

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 30 Número 2 Julio-diciembre 2020

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata

Marcos Espinoza Bella, Oscar Galindo Vázquez, Miguel Ángel Jiménez Ríos, Abel Lerma Talamantes, Nancy Ariadna Acosta Santos, Miguel Ángel Álvarez Avitia y Ángel Herrera Gómez

Evaluación del estigma hacia pacientes con cáncer: una aproximación psicométrica

Julio C. Penagos-Corzo y Sheila Pintado Cucarella

Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer

Neilá Hernández, Anthony Salas y José Javier Altuve

Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual

Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez y María Vianey Rodríguez Gutiérrez

Utilidad percibida de la educación para la salud en adolescentes con cateterismo cardíaco y sus cuidadores primarios

Julieta Beatriz Candelario-Mosco, Rodrigo Hiroshi González-Luna, Alejandra Flores-Arizmendi y Angélica Riveros-Rosas

Estudio exploratorio de los riesgos a la salud percibidos en población mexicana

Esperanza López-Vázquez, Rosa Lilia Castillo-López y Zayra García-Chimalpopoca

Presencia, severidad y frecuencia de síntomas en mujeres climatéricas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología

Evangelina Aldana Calva y Cecilia Mota González

Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena

Roberto Neria-Mejía, Juan José Sánchez-Sosa y Angélica Riveros-Rosas

Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad?

Daniela J. Cruz-Yargas, Rozzana Sánchez-Aragón y Vanesa Castro-Torres

Comunicación y negociación como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad

Ricardo Sánchez-Medina, Anabel de la Rosa-Gómez, David Javier Enríquez-Negrete y Dulce María Velasco-Hernández

Estudio longitudinal de estilos de vida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana

Cecilia Chau Pérez-Aranibar y Mariela Tovera Palomino

Propiedades psicométricas del Children Psychological Well-being Scale en población colombiana

Stefano Vinaccio-Alpi, Nazanin Abed, Andrea Ortega-Bechara, Rosangela Raleigh, César Andrés Gómez-Acosta, María Alejandra Vieira, Yuli Jiménez, Lina López-Pico y Brayan Vinosca

Propiedades psicométricas de la Medication Adherence Report Scale-Asthma en adultos asmáticos mexicanos

Isaías Vicente Lugo González y Cynthia Zaira Vega Valero

Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos

Lindsay Carrillo Valdez y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

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 2 • Julio-diciembre 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 y rbulle@uv.mx.

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

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 30, Número 2
Julio-diciembre de 2020

Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata <i>Marcos Espinoza Bello, Oscar Galindo Vázquez, Miguel Ángel Jiménez Ríos, Abel Lerma Talamantes, Nancy Ariadna Acosta Santos, Miguel Ángel Álvarez Avitia y Ángel Herrera Gómez</i>	141
Evaluación del estigma hacia pacientes con cáncer: una aproximación psicométrica <i>Julio C. Penagos-Corzo y Sheila Pintado Cucarella</i>	153
Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer <i>Neilú Hernández, Anthony Salas y José Javier Altuve</i>	161
Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual <i>Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez y María Vianey Rodríguez Gutiérrez</i>	173
Utilidad percibida de la educación para la salud en adolescentes con cateterismo cardiaco y sus cuidadores primarios <i>Julieta Beatriz Candelario-Mosco, Rodrigo Hiroshi González-Luna, Alejandro Flores-Arizmendi y Angélica Riveros-Rosas</i>	189
Estudio exploratorio de los riesgos a la salud percibidos en población mexicana <i>Esperanza López-Vázquez, Rosa Lilia Castillo-López y Zayra García-Chimalpopoca</i>	199
Presencia, severidad y frecuencia de síntomas en mujeres climatéricas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología <i>Evangelina Aldana Calva y Cecilia Mota González</i>	207
Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena <i>Roberto Neria-Mejía, Juan José Sánchez-Sosa y Angélica Riveros-Rosas</i>	217
Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? <i>Daniela J. Cruz-Vargas, Rozzana Sánchez-Aragón y Vanesa Castro-Torres</i>	231
Comunicación y negociación como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad <i>Ricardo Sánchez-Medina, Anabel de la Rosa-Gómez, David Javier Enriquez-Negrete y Dulce María Velasco-Hernández</i>	243
Estudio longitudinal de estilos de vida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana <i>Cecilia Chau Pérez-Aranibar y Mariela Tavera Palomino</i>	253
Propiedades psicométricas del Children Psychological Well-being Scale en población colombiana <i>Stefano Vinaccia-Alpi, Nazanin Abed, Andrea Ortega-Bechara, Rosangela Raleigh, César Andrés Gómez-Acosta, María Alejandra Vieira, Yuli Jiménez, Lina López-Pico y Brayan Vinasco</i>	265
Propiedades psicométricas de la Medication Adherence Report Scale-Asthma en adultos asmáticos mexicanos <i>Isaiás Vicente Lugo González y Cynthia Zaira Vega Valero</i>	275
Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos <i>Lindsay Carrillo Valdez y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo</i>	287

SUMMARY

Volume 30, Number 2
July-December 2020

Predictive factors for quality of life, anxious, and depressive symptoms in Mexican patients with prostate cancer <i>Marcos Espinoza Bello, Oscar Galindo Vázquez, Miguel Ángel Jiménez Ríos, Abel Lerma Talamantes, Nancy Ariadna Acosta Santos, Miguel Ángel Álvarez Avitia and Ángel Herrera Gómez</i>	141
Assessment of stigma toward cancer patients: A psychometric approach <i>Julio C. Penagos-Corzo and Sheila Pintado Cucarella</i>	153
Coping, family functioning, and health-related quality of life in Venezuelan cancer patients' caregivers <i>Neilú Hernández, Anthony Salas and José Javier Altuve</i>	161
Intervention program to promote communication about sexuality in parents of children with intellectual disability <i>Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez and María Vianey Rodríguez Gutiérrez</i>	173
Perceived usefulness of health education for adolescents undergoing cardiac catheterization and their informal primary caregivers <i>Julieta Beatriz Candelario-Mosco, Rodrigo Hiroshi González-Luna, Alejandro Flores-Arizmendi and Angélica Riveros-Rosas</i>	189
Exploratory study of perceived health risks in Mexican population <i>Esperanza López-Vázquez, Rosa Lilia Castillo-López and Zayra García-Chimalpopoca</i>	199
Presence, severity and frequency of symptoms in post-menopause women patients of the National Institute of Perinatology <i>Evangeline Aldana Calva and Cecilia Mota González</i>	207
Psychoeducation for adherence to antiretroviral treatment: The hourglass metaphor <i>Roberto Neria-Mejía, Juan José Sánchez-Sosa and Angélica Riveros-Rosas</i>	217
Loneliness and health: How do they relate and differ in terms of age and schooling? <i>Daniela J. Cruz-Vargas, Rozzana Sánchez-Aragón and Vanesa Castro-Torres</i>	231
Communication and negotiation as predictors of the use of the condom in incarcerated men <i>Ricardo Sánchez-Medina, Anabel de la Rosa-Gómez, David Javier Enríquez-Negrete and Dulce María Velasco-Hernández</i>	243
Longitudinal study of lifestyles in students of a private university of Metropolitan Lima <i>Cecilia Chau Pérez-Aranibar and Mariela Tavera Palomino</i>	253
Psychometric properties of the Children Psychological Well-being Scale in Colombian population <i>Stefano Vinaccia-Alpi, Nazanin Abed, Andrea Ortega-Bechara, Rosangela Raleigh, César Andrés Gómez-Acosta, María Alejandra Vieira, Yuli Jiménez, Lina López-Pico and Brayán Vinasco</i>	265
Psychometric properties of the Medication Adherence Report Scale-Asthma in asthmatic Mexican adults <i>Isaías Vicente Lugo González and Cynthia Zaira Vega Valero</i>	275
Adaptation and validation of the Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients <i>Lindsay Carrillo Valdez and Maetzin Itzel Ordaz Carrillo</i>	287

Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata¹

Predictive factors for quality of life, anxious, and depressive symptoms in Mexican patients with prostate cancer

Marcos Espinoza Bello, Oscar Galindo Vázquez,
Miguel Ángel Jiménez Ríos, Abel Lerma Talamantes,
Nancy Ariadna Acosta Santos, Miguel Ángel Álvarez Avitia
y Ángel Herrera Gómez²

Citación: Espinoza B., M., Galindo V., Ó, Jiménez R., M.Á., Lerma T., A., Acosta S., N.A., Álvarez A., M.Á. y Herrera G., Á. (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*, 30(2), 141-152. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2649>.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en los hombres en todo el mundo. Algunos de sus principales síntomas son fatiga, problemas urinarios, depresión y ansiedad. Por ello, conocer la calidad de vida y los problemas psicológicos en el paciente mexicano con cáncer de próstata es relevante. *Objetivo:* Identificar factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global. *Método:* En este estudio transversal, no experimental, participaron 201 pacientes mexicanos del Instituto Nacional de Cancerología diagnosticados con cáncer de próstata, con edades de entre 49 y 90 años. *Instrumentos:* Se emplearon la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Evaluación Global de Salud de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer y Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30). *Análisis estadístico:* Se utilizó la prueba de chi cuadrada, la prueba exacta de Fisher y modelos de regresión logística para evaluar la fuerza de la asociación. *Resultados:* Los pacientes con baja calidad de vida fueron los de mayor edad, menor escolaridad, con más casos con metástasis y mayor depresión y ansiedad. Los hallazgos indican que los síntomas anteriores predicen baja calidad de vida en población mexicana. *Discusión:* Los síntomas clínicos de depresión y la ansiedad son predictores de baja calidad de vida en varones mexicanos, y su prevalencia en todo el espectro de tratamiento es relativamente alta. Se requieren programas de psicooncología que identifiquen y traten de forma oportuna al grupo de pacientes que lo requiera.

Palabras clave: Ansiedad; Calidad de vida; Cáncer de próstata; Depresión; Factores predictores; México.

ABSTRACT

Background: Prostate cancer has become the most frequent tumor in men worldwide; the main physical symptoms are: fatigue 25%, urinary problems 10% to 15%, erectile dysfunction 15%, psychological symptoms, depression 17% to 18%, and anxiety 18% to 27%. Therefore, quality of

¹ Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo otorgado a esta investigación mediante la beca 697234.

² Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Colonia. Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correos electrónicos: wolfx17@msn.com, psigalindo@yahoo.com.mx, incanurologia@gmail.com, aleta_44@yahoo.ca, aryacos@hotmail.com y aherrerag@incan.edu.mx. Artículo recibido el 14 de agosto y aceptado el 14 de noviembre de 2019.

life in Mexican patients with prostate cancer has become an important variable to measure. Objective: To identify the prevalence of anxiety and depressive symptoms, global quality of life as well as psychosocial, clinical and sociodemographic predictors of quality of life. Participants: A total of 201 patients from Mexico's National Institute of Cancerology diagnosed with prostate cancer aged 49 to 90 years. Measurement: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Scale of the European Organization for Cancer Research and Treatment and Quality of Life (EORTC QLQ-C30) Statistical analyses: Chi square or Fisher's exact test, analysis of logistic regression models to evaluate strength of association and explanatory and predictive power. Results: Patients with poor quality of life were older, less schooled, showed more cases with metastasis and greater depressive and anxiety symptoms. Discussion: The findings indicate that the variables of depression and anxiety are predictors of low quality of life in this type of Mexican population.

Keywords: Quality of life; Prostate cancer; Anxiety; Depression; Predictor factor; Mexico.

INTRODUCCIÓN

La incidencia mundial estimada del cáncer de próstata es de 1,276,106 casos, con una mortalidad de 4.06/100,000 habitantes y una prevalencia a cinco años de 3,724,658 casos, equivalentes a 96.73/100,000 habitantes (Bray et al., 2018). En los países desarrollados hay una incidencia de 758,700 casos estimados de cáncer de próstata; esto es, de 70/100,000 habitantes, y una mortalidad de 10/100,000 habitantes; a su vez, en los países menos desarrollados hay incidencia estimada de 353,000 casos, 15/100,000 habitantes y mortalidad de 165,500, es decir, 7/100,000 habitantes (Torre et al., 2015).

En México, en 2018 se registraron 25,049 casos, equivalente a 14.60/100.000 habitantes, ubicándose así en el primer tipo de neoplasia más frecuente en la población masculina. Hasta ese año, la cifra de muertes por dicho cáncer fue de 6,915 (8.99/100,000 habitantes). Así, según las estadísticas, es el tipo de cáncer que ha provocado el mayor número de muertes, incluso más que el de mama (Bray et al., 2018).

En los últimos trece años la mortalidad por cáncer de próstata en México mostró un incremento constante (2% anual), principalmente en los estados de la República Mexicana de muy alta (4.4%) y alta marginación (7.7%), mientras que en los de marginación baja hubo una reducción de 5% anual (Torres et al., 2016).

En relación a la salud mental, se ha identificado que la depresión se presenta en 17% de este grupo de pacientes durante el pretratamiento, en 15% en el tratamiento, y en 18% en el postratamiento (Watts et al., 2014). La evidencia actualmente disponible sugiere que la privación de andrógenos en el tratamiento se asocia con un mayor riesgo de depresión (Nead, Sinha, Yang y Nguyen, 2017).

De forma similar, la ansiedad se manifiesta en 27% en el pretratamiento, en 15% en el tratamiento y en 18% en el postratamiento (Watts et al., 2014). En pacientes con enfermedad avanzada o con castración quirúrgica el riesgo de incidencia para sufrir una enfermedad psiquiátrica es de hasta 26%, y entre tales problemas se hallan la depresión, la demencia, la ansiedad, el insomnio y la psicosis (Bourke et al., 2015).

Se tiene evidencia de que 16% de los pacientes muestran niveles de angustia psicológica, y 6% de síntomas de problemas mentales graves. La falta de apoyo positivo y la amenaza percibida de cáncer son predictores de comorbilidad psicológica; así como la ausencia de apoyo positivo hace que los tratamientos del cáncer anuncien una pobre salud física (Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland y Koch, 2010).

En supervivientes de cáncer de próstata, Dale, Bilir, Han y Meltzer (2005) señalan que la ansiedad aparece en 10-36%. En otro estudio, Jayadevappa, Malkowicz, Chhatre, Johnson y Gallo (2012) reportan que 8.5% de los pacientes manifestaban depresión durante el diagnóstico, lo que se ha asociado a las visitas a los servicios de urgencias médicas, hospitalizaciones y riesgo de morir.

