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016). Cada año se

<sup>1</sup> Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano, Universidad Veracruzana, Agustín Melgar s/n, esq. Araucarias, Col. Revolución, 91100 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: ruizvja@yahoo.com. Artículo recibido el 12 de febrero y aceptado el 18 de junio de 2019.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana, Parque Internacional Industrial Tijuana, 22390 Tijuana, B.C., tel. (664)682-12-33.

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Ensenada, Av. Álvaro Obregón s/n, Col. Nueva Mexicali, 21100 Mexicali, B.C., México, tel. (686)551-82-00.

registran 16 mil defunciones por LTC en nuestro país, de las cuales 4,364 corresponden a peatones (Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, 2016), pese a los datos, se estima que la cifra podría ser mayor (Pérez, Híjar, Celis e Hidalgo, 2012; Pérez, Mojarro, Mendoza, Rosas e Híjar, 2016).

Otros estudios respecto a lesiones no fatales en México señalan que la prevalencia de accidentes peatonales es más alta en zonas urbanas y en personas mayores de 65 años (hombres, de nivel socioeconómico bajo) (Ávila et al., 2008). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (cf. Gutiérrez et al., 2012) revelaron que las lesiones por atropellamiento son frecuentes en adultos mayores y en niños menores de 10 años.

De acuerdo con hallazgos reportados en la literatura sobre accidentes de tráfico (e.g., Gicquel et al., 2017), parece haber dos tipos de factores relacionados con su incidencia: por un lado, los relacionados a cuestiones del entorno y, por otro, los relativos a las conductas de riesgo del individuo involucrado. En este contexto, resaltan los estudios que se han llevado a cabo en territorio mexicano sobre la conducta de los peatones, que sugieren que las causas más probables para sufrir un accidente en la vía pública son las conductas de riesgo de los mismos peatones. Por ejemplo, Híjar (2003) identificó y acudió a zonas de la Ciudad de México identificadas por sus altas tasas de accidentes de peatones con lesiones fatales y encontró que los transeúntes no usaban los puentes diseñados para cruzar las calles, abordaban o descendían del transporte público en espacios que corresponden a vehículos automotores, y que cruzaban o caminaban sobre espacios exclusivos de dichos vehículos. En otro estudio, Hidalgo et al. (2010) entrevistaron a peatones para informarse sobre la viabilidad de su uso de puentes peatonales, encontrando que 50% de los entrevistados no los utilizaba, y cuando se les preguntó por qué no los usaban, la respuesta más frecuente fue que los percibían inseguros y sentían que podían ser víctimas de actividades delictivas.

Si bien en la práctica es difícil manipular las características ambientales en que se desenvuelven los peatones (y sus accidentes), mejorar su comportamiento mediante programas de educativos o de entrenamiento podría ser una opción más

viable en la medida en la que se cuente con instrumentos válidos y confiables que faciliten la evaluación de las conductas de riesgo de los peatones al hacer uso de la vía pública. A lo largo de las últimas dos décadas se han creado diversos instrumentos que buscan evaluar tal comportamiento y facilitar así su estudio sistemático enfatizando la utilidad de dichos instrumentos para el análisis y prevención de accidentes relacionados con los peatones.

En esta dirección, Moyano (2002) desarrolló el primer Cuestionario del Comportamiento del Peatón basándose en otro instrumento elaborado por Parker, Manstead, Stradling, Reason y Baxter (1992) y diseñado originalmente para conocer el comportamiento de los conductores. Dicho instrumento consta de 16 reactivos mediante los cuales se registraban las conductas de riesgo de peatones chilenos, categorizadas en términos de violaciones, errores y lapsus. Este instrumento se tradujo del español a otros idiomas, validándose en Brasil (Torquato y Bianchi, 2010) y en Turquía (Yildirim, 2007).

Elliot y Baughan (2004) construyeron el Cuestionario sobre el Comportamiento de los Adolescentes Usuarios del Camino (*Adolescent Road User Behavior Questionnaire*, o ARBQ), el cual cuenta con una versión larga de 43 reactivos y una corta de 21. Ambas versiones incluyen una mitad de preguntas sobre el uso del camino como peatón y la otra mitad como ciclista. Las dos versiones del instrumento clasifican las respuestas de los adolescentes en indicadores de conductas de cruces inseguros, juego peligroso en el camino y conducta protectora planificada. La versión breve del ARBQ ha sido validada en población neozelandesa (Sullman y Mann, 2009), española (Sullman et al., 2011) y belga (Sullman, Thomas y Stephen, 2012).

Sobre la base de las catorce preguntas sobre el comportamiento del peatón del ARBQ, Granié (2008, 2009) desarrolló la Escala de Percepción de la Conducta del Usuario del Camino (*Road User Behavior Perception Scale*, o RUBPS), validada en población adolescente y adulta de Francia.

Granié, Pannetier y Guého (2013) desarrollaron asimismo la Escala del Comportamiento del Peatón (*Pedestrian Behavior Scale*, o PBS), que cuenta con una versión larga de 37 reactivos y una

corta de 23, para tratar de categorizar las conductas de riesgo de los peatones en una serie más amplia de clasificaciones: violaciones, errores, lapsus, agresiones y conductas positivas. Herrero (2015), a su vez, diseñó el Cuestionario de Riesgo en Peatones, compuesto por ocho reactivos, que se enfoca principalmente en medir violaciones. Papadimitriou, Lassarre y Yannis (2016) llevaron a cabo la validación del PBS en Grecia, en tanto que Deb et al. (2017) la hicieron en Estados Unidos.

A través de la bibliografía sobre el diseño de instrumentos de medición del comportamiento de los peatones, se han señalado diferentes categorías en las que es posible clasificar el tipo de conducta que pone en riesgo al peatón, desde la propuesta de Moyano (2002) con tres categorías (violaciones, errores y lapsus), hasta la de Granié et al. (2013) con cinco categorías (conductas agresivas y conductas positivas, además de las tres anteriores). Aunque se han sugerido diferentes instrumentos, las definiciones de cada categoría de conductas de riesgo en las que los autores se han basado han sido consistentes.

El trabajo de Deb et al. (2017) es el ejemplo más reciente de la adaptación y validación de un instrumento de medición de conductas de riesgo y comprende el mayor número de categorías conductuales que se ha propuesto. Los autores elaboraron el Cuestionario del Comportamiento del Peatón (*Pedestrian Behavior Questionnaire*, o PBQ) en dos versiones: la larga, con 50 reactivos, y la corta, con 20. Cada versión del instrumento contiene un mismo porcentaje de preguntas relacionadas con la comisión de violaciones (desviaciones deliberadas respecto a las normas sociales sin la intención de causar lesiones o daño), errores (deficiencias en cuanto al conocimiento de las reglas de tráfico), lapsus (desviaciones no intencionales respecto a las prácticas sociales debidas a la falta de atención), conductas agresivas (tendencia a malinterpretar la conducta de otros usuarios del camino, teniendo como resultado la intención de ofenderlos o hacerles daño), y conductas positivas (conductas que buscan asegurar el cumplimiento de las reglas de tránsito).

Todos los reactivos incluidos en las versiones corta y larga del PBQ se responden mediante una escala Likert de seis puntos: de 1 (“nunca o muy pocas veces”) a 6 (“siempre o casi siempre”);

el puntaje total del instrumento se obtiene sumando las respuestas a los reactivos (previa reversión de los puntajes asignados a los reactivos de la dimensión “Conductas positivas”), de tal manera que un puntaje bajo implica un nivel igualmente bajo de conductas de riesgo, mientras que un puntaje alto señala un nivel elevado de conductas de riesgo.

Deb et al. (2017) validaron el PBQ empleando una muestra de 425 adultos estadounidenses (con edades de entre 18 y 71 años), encontrando que una estructura factorial con la dimensión “Comportamiento del peatón”, como factor de segundo orden, y violaciones, errores, lapsus, conductas agresivas y conductas positivas, como elementos de primer orden, fue la que arrojó los indicadores más altos del ajuste del modelo factorial respecto a los datos recolectados, tanto en la versión larga del instrumento como en la corta. Asimismo, hallaron que el puntaje total obtenido en la escala completa y en cada subescala fue significativamente más alto en los hombres que en las mujeres, y también más alto en los jóvenes de 18 a 30 años, en comparación con personas de 45 años o más.

Como se señaló anteriormente, en México hay un considerable número de muertes debidas a lesiones provocadas por accidentes de tráfico, de las cuales un buen número de ellas están relacionadas directamente con los peatones. Aunque se han hecho investigaciones para abordar el estudio del comportamiento de los mismos y tratar así de comprender mejor las variables que se vinculan a la ocurrencia de accidentes peatonales, no existe aún una herramienta que facilite de manera válida y confiable la recolección de información acerca de ese comportamiento.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez de una versión traducida al español del Cuestionario Breve del Comportamiento del Peatón (*Brief Pedestrian Behavior Questionnaire*, o BPBQ) para medir la frecuencia de comportamientos de riesgo entre peatones. Se eligió dicho cuestionario por ser la contribución más reciente a la bibliografía relativa al caso, y en su versión breve, considerando su utilidad en la práctica (lo que está más allá de este trabajo), porque para arrojar información sobre el comportamiento de los peatones no requiere de tiempo excesivo para su aplicación, además de que sus características psicométricas en el trabajo

de Deb et al. (2017) fueron semejantes a las de la versión larga.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 730 estudiantes, de los cuales 520 fueron mujeres y 210 hombres, con un rango de edad de entre 18 y 24 años ( $M = 20.8$ ,  $D.T. = 1.69$ ), inscritos en la Licenciatura en Psicología en una institución pública de educación superior de la región noroeste de México. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico accidental entre los estudiantes inscritos en los diferentes cursos a cargo de los autores del presente trabajo durante un periodo de siete meses. Originalmente se solicitó la participación de un total de 750 alumnos inscritos, de los cuales solo 97.3 % participaron en el estudio. Un subconjunto de 27 participantes (10 mujeres y 17 hombres) reportaron haber sufrido algún tipo de accidente vial en los últimos doce meses.

### Instrumentos y materiales

#### *Cuestionario Breve del Comportamiento del Peatón (BPBQ)* (Deb et al. [2017])

Se empleó la versión corta de este instrumento, traducida al español por los autores de la presente investigación y revisada por un grupo de cinco evaluadores independientes, todos ellos con doctorado en Psicología, especialistas en el campo de la psicometría, bilingües, con experiencia de haber vivido en Estados Unidos entre tres y siete años y con residencia actual en México. En el Apéndice se muestran las oraciones que correspondieron a cada uno de los ítems incluidos en la versión del instrumento que se hizo llegar a los participantes. Asimismo, en la Tabla 1 (véase más adelante) se muestra la versión final de los reactivos incluidos en el cuestionario, misma que se transcribió en un formato electrónico para administrarse en línea a través de la plataforma *Google Forms*.

El instrumento consta de veinte reactivos que se responden en una escala tipo Likert de seis puntos, en la que 1 significa “nunca” y 6 “siempre”. Los participantes señalaron la frecuencia con la que llevaban a cabo diversas conductas relacio-

nadas con violaciones al reglamento de vialidad, como errores, lapsus, conductas agresivas y conductas positivas cuando se hallaban en la calle como siendo peatones. En la versión original, las dimensiones mencionadas, así como la escala completa, tuvieron un nivel de consistencia interna de entre 0.70 y 0.90, calculado mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Además de las preguntas del instrumento, también se incluyeron preguntas sobre la edad y el sexo de los participantes, su implicación en accidentes viales en los últimos doce meses (rol del involucrado como peatón o conductor, y lesiones que implicaran ingresar a una clínica u hospital).

### Procedimiento

Debido a que se empleó una muestra conformada por estudiantes inscritos en una institución en la que laboran los autores del presente trabajo, se solicitó en primer lugar la aprobación por parte de las autoridades de los dos campus en los que se recolectó la información. Una vez que se llenó el formato especificado, se solicitó la participación de los estudiantes mientras se encontraban en clase, indicándoles el objetivo de la investigación y aclarándoles que su participación sería completamente voluntaria y confidencial, y que no había respuestas correctas ni incorrectas ni tampoco buenas ni malas. No se ofreció ningún tipo de compensación por participar en el estudio, ni tampoco se penalizó el no hacerlo.

Los estudiantes que consintieron participar en el estudio recibieron un correo electrónico que incluía la misma información que se proporcionó en clase, además de las instrucciones para responder al cuestionario en línea. A todos ellos se les mostró un resumen de sus respuestas al terminar de contestar el cuestionario.