En este contexto, la calidad de vida de este grupo de pacientes es una variable estrechamente relacionada con síntomas psicológicos tales como la ansiedad y depresión. Cella (1995) define la calidad de vida como “el grado en que se ven

afectados el bienestar habitual físico, emocional y social [de los pacientes] debido a una condición médica o su tratamiento". La Organización Mundial de la Salud (OMS) (cf. The WHOQOL Group, 1998) la define a su vez como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". En el campo de la oncología, dicha definición proporciona los requerimientos mínimos en razón de que la perspectiva del paciente se obtiene en las áreas física y mental y en el bienestar social tomando en cuenta la multidimensionalidad del constructo (Wenzel y Cella, 2005).

Los principales síntomas físicos de este grupo de pacientes son, a saber: astenia (25%) (Monga, Kerrigan, Thornby, Monga y Zimmermann, 2005); flujo de orina débil o flujo interrumpido (10-15%), aumento en la frecuencia de micciones a dos años de una prostatectomía (50-60%), diarreas debidas a una braquiterapia (15-40%) y disfunción eréctil (15%), que en pacientes con radioterapia ocurre entre 30 y 40%; además, 70% de los pacientes con cáncer de próstata sufre dolor de cadera, espalda o tórax debido a la propagación del cáncer en huesos u otras áreas (American Cancer Society, 2016; Chen et al., 2014).

Oraá et al. (2017) observaron las diferencias en la calidad de vida y la información en 176 pacientes con cáncer de próstata seleccionados aleatoriamente, quienes recibieron tratamientos locales, hormonales o combinados. Los pacientes tratados con radioterapia pensaban que entendían mejor la información, en comparación con los aquellos a quienes se practicó la prostatectomía, y además que esta última producía problemas urinarios más graves y que los tratamientos combinados generaban una mayor sintomatología hormonal.

En México hay escasa investigación respecto a calidad de vida y la salud mental en este grupo de pacientes. Solamente se pudo identificar el estudio de Sierra, Viveros, Martínez, Hernández y Caballero (2014), quienes reportan un impacto negativo en la calidad de vida, síntomas urinarios y efectos secundarios de terapias adyuvantes, como la hormonoterapia y radioterapia, en 32 pacientes

operados, y la investigación de Vázquez, Camarena, Martínez y Hernández (2009), quienes encontraron afectaciones en la calidad de vida respecto al funcionamiento urinario, sexual e intestinal en 57 pacientes que fueron sujetos a prostatectomía radical, más adyuvancia con radioterapia y bloqueo hormonal.

El presente estudio tuvo como objetivos identificar los factores predictores de calidad de vida global, sintomatología de ansiedad y depresión; así como comparar las características sociodemográficas y clínicas entre grupos con mayor calidad de vida global y sintomatología psicológica.

MÉTODO

Participantes

Participaron 201 pacientes de la Unidad Funcional de Urología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), ubicado en la Ciudad de México. Previa aprobación del estudio por el Comité de Ética e Investigación de dicha institución, se efectuó un muestreo no probabilístico y por disponibilidad. El estudio fue transversal, no experimental, y el tamaño de la muestra de participantes se calculó considerando el criterio de Nunally y Bernstein (1995), mediante el cual se multiplica el número total de reactivos por 5 (participantes por cada reactivo), lo que da un total de 215. Únicamente se incluyeron en el análisis aquellos pacientes que cubrían los criterios que se mencionan a continuación: tener diagnóstico de cáncer de próstata; estar en tratamiento oncológico de cualquier tipo y en cualquier estadio, o en periodo de sobrevida, y saber leer y escribir. Los criterios de exclusión fueron padecer deficiencias cognitivas, auditivas o visuales. Se eliminaron aquellos que decidieron no seguir participando o que no completaron el llenado de los instrumentos.

Mediante una entrevista directa con el paciente y a través de la consulta de su expediente clínico se obtuvo la información necesaria sobre variables, tales como edad, escolaridad, estado civil, nivel económico, ocupación, número de hijos, etapa clínica, tratamientos y número de comorbi-

lidades. Los datos de las variables psicológicas (calidad de vida global, síntomas de depresión y ansiedad) se midieron empleando los instrumentos que se describen a continuación.

Instrumentos

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

Ya validada en México por Galindo et al. (2015), mide sintomatología ansiosa y depresiva a través de doce reactivos. En su versión mexicana posee una consistencia interna global y por subescalas (coeficientes alfa de 0.86 en la escala total y en cada subescala coeficientes que van de 0.79 a 0.80), que explican en conjunto 48.04% de la varianza. Según los puntos de corte para la versión mexicana, se considera la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa a partir del punto 6.

Escala de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer y Calidad de Vida (QLQ-C30) (Aronson et al., 1993).

Validada en México por Oñate et al., (2009), es un instrumento que mide calidad de vida y es específico para cáncer y calidad de vida global; posee un coeficiente alfa entre dimensiones que va de 0.60 a 0.70. En este caso, se empleó la subescala de Calidad de Vida Global, que consta de 30 reactivos.

Análisis estadísticos

Las variables nominales u ordinales se describieron mediante frecuencias y porcentajes; para las comparaciones se utilizó la chi cuadrada o la exacta de Fisher, y para variables ordinales y continuas se encontró que su distribución no era normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov), por lo que se describieron mediante la mediana (percentiles 25-75) Se hicieron comparaciones empleando la prueba U de Mann Whitney por grupos respecto a la calidad de vida (definida como menor o mayor usando como punto de corte el valor de la mediana de

la puntuación total), presencia de sintomatología depresiva (puntuación total de sintomatología de depresión ≥ 6 puntos) y presencia de sintomatología ansiosa (puntuación total de sintomatología de ansiedad ≥ 6 puntos) usando para ello los puntos de corte señalados por Galindo et al (2015). Con las variables que mostraban una diferencia significativa entre los grupos en cada uno de estos desenlaces, se evaluó la asociación de las variables con cada uno de ellos mediante un análisis de regresión logística multivariada de los factores asociados con mala calidad de vida y la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa. Se reportan los resultados como razón de momios e intervalo de confianza a 95%. Las correlaciones bivariadas entre las puntuaciones totales de calidad de vida, depresión y ansiedad se evaluaron mediante el coeficiente de Spearman. Se consideró significativo un valor $p \leq 0.05$. El análisis estadístico se efectuó utilizando el programa SPSS, versión 15.0 (Statsoft, Inc.).

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas comparadas respecto a la calidad de vida global. En el análisis comparativo, los pacientes con menor calidad de vida tuvieron mayor edad, menor escolaridad, más casos con metástasis y más síntomas de depresión y ansiedad que los pacientes con mayor calidad de vida.

En el análisis comparativo entre los pacientes con y sin síntomas clínicos de depresión, hubo más pacientes que vivían solos o sin pareja, que no tenían un tratamiento para el cáncer o que solo estaban sometidos a uno, con calidad de vida menor, mayores puntajes totales de depresión y ansiedad, y más casos con presencia de ansiedad comparados con los que no manifestaban síntomas de depresión (Tabla 2).

Tabla 1. Características socio demográficas, clínicas y psicológicas comparadas respecto a la calidad de vida global. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75).

Variable (Poder estadístico)	Calidad de vida global		p
	Menor < 75 puntos (N = 99)	Mayor ≥ 75 puntos (N = 102)	
Edad (años)	70 (64 - 74)	67 (63 - 71)	0.027
Escolaridad			0.001
Ninguna o básica	77 (78)	56 (55)	
Media a superior	22 (22)	46 (45)	
Estado civil			0.388
En pareja	26 (26)	24 (24)	
Sin pareja	73 (74)	78 (77)	
Nivel económico			0.072
Bajo a Medio	94 (95)	90 (88)	
Alto	5 (5)	12 (12)	
Ocupación			0.071
Inactivo económicamente	45 (45)	35 (34)	
Activo económicamente	54 (55)	67 (66)	
Número de hijos			0.332
Dos o menos	33 (33)	38 (37)	
Tres o más	66 (67)	64 (63)	
Etapa clínica			0.002
Metástasis	44 (44)	24 (24)	
Sin metástasis	55 (56)	78 (76)	
Tratamientos			0.358
Sin tratamiento o hasta uno	54 (55)	52 (51)	
Dos o más tratamientos	45 (45)	50 (49)	
Número comorbilidades			0.284
Ninguna	53 (54)	44 (43)	
Una comorbilidad	40 (40)	48 (47)	
Dos o más comorbilidades	6 (6)	10 (10)	
Sintomatología de depresión			
Puntuación total	7 (4 - 10)	2 (1 - 5)	< 0.001
Presencia de depresión			< 0.001
No (puntuación < 6)	52 (53)	92 (90)	
Sí (puntuación ≥ 6)	47 (47)	10 (10)	
Sintomatología de ansiedad			
Puntuación total	3 (1 - 6)	1 (1 - 3)	< 0.001
Presencia de ansiedad			< 0.001
No (puntuación < 6)	73 (74)	99 (97)	
Sí (puntuación ≥ 6)	26 (26)	3 (3)	

Tabla 2. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas comparadas respecto a depresión. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75).

Sintomatología depresiva			
Variables del estudio	Síntomas clínicos de depresión ≥ 6 puntos (N = 27)	Sin depresión < 6 puntos (N = 174)	p
Edad (años)	68 (64 - 71)	68 (63 - 73)	0.859
Escolaridad			
Ninguna o Básica	21 (78)	112 (64)	0.171
Media a Superior	6 (22)	62(36)	
Estado civil			
En pareja	1 (4)	49 (28)	0.003
Sin pareja	26 (96)	125 (72)	
Nivel económico			
Bajo a Medio	27 (100)	157 (90)	0.077
Alto	0 (0)	17 (10)	
Ocupación			
Inactivo económicamente	11 (41)	69 (40)	0.915
Activo económicamente	16 (59)	105 (60)	
Número de hijos			
Dos o menos	9 (33)	62 (36)	0.500
Tres o más	18 (67)	112 (64)	
Etapas clínicas			
Metástasis	14 (52)	119 (68)	0.091
Sin metástasis	13 (48)	55 (32)	
Tratamientos			
Sin tratamiento o hasta uno	20 (74)	86 (49)	0.014
Dos o más tratamientos	7 (26)	88 (51)	
Número comorbilidades			
Ninguna	14 (52)	83 (47)	0.923
Una comorbilidad	11 (41)	77 (44)	
Dos o más comorbilidades	2 (7)	14 (8)	
Calidad de vida global			
Menor < 75 puntos)	23 (85)	76 (44)	< 0.001
Mayor ≥ 75 puntos)	4 (15)	98 (56)	
Sintomatología de ansiedad			
Puntuación total	6 (4 - 8)	2 (1 - 3)	< 0.001
Presencia de sintomatología de ansiedad			
No (puntuación < 6)	13 (48)	159 (91)	< 0.001
Sí (puntuación ≥ 6)	14 (52)	15 (9)	

La comparación de los síntomas clínicos de ansiedad indica que los pacientes ansiosos eran más jóvenes, tenían menor calidad de vida global, mayor puntaje de depresión total y más casos con presen-

cia de depresión, comparados con los no ansiosos (Tabla 3).

El análisis de correlación bivariada de Spearman en las puntuaciones totales de las variables

Tabla 3. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas comparadas respecto a la ansiedad. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentiles 25-75).

Variables del estudio	Sintomatología de ansiedad		<i>p</i>
	Síntomas clínicos de ansiedad ≥ 6 puntos (N = 29)	Sin ansiedad < 6 puntos (N = 172)	
Edad (años)	67 (61-70)	69 (64-74)	0.035
Escolaridad			0.614
Ninguna o básica	18 (62)	115 (67)	
Media a superior	11 (38)	57 (33)	
Estado civil			0.573
Sin pareja	6 (21)	44 (26)	
Con pareja	23 (79)	128 (74)	
Nivel económico			0.063
Bajo a medio	29 (100)	155 (90)	
Alto	0 (0)	17 (10)	
Ocupación			0.053
Inactivo económicamente	16 (55)	65 (37)	
Activo económicamente	13 (45)	108 (63)	
Número de hijos			0.461
Dos o menos	12 (41)	59 (34)	
Tres o más	17 (59)	113 (66)	
Etapa clínica			0.614
Con metástasis	18 (62)	115 (67)	
Sin metástasis	11 (38)	57 (33)	
Tratamientos			0.906
Sin tratamiento o hasta uno	15 (52)	91 (53)	
Dos o más tratamientos	14 (48)	81 (47)	
Número comorbilidades			0.219
Ninguna	16 (55)	81 (47)	
Una comorbilidad	9 (31)	79 (46)	
Dos o más comorbilidades	4 (14)	12 (7)	
Calidad de vida global			< 0.001
Menor (< 75 puntos)	26 (90)	73 (42)	
Mayor (≥ 75 puntos)	3 (10)	99 (58)	
Sintomatología depresiva			< 0.001
Puntuación total	5 (4-7)	1 (0-4)	
No (puntuación < 6)	15 (52)	159 (92)	
Sí (puntuación ≥ 6)	14 (48)	13 (8)	

psicológicas mostró una asociación negativa entre calidad de vida y síntomas depresión ($Rho = -0.488$) y entre calidad de vida y síntomas de ansiedad ($Rho = -0.340$), y asociación positiva entre síntomas ansiedad y síntomas de depresión ($Rho = 0.540$),

donde todas las correlaciones fueron significativas con valor $p < 0.001$.

Considerando esas asociaciones, se llevaron a cabo análisis de regresión logística múltiple para identificar la fuerza de asociación de los factores

asociados con una menor calidad de vida global y presencia de síntomas clínicos de depresión o de ansiedad mediante varios modelos que solo consideraran como variable independiente una de tipo psicológico por modelo, además de las variables sociodemográficas y clínicas que tuvieron

diferencia significativa en las comparaciones por grupos. Es importante señalar que en cada variable predictora o explicativa (mala calidad de vida, depresión, ansiedad), y para eliminar el efecto de colinealidad se generaron los seis distintos modelos que se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con baja calidad de vida (≥ 75 puntos) y con la presencia de depresión o síntomas de ansiedad (≥ 6 puntos) en una muestra de 201 pacientes con cáncer de próstata.

Variables	O.R. (I.C.95%)	<i>p</i>	O.R. (I.C.95%)	<i>p</i>
Modelos para menor calidad de vida (≤ 75 puntos)	Modelo 1		Modelo 2	
	BAJA CALIDAD DE VIDA = Edad + Escolaridad + Etapa clínica + Presencia de depresión Constante = 0.286, Nagelkerke $R^2 = 0.213$ Sensibilidad = 52%, Especificidad = 80%, Porcentaje total = 66%		BAJA CALIDAD DE VIDA = Edad + Escolaridad + Etapa clínica + Presencia de ansiedad Constante = 0.096, Nagelkerke $R^2 = 0.298$ Sensibilidad = 61%, Especificidad = 80%, Porcentaje total = 71%	
Edad (años)	1.02 (0.98 - 1.06)	0.456	1.03 (0.99 - 1.07)	0.153
Escolaridad (ninguna o básica)	0.40 (0.21 - 0.78)	0.007	0.31 (0.15 - 0.63)	0.001
Metástasis	2.28 (1.20 - 4.36)	0.012	2.57 (1.32 - 5.02)	0.006
Presencia de sintomatología de depresión	6.64 (2.14 - 20.62)	0.001	—	—
Presencia de sintomatología de ansiedad	—	—	18.94 (4.98 - 71.97)	< 0.001
Modelos para presencia de sintomatología de depresión (≥ 6 puntos)	Modelo 3		Modelo 4	
	DEPRESIÓN = Sin pareja + Sin tratamiento o uno solamente + Mala calidad de vida Constante = 0.006, Nagelkerke $R^2 = 0.293$ Sensibilidad = 0%, Especificidad = 100%, Porcentaje total = 87%		DEPRESIÓN = Sin pareja + Sin tratamiento o uno solamente + Presencia de ansiedad Constante = 0.011, Nagelkerke $R^2 = 0.376$ Sensibilidad = 33%, Especificidad = 99%, Porcentaje total = 90%	
Sin pareja	12.99 (1.66 - 101.58)	0.015	17.63 (1.95 - 159.75)	0.011
Sin tratamiento o un solo tratamiento	3.21 (1.21 - 8.48)	0.019	5.11 (1.63 - 16.01)	0.005
Baja calidad de vida	8.44 (2.72 - 26.20)	< 0.001	—	—
Presencia de sintomatología de ansiedad	—	—	18.32 (5.90 - 56.90)	< 0.001
Modelos para presencia de sintomatología de ansiedad (≥ 6 puntos)	Modelo 5		Modelo 6	
	ANSIEDAD = Edad + Mala calidad de vida Constante = 5.01, Nagelkerke $R^2 = 0.271$ Sensibilidad = 7%, Especificidad = 98%, Porcentaje total = 85%		ANSIEDAD = Edad + Presencia de depresión Constante = 23.51, Nagelkerke $R^2 = 0.274$ Sensibilidad = 31%, Especificidad = 97%, Porcentaje total = 87%	
Edad	0.93 (0.88 - 0.98)	0.006	0.92 (0.86 - 0.98)	0.010
Baja calidad de vida	13.84 (3.96 - 48.33)	< 0.001	—	—
Presencia de sintomatología de depresión	—	—	13.34 (5.03 - 35.40)	< 0.001

El análisis de regresión logística determinó que los factores asociados de manera independiente con baja calidad fueron poca escolaridad, metástasis, presencia de síntomas clínicos de depresión

y de ansiedad (modelos 1 y 2). En el modelo 1, para la variable Mala Calidad de Vida como predictor, la variable ansiedad no se incluyó para evitar su interacción con la depresión; a la vez, en

el modelo 2, se retiró la depresión. Considerando esta última como variable predictora, las variables asociadas independientemente fueron el hecho de vivir solo o no tener pareja, tener solamente un tratamiento o no tener ninguno, tener baja calidad de vida y padecer ansiedad (modelos 3 y 4). En estos modelos se retiraron el efecto de la baja calidad de vida o de la ansiedad, respectivamente. Por último, tomando la ansiedad como variable predictora, los factores independientemente asociados fueron tener menor edad, baja calidad de vida y depresión (modelos 5 y 6); en dichos modelos se alternaron el efecto de la baja calidad de vida o de la depresión, respectivamente.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo determinar los factores predictores psicosociales, clínicos y sociodemográficos de la sintomatología depresiva, ansiosa y calidad de vida global en pacientes con cáncer de próstata. Se identificaron factores asociados con baja calidad de vida, los que se estudiaron de forma independiente mediante análisis bivariado y regresión logística múltiple, encontrando que una menor calidad de vida global se relaciona con escolaridad baja, metástasis, presencia de síntomas clínicos de depresión y de ansiedad, lo que concuerda con los datos descritos previamente en la literatura científica; por un lado, la depresión está asociada de forma negativa con componentes de calidad de vida, como bienestar físico, social, emocional y funcional, y por otro lado es un predictor de una pobre calidad de vida relacionada con la salud (Kim et al., 2017), especialmente antes del tratamiento (Visser y Smets, 1998). Datos similares se han hallado en otros estudios respecto a la depresión y la ansiedad, las que aumentan al recibir el diagnóstico o el tratamiento, e incluso se mantienen altas en etapas avanzadas de la enfermedad. Tales aspectos emocionales se han visto sistemáticamente relacionados con una menor calidad de vida del paciente (López et al., 2017).

Una historia previa de depresión puede estar asociada a la privación hormonal, que confirma lo reportado en otras investigaciones respecto a la alta relevancia sobre la calidad de vida y el riesgo de esta población (Pirl, Siegel, Goode y Smith,

2002), ya que entre 10 y 40% experimenta problemas de salud mental, con depresión clínicamente significativa; además, aquellos que han recibido terapia hormonal tienen 23% más de probabilidades de desarrollar depresión, en comparación con aquellos que no la reciben, entre otros aspectos (Klaassen et al., 2017). Este grupo de pacientes presenta una prevalencia de depresión de 18.4% después del tratamiento (Watts et al., 2014), que es 3-4% mayor a la de hombres de edades similares de la población general (American Psychiatric Association, 2013).

Esta investigación confirma que el hecho de no tener pareja predice depresión, de acuerdo a Elliott, Scott, Monsour y Nuwayhid (2015). Lo anterior presenta considerables retos a la relación de pareja, por ejemplo en el aspecto íntimo; asimismo, los varones con un pobre ajuste de pareja tienen un mayor malestar emocional y experimentan más efectos adversos debidos al tratamiento. En cuanto a la presencia de ansiedad (Watts et al., 2014), la misma se relaciona con una menor calidad de vida, como se ha descrito en reportes previos respecto a los factores de riesgo que predisponen dicho estado emocional en pacientes con cáncer de próstata. En otros estudios, se incluyen factores médicos (sitio y curso clínico de la enfermedad, tipo de tratamiento, dolor, medicación), factores psicológicos (capacidad de afrontamiento, fase de desarrollo de la vida o trastornos previos del estado de ánimo) y factores sociales (disponibilidad de apoyo, presiones socioeconómicas y otros) (Mermelstein y Lesko, 1992).

Los hallazgos de este trabajo subrayan la gravedad de la depresión en pacientes con cáncer de próstata y sugiere la necesidad de un mejor enfoque clínico sobre los síntomas depresivos, específicamente porque hay recomendaciones recientes para identificar con mayor precisión la depresión entre estos hombres a fin de reducir su duración y severidad (Sharpley et al., 2017). Esto es relevante porque los pacientes con cáncer de próstata que padecen depresión están en mayor riesgo de cometer suicidio debido a su sexo, edad avanzada, diagnóstico de cáncer y a menudo su estado de viudez (Liebowitz, 1993; Massie, 1989; Pirl et al., 2002).

En estudio previos se ha visto que los supervivientes del cáncer de próstata pueden experimen-

tar una calidad de vida menor debido a ciertos síntomas urinarios, como incontinencia urinaria, molestias al orinar, trastornos del sueño, y dolor antes, durante y después del tratamiento (Bourke et al., 2015; Waller y Pattison, 2013), y que ello se asocia con una función sexual más pobre, en comparación con los efectos de la vigilancia activa, la radioterapia de haz externo y la braquiterapia (Broughman et al., 2017).

Desafortunadamente, la baja calidad de vida y los síntomas de depresión y ansiedad son problemas de funcionalidad y de salud mental que no se tratan porque no se diagnostican oportunamente en las etapas iniciales del cáncer de próstata, pues médicamente suelen considerarse como reacciones “normales”, lo que puede derivar erróneamente en el manejo inadecuado de los síntomas observados al abordarlos de ese modo (Galindo et al., 2015), más que a la ocurrencia de dichos síntomas psicológicos por sí mismos y que acompañan la enfermedad. Este hecho puede explicar la razón de que la mayoría de los médicos oncólogos únicamente reconozcan la depresión en menos de la mitad de sus pacientes con depresión y remitan al psiquiatra especialista solo a 2% de los pacientes con cáncer y con problemas psiquiátricos severos (Passik et al., 1998).

Finalmente, se ha observado que la terapia cognitivo-conductual tiene efectos positivos en variables tales como la calidad de vida y los síntomas de ansiedad y depresión (Reynoso y Torres, 2018; Siddons, Wootten y Costello, 2013), por lo que se sugiere emprender investigaciones en esta área con el propósito de evaluar su efectividad en pacientes con cáncer, así como implementar políticas públicas para su difusión. El presente estudio es de corte exploratorio y tiene un tamaño de muestra pequeño, por lo que se requieren futuros trabajos para confirmar la relación de las diferentes variables estudiadas con los factores predictores observados y discutidos.

En conclusión, este estudio presenta datos originales que responden claramente al reciente reclamo de generar mayores conocimientos sobre la calidad de vida (Sierra et al., 2014; Vázquez et al., 2009) y la salud mental en pacientes con cáncer de próstata en la población mexicana. Los hallazgos indican que los síntomas clínicos de depresión y la ansiedad son predictores de una baja calidad de vida en este grupo de pacientes; que su prevalencia en todo el espectro de tratamiento es mayor que el de la población general, y que ciertos factores del apoyo social –como tener o no tener pareja, o ser pacientes jóvenes– se relacionan con la depresión y la ansiedad (Watts et al., 2014). Se considera también que, dados los resultados obtenidos, es necesario evaluar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión de forma rutinaria en estos pacientes para identificar de manera temprana a aquellos que requieran apoyo psicológico para ofrecerles el tratamiento oportuno.

La evaluación de los factores psicológicos durante el proceso del cáncer de próstata, así como la oportuna canalización de los pacientes a los servicios de salud mental, pueden repercutir en un afrontamiento más adaptativo de la enfermedad, con lo que se asegura que la angustia psicológica no sea diagnosticada y tratada de un modo insuficiente o inconveniente (Galindo et al., 2014). A partir de la confirmación e identificación de factores explicativos de los síntomas depresivos y ansiosos en estos pacientes, fue posible identificar evidencias relevantes que permitirán poner en práctica intervenciones psicológicas dirigidas a la mejorar la calidad de vida y reducir o suprimir la depresión y la ansiedad en esta población clínica.

Tal conocimiento sugiere la necesidad de considerar dichas variables en los estudios psicológicos futuros, así como aumentar la cantidad de participantes, e incluir otros hospitales y otras variables biomédicas, con el objetivo de disponer de un modelo robusto para valorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.

- American Cancer Society (2016). *Signos y síntomas del cáncer de próstata*. Atlanta, GA: ACS.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: APA.
- Bourke, L., Boorjian, S.A., Briganti, A., Klotz, L., Mucci, L., Resnick, M.J., Penson, D.F. (2015). Survivorship and improving quality of life in men with prostate cancer. *European Urology*, 68(3), 374-383.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Broughman, J.R., Basak, R., Nielsen, M.E., Reeve, B.B., Usinger, D.S., Spearman, K.C., Chen, R.C. (2017). Prostate cancer patient characteristics associated with a strong preference to preserve sexual function and receipt of active surveillance. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(4), 420-425. doi: 10.1093/jnci/djx218.
- Cella, D. (1995). Measuring quality of life in palliative care. *Seminars in Oncology*, 22(2 Suppl. 3), 73-81.
- Chen, R.C., Chang, P., Vetter, R.J., Lukka, H., Stokes, W.A., Sanda, M.G., Sandler, H.M. (2014). Recommended patient-reported core set of symptoms to measure in prostate cancer treatment trials. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(7), 132-132.
- Dale, W., Bilir, P., Han, M. y Meltzer, D. (2005). The role of anxiety in prostate carcinoma: a structured review of the literature. *Cancer*, 104(3), 467-478.
- Elliott, K.E.J., Scott, J.L., Monsour, M. y Nuwayhid, F. (2015). Profiles of dyadic adjustment for advanced prostate cancer to inform couple-based intervention. *Psychology & Health*, 30(11), 1259-1273.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J.L., Servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Muñoz, M., Campos, S., Rojas, E., Maya, M.C. y Alvarado, S. (2014). Tamizaje de aspectos psicooncológicos: validación de una lista de chequeo. *Psicooncología*, 10(2-3), 407-415.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M.Á. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
- Jayadevappa, R., Malkowicz, S.B., Chhatre, S., Johnson, J.C. y Gallo, J.J. (2012). The burden of depression in prostate cancer: Depression and prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1338-1345.
- Kim, S.H., Seong, D.H., Yoon, S.M., Choi, Y.D., Choi, E. y Song, H. (2017). Predictors of health-related quality of life in Korean prostate cancer patients receiving androgen deprivation therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 84-90.
- Klaassen, Z., Arora, K., Wilson, S.N., King, S.A., Madi, R., Neal, D.E., Terris, M.K. (2017). Decreasing suicide risk among patients with prostate cancer: Implications for depression, erectile dysfunction, and suicidal ideation screening. *Urologic Oncology*, 6(2), 60-66. doi: 10.1016.
- Liebowitz, M.R. (1993). Mixed anxiety and depression: should it be included in DSM-IV? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 54(Suppl.4-7), 17-20.
- López C., I., López F., L., Ríos G., E., Maisonobe, P., Hernández Y., E. y Sarmiento J., M. (2017). Impact of locally advanced or metastatic prostate cancer on the quality of life. *Actas Urológicas Españolas*, 41(6), 368-375.
- Massie, M.J. (1989). Anxiety, panic, and phobias. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.): *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 300-309). New York: Oxford University Press.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. y Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients: Depression and anxiety in prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 736-745.
- Mermelstein, H.T. y Lesko, L. (1992). Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 1(4), 199-215.
- Monga, U., Kerrigan, A.J., Thornby, J., Monga, T.N. y Zimmermann, K.P. (2005). Longitudinal study of quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing radiotherapy. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 391-399.
- Nead, K.T., Sinha, S., Yang, D.D. y Nguyen, P.L. (2017). Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Urologic Oncology*, 35(11), 664.e1-664.e9. doi: 10.1016/j.urolonc.2017.07.016.
- Nunnally, J.B. y Bernstein, J.I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Oñate O., L.F., Alcántara P., A., Vilar C., D., García H., G., Rojas C., E., Alvarado A., S. y Aiello C., V. (2009). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16(1), 88-95.
- Oraá T., N., Rodríguez, J.A.C., Lentati, G.O., Pino, N.M., Sánchez F., M. y Martínez C., F.J. (2017). Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 14(2-3), 241-254.