## RESULTADOS

Con el objetivo de evaluar la equivalencia semántica entre las versiones original y traducida, además de la claridad en la redacción de los reactivos, se procedió a calcular el coeficiente de acuerdo entre cada par de jueces en cada uno de dichos atributos. Los jueces podían calificar cada reacti-

vo en una escala de 1 a 4, en donde 1 significaba “No cumple con el criterio”; 2 “Cumple con un bajo nivel”; 3 “Cumple en un nivel moderado”, y 4 “Cumple con el criterio en un alto nivel” (cf. Escobar y Cuervo, 2008). Dicho coeficiente de acuerdo se obtuvo dividiendo el total de acuerdos en la asignación de un puntaje de 3 o 4 a los reactivos por parte de cada par de jueces, sobre la suma de estos acuerdos y el resto de posibles combinaciones de calificaciones asignadas por dichos jueces (cf. Gregory, 2012).

El promedio de los valores encontrados para los coeficientes calculados para cada combinación de jueces fue de 0.93 (E.E.M. = 0.021) en el caso de la equivalencia semántica y de 1 en el de la claridad en la redacción de los reactivos.

Con base en los resultados encontrados sobre la equivalencia semántica y sobre la claridad de los reactivos según el criterio de los jueces inde-

pendientes, se procedió a la recolección de datos y los análisis estadísticos correspondientes para analizar la confiabilidad y validez del instrumento.

En un análisis exploratorio de los datos se encontró que no cumplían con el supuesto de normalidad multivariada; no obstante, en la medida en que parte del objetivo del presente estudio era comprobar la estructura factorial del BPBQ hallada por Deb et al. (2017), se hicieron los análisis correspondientes sobre la pertinencia del modelo factorial de segundo orden mediante un estudio factorial confirmatorio basado en la estructura de covarianzas, apelando a la robustez del método. Todos los análisis estadísticos se realizaron empleando el paquete Lavaan mediante la plataforma del lenguaje R.

En la Tabla 1 se muestran los resultados pertinentes a la evaluación de la confiabilidad y validez convergente del instrumento.

**Tabla 1.** Resultados del análisis de confiabilidad y validez convergente.

Factores	Ítem	Media	D.T.	Media (escala) si se elimina el ítem	Varianza (escala) si se elimina el ítem	Alfa si se elimina el ítem	Alfa por dimensión	Índice de fiabilidad compuesta	Carga factorial (factores de primer orden)	Varianza media extraída (AVE)	Carga factorial (factores de segundo orden)
Violaciones	1	1.81	1.29	39.65	105.24	0.75	0.72	1.00	0.59	0.39	0.63
	2	1.93	1.29	39.52	105.51	0.75			0.59		
	3	1.98	1.20	39.48	105.86	0.74			0.65		
	4	1.86	1.18	39.59	104.37	0.74			0.66		
Errores	5	2.27	1.52	39.18	103.41	0.75	0.65	1.00	0.39	0.33	1.07
	6	1.50	1.00	39.95	106.76	0.74			0.56		
	7	1.53	1.03	39.93	106.86	0.74			0.64		
	8	1.37	0.90	40.08	107.96	0.74			0.68		
Lapsus	9	1.92	1.30	39.53	104.47	0.74	0.77	1.00	0.56	0.48	0.75
	10	1.58	1.04	39.88	106.63	0.74			0.76		
	11	1.52	0.94	39.94	107.87	0.75			0.73		
	12	1.36	0.83	40.09	108.27	0.74			0.70		
Conductas agresivas	13	1.73	1.21	39.72	107.16	0.75	0.73	1.00	0.69	0.43	0.49
	14	1.55	1.08	39.91	108.16	0.75			0.53		
	15	1.47	1.01	39.98	108.13	0.75			0.80		
	16	1.36	1.01	40.09	108.37	0.75			0.57		
Conductas positivas	17	4.02	1.93	37.43	107.92	0.77	0.76	1.00	0.47	0.46	-0.11
	18	3.57	1.71	37.88	105.67	0.76			0.77		
	19	3.62	1.71	37.84	106.33	0.76			0.84		
	20	3.51	1.66	37.95	107.76	0.76			0.58		

Respecto a la validez discriminante del instrumento, se evaluaron las cargas factoriales cruzadas,

encontrándose que cada reactivo mostró una carga factorial claramente más alta solo en el factor en

el que fue agrupado conforme al modelo factorial propuesto, cuyos los valores correspondientes son los que se muestran en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se muestran los valores de las correlaciones entre cada par de factores del instrumento por debajo de la diagonal, mientras que en

la diagonal (en negritas) se muestra la raíz cuadrada del AVE de cada factor. En todos los casos, las correlaciones entre factores fueron menores a sus respectivos valores en la diagonal, lo que permite asumir que cada factor es diferente de los demás (Hair et al., 2017).

**Tabla 2.** Resultados de la validez discriminante de las subdimensiones.

	Violaciones	Errores	Lapsus	Conductas agresivas	Conductas positivas
Violaciones	<b>0.62</b>				
Errores	0.51	<i>0.57</i>			
Lapsus	0.48	0.35	<b>0.69</b>		
Conductas agresivas	0.22	0.41	0.36	<b>0.66</b>	
Conductas positivas	0.01	-0.11	-0.07	-0.03	<b>0.68</b>

Nota. Los valores en negritas corresponden a la raíz cuadrada de cada AVE, y los valores debajo de la diagonal a las correlaciones entre cada par de factores.

Una vez que se obtuvieron resultados favorables en cuanto a la confiabilidad y validez del instrumento, se procedió a llevar a cabo el análisis del modelo factorial propuesto por Deb et al. (2017), encontrándose un valor significativo de  $\chi^2 = 540.27$  (g.l. = 165,  $p < 0.01$ ), por lo que podría considerarse que el modelo factorial de segundo orden no es adecuado para los datos recolectados por el BPBQ; sin embargo, otros estadísticos arrojaron valores que permiten asumir un ajuste aceptable por parte

del modelo propuesto ( $\chi^2/g.l. = 3.27$ , CFI = 0.91, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.05). En la Tabla 3 se muestran los valores de los coeficientes de regresión correspondientes a cada una de las relaciones predichas por el modelo estructural. Se encontró que el factor de segundo orden “Conducta del peatón” predice de manera significativa a cada uno de los factores de primer orden considerados en el modelo.

**Tabla 3.** Resultados del modelo factorial de segundo orden.

Relación entre constructos	Coefficiente	E.E.	R.C.	Significancia
C. del P. -> Violaciones	1.00	<b>Punto de referencia</b>		
C. del P. -> Errores	1.34	0.18	7.30	$p < 0.01$
C. del P. -> Lapsus	1.14	0.13	8.76	$p < 0.01$
C. del P. -> Conductas agresivas	0.86	0.11	7.76	$p < 0.01$
C. del P. -> Conductas positivas	0.22	0.09	2.43	$p < 0.05$

C. del P.: Conducta del peatón.

Para complementar los análisis sobre la validación de la versión traducida del BPBQ, se llevaron a cabo evaluaciones del modelo factorial de segundo orden por separado; por un lado para mujeres y por otro para hombres. Se encontraron resultados semejantes a los observados al analizar el modelo con la muestra completa de participantes. En ambos casos, el valor de  $\chi^2$  fue estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 519.81$ , g.l. = 165,  $p < 0.01$  para el caso de las mujeres; y  $\chi^2 = 292.82$ , g.l. = 165,  $p < 0.01$  para el caso de los hombres), aunque el

resto de estadísticos arrojaron valores aceptables, además de comparables, entre mujeres ( $\chi^2/g.l. = 3.15$ , CFI = 0.89, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.06) y hombres ( $\chi^2/g.l. = 1.77$ , CFI = 0.87, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.07). Con base en estos hallazgos, es posible sugerir que el modelo factorial de segundo orden propuesto para el comportamiento del peatón cuenta con evidencia que apoya su invarianza.

Se llevaron a cabo comparaciones entre mujeres y hombres respecto al puntaje total del Comportamiento del peatón (i.e., escala completa), así

como de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión. Al respecto, se encontró que los hombres ( $M = 40.66$ ,  $D.T. = 0.74$ ) tuvieron un puntaje total promedio significativamente más alto que el de las mujeres ( $M = 38.8$ ,  $D.T. = 0.52$ ),  $t(728) = -1.98$ ,  $p < 0.05$ ,  $d = 2.91$ . Al comparar el puntaje promedio en cada dimensión en función del sexo de los participantes, se halló que solo en el caso de las violaciones la puntuación promedio de los hombres ( $M = 8.34$ ,  $D.T. = 0.25$ ) fue significativamente mayor a la de las mujeres ( $M = 7.27$ ,  $D.T. = 0.16$ ),  $t[728] = -3.65$ ,  $p < 0.05$ ,  $d = 5.13$ . Finalmente, se analizaron los puntajes totales y por dimensión en la submuestra de participantes que reportaron haber sufrido un accidente en los últimos doce meses; sin embargo, en este caso no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dimensiones, y tampoco en el puntaje total de la escala.

## DISCUSIÓN

El propósito del presente trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez de una versión traducida al español del *Brief Pedestrian Behavior Questionnaire* para evaluar las conductas de riesgo en peatones, hallándose en primer lugar que un grupo de jueces independientes calificó de manera adecuada la equivalencia semántica entre la versión original en inglés y la versión traducida por los autores del presente trabajo. En segundo lugar, los resultados respecto a los indicadores de consistencia interna del instrumento completo, y de las subescalas que lo conforman, fueron aceptables. En tercer lugar, la estructura factorial probada en el presente estudio resultó consistente con los resultados de investigaciones anteriores.

Los resultados del presente estudio son consistentes no solamente con los de la versión breve en inglés del BPQ, sino también con la versión larga (cf. Deb et al., 2017), e incluso con la versión francesa de Granié et al. (2013). El planteamiento teórico de un constructo general como el comportamiento del peatón, expresado a través de cinco dimensiones específicas relacionadas con las categorías de conductas de riesgo, como violaciones, errores, lapsus, conductas agresivas y conductas positivas, parece consistente y generalizable a di-

ferentes poblaciones, aun cuando estas difieren en sus idiomas.

De manera más específica, los resultados del presente estudio también fueron consistentes con los de las versiones previas en francés e inglés en cuanto a los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones del instrumento. Los hombres puntuaron más alto que las mujeres, lo que indica que son más propensos a cometer conductas de riesgo al caminar por la calle, al igual que lo reportado por otros autores (Granié, 2009; Moyano, 2002), lo que es incluso consistente con las estadísticas nacionales (Ávila et al., 2008). Además, también se encontró que los participantes, tanto hombres como mujeres, tendieron a responder con un puntaje notablemente alto, principalmente en la comisión de conductas positivas, seguido de las violaciones, los errores, los lapsus y las conductas agresivas, justamente en el mismo orden encontrado por Deb et al. (2017) con adultos estadounidenses.

Un punto interesante que debe explorarse es el hecho de que en el presente estudio, a diferencia del estudio de Deb et al. (2017), se encontró que el modelo factorial de segundo orden resultó ser adecuado para describir los datos recolectados por el BPBQ en cuanto a las conductas positivas, aunque su coeficiente estandarizado fue mucho más bajo que el de las demás dimensiones guardando una relación significativa con el constructo Comportamiento del peatón. Aunque las cinco categorías de conductas resultan esenciales al considerar su posible influencia en la probabilidad de sufrir o no un accidente, en futuras investigaciones podría ser importante tomar en cuenta la posibilidad de evaluar el comportamiento del peatón desde una perspectiva que incluya únicamente dimensiones relacionadas con conductas de riesgo “genuinamente” negativas (por separado de las conductas positivas). En esta dirección, autores como Herro (2015) han sugerido que podría ser adecuado enfocarse principalmente en la medición de las violaciones, al ser estas un ejemplo más específico sobre las acciones llevadas a cabo para ir deliberadamente en contra de las reglas de tránsito.

En el presente trabajo se abordó la adaptación de la versión corta del PBQ con la intención de disponer de un instrumento de autorreporte que implique un tiempo relativamente corto para responderse, pero que tenga propiedades psicomé-



tricas adecuadas para garantizar una medición confiable y válida. En función de los presentes resultados, es posible asumir que el BPBQ es útil como una herramienta estandarizada para aproximarse al estudio de las conductas de los peatones (y demás usuarios del camino) y de las variables ambientales y psicológicas que se relacionen con la ocurrencia de accidentes. Además de facilitar el registro de la frecuencia de las conductas de riesgo de los peatones en función de su edad, género, nivel socioeconómico, rasgos de personalidad y escenario en el que se encuentran, entre otras posibles variables, la información recabada mediante el BPBQ resulta ser relevante para diseñar las estrategias más convenientes para disminuir las estadísticas nacionales respecto a las lesiones y muertes causadas por los accidentes de tránsito.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones que deben tomarse en cuenta, especialmente de cara al posible uso de la versión traducida al español del BPBQ. En primer lugar, la muestra fue conformada por estudiantes universitarios, lo cual podría limitar la generalización de los resultados aquí reportados a otro tipo de personas; además, la mayoría de los participantes fueron mujeres; por lo que deben interpretarse con cautela los resultados reportados en el presente estudio respecto a las diferencias en función del sexo. No obstante, también debe tenerse en cuenta que el hallazgo de la diferencia entre mujeres y hombres en cuanto a sus conductas de riesgo son consistentes con lo que se ha observado en otros estudios, otros países y poblaciones y otras edades (cf. Ávila et al., 2008; Deb et al., 2017; Herrero, 2015). Las diferencias entre distintos tipos de población, edades o motivos por los que el peatón usa la calle, entre otras, son variables que sería importante abordar en futuras investigaciones para dar cuenta de las propiedades psicométricas del BPBQ en otros contextos, por un lado, y para documentar las estadísticas relacionadas con la incidencia de accidentes peatonales en función de las características personales de los peatones, por el otro.

En segundo lugar, la mayoría de la población reportó no haber tenido ningún tipo de accidente en la vía pública, lo que dificulta la posibilidad de evaluar una comparación justa de la frecuencia de comportamientos de riesgo entre peatones que han sufrido algún accidente debido a dicho comportamiento y peatones que no han tenido esa ex-

periencia. Al respecto, en futuras investigaciones sobre la utilidad del BPBQ para evaluar las conductas de riesgo en peatones valdría la pena hacer un acercamiento más sistemático hacia la población que haya tenido algún tipo de accidente en la vía pública en calidad de peatón con el propósito de identificar relaciones específicas entre los tipos de conductas de riesgo y el tipo y magnitud de los accidentes sufridos.

En tercer lugar, sería conveniente evaluar la validez del instrumento mediante su comparación con otros indicadores objetivos relacionados con la comisión de conductas de riesgo al hacer uso de la vía pública, para así tener la oportunidad de juzgar la validez de criterio del instrumento. En este punto, el uso de otros instrumentos para medir la conducta del peatón podría ser útil como punto de referencia, aunque, tal como se mencionó en la Introducción, prácticamente todos los cuestionarios están basados en la misma conceptualización de las conductas de riesgo de los peatones, y en ese sentido la convergencia entre el BPBQ y otros instrumentos podría ser artificialmente alta. Una situación más relevante y que se abordará en próximas investigaciones, es la posibilidad de acudir directamente al campo en zonas en las que se observa claramente el comportamiento del peatón, para así dar cuenta de la consistencia entre lo que los peatones reportan que hacen y lo que hacen verdaderamente. Esta línea de investigación es la que se pretende seguir con el objetivo de documentar las principales conductas de riesgo de los peatones y la medida en que comprometen su integridad al hacer uso de la vía pública, en relación con otras variables relacionadas con sus características; es decir, no sólo con estudiantes, sino con personas de la población en general de diferentes edades y en diferentes zonas, entre muchas otras.

A manera de conclusión, es posible asumir que la adaptación al español del BPBQ arrojó valores adecuados respecto a sus características como un instrumento confiable y válido para medir las conductas de riesgo de los peatones. Queda por delante llevar a cabo más investigaciones que confirmen la generalidad de los resultados del instrumento a otras poblaciones, así como explorar directamente su pertinencia en otros estudios enfocados al análisis y prevención de accidentes en la vía pública.

## REFERENCIAS

- Anderson, J.C. y Gerbing D.W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. doi: 10.1037/0033-2909.103.3.411.
- Ávila B., L., Medina S., C.E., Pérez N., R., Híjar M., M., Aracena G., B., Hidalgo S., E. y Palma C., O. (2008). Prevalencia de accidentes de tránsito no fatales en México: Resultados de la ENSANUT 2006. *Salud Pública de México*, 50(Sup. 1). doi: 10.1590/S0036-36342008000700007.
- Deb, S., Strawderman, L. DuBien, J. Smith, B., Carruth, D.W. y Garrison, T.M. (2017). Evaluating pedestrian behavior at crosswalks: Validation of a pedestrian behavior questionnaire for the U.S. population. *Accident Analysis and Prevention*, 106, 191-201. doi: 10.1016/j.aap.2017.05.020.
- Elliott, M.A. y Baughan, C.J., (2004). Developing a self-report method for investigating adolescent road user behavior. *Transportation Research (Part F: Traffic Psychology and Behaviour)*, 7, 373-393. doi: 10.1016/j.trf.2004.10.002.
- Escobar P., J., y Cuervo M., A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*, 6, 27-36.
- Fornell, C. y Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18, 382-388. doi: 10.2307/3150980.
- Gicquel, L., Ordonneau, P., Blot, E., Toillon, C., Ingrand, P. y Romo, L. (2017). Description of various factors contributing to traffic accidents in youth and measures proposed to alleviate recurrence. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-10. doi: 10.3389/fpsy.2017.00094.
- Granié, M.A. (2008). Influence de l'adhésion aux stéréotypes de sexe sur la perception des comportements piétons chez l'adulte. *Recherche Transports Sécurité*, 101, 253-264. doi: 10.3166/rts.101.253-263.
- Granié, M.A. (2009). Effects of gender, sex-stereotype conformity, age and internalization on risk-taking among pedestrians. *Safety Science*, 47, 1277-1283. doi: 10.1016/j.ssci.2009.03.010.
- Granié, M.A., Pannetier, M. y Guého, L. (2013). Developing a self-reporting method to measure pedestrian behaviors at all ages. *Accidents Analysis and Prevention*, 50, 830-839. doi: 10.1016/j.aap.2012.07.009.
- Gregory, R.J. (2012). *Pruebas psicológicas. Historia, principios y aplicaciones*. México: Pearson Educación.
- 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.
- Hair, J.F., Hult, T.M., Ringle, C.M. y Sarstedt, M.A. (2017). *A primer on partial least squares structural equation modeling* (2nd ed.) Los Angeles, CA: Sage.
- Herrero F., D. (2015). Desarrollo de un cuestionario breve para la medición del comportamiento arriesgado en peatones adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 24, 271-284. doi: 10.15448/rcp.v24n2.43587.
- Hidalgo S., E., Campuzano R., J., Rodríguez H., J.M., Chias B., L., Reséndiz L., H., Sánchez R., H., et al. (2010). Motivos de uso y no uso de puentes peatonales en la Ciudad de México: la perspectiva de los peatones. *Salud Pública de México*, 52, 502-510. doi: 10.1590/s0036-36342010000600004.
- Híjar, M. (2003). El crecimiento urbano y sus consecuencias no planeadas. El caso de los atropellamientos. En F. M. Knauel y G. Nigenda (Eds.): *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 89-97). México: Fundación Mexicana para la Salud, A. C. Recuperado de <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/05-ElCrecimiento.pdf>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2016). *Profile México*. Recuperado de <http://www.healthdata.org/mexico?language=149>.
- Moyano D., E. (2002). Theory of planned behavior and pedestrians' intentions to violate traffic regulations. *Transportation Research (Part F: Traffic Psychology and Behaviour)*, 5, 169-175. doi: 10.1016/S1369-8478(02)00015-3.
- Naghavi, M., Abajobir, A.A., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abd-Allah, F., Abera, S.F., et al. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1151-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9.
- Papadimitriou, E., Lassarre, S. y Yannis, G. (2016). Introducing human factors in pedestrian crossing behaviour models. *Transportation Research (Part F: Traffic Psychology and Behaviour)*, 36, 69-82. doi: 10.1016/j.trf.2015.11.003.
- Parker, D., Manstead, A.S.R., Stradling, S.G., Reason, J.T. y Baxter, J.S. (1992). Intention to commit driving violations: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Psychology*, 77, 94-101. doi: 10.1037/0021-9010.77.1.94.
- Pérez N., R., Híjar M., M.C., Celis R., A. e Hidalgo S., E.C. (2012). *Lesiones causadas por el tránsito: hora de poner el freno. Ensanut 2012*. México: INP. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/LesionesTransito.pdf>.
- Pérez N., R., Mojarro Í., M.G., Mendoza G., M.E., Rosas O., S.R. e Híjar, M. (2016). Subestimación de la mortalidad causada por el tránsito en México: análisis subnacional. *Salud Pública de México*, 58, 412-420. doi: 10.21149/spm.v58i4.8021.

- Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (2016). *Perfil Nacional*. México: STCNPA. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/320202/NAC.pdf>.
- Sullman, M.J.M., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Masferrer, L., Cunill, M. y Planes, M., (2011). The pedestrian behaviour of Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 531-539. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.05.011.
- Sullman, M.J.M. y Mann, H.N. (2009). The road user behaviour of New Zealand adolescents. *Transportation Research (Part F: Traffic Psychology and Behaviour)*, 12, 494-502. doi: 10.1016/j.trf.2009.09.002.
- Sullman, M.J.M., Thomas, A. y Stephens, A.N. (2012). The road user behaviour of school students in Belgium. *Accidents Analysis and Prevention*, 48, 495-504. doi: 10.1016/j.aap.2012.03.004.
- Torquato, R.J. y Bianchi, A.S.A. (2010). Comportamento de risco do pedestre ao atravessar a rua: um estudo com universitários. *Transporte: Teoria e Aplicacao*, 2, 19-41.
- Yıldırım, Z. (2007). *Religiousness, conservatism, and their relationship with traffic behaviour*. Tesis inédita de Maestría. Ankara (Turquía): Middle East Technical University. Recuperado de [goo.gl/oCkFsY](http://goo.gl/oCkFsY).

## APÉNDICE

FACTORES	ÍTEMS
Violaciones	Cruzo la calle a pesar de que el semáforo peatonal está en luz roja.
	Cruzo en diagonal para ahorrar tiempo.
	Cruzo fuera del paso para peatones, incluso si hay uno o menos de 50 metros de distancia.
	Tomo caminos prohibidos a los peatones para ahorrar tiempo.
Errores	Me cruzo entre los vehículos detenidos en la carretera cuando hay embotellamientos.
	Cruzo incluso si los vehículos vienen en marcha, porque creo que van a detenerse por mí.
	Camino por carriles bici (ciclovías) cuando podría caminar por la banqueta.
	Cruzo corriendo la calle sin mirar alrededor porque tengo prisa.
Lapsus	Soy consciente de que he cruzado varias calles e intersecciones sin prestar atención al tráfico.
	Me olvido de mirar antes de cruzar porque estoy pensando en otra cosa.
	Cruzo sin mirar porque estoy hablando con alguien.
	Me olvido de mirar antes de cruzar porque quiero reunirme con alguien en la acera del otro lado.
Conductas agresivas	Me enojo con otro usuario del camino (peatón, conductor, ciclista, etc.) y le grito.
	Cruzo muy lentamente para molestar a un conductor.
	Me enojo con otro usuario del camino (peatón, conductor, ciclista, etc.) y le hago un gesto con la mano.
	Me enfado con un conductor y golpeo su vehículo.
Conductas positivas	Doy gracias a un conductor que se detiene para que cruce.
	Cuando voy acompañado por otros peatones, camino en una sola fila en las aceras estrechas con el fin de evitar molestias a los peatones que voy encontrando.
	Camino del lado derecho de la acera para no molestar a los peatones que voy encontrando en el camino.
	Dejo que un coche pase, incluso si tengo el derecho de paso, si no hay otro vehículo detrás de él.



# Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana

## *Cultural adaptation and psychometric properties of Leahy's Emotional Schema Scale (LESS II) in Mexican population*

Héctor Velázquez-Jurado<sup>1,2</sup>, Daniel Niño-Tamayo<sup>2</sup>,  
Athena Flores-Torres<sup>1</sup>, Aldo de la Fuente-Villanueva<sup>2</sup>,  
María del Pilar Méndez-Sánchez<sup>3</sup> y Rafael Peñaloza-Gómez<sup>3</sup>

*Citación:* Velázquez J., H., Niño T., D., Flores T., A., de la Fuente V., A., Méndez S., M. del P. y Peñaloza G., R. (2020). Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 30(1), 117-122.

### RESUMEN

Los esquemas emocionales se centran en las creencias para procesar, valorar y reaccionar a las emociones propias y de los demás; cabe señalar que para evaluar dichos esquemas Leahy desarrolló una escala cuyo objetivo es identificar 14 dimensiones. Actualmente no se cuenta con una versión del LESS II en español, por lo que el objetivo de la presente investigación consistió en realizar la adaptación y obtener las propiedades psicométricas del cuestionario. Participaron 289 personas de población general (164 mujeres, en un rango de edad de 18 a 70 años). Se obtuvo la validez convergente con las escalas de ansiedad y depresión de Beck, y un coeficiente alfa de 0.85. En conclusión, el presente trabajo constituye una herramienta útil para evaluar los esquemas emocionales y así favorecer en los pacientes el procesamiento adecuado en términos de la normalización, expresión y validación emocional.