- Passik, S.D., Dugan, W., McDonald, M.V., Rosenfeld, B., Theobald, D.E. y Edgerton, S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16(4), 1594-1600.
- Pirl, W.F., Siegel, G.I., Goode, M.J. y Smith, M.R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11(6), 518-523.
- Reynoso N., N. y Torres D., J.A. (2018). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 9-15.
- Sharpley, C.F., Christie, D.R.H., Bitsika, V., Agnew, L.L., Andronicos, N.M. y McMillan, M.E. (2017). Associations between reduced telomere length, depressed mood, anhedonia, and irritability in prostate cancer patients: Further evidence for the presence of "male depression"? *Psycho-Oncology*, 27(3), 1072-1074. doi: 10.1002/pon.4547.
- Siddons, H.M., Wootten, A.C. y Costello, A.J. (2013). A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer: Psycho-sexual adjustment to localised prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2186-2192. doi: 10.1002/pon.3273.
- Sierra K.L., Viveros, C., Martínez, G., Hernández, O. y Caballero, G. (2014). Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. *Revista Mexicana de Urología*, 74(3), 133-140.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Torre, L.A., Bray, F., Siegel, R.L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J. y Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108. doi: 10.3322/caac.21262.
- Torres S., L.E., Espinoza G., R., Rojas M., R., Escamilla N., C., Vázquez S., R.A., Campuzano, J.C. y Lazcano P., E. (2016). Prostate cancer mortality according to marginalization status in Mexican states from 1980 to 2013. *Salud Pública de Mexico*, 58(2), 179-186.
- Vázquez, L., Camarena, H., Martínez, J.Á. y Hernández, V. (2009). Estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata con diferentes tratamientos iniciales. *Revista Mexicana de Urología*, 69(4), 143-146.
- Visser, M.R. y Smets, E.M. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Supportive Care in Cancer*, 6(2), 101-108.
- Waller, J. y Pattison, N. (2013). Men's experiences of regaining urinary continence following robotic-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) for localised prostate cancer: a qualitative phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 368-378.
- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S. y Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *British Medical Journal Open*, 4(3), e003901-e003901.
- Wenzel, L. y Cella, D. (2005). Quality of life issues in gynecologic cancer. En W. J. Hoskins, C. A. Perez, R. C. Young et al. (Eds.): *Principles and practices of gynecologic oncology* (4th. ed.) (pp. 1333-1342). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Zigmond, A.S. y Snaitch, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Evaluación del estigma hacia pacientes con cáncer: una aproximación psicométrica

Assessment of stigma toward cancer patients: A psychometric approach

Julio C. Penagos-Corzo y Sheila Pintado Cucarella¹

Citación: Penagos-Corzo, J.C. y Pintado-Cucarella, S. (2020). Evaluación del estigma hacia pacientes con cáncer: una aproximación psicométrica. *Psicología y Salud*, 30(2), 153-160. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2650>.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas de un cuestionario para evaluar el estigma hacia personas con cáncer, en una muestra de 1340 estudiantes universitarios mexicanos. El análisis factorial exploratorio indicó tres elementos: Discriminación, Imposibilidad de recuperación y Estereotipos para pacientes con cáncer. La consistencia interna del instrumento indica una adecuada confiabilidad para el total del instrumento. El análisis factorial confirmatorio arrojó un óptimo ajuste, lo que sugiere su idoneidad para evaluar el estigma.

Palabras clave: Psicooncología; Validez; Estructura factorial; Cáncer; Actitudes estigmatizadoras.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the psychometric properties of a questionnaire designed to evaluate stigma towards people with cancer, in a sample of 1340 Mexican undergraduate students. Exploratory factor analysis indicated three factors: Discrimination, Impossibility of recovery, and Stereotypes for cancer patients. The internal consistency of the instrument indicates adequate reliability for the entire instrument. Confirmatory factor analysis yielded an optimal fit, suggesting good feasibility for assessing stigma.

Key words: Psycho-oncology; Validity; Factor structure; Cancer; Stigmatizing attitudes.

La salud tiene una dimensión colectiva y biosocial que resulta indispensable entender (Lopez et al., 2017) porque, entre otras cosas, las interacciones sociales pueden tener efectos en la salud y en la enfermedad (Martínez, 2008; Napier et al., 2014), e incluso en las formas en que el paciente es tratado o en que su enfermedad es percibida. Por ejemplo, algunas personas diagnosticadas con cáncer pueden ser sujetos de estigmatización y discriminación por el hecho de padecer la enfermedad (Fujisawa y Hagiwara, 2015; Lee y Kim, 2011).

El estigma es un concepto multidimensional, caracterizado como un atributo negativo que desacredita a la persona (Parker, 2012), y puede considerársele como una actitud (Hofmann-Broussard, Armstrong, Boschen y Somasundaram, 2017). En el caso del cáncer, dicho estigma se ha asociado con la incomodidad de las personas, la evitación y hasta la discriminación financiera, entre otros (Marlow y Wardle, 2014). Se ha reportado que a las personas con cáncer se les percibe como una fuente de amenaza, lo que aumenta

¹ Universidad de las Américas Puebla. Ex hacienda Sta. Catarina Mártir, San Andrés Cholula. 72810 Puebla, México, tels. (222)229-20-55 y (222)229-24-86, correos electrónicos: julioc.penagos@udlap.mx y maria.pintado@udlap.mx. Artículo recibido el 19 de septiembre de 2019 y aceptado el 3 de abril de 2020.

las actitudes negativas hacia ellas (Berrenberg, Finlay, Stephan y Stephan, 2002). Tales percepciones, que aparecen en diferentes poblaciones (Machado, Biancovilli y Jurberg, 2017) y rangos de edad –como por ejemplo en estudiantes universitarios (Dany, Chidiac y Nassar, 2015; Grigsby et al., 2014)– tienen efectos negativos en la salud, e incluso en quien las manifiesta. En este sentido, la resistencia observada en estudiantes universitarias en tomar parte activa en la exploración del cáncer de mama parece estar vinculada a creencias, sensación de vergüenza y otras actitudes negativas (Latif, 2014), así como al desconocimiento y la falta de interés (Boulos y Ghali, 2014; Sambanje y Mafuvadze, 2012). De hecho, aunque haya variaciones en la estigmatización por parte de diversos grupos poblacionales, la relación negativa entre ese estigma y la ejecución de exploraciones y pruebas de cribado es común en todos ellos (Vrinten, Gallagher, Waller y Marlow, 2019).

La vinculación de la muerte con la enfermedad y la ansiedad que se deriva de esta relación contribuyen asimismo a explicar dichas actitudes hacia las personas enfermas, pues el cáncer, en diferentes culturas, habitualmente se asocia con temor y recelo, y tiene una connotación negativa asociada al sufrimiento y la muerte (Peiró et al., 2006; Rodríguez y Palacios, 2013), la que es reforzada en ciertos anuncios televisivos (Chapple, Ziebland y McPherson, 2004). Así, el distanciamiento social que las personas muestran hacia el paciente, el cual este percibe como discriminación (Feng et al., 2018), puede explicarse por el miedo a morir (Mosher y Danoff-Burg, 2007), de modo que esa conducta discriminatoria quizá tiene que ver con la habilidad para lidiar con la propia mortalidad (Mosher y Danoff-Burg 2007).

Sin embargo, hay una falta de acuerdo en cómo conceptualizar y examinar el estigma del cáncer, lo que impide establecer una relación entre los hallazgos reportados sobre este tópico (Fujisawa y Hagiwara, 2015). En primera instancia, se requieren instrumentos válidos y confiables que midan el estigma y que puedan utilizarse en diferentes poblaciones. Cho et al. (2013) diseñaron un cuestionario para evaluar las actitudes hacia los pacientes con cáncer en una muestra sin historial clínico de esta enfermedad, el cual evalúa tres dominios: Imposibilidad de recuperación, Estereoti-

pos y Discriminación. Los datos del referido trabajo destacan una percepción de déficits en la vida laboral y social de los pacientes con cáncer y la improbabilidad de su cura; además, nociones estereotipadas sobre la apariencia, y las capacidades y vida sexual reducidas (Cho et al., 2013).

Las implicaciones de estigmatizar a personas que padecen cáncer son diversas, y van desde mostrar conductas falsamente positivas por parte de los pacientes –cuyo fin es evitar la estigmatización (Trusson y Pilnick, 2017) y el sufrimiento que la misma provoca (Greidanus et al., 2018)–, hasta la depresión (Cho, Choi et al., 2013) y el hostigamiento laboral (Stergiou-Kita, Pritlove y Kirsh, 2016). Tales implicaciones, así como la importancia de conceptualizar y examinar el estigma del cáncer, no se reflejan en instrumentos que atiendan ampliamente esta necesidad. Por ejemplo, al momento de emprender el presente estudio fue imposible localizar un solo instrumento en lengua española que evaluara el estigma hacia pacientes con cáncer en la base de datos PsycTESTS con la siguiente cadena de búsqueda: [(*attitude* and negative and cancer*) or (*stigma and cancer*)]. Se hicieron búsquedas similares en Web of Science y Scopus sin lograr encontrar instrumentos traducidos o creados en lengua hispana, diseñados específicamente para evaluar el referido estigma. Para estas búsquedas, dado el carácter genérico de las bases de datos, se anexó a la cadena de búsqueda anterior: [and (“*psychometric properties*” or “propiedades psicométricas” or “*internal consistence*” or “consistencia interna” or *validity* or validez or *reliability* or confiabilidad or “*factor analysis*” “análisis factorial”)]. Por ello, el objetivo del presente estudio transversal descriptivo y exploratorio, con medida en un único momento temporal, fue evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes hacia pacientes con cáncer desarrollado por Cho et al. (2013) en estudiantes universitarios.

MÉTODOS

Participantes

Mediante una invitación pública hecha dentro de un campus universitario, se seleccionó una mues-

tra conformada por 1,340 estudiantes universitarios mexicanos con una media de edad de 19.47 (D.E. = 1.536). De ellos, 800 (59.7%) fueron mujeres y 540 (40.3%) varones.

En cuanto a los antecedentes familiares de cáncer, 685 (51.1%) afirmaron tenerlos (los más comunes: cáncer de mama, próstata y pulmón), frente a 655 que no los tenía (48.9%). Se consideró como criterio de exclusión haber recibido un diagnóstico de cáncer, pues el instrumento está orientado a medir el estigma hacia los pacientes de cáncer por parte de no pacientes. Así, en la muestra original de 1,358 participantes, 18 reportaron tener o haber tenido diagnóstico de cáncer, por lo que fueron excluidos. A todos se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus datos. Aquellos que aceptaron participar dieron su consentimiento informado. El trabajo se apegó al a los principios éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y fue aprobado por el Comité de Ética, que es parte del Comité de Investigación de la institución.

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario de Cho et al. (2013), el cual consta de 12 ítems agrupados en tres categorías: imposibilidad de recuperación, estereotipos hacia el cáncer y discriminación. Las respuestas se evalúan mediante una escala Likert que va de 1 (“fuertemente en desacuerdo”) a 4 (“fuertemente de acuerdo”). La consistencia interna reportada del cuestionario original es de .79, y de .68 para la subescala “Imposibilidad de recuperación”, de .60 para la de “Estereotipos hacia el cáncer”; y de .71 para la de “Discriminación”.

Procedimiento

El proceso de adaptación cultural del instrumento se realizó siguiendo las recomendaciones de Reyes y García (2008) así como de las de Reichenheim y Moraes (2007). El cuestionario se tradujo mediante el seguimiento de su equivalencia semántica, operativa y de medición. Tres expertos validaron la traducción de forma independiente. Se volvió a traducir de acuerdo a los cambios sugeridos, y finalmente el instrumento final se adaptó por consenso (Tabla 1).

Tabla 1. Versión en traducida del instrumento utilizado.

Imposibilidad de recuperación

1. Es imposible tratar el cáncer a pesar de la ciencia médica altamente desarrollada.
2. Es muy difícil volver a estar sano una vez que se diagnostica el cáncer a una persona.
3. Los pacientes con cáncer no serían socialmente activos una vez diagnosticados con cáncer.
4. La capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas en el lugar de trabajo puede disminuir incluso después de un tratamiento exitoso contra el cáncer.

Estereotipos de pacientes con cáncer

5. Los pacientes con cáncer son fácilmente reconocibles por su apariencia.
6. Los pacientes con cáncer tendrían dificultades para tener intimidad sexual.
7. Los pacientes con cáncer merecen ser protegidos en la sociedad.
8. Los pacientes con cáncer no podrían hacer contribuciones a la sociedad.

Discriminación contra los pacientes con cáncer

9. Me siento incómodo cuando estoy con pacientes con cáncer.
10. Tiendo a evitar interactuar con vecinos que tienen cáncer.
11. Evitaría casarme con personas cuyos familiares tienen cáncer.
12. Evitaría trabajar con personas que tienen cáncer.

A dicho cuestionario se le incorporaron los datos sociodemográficos de los participantes, como sexo, antecedentes familiares de cáncer y edad.

Hecho lo anterior, se aplicó el instrumento en los salones de clase de forma colectiva. Previamente a la recolección de los cuestionarios, se comentaron los objetivos del estudio y siempre se dio tiempo a los participantes para aclarar sus dudas sobre el instrumento y consentimiento informado de manera individual.