**Palabras clave:** Meta-emoción; Validación emocional; Terapia de esquemas emocionales; Ansiedad; Depresión.

### ABSTRACT

*The emotional schemas approach focuses on how people process beliefs, how they value and react to their emotions as well as reactions by others. In order to assess such schemas Leahy developed a scale aimed to identify 14 different dimensions. Since there is not a Spanish version of the LESS II, the objective of the present study was to culturally adapt to Mexican Spanish language and assess its psychometric properties. Results from 289 adult adults (164 females, age from 18 to 70 years,  $X = 36.7$ ,  $SD = 14.55$ ) showed significant correlations between 13 schemas with the Beck's anxiety and depression scales, as well as an Alpha coefficient of 0.85. In conclusion, the present study led to a useful tool to evaluate emotional schemas allowing for the development of interventions to help patients normalize, express and validate emotions.*

**Key words:** Meta-emotion; Emotional validation; Emotional schema therapy; Anxiety; Depression.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, Vasco de Quiroga 15, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)38-54-49-39, correo electrónico: velazquezjurado@gmail.com. Artículo recibido el 19 de septiembre de 2018 y aceptado el 23 de abril de 2019.

<sup>2</sup> Universidad Intercontinental, Av de los Insurgentes Sur 4303, Sta. Úrsula Xitla, 14420 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México.

Existen diversos enfoques psicológicos cuyo objetivo es dotar al paciente de habilidades de regulación emocional, por lo que resulta esencial entender la emoción como un elemento inherente al ser humano que tiene una función y una intención y que se asocia con componentes cognitivos y conductuales (Leahy, 2012). Por lo tanto, la falta de regulación emocional aumenta la vulnerabilidad psicológica de una persona y dificulta su identificación, diferenciación y expresión, lo que deriva en trastornos psicológicos o psiquiátricos (Leahy, 2002, 2012, 2015).

De acuerdo con Leahy, las personas tienen tres maneras básicas de procesar las emociones; la primera es cuando se es capaz de normalizarlas, expresarlas y validarlas, lo que favorece su procesamiento. La segunda es cuando se tiende a la evitación emocional y cognitiva, por lo que se recurre a estrategias de afrontamiento inadecuadas (abuso de sustancias, ingesta emocional), lo que refuerza la creencia de que las emociones negativas son incontrolables, y la tercera es cuando se interpretan las emociones como incomprensibles o embarazosas y por lo tanto se busca su simplificación, razón por la cual se recurre a la rumiación y al escalamiento de los sentimientos negativos (Leahy, 2009, 2015; Manrique y Aguado, 2006), mismos que son el resultado del fracaso de tal simplificación.

Es importante destacar dos conceptos: la metacognición y la metaemoción. De acuerdo con Wells (2013), ambos desempeñan un papel significativo en la preocupación y el pensamiento rumiante, que comúnmente se asocian a cuadros de depresión y trastornos de ansiedad. Dentro del ciclo de la tristeza, factores como las evaluaciones negativas, la pérdida de control, el sentimiento de agobio, la evitación y el aislamiento son primordiales (Leahy, 2015).

El modelo de esquemas emocionales de Leahy —a diferencia de los modelos tradicionales, que consideran las emociones como una consecuencia del proceso cognitivo— se centra en que estas pueden ser, y son de hecho, un objeto de evaluación cognitiva dado que los individuos las evalúan y controlan (Leahy, 2002, 2009, 2015).

Así, el referido modelo de esquemas emocionales se refiere a que las personas tienen con-

juntos específicos de creencias para procesar, valorar y reaccionar a sus emociones y a las de los demás (Leahy, 2002, 2012). Tal es el caso de la ansiedad, que puede ser una respuesta a situaciones estresantes o que se perciben como peligrosas. El modelo de esquemas se enfoca en lo que se piensa una vez que se han identificado las respuestas fisiológicas propias de la ansiedad. Si bien interpretar situaciones como catastróficas o “malas” prepara para el proceso de afrontamiento, su carácter sostenido coloca a la persona en una situación de estrés constante (Beck, 2011; Leahy, 2002, 2012).

La terapia de esquemas emocionales de Leahy, que se basa en la regulación y el procesamiento emocional, busca dotar al paciente, a través de los procesos de metaemoción y metacognición, de las habilidades para reconocer, expresar y normalizar las emociones, identificar su funcionalidad y acceder así a los esquemas emocionales que subyacen a la conducta (Manrique y Aguado, 2006).

Así, el procesamiento emocional incluye varios componentes, como el reconocimiento y categorización de una emoción; la capacidad de expresión; la regulación emocional, que es una tendencia a inhibir o intensificar la experiencia emocional, y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Leahy, 2002, 2015; Manrique y Aguado, 2006; Pennebaker, 1997). Por lo anterior, es necesario contar con herramientas adecuadas tanto para evaluar dichos procesos como para las poblaciones a las que estén dirigidos en términos culturales y psicométricos.

Para evaluar el constructo de esquemas emocionales, Leahy (2002) desarrolló una escala que tenía como objetivo identificar catorce diferentes dimensiones, que dependen de los procesos de metacognición y metaemoción. Así, la Leahy Emotional Schema Scale (LESS), en su versión en inglés, contiene 50 reactivos que integran las citadas dimensiones a saber: 1) validación, 2) comprensibilidad, 3) culpa y vergüenza, 4) simplicidad vs. complejidad, 5) relaciones con valores elevados, 6) control emocional, 7) insensibilidad, 8) racionalidad/antiemocional, 9) duración de sentimientos fuertes, 10) consenso con otros, 11) aceptación o inhibición, 12) rumiación vs. estilo instrumental, 13) expresión y 14) culpar a otros. Algunos de los esquemas son negativos y por tanto dificultan

el procesamiento y la regulación emocional. Cabe destacar que existe una versión en español con 50 reactivos, aunque no se han ofrecido datos sobre su confiabilidad y validez y cuya traducción carece de adecuación cultural.

Después se desarrolló una segunda escala, la LESS II, que es un resumen de la primera. Consta de 28 reactivos e igualmente de catorce dimensiones, aunque estas varían para quedar de la siguiente forma: 1) Invalidación, 2) Incomprensibilidad, 3) Culpa, 4) Visión simplista, 5) Devaluación, 6) Pérdida de control, 7) Insensibilidad, 8) Racionalidad, 9) Duración, 10) Bajo consenso, 11) No aceptación, 12) Rumiación, 13) Baja expresión y 14) Actitud de culpar a otros. De esta versión del instrumento no se cuenta hasta hoy con datos sobre sus propiedades psicométricas en población mexicana; no obstante, es más breve y condensa con mayor claridad las dimensiones emocionales. Solamente se han reportado sus propiedades psicométricas en dos poblaciones: coreana, la primera de las cuales (Shu et al., 2019) se efectuó únicamente en estudiantes —a pesar de que la estructura factorial arrojó una escala de diez reactivos, mostró validez convergente al correlacionar con un instrumento que evalúa, entre otros aspectos, la depresión; la versión turca (Batmaz y Özdel, 2015) se aplicó en pacientes con trastorno depresivo mayor, mostrando también resultados satisfactorios.

En virtud de lo anteriormente descrito, el objetivo del presente estudio fue adaptar al español y obtener las propiedades psicométricas del LESS II en población general, replicando el procedimiento de Leahy (2002) con la escala original y correlacionando los resultados de la escala en su versión traducida con los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck, para obtener así su consistencia interna.

## MÉTODO

### Participantes

Se analizaron los resultados de 289 personas adultas de población general (123 hombres y 164 mujeres), en un rango de edad de entre 18 y 70 años ( $M = 36.7$ ,  $D.E. = 14.55$ ). De estos, 98 participantes

fueron estudiantes (33.9%) y 171 con licenciatura terminada (59.2%).

Se buscó aplicar al menos diez cuestionarios por cada reactivo (Nunnally y Bernstein, 1995).

### Instrumentos

El cuestionario de esquemas emocionales aplicado fue una versión traducida al español del LESS II, que, como ya se dijo, consta de 28 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de seis categorías, con opciones de respuesta que van de “Muy falso para mí” hasta “Muy verdadero para mí”, mismos que abarcan las catorce dimensiones citadas de los esquemas emocionales. Cada dimensión o esquema emocional consta de dos reactivos, por lo que la calificación global del esquema se obtiene al dividir la suma de los dos reactivos entre 2.

Una vez obtenido el permiso del autor para la adaptación del instrumento, primero se realizó una traducción literal de los reactivos del inglés al español y después modificaron culturalmente para una mejor comprensión de la muestra mexicana. La tarea fue llevada a cabo por cinco psicólogos expertos en medición y construcción de instrumentos y con pleno dominio del idioma inglés. Una vez listo el instrumento se hicieron 30 aplicaciones en población abierta para verificar la claridad y comprensión de los reactivos, y con las sugerencias recibidas se elaboró una versión final.

La versión final se aplicó en conjunto con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck y un cuestionario sociodemográfico en donde se preguntaba la edad, sexo, ocupación, escolaridad, lugar de nacimiento, residencia, estado civil, ingresos mensuales familiares y con quién se compartía la vivienda.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), en la versión mexicana de Jurado et al. (1998) está compuesto por 21 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert, así como un reactivo dicotómico que valora sintomatología depresiva. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), en la versión mexicana de Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), incorpora 21 reactivos tipo Likert que evalúan la sintomatología ansiosa.



## RESULTADOS

Inicialmente, se determinaron las correlaciones entre el BDI, el BAI y la versión traducida del LESS II, buscándose la validez convergente. Se encontraron correlaciones significativas entre prácticamente todos los esquemas emocionales y dichas escalas (Tabla 1).

**Tabla 1.** Correlaciones entre los esquemas emocionales y la sintomatología ansiosa y depresiva.

LESS II	BDI	BAI
Invalidación	.324**	.295**
Incomprensibilidad	.520**	.479**
Culpa	.369**	.380**
Visión simplista	.173**	.125**
Devaluación	.113	.109
Pérdida de control	.523**	.538**
Insensibilidad	.387**	.284**
Racionalidad	.139**	.010
Duración	.273**	.336**
Bajo consenso	.446**	.451**
No aceptación	.396**	.376**
Rumiación	.519**	.471**
Baja expresión	.163**	.161**
Culpar a otros	.289**	.258**

**Nota.** BDI = Inventario de Depresión de Beck;

BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

\*\* $p < 0.001$ .

En la tabla se observan correlaciones positivas entre el BDI y trece de los esquemas de LESS II ( $p < 0.001$ ), pues no hubo correlación con el esquema de devaluación. De igual forma, se identificaron correlaciones positivas entre el BAI y los mismos trece esquemas ( $p < 0.001$ ).

Al determinarse la confiabilidad de la escala traducida al español se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.850.

Se obtuvieron después las medidas de tendencia central pertinentes de cada esquema (Tabla 2).

En la tabla se destaca que los esquemas de Visión simplista y Racionalidad mostraron valores más elevados y que el esquema de Culpa fue el área con los puntajes más bajos en general.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de la muestra.

Esquema	Mediana ( $P_{25}$ - $P_{75}$ )
Invalidación	2 (1.5 - 3)
Incomprensibilidad	3 (1.5 - 3.5)
Culpa	1.5 (1 - 3)
Visión simplista	5 (4.5 - 6)
Devaluación	2 (1.5 - 3)
Pérdida de control	3 (2 - 4.5)
Insensibilidad	3 (2.5 - 4)
Racionalidad	4 (3 - 5.4)
Duración	3 (2 - 3.5)
Bajo consenso	3 (1.5 - 4)
No aceptación	2 (1.5 - 3.5)
Rumiación	3.5 (2 - 4.5)
Baja expresión	2(1.5 - 3)
Culpar a otros	3.5(2.5-4.3)

Referente a las escalas de depresión y ansiedad, en el primer caso la mediana fue de 10(6-15), lo que indica sintomatología leve, y en el segundo de 9(4-16), esto es, sintomatología también leve.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy II (LESS II), así como realizar una adaptación cultural adecuada a la población mexicana. En cuanto al primer punto, los resultados se hallan en la misma línea de lo reportado por Leahy (2002). Dado que se encontró correlación entre el BDI, el BAI y trece de las dimensiones que componen la escala, los tres constructos guardan relación entre sí. En cuanto a la adaptación cultural, todos los reactivos fueron comprensibles para los participantes, lo que da mayor sustento al análisis estadístico.

De acuerdo con el presente estudio, tanto la depresión como la ansiedad se relacionaron con un manejo inadecuado de las emociones; se trata, pues, de un proceso metaemocional en el que no aceptar las emociones o minimizarlas, percibir incapacidad para regular una emoción compleja y carecer de habilidades para expresar saludable-

mente una emoción, desembocan en formas de procesamiento emocional caracterizadas, en primer lugar, por evitación emocional y cognitiva, y en segundo término por la tendencia a no comprender las propias emociones o sentir vergüenza por ellas, lo que finalmente consolida un proceso de rumiación que escala a sentimientos negativos (Leahy, 2009; Manrique y Aguado, 2006).

Un hallazgo que debe destacarse es que la depresión se relacionó con el ser excesivamente racional acerca de las emociones experimentadas. La forma en que la racionalidad excesiva deviene depresión estaría relacionada con el pensamiento rumiante (Wells, 2013). Al ser ideas difíciles de descartar sobre el manejo deficiente de las emociones, se generan dichos estados emocionales en razón de que las emociones se ven afectadas por la percepción de los eventos experimentados (Beck y Alford, 2008; Beck, 2011).

La dimensión Devaluación, que evalúa el peso de los valores personales, no correlacionó significativamente con las variables de depresión o ansiedad. De acuerdo con los datos, cumplir o no con los propios valores es independiente de los síntomas afectivos y cognitivos presentes en los trastornos ansiosos y en los cuadros depresivos, por lo que no tuvo un papel determinante en esta muestra. Dicho hallazgo discrepa de lo descrito por Hanel y Woldfrat (2016), en cuanto que la depresión correlaciona positivamente con “logro”, y ansiedad con “hedonismo” en sentido negativo. De igual forma, no coincide con la correlación negativa descrita por Leahy, Tirch y Melwani (2012).

En concreto, este estudio, además de determinar las propiedades psicométricas del instrumento, apoya la naturaleza metaemocional en la ansiedad y la depresión; los resultados, ceñidos

por el alcance de un estudio correlacional, sugieren asociaciones significativas con un esquema en que predomina una “visión simplista de las emociones”, que se define por la dificultad para comprender que las personas pueden experimentar diversas emociones al mismo tiempo, y por lo tanto sentimientos mezclados, lo que resulta confuso y abrumador (Leahy, 2002, 2015). Dotar a los individuos con síntomas de ansiedad y depresión de las destrezas para resolver esa ambivalencia tendría gran importancia.

Evaluar los esquemas emocionales permite hacer un plan de tratamiento para trabajar con síntomas depresivos y ansiosos enfocados en las emociones y en cómo estas se abordan. La manera en que se lidia con las emociones está estrechamente relacionada con la cultura y las creencias o costumbres sociales, y de ahí la importancia de los procesos metacognitivos.

El presente trabajo brinda una herramienta útil para evaluar los esquemas emocionales planteados por Leahy y una medida confiable y válida de los cambios que ocurren en el procesamiento emocional de los pacientes –cambios planteados como objetivos de tratamiento–, de modo que estos sean capaces de normalizar, expresar y validar sus emociones (Leahy, 2002; Leahy, 2015; Manrique y Aguado, 2006).

Finalmente, el presente trabajo muestra algunas limitaciones, como el hecho de que no se realizó una traducción de vuelta del español al inglés; sin embargo, se buscó que los reactivos guardaran el sentido de la pregunta original en inglés al apoyarse en las definiciones conceptuales descritas por Leahy (2002, 2007a, 2007b, 2015). Otra fortaleza del instrumento son sus niveles adecuados de confiabilidad y validez.

## REFERENCIAS

- Batmaz, S. y Özdel, K. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of Leahy Emotional Schema Scale-II. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16, 223-30.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2008). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia, PE: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 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.

- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York: Guilford.
- Hanel, P. y Wolfradt, U. (2016). The “dark side” of personal values: Relations to clinical constructs and their implications. *Personality and Individual Differences*, 97, 140-145.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/706/705](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/705).
- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R.L. (2007a). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302.
- Leahy, R.L. (2007b). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 36-45.
- Leahy, R.L. (2009). Resistance: An emotional schema therapy approach. En G. Simos (Ed.): *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician* (v. II, pp. 187-204). London: Routledge.
- Leahy, R.L. (2012). *Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters*. doi: 10.1002/9781118001851.ch5.
- Leahy, R.L. (2015). *Emotional schema therapy*. New York: Guilford.
- Leahy, R.L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51, 82-88. doi: 10.1111/ap.12142.
- Leahy, R.L., Tirsch, D. y Melwani, P. (2012). Processes underlying depression: risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Manrique, E. y Aguado, H. (2006). Esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en terapia cognitivo-conductual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 11-32.
- Nunnally, J. Bernstein, J. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166. doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Suh, J., Lee, H., Yoo, N., Min, H., Gi Seo, D. y Choi, K. (2019). A brief version of the Leahy Emotional Schema Scale: a validation study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 38-54.
- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186-201. doi: 10.1521/ijct.2013.6.2.186.

# Propiedades psicométricas de la Prueba Breve de Funcionamiento (FAST) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en México<sup>1</sup>

## *Psychometric properties of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in patients diagnosed with bipolar disorder in Mexico*

*Marisol Castañeda-Franco, Claudia Becerra-Palars, Elsa Georgina Tirado-Durán, María Yoldi-Negrete y Francisco Lorenzo Juárez-García<sup>2</sup>*

*Citación:* Castañeda F., M., Becerra P., C., Tirado D., E.G., Yoldi N., M. y Juárez G., F.L. (2020). Propiedades psicométricas de la Prueba Breve de Funcionamiento (FAST) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 123-131.

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue adaptar y validar la Prueba Breve de Funcionamiento en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Participaron 44 personas con el trastorno y 43 con salud mental, quienes respondieron un cuestionario de datos sociodemográficos, la FAST y la Escala de Evaluación de la Actividad Global. Se analizaron la estructura factorial, la consistencia interna, la validez concurrente y discriminante del citado instrumento. Los resultados indican que la versión mexicana de la FAST es un instrumento de fácil aplicación, que requiere poco tiempo de administración y que tiene propiedades psicométricas satisfactorias para evaluar el funcionamiento de pacientes con tal diagnóstico.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar; Funcionalidad; Escalas de evaluación; Psicometría; Eutimia; Discapacidad.

### SUMMARY

*The objective of the present study was to adapt and validate the Functioning Assessment Short Test (FAST) in patients diagnosed with bipolar disorder in Mexico. Participants were 44 patients and 43 healthy subjects, who answered the FAST, the Global Activity Assessment Scale and a socio-demographic data questionnaire. Analyses included factorial structure, internal consistency as well as concurrent and discriminant validity. Results show that the Mexican version of the FAST is an easy-to-apply instrument that requires little administration time, and has satisfactory psychometric properties to evaluate the functioning of patients with bipolar disorder.*

**Key words:** Bipolar disorder; Functionality; Evaluation scales; Psychometry; Euthymia; Disability.

<sup>1</sup> El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación SC16040.2 y el Comité de Ética del INPRFM CONBIOETICA-09-CEI-010-20170316.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo, Huipulco, Ciudad de México, México, tel. (55)41-60-54-37, correo electrónico: psicolmar@yahoo.com.mx y castaneda@imp.edu.mx. Artículo recibido el 14 de noviembre de 2018 y aceptado el 9 de abril de 2019.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es un padecimiento mental grave y persistente caracterizado por periodos de manía/hipomanía y depresión periódica, a los que les siguen lapsos de eutimia, durante los cuales se supone que los pacientes pueden retornar a su nivel de funcionamiento normal. No obstante, diversos estudios no describen un resultado tan favorable. Se ha documentado que a pesar de que 97.5% de los pacientes muestran una recuperación sintomática 24 meses después del inicio del tratamiento farmacológico, solamente 37.6% logra la recuperación funcional, y 62.4% sufre un deterioro persistente en su productividad cotidiana y una pérdida de días laborales (Tohen et al., 2000). Strakowski, Williams, Fleck y Delbello (2000), en un estudio de seguimiento de ocho meses, reportaron que la mayoría de los pacientes en fase de eutimia mostraron un deterioro persistente en al menos un área de funcionamiento, lo que puede implicar desadaptación social, discapacidad y dependencia graves (Judd et al., 2008; Uzelac, Jaeger, Berns y Gonzales, 2008; Vieta y Rosa, 2007).

Hasta hace unos años, los resultados de los tratamientos farmacológicos y psicosociales para pacientes con este padecimiento se habían centrado en la recuperación clínica, evaluada como la reducción de la gravedad de los síntomas y las tasas de recaída (Keck, 2004). Sin embargo, ha habido un creciente interés por incorporar resultados a partir de la perspectiva del propio paciente, incluida la percepción de su funcionamiento. Por consiguiente, diversos investigadores han señalado la necesidad e importancia de contar con instrumentos específicamente diseñados para evaluar el funcionamiento y el impacto que los tratamientos farmacológicos y psicosociales puedan tener sobre dicha condición y considerando el punto de vista del paciente.

El concepto de *funcionamiento* se refiere a la ejecución de la función propia de una persona para realizar una tarea, actividad o trabajo de manera satisfactoria. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001), es un término genérico que comprende las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación. Es, pues, un con-

cepto complejo que involucra muchos dominios diferentes, incluidas la capacidad de trabajar, de vivir de forma independiente, de recreación, de vivir en pareja, de manejar las finanzas, de concentración y de memoria (Zarate, Tohen, Land y Cavanagh, 2000; Keck et al., 1998). Cuando el funcionamiento en cuestión no cumple con los objetivos pretendidos, se le considera un mal funcionamiento porque los roles específicos que esa persona debe cumplir en el contexto, relación o trabajo no resultan ser congruentes con los esperados.

De acuerdo con Suominen, Salminen, Lähteenmäki, Tupala e Isometsä (2015), se han utilizado diversos instrumentos para medir el funcionamiento en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, entre los cuales se hallan la Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (GAF) (First, Spitzer y Gibbon, 1997), la Escala de Evaluación de Funcionamiento Social y Ocupacional (SO-FAS) (Goldman, Skodol y Lave, 1992), la Escala de Ajuste Social (SAS) (Weissman y Bothwell, 1976), la Encuesta de Salud (SF-36) (Ware, Kosinski y Keller, 1994) y la RAND-36 (Hays y Morales, 2001). No obstante, ninguna de las escalas citadas se desarrolló específicamente para evaluar las áreas de funcionamiento en pacientes con trastorno bipolar, por lo que pueden carecer de sensibilidad o precisión. Dichos instrumentos son onerosos en cuanto al tiempo de aplicación y se diseñaron expresamente para medir la actividad global del paciente (GAF), su funcionamiento y ajuste social (SO-FAS y SAS), y su calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), por lo que no toman en cuenta otros elementos necesarios para un funcionamiento óptimo, como la cognición, la autonomía, el manejo de las finanzas, el esparcimiento y las relaciones interpersonales (Berns, Uzelac, Gonzalez y Jaeger, 2007). Es por ello que la Prueba Breve de Funcionamiento (Functional Assessment Short Test [FAST]) se creó en España para evaluar el funcionamiento y se centra en los principales problemas experimentados por los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar (Rosa et al., 2007). Por ende, la FAST se ha traducido y validado en diversos idiomas, como inglés (Vieta, 2010), italiano (Moro et al., 2012), portugués (Cacilhas et al., 2009), turco (Aydemir y Uykur, 2012), finlandés (Suominen et al., 2015) y chino (Zhang et al., 2018).

Considerando que la evaluación del funcionamiento en los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar es esencial para medir el impacto de los tratamientos farmacológicos o psicosociales desde la perspectiva del paciente, y ante la falta de un instrumento de este tipo en México, el objetivo del presente estudio fue adaptar la FAST al contexto sociocultural en México y validar la versión mexicana en términos de su estructura factorial, confiabilidad y validez en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

## MÉTODO

### Sujetos

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en dos grupos:

1) *Grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.* Conformado por 44 pacientes ambulatorios que asistían a consulta externa en la Clínica de Trastornos Afectivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) de la Ciudad de México. Los pacientes fueron reclutados de acuerdo a los siguientes criterios: a) tener diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o II basado en una entrevista clínica hecha por psiquiatras adscritos al hospital, sobre la base de los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000); b) estar en eutimia por al menos un mes, confirmada con los puntajes < 8 de la Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young, Biggs, Ziegler y Meyer, 1978; Colom et al., 2002) y < 9 de la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (Hamilton, 1960; Bobes et al., 2003); c) apegados al tratamiento farmacológico; d) con un rango de edad de 20-50 años, y e) que firmaran un formato de consentimiento informado. Los pacientes con enfermedades metabólicas crónicas o historia de abuso de sustancias no participaron en el estudio.