Análisis estadístico

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el coeficiente omega (McDonald, 2011), que se ha señalado como una mejor opción que el alfa de Cronbach debido a que proporciona aproximaciones más precisas de la confiabilidad (Revelle y Zinbarg, 2009). Para los análisis exploratorio y confirmatorio, la muestra se dividió aleatoriamente en dos submuestras con aproximadamente 50% cada una. A fin de conocer la estructura factorial, se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante factorización de ejes principales con rotación promax en la submuestra de 695 participantes, y para probar el ajuste al modelo se condujo, en la otra muestra de 645 participantes, un análisis factorial confirmatorio (AFC), para lo cual se utilizó una estimación de máxima verosimilitud.

RESULTADOS

Datos descriptivos

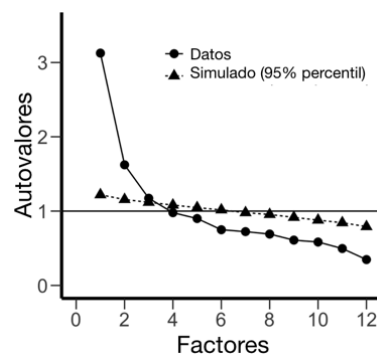
El porcentaje de participantes que estuvo de acuerdo o muy de acuerdo con que es imposible tratar el cáncer a pesar de los avances médicos, fue de 21.2%; 26.3% creía que, una vez diagnosticada la enfermedad, era muy difícil recuperar la salud; 12.1% dijo que los pacientes con cáncer no eran socialmente activos después del diagnóstico; 28.9%, que las habilidades laborales de estos pacientes se reducían aun después de un tratamiento eficaz. Por otro lado, 33.6% de los participantes afirmó que los pacientes con cáncer eran fácilmente reconocibles por su apariencia; 29% estuvo de acuer-

do o muy de acuerdo que los pacientes tenían dificultades sexuales; 71.4% creía que estos pacientes tenían que ser protegidos por la sociedad, y 7% afirmó que los pacientes con cáncer no podrían hacer contribuciones a la sociedad. Por último, se observó que 7% de los participantes se sentía incómodo al estar con pacientes con esa enfermedad; 3.9% evitaría la interacción con ellos; 8.9% indicó que evitaría casarse con alguien cuyos familiares hubieran padecido cáncer; y 2.8% afirmó que evitaría trabajar con personas que padecieran cáncer.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

Dado que se observó una suficiente adecuación muestral ($KMO = .791$) y que la prueba de esfericidad de Bartlett resultaba significativa ($\chi^2 (66) = 1472.480 p < .001$), se consideró viable realizar el AFE. A partir de la inspección de la gráfica de sedimentación y los resultados del análisis paralelo ($\chi^2 (33), p < .001$), se determinó la conveniencia de retener tres factores (Figura 1), para lo cual se generaron 1,000 conjuntos de datos aleatorios y se utilizó un intervalo de confianza (IC) de 95%.

Figura 1. Gráfico de sedimentación con las datos reales y simulados de acuerdo al análisis paralelo.



El primer factor (F1) obtuvo un valor Eigen de 3.126 y explicó 26.05% de la varianza; el segundo (F2), 13.523%, con un valor Eigen de 1.623, y el último (F3), con un valor Eigen de 1.173, explicó 9.773% del total de la varianza. Así, el instrumento alcanzó a explicar 49.346% de la misma. Las cargas factoriales de los ítems para los factores retenidos se determinaron en .40 (Tabla 2).

Tabla 2. Cargas factoriales (Los valores en negritas indican la pertenencia a un mismo factor dentro de una misma columna. Puntuaciones sin negritas reflejan puntuaciones menores a .40, por lo que no se agrupan en el factor).

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	.007	-.138	0.541
10	.847	-.087	-.039
11	.591	.051	-.047
12	.776	.012	-.031
2	-.121	-.026	.631
3	.170	.170	.282
4	-.001	.312	.255
5	.057	.496	-.068
6	.125	.644	-.083
7	-.090	.174	-.017
8	.422	.083	.106
9	.682	-.072	-.068

Esta solución mantiene la propuesta de tres factores reportada por Cho et al. (2013); sin embargo, uno de los ítems (8) se integró de diferente manera, y tres de ellos (3, 4 y 7) se eliminaron debido a que su carga factorial fue menor de .40.

Las correlaciones entre factores fueron relativamente moderadas. La correlación más alta ($r = .416$) fue entre F2 y F3, mientras que la menor ($r = .366$) fue para F1 con F3, en tanto que F1 y F2 obtuvieron una $r = .403$.

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El AFC indicó un óptimo ajuste ($\chi^2 = 59.498(24)$, $p < .001$, $\chi^2/DF = 2.479$, $RMSA = .048$, $CFI = .974$, $TLI = .961$, $NFI = .958$).

Análisis de confiabilidad

El análisis de consistencia interna se llevó a cabo con los ítems resultantes del AFE. El coeficiente Omega para el total del instrumento fue de .738, y los coeficientes para cada factor, los siguientes: F1 = .891, F2 = .477 y F3 = .491.

Datos normativos

Se presentan en la Tabla 3 las medias, desviaciones típicas y percentiles que pueden usarse como indicadores normativos.

Tabla 3. Valores descriptivos.

	F1 Discriminación			F2 Estereotipos pacientes con cáncer			F3 Imposibilidad de recuperación			Total de los tres factores		
	M	H	M/H	M	H	M/H	M	H	M/H	M	H	M/H
Media	6.39	7.04	6.65	4.25	4.38	4.3	3.96	4.04	3.99	14.59	15.45	14.94
D.E.	2.02	2.64	2.3	1.23	1.29	1.26	1.3	1.3	1.3	3.09	3.79	3.42
Percentil 25	5	5	5	3	4	4	3	3	3	13	13	13
Percentil 50	6	6	6	4	4	4	4	4	4	14	15	14
Percentil 75	7	8	7	5	5	5	5	5	5	16	17	17

M = Mujeres, H = Hombres.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten confirmar la viabilidad del modelo sugerido por Cho et al. (2013) respecto al estigma hacia los pacientes con cáncer, pero plantea interrogantes sobre su confiabilidad. Contar con un instrumento en español que tenga alguna evidencia de validez resulta oportuno debido a la falta de instrumentos en este

idioma sobre el referido problema, por lo que lo anterior es una contribución a su estudio.

El análisis factorial exploratorio y el confirmatorio indicaron agrupamientos de ítems en factores de forma similar a la escala original, salvo el ítem 8 (“Los pacientes con cáncer no podrían hacer contribuciones a la sociedad”). Sin embargo, el valor semántico de dicho ítem refleja, en opinión de los presentes autores, un sentido de dis-

criminación y no de estereotipia, según había sido clasificado en la versión original del instrumento.

Los datos recolectados permiten caracterizar las actitudes de una muestra universitaria mexicana hacia los pacientes con cáncer e iniciar la construcción de baremos que pueden ayudar a determinar patrones de normalidad en poblaciones similares a la de la muestra estudiada. Debido a que las variables psicosociales interactúan con la cultura (Fu, Anderson, Courtney y Hu, 2007), disponer de normas que sirvan como marco de contrastación puede ser útil para entender mejor la forma en que un grupo poblacional enfrenta socialmente un padecimiento. Los datos hallados indican claramente que la muestra mexicana exhibe un patrón de respuesta diferente al reportado por Cho et al. (2013). Por ejemplo, la elección más alta de cada ítem en la muestra mexicana estudiada es marcadamente menor que en la muestra coreana (Cho et al., 2013). Aunque se han reportado similitudes en las actitudes de mexicoamericanos y coreano-americanos hacia la autonomía de pacientes oncológicos terminales (Blackhall y Murphy, 1995), los hallazgos matizan, e incluso quizá contradicen, tales similitudes. Una posible explicación podría radicar en una visión fatalista del cáncer reportado en las poblaciones asiáticas (Wong-Kim, Sun y DeMattos, 2003). Lo contrario se ha reportado en poblaciones mexicoamericanas (Skolarus et al., 2012). Si bien estos reportes son comparaciones con otras poblaciones con otras enfermedades, abre una vía de exploración posible.

Analizar las diferencias de género no fue propósito de este estudio; sin embargo, los datos indican una actitud más desfavorable en los hombres, al contrario de las mujeres, lo que es relativamente congruente con trabajos que han hallado que los hombres son menos propensos a mostrar actitudes positivas relacionadas con la enfermedad (Wendt y Shafer, 2016). Incluso cuando se trata de la pro-

pia enfermedad, muestran actitudes menos favorables que las mujeres (Ritvo et al., 2013). Así, los presentes hallazgos confirman estas tendencias comportamentales.

A pesar de que la validez convergente del modelo de evaluación de estigma parece adecuada, es importante que en próximos estudios se revise la validez concurrente en cuanto que aquí se han aportado datos sobre el ajuste óptimo del modelo. Igualmente, es conveniente revisar la consistencia interna del instrumento. Si bien la confiabilidad de todo el instrumento es aceptable al tener un valor superior a .70 (Vera, Ávila y Dorantes, 2014), la confiabilidad es baja en dos de los tres factores, los que únicamente están compuestos por dos ítems. Para factores con pocos ítems, son aceptables los valores moderados (Jackson y Verberg, 2006), sobre todo en las primeras versiones de un instrumento (Nunnally y Bernstein, 1995). Pese a ello, esos valores fueron inferiores a un valor moderado. Al considerarse valioso el modelo del instrumento para evaluar la estigmatización hacia los pacientes con cáncer, podría mejorarse en próximos estudios si se aumentara el número de ítems y se revisara además la estabilidad temporal.

Por último, es importante reiterar que la estigmatización hacia personas con cáncer afecta el bienestar de quienes sufren la enfermedad (Cho, Choi et al., 2013; Greidanus et al., 2018; Stergiou-Kita, Pritlove y Kirsh, 2016; Trusson y Pilnick, 2017), y por ello un primer paso para atender este problema es conocer la manera en que ocurre el fenómeno del estigma. La evaluación del instrumento aquí presentado permite establecer su viabilidad y sus posibilidades de mejora, y asimismo sirve de base para próximos estudios sobre este tópico, pues conocer las variables asociadas al bienestar psicológico de quien sufre el estigma permitirá realizar intervenciones más amplias, relevantes y oportunas.

REFERENCIAS

- Berrenberg, J.L., Finlay, K.A., Stephan, W.G. y Stephan, C. (2002). Prejudice toward people with cancer or AIDS: Applying the integrated threat model. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7(2), 75-86. doi: 10.1111/j.1751-9861.2002.tb00078.x.
- Blackhall, L. y Murphy, S. (1995). Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 274(10), 820.
- Boulos, D. N. y Ghali, R. R. (2014). Awareness of breast cancer among female students at Ain Shams University, Egypt. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 154. doi: 10.5539/gjhs.v6n1p154.

- Chapple, A., Ziebland, S. y McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7454), 1470. doi: 10.1136/bmj.38111.639734.7C.
- Cho, J., Choi, E.K., Kim, S.Y., Shin, D.W., Cho, B.L., Kim, C.H. y Park, J.H. (2013). Association between cancer stigma and depression among cancer survivors: A nationwide survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372-2378. doi: 10.1002/pon.3302.
- Cho, J., Smith, K., Choi, E.K., Kim, I.R., Chang y. J., Park, H.Y., Guallar, E. y Shim Y.M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 605-613. doi: 10.1002/pon.3041.
- Dany, M., Chidiac, A. y Nassar, A.H. (2015). Human papillomavirus vaccination: assessing knowledge, attitudes, and intentions of college female students in Lebanon, a developing country. *Vaccine*, 33(8), 1001-1007. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.01.009.
- Feng, L.-S., Li, X.-Y., Wang, H.-R., Zhan, J.-J., Chen, D. y Wang Y.-F. (2018). Development and validation of the Cancer Self-perceived Discrimination Scale for Chinese cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 165. doi: 10.1186/s12955-018-0984-x.
- Fu, S., Anderson, D., Courtney, M. y Hu, W. (2007). The relationship between culture, attitude, social networks and quality of life in midlife Australian and Taiwanese citizens. *Maturitas*, 58(3), 285-295. doi: 10.1016/j.maturitas.2007.08.017.
- Fujisawa, D. y Hagiwara, N. (2015). Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports*, 7(3), 143-150.
- Greidanus, M.A., de Boer, A.M., de Rijk, A.E., Tiedtke, C.M., Dierckx de C., B., Frings-Dresen, M.W. y Tamminga, S.J. (2018). Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-Oncology*, 27(3), 725-733. doi: 10.1002/pon.4514.
- Grigsby, T.J., Kent, E.E., Montoya, M.J., Sender, L.S., Morris, R.A., Ziogas, A. y Anton-Culver, H. (2014). Attitudes toward cancer clinical trial participation in young adults with a history of cancer and a healthy college student sample: a preliminary investigation. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(1), 20-27. doi: 10.1089/jayao.2013.0030.
- Hofmann-Broussard, C., Armstrong, G., Boschen, M.J. y Somasundaram, K.V. (2017). A mental health training program for community health workers in India: Impact on recognition of mental disorders, stigmatizing attitudes and confidence. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(1), 62-74. doi: 10.1080/17542863.2016.1259340.
- Jackson, W. y Verberg, N. (2006). *Methods: Doing social research*. Toronto: Pearson Education.
- Latif, R. (2014). Knowledge and attitude of Saudi female students towards breast cancer: A cross-sectional study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9, 328-334.
- Lee, J.L. y Kim, K.S. (2011). The relationships between stigma, distress, and quality of life in patients with lung cancer. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 11(3), 237-246.
- López D., O., Canga A., N., Mujika, A., Pardavila B., M. I., Belintxon, M. y Serrano M., I. (2017). Five paradoxes in health promotion. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 269-272. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.10.011.
- Machado, G., Biancovilli, P. y Jurberg, C. (2017). Voices about a stigma: cancer in the opinion of three different segments in Brazilian society. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 413-416. doi: 10.1007/s13187-015-0962-5.
- Marlow, L.A. y Wardle, J. (2014). Development of a scale to assess cancer stigma in the non-patient population. *BMC Cancer*, 14(1), 285. doi: 10.1186/1471-2407-14-285.
- Martínez M., G. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 25(1), 35-49.
- McDonald, R.P. (2011). *Test theory: A unified treatment*. New York: Routledge.
- Mosher, C.E. y Danoff-Burg, S. (2007). Death anxiety and cancer-related stigma: A terror management analysis. *Death Studies*, 31(10), 885-907. doi: 10.1080/07481180701603360.
- Napier, A., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H. y Macdonald, A. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61603-2.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saude Publica*, 28(1), 164-169.
- Peiró, G., Corbellas, C., Camps, C., Sánchez, P.T., Godes, M., D'Ambra, M. y Blasco, A. (2006). Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 3(1), 9-17.
- Reichenheim, M.E. y Moraes, C.L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Publica*, 41(4), 665-673. doi: 10.1590/S0034-89102006005000035.
- Revelle, W. y Zinbarg, R.E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145-154.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. *La Psicología Social en México*, XII, 625-636.
- Ritvo, P., Myers, R.E., Paszat, L., Serenity, M., Perez, D.F. y Rabeneck, L. (2013). Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening. *BMC Public Health*, 13(1), 500. doi: 10.1186/1471-2458-13-500.
- Rodríguez A., M.C. y Palacios E., X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93. doi: 10.5209/rev_Psic.2013.v10.41949.