2) *Grupo control:* Reclutado a través de una invitación directa para participar en el estudio e integrado por 43 sujetos sin diagnósticos psiquiátricos o neurológicos, con las mismas características de edad y género que el grupo de pacientes con trastorno bipolar, ser habitantes de la Ciudad de México, sin historia familiar de trastornos psi-

quiátricos, antecedentes médicos crónicos ni consumo de sustancias.

### Instrumentos

#### *Cuestionario de datos sociodemográficos.*

Se utilizó para recabar datos como edad, género, años de educación, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, edad de inicio del padecimiento, duración de la enfermedad, número de hospitalizaciones, medicamento, consumo de sustancias, antecedentes médicos y/o neurológicos.

#### *Prueba Breve de Funcionamiento (FAST)* (Rosa et al., 2007).

Es este un instrumento tipo entrevista que requiere poco tiempo de administración, diseñado para ser aplicado por el profesional de la salud mental. El marco de tiempo que se analiza son los últimos quince días antes de la evaluación e incluye 24 reactivos que se dividen en seis áreas específicas de funcionamiento: 1) Autonomía, que se refiere a la capacidad del paciente para realizar actividades y tomar sus propias decisiones solo; 2) Funcionamiento laboral, esto es, la capacidad para mantener un trabajo remunerado, eficiencia para el desempeño de las actividades laborales, trabajo relacionado al área en la cual el paciente estudió y recibir un sueldo acorde al puesto de trabajo; 3) Funcionamiento cognitivo, que se relaciona con la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales simples, resolución de problemas, aprendizaje de información nueva y recuerdo de la información aprendida previamente; 4) Temas financieros, que involucran la capacidad de administrar las finanzas y el gasto de manera equilibrada; 5) Relaciones interpersonales, que alude a las relaciones con amigos y familia, realización de actividades sociales, relaciones sexuales y habilidad para defender ideas y opiniones, y 6) Tiempo libre, que se refiere a la capacidad de efectuar actividades físicas (deporte, ejercicio) y el disfrute de pasatiempos. Todos los ítems se califican utilizando una escala de cuatro puntos: 0 = sin dificultad, 1 = dificultad leve, 2 = dificultad moderada y 3 = dificultad grave. La puntuación global se obtiene al sumar las puntuaciones obtenidas en cada área; cuanto mayor sea la puntuación, más graves son las dificultades. Las propiedades psicométricas

de la FAST en España mostraron alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.909, alta correlación negativa significativa con GAF ( $r = -0.903$ ,  $p < 0.001$ ), que indica validez concurrente; el análisis de confiabilidad test-retest mostró una fuerte correlación entre mediciones hechas con una semana de diferencia ( $ICC = 0.98$ ;  $p < 0.001$ ).

#### *Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF)* (American Psychiatric Association, 2000).

Esta escala valora la actividad global del paciente a lo largo de un continuo hipotético de salud-enfermedad. Se utiliza para valorar especialmente el eje V del DSM-IV. Consta de un único ítem que asigna un nivel general de actividad del paciente al momento de la evaluación o en un periodo de tiempo definido. Se puntúa mediante una escala que oscila entre 0 y 100, en la que 0 indica información inadecuada; 20, algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo, dejando ocasionalmente de mantener la higiene personal mínima o mostrando una alteración importante de la comunicación; 50, síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar, 80, existencia de síntomas transitorios y que constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales, y únicamente hay una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar, y 100, que indica actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades.

#### **Procedimiento**

El procedimiento seguido se llevó a cabo en dos fases:

*Primera fase.* Adaptación del instrumento. Inicialmente se hizo una búsqueda bibliográfica de las escalas de valoración del funcionamiento en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Se seleccionó la Prueba Breve de Funcionamiento (FAST), de Rosa et al. (2007), creada en España, por ser el único instrumento diseñado específicamente para este padecimiento psiquiátrico. Después de obtener la autorización de los autores de la FAST para llevar a cabo el presente estudio, se sometió la versión española al jueceo de expertos en el área clínica (psiquiatras, psicólogos y neuropsicólogas adscritas al INPRFM) para determi-

nar su validez de contenido. A este personal se le preguntó si eran adecuadas las áreas que incluía el instrumento y si los reactivos eran comprensibles. Derivado de este proceso, se hicieron algunas modificaciones al instrumento, tales como redactar los ítems en forma interrogativa e incluir los ejemplos que contiene el manual de la FAST. Por ejemplo, el ítem 1 del instrumento original, que dice “Encargarse de las tareas de casa”, se modificó a “¿Qué tan difícil es ocuparse de las tareas de la casa, como lavar platos y ropa, cocinar, arreglar deterioros, etc.?”. Asimismo, se incluyeron indicaciones precisas en los casos de pacientes hospitalizados, con invalidez o que habían causado baja laboral. Por ejemplo, en el área de funcionamiento laboral se incluyó el siguiente señalamiento “Pacientes hospitalizados, con invalidez o baja laboral, se contesta con 3 en la escala Likert”. Luego, la autora principal de este estudio aplicó la versión modificada de la FAST a un grupo piloto de cinco pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar para corroborar la claridad de las instrucciones, la comprensión de los reactivos y el tiempo promedio estimado de cinco minutos para contestar el instrumento. La versión modificada de la FAST se envió a los autores originales del instrumento para su aprobación. Finalmente, se capacitó a un grupo de alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac del Sur, así como a psiquiatras y neuropsicólogas adscritas al INPRFM, en la administración del instrumento.

*Segunda fase.* Validación del instrumento. Se aplicaron el cuestionario de datos sociodemográficos y la versión mexicana de la FAST a los sujetos que aceptaron participar en el estudio y que conformaron el grupo control. Las aplicaciones de los instrumentos para este grupo fueron hechas por los estudiantes. A su vez, los psiquiatras y neuropsicólogos del INPRFM aplicaron el cuestionario de datos sociodemográficos, la FAST y la GAF al grupo de pacientes que aceptaron participar en el estudio y que fueron incluidos en el grupo de pacientes con trastorno bipolar. Las aplicaciones de los instrumentos se hicieron en una sesión de 20 minutos el mismo día en que los pacientes asistían a su consulta en el INPRFM. Hecho lo anterior, se elaboró la base de datos con los resultados de los instrumentos, mismos que se analizaron empleando el programa SPSS, v. 21.

## Análisis de datos

Primero se realizaron pruebas  $t$  y  $\chi^2$  para comparar las variables sociodemográficas entre pacientes y controles. Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para determinar la estructura factorial de la FAST. Los coeficientes con cargas menores de 0.40 fueron eliminados. La consistencia interna se midió usando el coeficiente alfa de Cronbach, en tanto que la validez concurrente se analizó por medio de la correlación de Pearson para valorar la relación entre la FAST y la GAF. Finalmente, se determinó la validez discriminante mediante el análisis con la prueba  $t$  para muestras independientes al comparar los puntajes de la FAST del grupo de pacientes con trastorno bipolar y del grupo control.

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de ambos grupos. La mayoría de los

participantes fueron mujeres, se encontraban laborando en un empleo formal o informal y eran solteros. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad, ya que más de una quinta parte de los sujetos del grupo de pacientes con trastorno bipolar tenía un nivel de preparatoria, mayor al del grupo control. Por el contrario, el porcentaje de pacientes con posgrado fue menor en comparación con el grupo control. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a ocupación, estado civil y edad.

El grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar se conformó por 87.8% de tipo I y 12.2% de tipo II. El promedio de la edad de inicio del padecimiento fue de 26.19 años (D.E. = 9.95), con 18.37 años de evolución (D.E. = 9.0) y 1.3 hospitalizaciones en promedio (D.E. = 1.73). Respecto al tratamiento farmacológico, 24.5% de los pacientes utilizaban litio, 55.1% valproato, 16.3% quetiapina y 4.1% lamotrigina.

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

Variable	Grupo de pacientes con trastorno bipolar	Grupo control	Estadístico	Sig.
<b>Sexo</b>				
Hombres (%)	25.0	20.9	$\chi^2 = 25.39$	.001*
Mujeres (%)	75.0	79.1		
<b>Ocupación</b>				
Empleado (%)	59.1	65.1	$\chi^2 = -.580$	.562
Desempleado (%)	2.3	—		
Estudiante (%)	25.0	30.2		
Hogar (%)	9.1	—		
Jubilado (%)	4.5	4.7		
<b>Escolaridad</b>				
Primaria (%)	2.3	—	$\chi^2 = -2.374$	.018*
Secundaria (%)	4.5	2.3		
Preparatoria (%)	22.7	11.6		
Licenciatura (%)	63.6	67.4		
Posgrado (%)	6.8	18.6		
<b>Estado civil</b>				
Soltero (%)	67.3	51.0	$\chi^2 = -1.636$	.102
Casado (%)	32.7	49.0		
<b>Edad promedio (D.E.)</b>	41.80 (11.735)	41.56 (11.937)	$t = -.089$	.894
<b>FAST total promedio (D.E.)</b>	19.50 (9.59)	9.81 (5.23)	$t = -5.82$	.001*
<b>GAF promedio (D.E.)</b>	30.9 (0.73)	80.9 (0.83)		
<b>YMRS promedio (D.E.)</b>	2.77 (2.77)	—		
<b>HAMD promedio (D.E.)</b>	5.50 (3.92)	—		

\*Diferencia estadísticamente significativa < 0.05



## Análisis de componentes principales

Se llevó a cabo un análisis de componentes principales con rotación varimax para evaluar la estructura interna de la versión mexicana de la FAST, obteniéndose una estructura de cuatro factores al omitir coeficientes menores o iguales a 0.40

(KMO = 0.82,  $p < .001$ ). Los componentes incluyeron relaciones interpersonales (factor 1, con cinco ítems), funcionamiento laboral (factor 2, con cuatro ítems), funcionamiento cognitivo (factor 3, con cuatro ítems) y autonomía (factor 4, con cuatro ítems) que explican 62.57% de la varianza total (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis de componentes principales con rotación varimax escala FAST, versión para México.

RELACIONES INTERPERSONALES	Carga factorial
1. ¿Qué tan difícil es practicar deporte o hacer ejercicio?	.735
2. ¿Qué tan difícil es tener y realizar aficiones o pasatiempos, como visitar amigos, jugar a las cartas, ir al cine, pasear, leer, etc.?	.724
3. ¿Qué tan difícil es convivir familiarmente?	.722
4. ¿Qué tan difícil es participar en actividades sociales, reuniones grupales o sociales, como cumpleaños, bodas, aniversarios?	.705
5. ¿Qué tan difícil es mantener una amistad, es decir, mantenerse en contacto con sus amigos o hacer nuevas amistades?	.679
<i>α de Cronbach</i>	.652
<i>% de varianza explicada</i>	34.99
<b>Funcionamiento laboral</b>	
6. ¿Qué tan difícil es trabajar en lo que estudió?	.826
7. ¿Qué tan difícil es lograr el rendimiento previsto por la empresa, es decir, su desempeño laboral, su capacidad para iniciar y terminar las actividades planeadas, etc.?	.809
8. ¿Qué tan difícil es realizar un trabajo remunerado/pagado?	.802
9. ¿Qué tan difícil es cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa?, es decir, ¿su salario está de acuerdo con el puesto que ocupa?	.769
<i>α de Cronbach</i>	.525
<i>% de varianza explicada</i>	47.64
<b>Funcionamiento cognitivo</b>	
10. ¿Qué tan difícil es recordar información, como nombres de gente nueva, números de teléfono, listas de compras, etc.?	.823
11. ¿Qué tan difícil es aprender información nueva, como por ejemplo actividades nuevas en el trabajo, recetas de cocina, funcionamiento de un nuevo electrodoméstico, direcciones, etc.?	.792
12. ¿Qué tan difícil es concentrarse en algo, como leer, ver una película, estudiar, etc.?	.586
13. ¿Qué tan difícil es hacer cálculos mentales, como calcular el cambio al realizar una compra, por ejemplo?	.555
<i>α de Cronbach</i>	.696
<i>% de varianza explicada</i>	55.96
<b>Autonomía</b>	
14. ¿Qué tan difícil es organizarse y realizar las compras/pagos de lo que necesita en su hogar, como mercado, tintorería, servicios, etc.?	.779
15. ¿Qué tan difícil es ocuparse de las tareas de la casa, como lavar platos o ropa, cocinar, arreglar deterioros, etc.?	.727
16. ¿Qué tan difícil es hacer compras ajustadas a su presupuesto, sin hacer gastos excesivos?	.581
17. ¿Qué tan difícil es vivir solo y/o de manera autónoma?	.573
<i>α de Cronbach</i>	.747
<i>% de varianza explicada</i>	62.57
<i>α de Cronbach escala total</i>	.794
<i>% de varianza explicada escala total</i>	62.57

Se omitieron los coeficientes menores a 0.40; KMO = 0.82; test de Barlet =  $p < 0.001$ .

## Confiabilidad y validez

El coeficiente alfa de Cronbach al analizar la consistencia interna de la escala total fue de 0.794, que indica buena consistencia interna, de acuerdo con George y Mallery (2003). La asociación entre la FAST y la GAF se analizó mediante la correlación de Pearson para evaluar la validez concurrente. El puntaje de la GAF se asoció significativamente con los cuatro factores de la FAST: Relaciones interpersonales ( $r = .503$ ,  $p = .001$ ), Funcionamiento la-

boral ( $r = .247$ ,  $p = .021$ ), Funcionamiento cognitivo ( $r = .247$ ,  $p = .021$ ) y Autonomía ( $r = .91$ ,  $p = .001$ ).

La capacidad discriminante de la FAST entre el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y el grupo control se evaluó mediante un análisis con la prueba *t* para muestras independientes. Los resultados indican que hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales de la FAST entre ambos grupos ( $t = -5.82$ ,  $p < 0.001$ ). Asimismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los cuatro factores de la FAST entre ambos grupos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación entre el grupo de pacientes con trastorno bipolar y el grupo control en los cuatro factores de la FAST.

Factor FAST	Grupo de pacientes con trastorno bipolar	Grupo control	<i>t</i>	<i>p</i>
Autonomía	5.50 (4.04)	2.47 (2.65)	-4.12	.001
Laboral	3.95 (3.60)	2.00 (2.42)	-2.96	.004
Cognición	5.89 (2.90)	2.88 (2.59)	-5.96	.001
Interpersonal	4.16 (2.43)	2.47 (2.22)	-3.37	.001
Total	19.50 (9.59)	9.81 (5.23)	-5.82	.001

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue adaptar la Prueba Breve de Evaluación de Funcionamiento (FAST) y evaluar sus características psicométricas de confiabilidad y validez en población mexicana. La FAST es un instrumento diseñado para evaluar el impacto de la psicopatología en el funcionamiento de la vida cotidiana del paciente, y ha demostrado ser una medición válida y confiable en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en diversos países, como España, Brasil, Italia, Finlandia y China.

El análisis de componentes principales de la versión mexicana de la FAST mostró que la mayoría de las cargas factoriales de los ítems quedó dentro de un rango entre .555 y .826, lo que indica una buena estructura interna. La versión mexicana de este instrumento quedó conformada por cuatro dimensiones: relaciones interpersonales, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo y autonomía, lo que concuerda con la validación realizada en China por Zhang et al. (2018). La consistencia interna del instrumento fue alta,

con un coeficiente alfa de Cronbach total de .79, lo que coincide con hallazgos previos (Cacilhas et al., 2009; Moro et al., 2012; Rosa et al., 2007; Suominen et al., 2015; Zhang et al., 2018). La validez concurrente mostró una correlación estadísticamente significativa con la GAF. Finalmente, se encontraron altas propiedades discriminantes, toda vez que el grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar reportaron alteraciones en su funcionamiento, en comparación con el grupo control. En este sentido, los pacientes con este padecimiento encuentran difícil funcionar en diferentes áreas, como la autonomía, el desempeño laboral, el funcionamiento cognitivo y las relaciones interpersonales, además de hallarse en un estado eutímico y mostrar adherencia farmacológica, resultados que son consistentes con hallazgos previos (Aparicio et al., 2017; Rosa et al., 2007).

Algunas limitaciones del presente estudio involucran la falta de validez test-retest; sin embargo, estudios previos han demostrado que la misma se mantiene sobre 0.90 de seis a doce meses después de la evaluación inicial (González et al., 2010). Además, en el presente estudio partici-

paron pacientes eutímicos, por lo que todavía se requiere evaluar el comportamiento de la versión mexicana de la FAST en diferentes estados de ánimo a fin de corroborar si el instrumento muestra la misma sensibilidad discriminante observada en la versión original española (Rosa et al., 2007). Finalmente, como señalan Zhang et al. (2018), todavía se desconoce si el tratamiento farmacológico podría sesgar la evaluación del funcionamiento, por lo que se requieren futuros estudios para valorar estos aspectos.

En conclusión, la identificación de las dificultades en el funcionamiento que los pacientes manifiestan en su vida cotidiana según su perspectiva es crucial para el tratamiento integral de los pacientes con trastornos psiquiátricos, en particular de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Por ello, disponer de la versión mexicana de

la FAST —que mostró propiedades psicométricas fuertes, que es de fácil aplicación, y que requiere de muy poco tiempo de administración— podrá ser de gran beneficio para crear estrategias terapéuticas centradas en las necesidades de cada persona. Debido a que la FAST evalúa áreas específicas del funcionamiento en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, se puede incluir en la clinimetría básica para evaluar los resultados de las intervenciones farmacológicas y psicosociales orientadas a la rehabilitación y mejora del funcionamiento. Además, el presente estudio se suma a la literatura internacional que documenta la validez de las diversas versiones de la FAST para evaluar las dificultades de funcionamiento que reportan pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar que se encuentran en eutimia y con adherencia al tratamiento farmacológico.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Madrid: Masson.
- Aparicio, A., Santos, J.L., Jimenez L., E., Bagny, A., Rodriguez J., R. y Sanchez M., E.M. (2017). Emotion processing and psychosocial functioning in euthymic bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 339-350.
- Aydemir, O. y Uykur, B. (2012). Reliability and validity study of the Turkish version of functioning assessment short test in bipolar disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23, 193-200.
- Berns, S., Uzelac, S., Gonzalez, C. y Jaeger, J. (2007). Methodological considerations of measuring disability in bipolar disorder: validity of the Multidimensional Scale of Independent Functioning. *Bipolar Disorders*, 9, 3-10.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal Re, R., Ballesteros, J. e Ibarra, N. (2003). A comparative psychometric study of the Spanish version with 6, 17 and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Medicina Clínica*, 120, 693-700.
- Cacilhas, A.A., Vieira, P., Ceresér, K.M., Walz, J.C., Weyne, F., Ribeiro, A., Vieta, E. y Kapczinski, F. (2009). Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12, 624-627.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez A., A., García G., M., Reinares, M., Torrent, C., Goikolea, J.M., Banus, S. y Salamero, M. (2002). Spanish version of a scale for the assessment of mania: validity and reliability of the Young Mania Rating Scale. *Medicina Clínica*, 119, 366-371.
- First, M.B., Spitzer, R. y Gibbon, M. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders biometrics research department edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E. y Lave, T.R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measure of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.
- González O., I., Rosa, A., Alberich, S., Barbeito, S., Vega, P., Echeburua, E., Vieta, E. y Gonzalez P., A. (2010). Validation and use of the Functioning Assessment Short Test in first psychotic episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 836-840.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hays, R.D. y Morales, L.S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine*, 33, 350-357.
- Judd, L.L., Schettler, P.J., Solomon, D.A., Maser, J.D., Corvell, W., Endicott, J. y Akiskal, H.S. (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II, and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 108, 49-58.
- Keck Jr., P.E. (2004). Defining and improving response to treatment in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 25-29.

- Keck Jr., P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Sax, K.W., Hawkins, J.M., Bourne, M.L. y Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Moro, M.F., Colom, F., Floris, F., Pintus, E., Pintus, M., Contini, F. y Carta, M.G. (2012). Validity and reliability of the Italian version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 67-73.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIDD-2*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.ch/icidh>.
- Rosa E., R., Sánchez M., J., Martínez A., A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso M., J.L., Kapczinski, F. y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 3-5.
- Strakowski, S.M., Williams, J.R., Fleck, D.F. y Delbello, M.P. (2000). Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 193-200.
- Suominen, K., Salminen, E., Lähteenmäki, S., Tupala, T. e Isometsä, E. (2015). Validity and reliability of the Finish version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 3, 1-5.
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C.M Jr., Baldessarini, R.J., Strakowski, S.M., Stoll, A.L., Faedda, G.L., Suppes, T., Gebre-Medhin, P. y Cohen, B.M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 157, 220-228.
- Uzelac, S., Jaeger, J., Berns, S. y Gonzales, C. (2008). Premorbid adjustment in bipolar disorder: comparisons with schizophrenia. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 194, 654-658.
- Vieta, E. (2010). *Guide to assessment scales in bipolar disorder*. London: Springer Health Care.
- Vieta, E. y Rosa, A.R. (2007). Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 4-11.
- Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and mental health summary scales: A user's manual*. Boston, MA: The Health Institute.
- Weissman, M.M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patients self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. y Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Zarate, C.A., Tohen, M., Land, M. y Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *The Psychiatric Quarterly*, 71, 309-329.
- Zhang, Y., Long, X., Ma, X., He, Q., Luo, X., Bian, Y., Xi, Y., Sun, X., Nig, C., Vieta, E. y Xiang, Y. (2018). Psychometric properties of the Chinese version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 238, 156-160.



# Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México

## *Care proposal for online psychotherapy services (telepsychotherapy) derived from the Covid-19 in Mexico*

Raúl Gutiérrez Mercado<sup>1</sup>

*Citación:* Gutiérrez M., R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136.

### RESUMEN

El presente documento pretende ser una propuesta de guía para aquellos profesionales de la salud mental que estén actualmente realizando terapia en línea, pero no cuentan con las directrices sobre cómo llevarla a cabo de la manera más efectiva posible, acorde a algún documento científico que oriente, mas no necesariamente garantice, su efectividad, sobre todo en los momentos en que está vigente el periodo de cuarentena obligatoria en México debido al Covid-19.

**Palabras clave:** Covid-19; Telepsicoterapia; Fomento de la salud mental; Lineamientos y guía; Terapia en línea.

### ABSTRACT

*This document is intended to be a proposal for to guide those mental health professionals who are currently practicing online therapy, but do not have the guidelines or directions on how to carry them out in the most effective way possible, according to any scientific document that guides, but does not guarantee, the effectiveness of the sessions, specially in these moments where the mandatory quarantine period in Mexico, due to the Covid-19, is carried on.*

**Key words:** Covid-19; Telepsychotherapy; Mental health support; Guidelines; Online therapy

La emergencia sanitaria derivada del Covid-19, considerado desde el 30 de enero de 2020 como un problema de extrema preocupación internacional por la Organización Mundial de la Salud, y que desde el 11 de marzo fue calificada como una pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020), ha llevado a muchos profesionales de la salud mental a practicar la terapia *online*. De manera paralela, y como es de esperarse, hay ya numerosos terapeutas que desean ayudar ofreciendo sus servicios por medio de la red o publicando recomendaciones sobre cómo practicar la psicoterapia en línea, también llamada *telepsicoterapia*, y también personas que incluso ofrecen capacitación al respecto (Reyes, 2020).

Ante una situación así, la tecnología resulta de considerable utilidad ya que permite atender al paciente a través de internet, aun en áreas geográficas muy lejanas, sin que la distancia sea una barrera para brindar la atención psicológica. El uso de estas tecnologías también hace posible la aproximación afectiva virtual con las personas cercanas, sean amigos, pareja o familiares. Este hecho ha provocado una nueva manera de relacionarnos con nosotros mismos y con la sociedad, instalándose desde hace algún tiempo en casi todas las áreas de la vida (Macías y Valero, 2018).

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nayarit, Ciudad de la Cultura Amado Nervo, 63155 Tepic, Nay., México, tel. (311)211-88-01, correo electrónico: ragumer@msn.com. Artículo recibido el 22 de abril y aceptado el 26 de mayo de 2020.

La práctica de la telepsicología, definida como la provisión de servicios psicológicos utilizando tecnologías telecomunicacionales (American Psychological Association, 2013), ha venido ocurriendo de manera correspondiente a los avances tecnológicos y al surgimiento de nuevas técnicas de información y comunicación que facilitan el que dos o más personas interactúen por algún medio digital y electrónico. De igual forma, ha hecho posible la expansión de la psicología al consentir que todo aquel que cuenta con la accesibilidad necesaria atienda clases, cursos, conferencias, talleres, posgrados e incluso servicios de psicoterapia en línea, entre muchas otras actividades.