- Sambanje, M.N. y Mafuvadze, B. (2012). Breast cancer knowledge and awareness among university students in Angola. *Pan African Medical Journal*, 11(70)1-10.
- Skolarus, L.E., Lisabeth, L.D., Sánchez, B.N., Smith, M.A., Garcia, N.M., Risser, J.M. y Morgenstern, L.B. (2012). The prevalence of spirituality, optimism, depression, and fatalism in a bi-ethnic stroke population. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1293-1305. doi: 10.1007/s10943-010-9438-4.
- Stergiou-Kita, M., Pritlove, C. y Kirsh, B. (2016). The "Big C"-stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050.
- Trusson, D. y Pilnick, A. (2017). Between stigma and pink positivity: women's perceptions of social interactions during and after breast cancer treatment. *Sociology of Health & Illness*, 39(3), 458-473. doi: 10.1111/1467-9566.12486.
- Vera J., J.A., Ávila G., M.E. y Dorantes A., G. (2014). *Manual de evaluación de la victimización y percepción de la violencia, delincuencia e inseguridad, y la confianza en las instituciones*. Cuernavaca (México): UAEM.
- Vrinten, C., Gallagher, A., Waller, J. y Marlow, L.A.V. (2019). Cancer stigma and cancer screening attendance: a population based survey in England. *BMC Cancer*, 19(1), 566. doi: 10.1186/s12885-019-5787-x.
- Wendt, D. y Shafer, K. (2016). Gender and Attitudes about mental health help seeking: Results from national data. *Health and Social Work*, 41(1), 20-28. doi: 10.1093/hsw/hlv089.
- Wong-Kim, E., Sun, A. y DeMattos, M.C. (2003). Assessing cancer beliefs in a Chinese immigrant community. *Cancer Control*, 10(5), 22-28.
- World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Ferney-Voltaire (Francia): WMA. Recuperado de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer

Coping, family functioning, and health-related quality of life in Venezuelan cancer patients' caregivers

Neilú Hernández, Anthony Salas y José Javier Altuve¹

Citación: Hernández, N., Salas, A. y Altuve, J.J. (2020). Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 30(2), 161-172. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2651>.

RESUMEN

El presente estudio correlacional, de campo y diseño no experimental tuvo como objetivo determinar la correlación entre el afrontamiento, el funcionamiento familiar y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de cuidadores de pacientes oncológicos venezolanos. Participaron 200 cuidadores de ambos sexos, con edades de 18 a 82 años, de pacientes oncológicos que asistían a dos centros especializados en oncología en la ciudad de Caracas, a quienes se aplicó el cuestionario SF-12, la Escala de Estilos de Afrontamiento y la escala FACES-III de funcionamiento familiar. Los resultados mostraron una correlación directa entre los estilos de afrontamiento racional y por desapego con la cohesión y adaptabilidad familiar. El funcionamiento familiar y el estilo de afrontamiento no correlacionaron con la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores, excepto el estilo emocional, que tuvo una correlación inversa y significativa.

Palabras clave: Afrontamiento; Calidad de vida relacionada con la salud; Cuidadores; Funcionamiento familiar; Pacientes con cáncer.

ABSTRACT

The present correlational, field-test, non-experimental study sought to determine the correlation between coping, family functioning and health-related quality of life of a sample of caregivers of Venezuelan cancer patients. Participants consisted of 200 caregivers of both sexes, aged 18 to 82 years attending two specialized oncology centers at the city of Caracas. Participants responded to the SF-12 questionnaire, the Coping Styles Scale, and the FACES-III Family Functioning Scale. Results showed a direct correlation between rational coping styles and detachment with family cohesion and adaptability. Family functioning and coping style did not correlate with quality of life related to the health of caregivers, except for the emotional style, that showed a significant and inverse correlation.

Key words: Coping; Health-related Quality of life; Caregivers; Family functioning; Cancer patients.

¹ Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, Urbanización Valle Abajo, Parroquia San Pedro, Caracas, Venezuela, tel. (58)21-26-05-29-91, correos electrónicos: neilujose@gmail.com, a.salas360@gmail.com y a.altuve.07@gmail.com. Artículo recibido el 27 de agosto de 2019 y aceptado el 27 de enero de 2020.

El cáncer es un conjunto de enfermedades por las que el organismo desarrolla células malignas que crecen de forma descontrolada (Velázquez, García, Alvarado y Sánchez, 2007). Esta enfermedad, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS) (2018), representa la segunda causa de muerte en el mundo.

El diagnóstico de cáncer no solo afecta al paciente, sino también a los miembros de su familia, sus relaciones y funcionamiento. Los familiares son los que frecuentemente deben asumir la responsabilidad del cuidado instrumental y emocional del paciente, así como su acompañamiento dentro y fuera de su domicilio; las personas que llevan a cabo tales funciones con el tiempo pasan a ser los cuidadores informales (Alderfer y Kazak, 2006; Garassini, 2016; Holland et al., 2015; Kissane y Parne, 2015). Un cuidador, de acuerdo con Hanly et al. (2016), es un miembro de la familia, un amigo u otra persona, quien provee ayuda en las tareas de cuidado al paciente desde su diagnóstico. Los cuidadores informales desempeñan actividades como acompañar al enfermo a las consultas médicas y sesiones de aplicación de los tratamientos, a la vez que se encargan de la compra de medicamentos, vigilan el régimen de la alimentación y brindan apoyo emocional al familiar diagnosticado (González, Fonseca, Valladares y López, 2017).

La sobrecarga en el cuidado del familiar diagnosticado incide de forma negativa tanto en la salud física como mental de todos los miembros de la familia, pero sobre todo en quienes asumen el rol de cuidadores primarios (Kissane y Parne, 2015; Garassini, 2016; Williams, 2018). Algunas consecuencias de la sobrecarga en la salud de los cuidadores de pacientes oncológicos son síntomas físicos tales como dolores musculares, fatiga, alteraciones del sueño o insomnio y respuesta inmunológica reducida. Los síntomas psicológicos que pueden manifestarse son ansiedad, incertidumbre, depresión, sensación de fracaso o desesperanza, dificultades cognitivas y comportamentales, tales como la falta de atención y concentración, una escasa capacidad de organización de las tareas y el aislamiento social. Otras consecuencias se encuentran asociadas a los gastos económicos y a la dificultad de acceder a otras oportunidades de empleo (Bayen, Laigle-Donadey y Proute, 2016; Ex-

pósito, 2008; Lambert, Levesque y Girgis, 2016; Leroy, Fournier, Penel y Christophe, 2016; Rogero, 2010; Rumpold et al., 2016; Williams, 2018).

Así pues, el agotamiento o la sobrecarga de los cuidadores se vuelve un asunto de salud pública en sí mismo debido a todas las consecuencias que trae consigo (Ariza, Barrera y Pinto, 2009; García, 2011). La OMS (2018) define la salud como un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual completo que no se adjudica a la ausencia de enfermedad. En la literatura especializada, a la salud también se le conoce con el nombre de *calidad de vida relacionada a la salud*, o CVRS, que comprende un nivel de bienestar que evalúa la persona en relación con diferentes dominios de su vida y el impacto que tiene sobre esta (Urzúa, 2010). Aunque ambos conceptos son difíciles de diferenciar (Karimi y Braizer, 2016), el concepto de “calidad de vida relacionada a la salud” se diferencia del de “calidad de vida” en cuanto que el primero tiene que ver con los aspectos de la vida relacionados únicamente con la salud, la enfermedad y los tratamientos (Fernández, Fernández y Cieza, 2010).

Si bien se ha reportado que hay variables sociodemográficas, de la propia enfermedad y psicológicas que pueden deteriorar la salud física y mental de los cuidadores (Lambert, Levesque y Girgis, 2016; Williams, 2018), también hay otras que incrementan la calidad de vida y la salud, tales como las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento familiar adecuado.

Como se ha señalado antes, los cuidadores familiares que proveen cuidados a pacientes oncológicos tienen que afrontar una variedad de problemas físicos, sociales y económicos en el proceso de cuidar (Tokem, Hanife y Atiye, 2015). El afrontamiento es un concepto ampliamente conocido en la literatura sobre el estrés. Lazarus y Folkman (1986) lo han definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se ponen en marcha para el manejo de las demandas internas o externas que se han interpretado como amenazantes y que desbordan los recursos del individuo. El afrontamiento del cáncer son las respuestas de los pacientes y sus cuidadores ante la enfermedad, las que se componen de la valoración y las reacciones consecuentes de ellos ante este estresor (Ariza et al., 2009; Watson

y Greer, 1998). Los mismos Lazarus y Folkman (1986) establecieron que hay dos formas de afrontamiento: el dirigido al problema, que incluye estrategias hacia su solución a través de diferentes alternativas, y el dirigido a la emoción, que implica la regulación de la respuesta emocional ante el estresor a partir del autocontrol, el distanciamiento o la reevaluación positiva.

Roger, Jarvis y Najarian (1993) han propuesto un modelo parsimonioso sobre el afrontamiento, que entienden como la propensión a emplear estrategias específicas ante los estresores, o predisposiciones generales que presenta un individuo para hacer frente a una situación. Roger et al. (1993) estudiaron los estilos de afrontamiento como una diferencia individual que puede tener una influencia importante en la relación entre el estrés y la salud de las personas (Sojo, Bethelmhy y Guarino, 2007). Dichos autores identificaron cuatro estilos de afrontamiento, dos adaptativos y dos desadaptativos. Los estilos adaptativos son el estilo de afrontamiento racional, orientado a la solución de problemas, y el estilo por desapego emocional, que implica una tendencia a afrontar las situaciones sin involucrarse emocionalmente con ellas, evaluándolas desde afuera con una perspectiva más objetiva. Los estilos desadaptativos, a su vez, son el emocional, que implica un manejo a partir del desbalance emocional producto de la situación de estrés, y el evitativo, que es una tendencia a obviar la ocurrencia de la situación estresante. Así, los estilos adaptativos de afrontamiento se asocian a un incremento de la salud, mientras que los desadaptativos a su deterioro.

Algunos estudios (Sojo et al., 2007; Torres y Guarino, 2013) han aportado evidencias sobre las relaciones entre los distintos estilos de afrontamiento y la salud en diversas muestras. Aldana y Guarino (2012), reportaron una relación significativa y positiva entre los estilos de afrontamientos adaptativos y la salud de una muestra de cuidadores de pacientes con afección por demencia tipo alzheimer, y una relación negativa con los estilos desadaptativos, respectivamente. Por su parte, Pérez, Frías, Romero y Del Pino (2016) encontraron que aquellos cuidadores de pacientes oncológicos que emplean estrategias de afrontamiento enfocadas en la solución de los problemas pueden mitigar de forma efectiva el disturbio emocional y el

agotamiento percibido. Aldana y Guarino (2012) reportaron a su vez un mayor empleo del afrontamiento racional y emocional en la muestra de cuidadores de pacientes con afección por demencia tipo alzheimer. Un estudio de Flórez y Klimenko (2011) con una muestra de cuidadores de pacientes oncológicos encontró que la estrategia de afrontamiento activo fue la más empleada, seguida por la de planeación o planificación.

Como se señaló líneas atrás, el cáncer en uno de sus miembros es un estresor sumamente potente para la familia. La forma en cómo sobrelleve la crisis de la enfermedad determinará el modo en que empleen sus recursos de afrontamiento, asuman los diferentes roles y el grado de éxito de los mismos. Los conflictos entre los miembros pueden afectar el curso de la enfermedad del paciente, así como sus lazos y unidad, en tanto que el apoyo mutuo y la confianza en la destreza con el que se lleva a cabo el cuidado ayudan a la protección ante el estrés crónico (Fuchs et al., 2013). Por consiguiente, el funcionamiento familiar tiene una influencia decisiva tanto en la salud de pacientes oncológicos como en la de sus cuidadores (Jung et al., 2017).

El funcionamiento familiar hace referencia a la interacción afectiva que existe entre los miembros familiares, la cual hace cambiar su estructura con la finalidad de que logren superar sus dificultades evolutivas (Alderfer y Stanley, 2012; Van Schoors, Caes, Verhofstadt, Goubert y Alderfer, 2015). En el modelo *circumplejo* desarrollado por Olson (2000) y Olson, Waldvogel y Schlieff (2019), los autores establecen el funcionamiento familiar a partir de dos dimensiones básicas: la cohesión y la adaptabilidad. La *cohesión* alude al nivel de apego o desapego de los miembros de la familia. En esta dimensión se consideran los lazos emocionales, los límites, la toma de decisiones y los intereses compartidos por la familia. La *adaptabilidad*, por su parte, se refiere al grado de flexibilidad y capacidad de cambio de los miembros de la familia. En esta dimensión se considera el cambio de roles, el liderazgo, los estilos de negociación y la retroalimentación entre aquellos (Olson, 2000; Olson et al., 2019).

Los estudios reportan que un funcionamiento familiar percibido como favorable se asocia con el empleo de estrategias de afrontamiento adapta-

tivas en los pacientes oncológicos (Acosta, López, Martínez y Zapata, 2017; Biffi y Mamede, 2010; Díaz y Yaringaño, 2010; Ramírez, 2017). Un estudio en que se empleó una muestra de cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos fue el de Martin et al. (2012), quienes hallaron que un mejor funcionamiento familiar se vinculaba con el uso de estrategias de afrontamiento activo, tales como la reevaluación positiva. Por su parte, Cortés, Bueno, Narváez, García y Guerrero (2012) encontraron que los familiares con bajo funcionamiento familiar tendían a reportar un mayor estrés psicológico que aquellos que quienes reportaban una alta funcionalidad.