Entre los servicios de psicoterapia, la necesidad del terapeuta de flexibilizar sus servicios para poder asistir a sus consultantes (pacientes) –aunque no sea físicamente– se ha vuelto imperiosa (Gagliesi, 2020), más aún considerando el posible agravamiento de aquellos cuya sensibilidad emocional se ha agudizado por la crisis que atraviesa gran parte del mundo y, asimismo, por los efectos clínicos adversos que se experimentan por los periodos prolongados de aislamiento social.

Mediante una revisión sistemática, Macías y Valero (2018) detectaron que la terapia cognitivo-conductual es el modelo psicoterapéutico más socorrido, el tipo de tratamiento que más se aplica de manera *online*, y el que cuenta con más investigaciones disponibles en la literatura especializada internacional. Asimismo, detallan que los problemas clínicos que más se abordan son los trastornos traumáticos, los de la alimentación, del estado de ánimo, de ansiedad, de pánico, los obsesivo-compulsivos, las adicciones, el dolor crónico, los problemas familiares, el estrés en el cuidador y la depresión.

De primera importancia es también ofrecer y garantizar la accesibilidad a la telepsicoterapia del personal sanitario que se encuentra laborando en los hospitales, puesto que sus niveles de ansiedad, estrés, trauma, burnout, depresión y preocupación, entre muchas otras emociones o sensaciones adversas, pueden verse acentuados por la probable saturación del sistema médico-asistencial, tal como ha sucedido en países como China, Italia y España. Ante tales problemas, la salud mental del mencionado personal puede verse alterada aún

más por la falta de insumos, instrumentos y materiales que pudiesen mitigar considerablemente la probabilidad de contagio, lo que merma sus funciones y reduce la calidad de los servicios de atención médica a las personas portadoras del virus.

Es por ello necesario implementar servicios efectivos de terapia en línea en este sector poblacional, y no únicamente de conferencias o reuniones virtuales psicoeducativas en grupo que numerosos profesionales llevan a cabo en estos momentos para coadyuvar al afrontamiento de la pandemia, actividades estas que, sin embargo, deben reconocerse como esenciales.

Bajo esta premisa, el uso de la telepsicoterapia haría posible ampliar desde su raíz la visión y el panorama de la problemática individual, contribuyendo así a evitar el deterioro de las estrategias psicológicas de afrontamiento que empleen los pacientes ante las crisis que puedan ocurrir, así como brindar al personal sanitario la contención emocional necesaria y el aumento del repertorio conductual adaptativo ante estas situaciones, lo que puede hacer, en consecuencia, que lleven a cabo su trabajo diario de una manera más adecuada y soporten mejor la pesada carga emocional o afectiva a la que están siendo sometidos.

A continuación, se sugieren ciertos lineamientos o requerimientos indispensables para aumentar dentro de lo posible la efectividad y calidad de las sesiones de terapia en línea, cuyos destinatarios son aquellos psicoterapeutas que disponen de las competencias para efectuarlas, y que actualmente se encuentran brindando servicios de telepsicoterapia.

Se aclara que en el presente documento se utilizan las palabras “consultante”, “paciente” y “usuario que solicita la atención” como sinónimos para especificar a una misma persona, en este caso aquella que será atendida *vía online* por el psicoterapeuta.

### Principios éticos y legales

*Contrato terapéutico, consentimiento informado, privacidad y confidencialidad de la información.*

- El psicoterapeuta cuenta con formación especializada de intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, abordaje de la

ansiedad, estrés, depresión, burnout, trauma y afrontamiento de emociones adversas, tales como miedo, culpa, frustración y enojo, entre muchas otras que pudieran surgir. Dispone asimismo de las acreditaciones o documentos que prueban su calificación profesional y que le permiten el ejercicio de la terapia, preferentemente bajo el modelo terapéutico cognitivo-conductual. El paciente cuenta con el derecho de conocer dichas acreditaciones y documentos, mismas que avalan las competencias profesionales del psicoterapeuta del que está recibiendo sus servicios.

- Tanto el psicoterapeuta como el usuario que solicita la atención han llegado a un acuerdo mutuo para la intervención por medio de algún tipo de telecomunicación, estableciendo durante la misma el costo de las sesiones, su duración y frecuencia, la vía o medio de pago y la forma de llevar a cabo dicha intervención.
- Tanto el psicoterapeuta como el usuario que solicita la atención tienen la garantía y el derecho de que la sesión terapéutica *no* sea videograbada ni reproducida en forma alguna: audio, imagen, o ambas, a menos de que alguna de las dos partes lo solicite previamente, justificando sus motivos, y de que *ambas* lleguen al acuerdo y la autorización respectiva.
- Tanto el psicoterapeuta como el usuario que solicita la atención están conscientes de las ventajas y las desventajas de la intervención, así como de los posibles riesgos y beneficios de la misma. Si el consultante no los conoce, es deber y obligación del psicoterapeuta explicarlos de manera clara y concisa, hasta que sean correctamente comprendidos, asimilados y aprobados por aquel.
- Para el psicoterapeuta, el contenido abordado durante la sesión se mantiene bajo un estricto nivel de profesionalismo, de ética y de confidencialidad, acordes al *Código ético del psicólogo* de la Sociedad Mexicana de Psicología, violando únicamente la mencionada confidencialidad si se detecta que el consultante está en riesgo inminente de hacerse un

daño hipotéticamente mortal a él mismo o a otros.

- En el caso de los consultantes menores de edad que soliciten la intervención, se deberá contar con la aprobación y el consentimiento de sus padres o tutores para llevar a cabo la telepsicoterapia, explicando tanto al consultante como a sus padres o tutores los puntos previamente mencionados, hasta llegar a los acuerdos pertinentes con respecto a la retribución económica y frecuencia de las sesiones, y siguiendo a la vez las mismas directrices estipuladas en el ya citado código ético del psicólogo.

### **Aplicación y efectividad de la intervención**

*Para aumentar el impacto, la efectividad del contenido de la sesión y la adquisición de información abordada de manera transaccional.*

- Tanto el psicoterapeuta como el usuario que solicita la atención están ya familiarizados con el recurso o recursos tecnológicos de que se dispone como opciones para utilizarse.
- El psicoterapeuta y el usuario que solicita la atención seleccionan un lugar cómodo y privado dentro de su contexto (hogar, trabajo, oficina, etc.) en el que puedan permanecer durante el tiempo estipulado para la sesión, y sea así menos probable un fallo de la señal de internet o la interrupción de terceras personas.
- Tanto el psicoterapeuta como el usuario que solicita la atención están conscientes de los posibles distractores que pueden interferir durante la sesión (teléfonos celulares, televisión, ruidos ambientales, olores, otras personas, etc.) y hacen lo posible por evitarlos, maximizando así el efecto y resultados positivos del servicio.
- Al comienzo de la sesión *vía online*, tanto el psicoterapeuta como el paciente cierran en su dispositivo todas las ventanas de internet, pantallas o aplicaciones digitales que puedan ser un motivo de distracción. De igual manera, se cercioran de que puedan verse y escucharse adecuadamente antes de comenzar la sesión.



- El psicoterapeuta deberá tener la pantalla visual del consultante maximizada en su computadora o dispositivo móvil, mientras que la suya estará minimizada; lo inverso será en la del consultante; es decir, su pantalla estará minimizada o hecha sustancialmente más pequeña, mientras que la del psicoterapeuta aparecerá maximizada, esto para evitar la distracción que pudiera generar el estarse viendo a sí mismos a través del medio de telecomunicación seleccionado.
- Al finalizar la sesión, el psicoterapeuta solicitará al paciente que valore su nivel de satisfacción con el servicio, medido por unidades subjetivas de bienestar de 0 a 10 o de 0 a 100, así como la justificación de dicha calificación, indagando también todos aquellos aspectos que se pueden mejorar para la siguiente sesión de telepsicoterapia acordada de mutuo acuerdo. El psicoterapeuta deberá prestar especial atención a estos puntos para ir mejorando la calidad de la intervención conforme transcurra el resto de las sesiones.

## CONCLUSIÓN

El presente documento pretende ser una propuesta de guía para aquellos profesionales de la salud mental que estén actualmente realizando terapia en línea y no cuentan con las directrices o la dirección necesaria sobre cómo llevarlas a cabo del modo más efectivo posible y acorde a algún documento científico que oriente, aunque no garantice, la efectividad de la sesión, sobre todo en estos momentos de cuarentena obligatoria en México debida a la pandemia de Covid-19.

El presente autor no pretende de ninguna forma aseverar que los servicios de terapia en línea son o pudieran ser más efectivos que la modalidad presencial, dejando en claro únicamente que esta opción es una manera flexible de atender sectores poblacionales que tienen una mayor vulnerabilidad para experimentar intensos estados emocionales adversos.

Asimismo, como es de suponer, es consciente de que una gran cantidad de personas igualmente vulnerables no contarán con la accesibilidad necesaria para disponer de este servicio debido a las limitaciones socioeconómicas y geográficas que implica la interacción mediante una red de internet.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013, July 31). *Guidelines for the practice of telepsychology*. Washington, D.C.; APA. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>.
- Gagliesi, P. (2020). Recomendaciones para terapeutas en los tratamientos online. *DBT Latinoamérica*. Recuperado de <https://www.facebook.com/pablo.gagliesi/posts/10160086344668312>.
- Macías M., J.J. y Valero A., L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Organización Panamericana de la Salud (2020, 12 de marzo). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=es).
- Reyes, M. (2020). *Guías para la práctica de la telepsicología: entrenamiento, estándares éticos y requerimientos legales*. [Actualización de estado]. Facebook. Recuperado de [https://www.facebook.com/MichelAREyesO/posts/147903416731375?\\_\\_tn\\_\\_=K-R](https://www.facebook.com/MichelAREyesO/posts/147903416731375?__tn__=K-R).

## 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](mailto: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

**Anxiety as modifier of sleep and food intake in primiparous mothers**  
*Lilí Serrano-Mata, Montserrat Melgarejo-Gutiérrez, Héctor-Gabriel Acosta-Mesa, Yolanda Campos-Uscanga, María Erika Ortega-Herrera, Yamilet Ehrenzweig-Sánchez and María del Socorro Herrera-Meza*

**Depression in relation to assisted reproduction techniques, and the influence of professional advice during the process**  
*David Ruiz-Parras, Lourdes Ruiz-Parras and Verónica Cruz-Repiso*

**Employability, emotional regulation, initiative, and satisfaction with life in Human Communication students**  
*Norma Betanzos-Díaz, Ulises Delgado-Sánchez, María Fernanda Gabriela Martínez-Flores and Francisco Paz-Rodríguez*

**Perception of difficulties for the participation of elderly people from Hidalgo (Mexico) in instrumental activities**  
*María del Refugio Acuña Gurrola, Bertha Maribel Pimentel Pérez, Dulce Abril Galindo Luna, Ileana Casasola Pérez, Raúl Azael Agis Juárez and Eduardo Guzmán Olea*

**Physical activity and its relationship with aging and functional capacity: A review of the research literature**  
*Leonor Mariana Duque-Fernández, Martha Ornelas-Contreras and Elia Verónica Benavides-Pando*

**Psychoeducational intervention to modify anxiety, depression, and quality of life in candidates for coronary artery bypass**  
*Ana Karen Talavera-Peña, Blanca Inés Vargas-Núñez, Carlos Gonzalo Figueroa-López, Mirna García-Méndez and Rosa Martha Meda-Lara*

**Comparison of coding and evocation of information phases in diabetes mellitus and metabolic syndrome**  
*Yanned Esbeydy López-Vargas, Erika Hinojosa Calvo and Ferrán Padrós-Blázquez*

**HIV: From pharmacological adherence to quality of life**  
*John Jairo García-Peña and Bernardo Ángel Tobón*

**Measuring the psychological flexibility: Validation of Acceptance and Action Questionnaire on substance abuse**  
*Luis Ángel Pérez-Romero and Ariel Vite-Sierra*

**Validation of the Brief Pedestrian Behavior Questionnaire in a sample of Mexican students**  
*Jorge A. Ruiz, Diana Alejandra González-García and Karina Alicia Bermúdez-Rivera*

**Cultural adaptation and psychometric properties of Leahy's Emotional Schema Scale (LESS II) in Mexican population**  
*Héctor Velázquez-Jurado, Daniel Niño-Tamayo, Athena Flores-Torres, Aldo de la Fuente-Villanueva, María del Pilar Méndez-Sánchez and Rafael Peñalosa-Gómez*

**Psychometric properties of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in patients diagnosed with bipolar disorder in Mexico**  
*Marisol Castañeda-Franco, Claudia Becerra-Palars, Elsa Georgina Tirodo-Durán, María Yaldí-Negrete and Francisco Lorenzo Juárez-García*

**Care proposal for online psychotherapy services (telepsychotherapy) derived from the Covid-19 in Mexico**  
*Raúl Gutiérrez Mercado*