El estudio de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos y su influencia en su calidad de vida ha sido un tema de amplia atención en la psicooncología. Las investigaciones en el área han mostrado la importancia del afrontamiento y el funcionamiento familiar como factores protectores de la salud en pacientes con cáncer; sin embargo, muy pocas se han realizado sobre los cuidadores, por lo que se hace necesario seguir examinando los estilos de afrontamiento y el funcionamiento familiar percibido por ellos, y específicamente la relación que guardan con su calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que la sobrecarga es un factor que la afecta negativamente.

Por lo tanto, el presente estudio correlacional y no experimental (Kerlinger y Lee, 2002; Hernández, Fernández y Baptista, 2012) tuvo como objetivo determinar la relación entre el afrontamiento, el funcionamiento familiar y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de cuidadores de pacientes oncológicos venezolanos.

MÉTODO

Participantes

Participaron cuidadores de pacientes oncológicos que asistían a dos hospitales especializados en oncología: el Instituto Oncológico Luis Razzetti y el Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Antiguo Hospital Oncológico “Padre Machado”), ambos ubicados en la ciudad de Caracas (Venezuela). La

muestra estuvo conformada por 200 cuidadores informales, de ambos sexos, con edades de entre 18 y 82 años. Específicamente, 85 pacientes (42.5%) asistían al primero de ellos y 115 (57.5 %) al segundo. Los cuidadores encuestados en las áreas de consulta de ambos centros fueron 130 (65%), y 70 (35%) en las áreas de hospitalización. De los participantes, 155 fueron mujeres (77.5%) y 45 hombres (22.5%). La mayoría de los cuidadores eran hijos de los pacientes, casados, con instrucción universitaria, de estrato socioeconómico medio, con dedicación al tiempo de cuidado de entre 13 y 24 horas diarias ($M = 17$ horas). Respecto al familiar diagnosticado de los cuidadores, se reportó que en la mayor frecuencia correspondió a mujeres (122). De toda la muestra, 191 personas respondieron no tener antecedentes psiquiátricos (95%) y 9 (5%) sí lo reportaron. Por su parte, 126 (63%) dijeron no tener antecedentes médicos, a diferencia de 74 personas (37%) que sí los tenían. Los tipos de cáncer más frecuentes en los familiares de los cuidadores fueron mamarios (65 pacientes), ginecológicos (75 pacientes) y genitourinarios (41 pacientes), mientras que el resto lo desconocían (19 pacientes).

El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico (Kerlinger y Lee, 2002), puesto que la elección de la muestra se hace en función de las características sociodemográficas de interés para la investigación. Los requisitos de inclusión que se tomaron en cuenta fueron que los participantes debían ser cuidadores de pacientes oncológicos que asistían a las instituciones ya señaladas, mayores de edad, parientes directos del paciente diagnosticado, que no tuvieran evidencia actual de trastornos psiquiátricos o emocionales significativos, y que supieran leer y escribir.

Instrumentos

Cuestionario de Salud SF-12, versión 2 (Ware, Kosinski y Keller, 1996).

Se empleó la versión adaptada al castellano de Ramírez, Agredo y Jerez (2010). Es esta una escala que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Consta de doce ítems integrados en ocho dimensiones: función física (dos ítems), rol físico (dos), dolor corporal (uno), salud general (uno),

vitalidad (uno), función social (uno), rol emocional (dos) y salud mental (dos ítems). Estas dimensiones se agrupan a su vez en dos componentes sumatorios: salud física y salud mental. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis según el ítem; los puntajes mayores indican una alta calidad de vida relacionada con la salud. Los índices de confiabilidad reportados por Ramírez et al. (2010) fueron de entre 0.70 y 0.82 en las escalas de salud física y mental en ambos sexos.

Tres expertos en el área de la psicología de la salud y la psicooncología revisaron el cuestionario para su validación en la muestra de cuidadores. Una vez que se atendieron las consideraciones de los expertos, se hizo un estudio piloto que contó con la participación de 100 cuidadores de pacientes oncológicos de ambos sexos con edades de 18 a 82 años, estudio gracias al cual se logró obtener la versión definitiva que se administró a la muestra recabada. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos fueron para las dimensiones de salud física, salud mental y salud total fueron aceptables: 0.72, 0.73 y 0.83, respectivamente.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (CSQ) (Rosenstiel y Keefe (1983).

Se empleó la versión adaptada al castellano y validada en Venezuela por Sojo et al. (2007). Mide los estilos de afrontamiento en un continuo de respuesta que va de 1 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”). Está conformada por cuatro dimensiones: afrontamiento emocional (doce ítems), desapego emocional (trece), afrontamiento racional (diez) y afrontamiento por evitación (cinco ítems), teniendo así un total de 40 ítems descriptivos de manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales en el afrontamiento. Puntajes mayores en una dimensión indican la presencia de un estilo de afrontamiento específico. La subescala de afrontamiento emocional presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77; la de desapego emocional, de 0.59; la de afrontamiento racional, de 0.68, y la de afrontamiento evitativo, de 0.67 (Sojo et al., 2007).

Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) (Olson, Portner y Bell, 1982).

Se utilizó la versión adaptada al castellano de Bazo et al. (2016), conformada por un total de 20 ítems que se responden según una escala tipo Likert que

va de 1 a 5 (“Casi siempre”, “Muchas veces”, “A veces sí y a veces no”, “Pocas veces”, “Casi nunca”) y que conforman las subescalas de Cohesión y Adaptabilidad, conformadas por diez ítems cada una. En la escala, los puntajes medios indican una mejor cohesión y adaptabilidad familiar. La escala ha reportado índices de confiabilidad aceptables, de entre 0.70 y 0.90 (Bazo et al., 2016). Los coeficientes de consistencia interna reportados en la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos venezolanos fue 0.72 para la dimensión de cohesión familiar, y de 0.68 para adaptabilidad familiar, por lo que está dentro de rango aceptable de confiabilidad.

Procedimiento

En primer lugar, se redactaron sendas cartas a los respectivos directores de los centros especializados en oncología ya referidos, en las que se les solicitaba la aprobación para poder llevar a cabo la recolección de los datos del estudio. Para lo anterior, se diseñó una charla preventiva sobre el estrés para los cuidadores que estaban en la sala de consulta, y para los que estaban en el área de hospitalización se procedió a ir a las habitaciones, previa autorización y acompañamiento de los psicólogos de la unidad.

A cada cuidador se le pidió su colaboración, considerando antes su estado emocional y físico; si la respuesta era afirmativa, se les entregaba la carta de consentimiento informado en la que se consideraban aspectos relativos a la participación voluntaria, el uso y la confidencialidad de los resultados y el anonimato. La aplicación de los instrumentos se guió bajo los principios éticos para su validación y administración.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22. Para el análisis se emplearon medidas de tendencia central y variabilidad. En el análisis de las correlaciones se empleó la prueba de momento de Pearson, y para el análisis de la consistencia interna el coeficiente alfa de Cronbach, para así dar cuenta de la confiabilidad de las escalas usadas en el estudio.

RESULTADOS

Análisis descriptivos de las variables

En la Tabla 1 se resumen las medias y desviaciones típicas de las variables analizadas.

Tabla 1. Descriptivos de estilos de afrontamiento, funcionamiento familiar y salud.

Estilo	Mín.	Máx.	M	D.E.
Afrontamiento emocional	11	38	21.09	5.11
Afrontamiento racional	16	44	33.43	5.38
Afrontamiento por desapego	15	45	27.84	5.82
Afrontamiento evitativo	7	25	17.08	3.67
Cohesión	16	50	36.75	6.78
Adaptabilidad	13	50	29.88	6.23
Salud física	8	20	19.51	2.81
Salud mental	10	27	15.79	4.21
Total salud (CDVRS)	21	47	35.29	6.30

En dicha tabla se puede observar que el estilo de afrontamiento racional reportó una media elevada y

moderada el afrontamiento por desapego emocional, al igual que el estilo de afrontamiento emocional, y finalmente el estilo de afrontamiento por evitación alcanzó una media baja. Se puede evidenciar que los estilos adaptativos fueron los más empleados por la muestra estudiada.

En tanto, los análisis de las dimensiones del funcionamiento familiar, que se reflejan en dicha tabla, indican que la cohesión y la adaptabilidad alcanzaron puntajes moderados. Por último, la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores se encuentra conservada. En los indicadores que conforman la salud física y la mental, las medias respectivas muestran que la salud física de los cuidadores se encontró más conservada que la salud mental, según los rangos de puntaje en cada una de esas dimensiones.

Análisis de correlación entre variables

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones entre las dimensiones del funcionamiento familiar y el afrontamiento.

Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones del funcionamiento familiar y el afrontamiento.

		Afrontamiento emocional	Afrontamiento racional	Afrontamiento por desapego	Afrontamiento evitativo
Cohesión	Correlación de Pearson	-.336**	.236**	-.075	.079
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.294	.265
Adaptabilidad	Correlación de Pearson	.090	.215**	.217**	.087
	Sig. (bilateral)	.206	.002	.002	.218

Como se aprecia, la dimensión de cohesión correlacionó de forma inversa y significativa con el estilo de afrontamiento emocional ($p < 0.01$), caso contrario al estilo racional, en el que se reportó una relación positiva, aunque baja y significativa ($p < 0.01$). Esto indica que los cuidadores que perciben una alta cohesión tienden a tener un estilo de afrontamiento racional y no emocional. En los estilos por desapego emocional y evitativo no se hallaron relaciones significativas. La dimensión de adaptabilidad reportó una relación positiva, baja y significativa con el estilo racional y por desapego emocional, reflejando que una percepción de alta adaptabilidad en la familia se relaciona con el empleo de estos estilos adaptativos de afrontamiento.

No se hallaron correlaciones significativas con los estilos desadaptativos.

En la Tabla 3 se reportan las correlaciones obtenidas en las dimensiones de afrontamiento y funcionamiento familiar respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores.

Para los estilos de afrontamiento, solo el estilo de afrontamiento emocional correlacionó de forma inversa, aunque baja pero significativa, con la calidad de vida relacionada con la salud ($p < 0.05$) y los indicadores de salud física ($p < 0.05$) y mental ($p < 0.05$). Con el resto de los estilos de afrontamiento no se hallaron relaciones significativas. Lo mismo se halla con relación a la cohesión y la adaptabilidad familiar, lo que refleja la independencia de estas variables.

Tabla 3. Correlaciones entre afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud.

		Salud física	Salud mental	CDVRS
Cohesión	Correlación de Pearson	.021	.080	.061
	Sig. (bilateral)	.773	.264	.388
Adaptabilidad	Correlación de Pearson	-.037	-.040	-.049
	Sig. (bilateral)	.600	.575	.495
Afrontamiento por desapego	Correlación de Pearson	-.049	-.113	-.083
	Sig. (bilateral)	.494	.111	.243
Afrontamiento racional	Correlación de Pearson	.002	-.128	-.056
	Sig. (bilateral)	.980	.071	.432
Afrontamiento emocional	Correlación de Pearson	-.142*	-.155*	-.164*
	Sig. (bilateral)	.044	.028	.020
Afrontamiento evitativo	Correlación de Pearson	.009	-.072	-.027
	Sig. (bilateral)	.904	.308	.709

DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la correlación entre los estilos de afrontamiento, el funcionamiento familiar y la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de cuidadores de pacientes oncológicos venezolanos.

En dicho estudio, la mayoría de los participantes fueron mujeres, adultas jóvenes y de estratos socioeconómicos distintos, lo que confirma lo hallado en un estudio previo de Carratalá y Peña (2009) sobre el perfil del cuidador del paciente oncológico venezolano, que se caracteriza por ser los cuidadores frecuentemente mujeres. Especialmente en los países latinos se sostiene la creencia de que las actividades de cuidar se hallan asociadas al sexo femenino, indistintamente del parentesco que tengan con el paciente diagnosticado (Dakduk, 2010). Otro aspecto importante se relaciona con el número de horas diarias dedicadas al cuidado del familiar diagnosticado que reportan los cuidadores, que en esta muestra fue de diecisiete horas diarias de cuidado en promedio. En el estudio de Carratalá y Peña (2009) se encontró que los cuidadores de pacientes oncológicos cuidaban, en promedio, siete horas. Este dato llama la atención porque, aunque los cuidadores de la muestra hayan sido mayormente adultos jóvenes y en las condiciones físicas necesarias para realizar las labores de cuidado, se hallaban en riesgo de sufrir una sobrecarga por el número de horas dedicadas a esa actividad. Algunos autores (Pérez

et al., 2016; Williams, 2018) han señalado que las horas de cuidado pueden incidir en la organización del tiempo y de forma negativa en la salud de los cuidadores. Pérez, Rascón y Villafaña (2014) hallaron que cuando la salud mental del cuidador es baja, disminuye el afrontamiento activo debido, en parte, al aumento en el número de horas que dedica al cuidado.

El análisis de las variables muestra que los cuidadores de los pacientes oncológicos tienden en mayor medida a emplear los estilos de afrontamiento racional y por desapego emocional. De este modo, los cuidadores tienden a afrontar el estresor de la enfermedad a través de resolver los problemas, además de evaluarlos objetivamente sin implicar en ello sus emociones (Roger et al., 1993). Lazarus y Folkman (1986) han señalado que el afrontamiento orientado al problema promueve la adaptación favorable de los individuos a los estresores que perciben como amenazantes para su bienestar. Tales resultados son consistentes con los de otros estudios (Flórez y Klimenko, 2011; Pérez et al., 2016; Trask et al., 2003) que han reportado que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas por parte de los cuidadores de pacientes oncológicos les permite reducir su estrés psicológico.

Se encontró el empleo del afrontamiento emocional, aunque de forma moderada y en menor medida el evitativo. Es importante señalar que, ante el diagnóstico de cáncer en un familiar, es de esperarse que este tipo de afrontamiento ocurra en

virtud del impacto emocional que representa para los miembros de la familia ese evento (Williams, 2018). El estigma asociado al cáncer como sinónimo de muerte y sufrimiento suscitan reacciones emocionales de incertidumbre, desesperanza, angustia y temor que pueden afectar el funcionamiento del paciente y el de su familia (Alderfer y Kazak, 2006; Garassini, 2016, Olivares, 2015). De igual manera, la menor tendencia hallada al afrontamiento evitativo sugiere que los cuidadores de la muestra no evitaban la situación estresante mientras ocurría. El cáncer es un suceso en el que los cuidadores, al asumir conscientemente ese rol, deben mantenerse activos en todas las tareas instrumentales y emocionales que supone el proceso del cuidar (Sánchez y Gasperi, 2012), y por ello es de esperarse que no recurran a evitar la situación.

Por otra parte, los cuidadores percibieron en su familia una alta cohesión (Olson, 2000, Olson et al., 2019) esto es, una familia unida en una situación de gran estrés, lo que respalda la idea de que la cohesión entre los miembros de la familia puede ser un factor protector para afrontar las adversidades, como la enfermedad de uno de sus miembros (Garassini, 2016; Walsh, 2016). Respecto a la adaptabilidad familiar, se obtuvo un puntaje elevado, lo que, según el modelo propuesto por Olson et al. (2019), indica una baja adaptación, lo que sugiere que no se percibe la familia como capaz de cambiar sus roles y las reglas en sus relaciones cuando atraviesan por el estresor que significa la enfermedad oncológica en uno de sus miembros.

Este resultado cobra sentido cuando se percibe que el cuidador principal es el único que asume todas las tareas del cuidado, sin delegar funciones a otros miembros, lo que podría aumentar los conflictos entre ellos e influir en la salud del propio cuidador (Carratalá y Peña, 2009; Garassini, 2015, 2016). En el modelo circunplejo se considera la comunicación como una dimensión que se interconecta con la cohesión y la adaptabilidad. Para efecto de los resultados, podría pensarse que los cuidadores carecen de estrategias para comunicarse adecuadamente mientras está presente el estresor, lo que conlleva la percepción de un funcionamiento familiar poco favorable. La comunicación es un elemento clave que permite que las

familias puedan organizarse, resolver problemas y apoyarse ante eventos estresantes, como la enfermedad de cáncer en un familiar (Alderfer, Navsaria y Kazak, 2009; Adelfer y Stanley, 2012; Baidar, 2003; Walsh, 2016). En el estudio de Lim y Shon (2018) se encontró que la comunicación era un factor que mediaba la relación entre la cohesión y la calidad de vida relacionada con la salud de cuidadores esposos de mujeres sobrevivientes.

Se evidenció que la calidad de vida relacionada con la salud global de los cuidadores estaba conservada en la muestra. Específicamente, la salud física de los cuidadores mostró estar menos deteriorada que su salud mental, la que se ubicó en niveles moderados. Estos resultados pueden explicarse por las características de la muestra, constituida sobre todo por adultos jóvenes, quienes por lo general son los que se encuentran en las condiciones físicas apropiadas para asumir las tareas del cuidado. Los niveles de salud mental pudieran explicarse por la vivencia del impacto emocional que trae consigo cuidar a un paciente oncológico. Se sabe que muchos cuidadores en el proceso del cuidar pueden experimentar sintomatología asociada al estrés crónico, como ansiedad, depresión, aislamiento social y conductas de riesgo tales como consumir en exceso alcohol y tabaco (Tripodo, Veloso y Llanos, 2015; Williams, 2018).

En el análisis de las correlaciones se obtuvieron relaciones significativas entre algunos estilos de afrontamiento y la cohesión y adaptabilidad familiares. Se encontró que los cuidadores que perciben a su familia como cohesionada tienden a tener un estilo de afrontamiento racional y, en menor medida, emocional. Por otra parte, aquellos que perciben a su familia como flexible tienden a tener un estilo de afrontamiento racional y por desapego emocional ante los estresores de la enfermedad. Estos resultados son consistentes con evidencias previas (Acosta et al., 2017; Cortés et al., 2012; Díaz y Yaringaño, 2010) en las que se encontró que un adecuado clima y un buen funcionamiento familiar permite el empleo de estrategias apropiadas de afrontamiento, lo que implica experimentar menos estrés y, por ende, a mantener una mejor salud en los cuidadores y en los pacientes que atienden.

Finalmente, no se hallaron correlaciones significativas entre los estilos de afrontamiento y la

calidad de vida relacionada con la salud, excepto en el afrontamiento emocional, correlación que fue inversa y significativa, lo que implica que la tendencia a emplear este último se relaciona con el deterioro de la salud de los cuidadores. La cohesión y la adaptabilidad no correlacionaron con ninguno de los indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud, lo que sugiere que, independientemente de que la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos percibiera como favorable o no el funcionamiento de su familia, o de que mantuviera o no estilos de afrontamiento adaptativos, al parecer no tuvo implicaciones en dicha calidad de vida relacionada con la salud.

La correlación obtenida entre los estilos de afrontamiento adaptativos no es consistente con los resultados de investigaciones previas (Aldana y Guarino, 2012; Torres y Guarino, 2013; Sojo et al., 2007), en las que ha reportado que ambos estilos de afrontamiento se asocian con un aumento de la salud global, mientras que la relación con el estilo emocional encontró respaldo en los estudios antes referidos. Esto último apoya la idea de que el estilo de afrontamiento emocional puede generar un deterioro de la salud siempre que sea prolongado (Lazarus y Folkman, 1986).

Sobre las correlaciones obtenidas con los estilos adaptativos, podría suponerse la existencia de otro estilo de afrontamiento que tenga más influencia en la salud de los cuidadores que el estilo racional o el de desapego emocional, o bien que intervengan ciertas características de la personalidad de los propios cuidadores. Es posible que esta forma de manejo esté referida a un estilo de afrontamiento represivo, caracterizado por evitar pensamientos, emociones y recuerdos desagradables de los eventos estresores, lo que podría deteriorar la salud en el largo plazo (Weinberger, 1979). Sin embargo, algunos estudios (Bonnano, 2008; Caro y Cova, 2012; Ginzburg, Solomon y Bleich, 2002; Parker y McNally, 2008) han encontrado que ese estilo de afrontamiento no necesariamente resulta ser perjudicial para la salud si persiste. Parker y McNally (2008) han señalado que lo anterior pudiera estar mediado por la existencia de un sesgo interpretativo de los represores, vinculado con la deseabilidad social, que haría que los cuidadores atribuyeran un significado más positivo a sus pensamientos y emociones. Así, ante el impacto emo-

cional del diagnóstico, los cuidadores, empleando el afrontamiento represivo, podrían no experimentar sus emociones desagradables, disociándolas, y seguir cumpliendo con las tareas de cuidado al verlas como una forma adaptativa de afrontamiento, al igual que los estilos racional y por desapego emocional. No obstante, tal suposición debe ser corroborada en futuros estudios que determinen las relaciones entre los estilos de afrontamiento propuestos por Roger et al. (1993) y el estilo de afrontamiento represivo, así como la influencia de este último en la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores de pacientes oncológicos. De igual forma, no se puede descartar la influencia de otras variables, por ejemplo el número de horas de cuidado, que resultó ser bastante elevado, lo que puede implicar un deterioro en el funcionamiento global del cuidador y afectar el uso de estrategias de afrontamiento eficaces (Pérez et al., 2014; Tsai y Jirovec, 2005).

De hecho, las características de personalidad pueden influir en la salud de los cuidadores. Las características de personalidad resistente (Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982), por ejemplo, suponen que existen ciertos rasgos en los individuos que hacen que sus experiencias estresantes no tengan un efecto negativo. Se ha encontrado que tener una personalidad resistente puede llevar a emplear mejores estrategias de afrontamiento, disminuyendo así los efectos negativos del estrés e incrementando, por ende, la salud y el bienestar (Moreno, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez, 2012). Donoso y Barra (2013) encontraron que la personalidad resistente en cien cuidadoras de pacientes con cáncer de mama se asoció a un menor estrés percibido y al aumento de su bienestar psicológico.

Aun así, es importante que se aporten más evidencias que corroboren la consistencia de las correlaciones reportadas en el presente estudio, subrayando la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad relacionada con la salud de los cuidadores, dada la importancia que este tipo de apoyo tiene para ellos. El estudio provee una aportación al estudio de los factores psicosociales que pueden influir en el mantenimiento de la salud de los cuidadores de pacientes oncológicos adultos, área que ha sido mayormente abordada con cuidadores de pacientes oncológicos pediátricos (Cortés et al., 2012; Van Schoors et al., 2017).

La relevancia social de este estudio se focaliza en la importancia de promover de forma continua una atención psicooncológica grupal, familiar e individual a los cuidadores de los pacientes, pues este tipo de apoyo puede proporcionarles una oportunidad para que adquieran y ejerzan estrategias de afrontamiento que les haga posible llevar a cabo las demandas de esa tarea. Se rescata aquí la importancia de que en las intervenciones parti-

cipen los demás miembros de la familia para que conozcan las labores que implica el cuidado del familiar enfermo, toda vez que eso le permite al cuidador principal afrontar el estrés excesivo que implica cuidar, lo que puede lograrse estimulándolos mediante una comunicación adecuada que les facilite su ajuste a las diferentes demandas de la enfermedad, logrando así un mejor funcionamiento ante tal estresor.

REFERENCIAS

- Acosta, E., López, C., Martínez, M. y Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139-148.
- Aldana, G. y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9(1) 5-14.
- Alderfer, M. y Kazak, A. (2006). Family issues when a child is on treatment for cancer. En R. Brown (Ed.): *Pediatric Hematology/Oncology: Biopsychosocial approach* (pp. 53-74). New York: Oxford University Press.
- Alderfer, M., Navsaria, N. y Kazak, A. (2009). Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 717-725.
- Alderfer, M. y Stanley, C. (2012). Health and illness in the context of the family. En A. Baum, A. Revenson y J. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (2a ed.) (pp. 493-516). London: Taylor & Francis.
- Ariza, E., Barrera, M. y Pinto, T. (2009). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19-29.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 505-520.
- Bayen, E., Laigle-Donadey, F. y Proute, M. (2016). The multidimensional burden of informal caregivers in primary malignant brain tumor. *Support Care Cancer*, 25(1), 245-253.
- Bazo, J., Bazo, O., Águila, J., Peralta, F., Mormontoy, W. y Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES III: un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(1), 462-470.
- Biffi, R. y Mamede, M. (2010). Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: gender differences. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18(2), 269-277.
- Bonnano, G. (2008). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 101-113.
- Caro, P. y Cova, F. (2012). Relación entre estrés postraumático, afrontamiento represivo y rumiación en estudiantes universitarios chilenos. *Ciencia y Enfermería*, 13(3), 121-130.
- Carratalá, A. y Peña, C. (2009). *Resiliencia en familiares acompañantes de pacientes oncológicos*. Tesis inédita de pregrado. Caracas: Universidad Metropolitana.
- Cortés, F., Bueno, J., Narváez, A., García, A. y Guerrero, L. (2012). Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología*, 9(2-3), 335-354.
- Dakduk, S. (2010). Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 15(35), 79-90.
- Díaz, G. y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *IIPSI*, 13(1), 69-86.
- Donoso, V. y Barra, E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 23(2), 153-160.
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004.
- Fernández, J. Fernández, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud, y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Flórez, J. y Klímenko, O. (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de Asistencia Paliativa de la Corporación FORMAR*. (Tesis inédita de pregrado). Medellín (Colombia): Universidad de Envigado.

- Fuchs-Tarlovsky, V., Bejarano, M., Álvarez A., Godoy, M. y Fernández, K. (2013). Efecto de la presencia de los familiares sobre la depresión en mujeres hospitalizadas con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(2) 190-195.
- Garassini, M. (2015). Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *Revista CES Psicología*, 8(2), 76-102.
- Garassini, M. (2016). Los cuidadores de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud. *Psicología y Salud*, 26(2), 161-175.
- García, B. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil*. Tesis doctoral inédita. Barcelona: Universitat Ramon Llul.
- Ginzburg, K., Solomon, Z. y Bleich, A. (2002). Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 64, 748-757.
- González, A., Fonseca, M., Valladares, A. y López, L. (2017). Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Revista Finlay*, 5(2), 26-32.
- Hanly, P., Maguire, R., Balfé, M., Hyland, P., Timmons, A., O'Sullivan, E., Butow, P. y Sharp, L. (2016). Burden and happiness in head and neck cancer carers: the role of supportive care needs. *Support Care Cancer*, 24, 4283-4291.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2012). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Holland, J., Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Loscalzo, M. y McCorkle, R. (2015). *Psycho-Oncology* (3a ed). New York: Oxford University Press.
- Jung, J., Lee, J., Kim, M., Shim, Y., Zo, J. y Yun, Y. (2017). Comparison of fatigue, depression, and anxiety as factors affecting posttreatment health-related quality of life in lung cancer survivors. *Journal of Psychology*, 16(4), 167-146.
- Karimi, M. y Braizer, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kelinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Buenos Aires: McGraw-Hill.
- Kissane, D. y Parne, F. (2015). *Bereavement care for families*. New York: Routledge.
- Kobasa, S., Maddi, M.S y Puccetti, C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 391-404.
- Lambert, S., Levesque, J. y Girgis, A. (2016). The impact of cancer and chronic conditions on caregivers and family members. En B. Koczwara (Ed.): *Cancer and chronic conditions*. Singapore: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez-Roca.
- Leroy, T., Fournier, E., Penel, N. y Christophe, V. (2016). Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psycho-Oncology*, 25, 1278-1285.
- Lim, J. y Shon, E. (2018). The dyadic effects of family cohesion and communication on health-related quality of life. *Cancer Nursing*, 42(2), 156-165.
- Martin, S., Calabrese, S., Wolters, P., Walker, K., Warren, K. y Hazra, R. (2012). Family functioning and coping styles in families of children with cancer and HIV disease. *Clinical Pediatrics*, 51(1), 58-64.
- Moreno, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M. y Rodríguez, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: Las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Olivares, M. (2015). Trastorno de estrés postraumático asociado al cáncer. Revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 2(6), 79-87.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D.H., Portner, J. y Bell, R.Q. (1982). *Faces II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Minneapolis, MI: University Of Minnesota.
- Olson, D.H., Waldvogel, L. y Schlieff, M. (2019). Circumplex Model of marital and family systems: An update. *Journal of Family: Theory & Review*, 11(2), 199-211.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Documentos Básicos*. Ginebra: OMS.
- Parker, H. y McNally, R. (2008). Repressive coping, emotional adjustment, and cognition in people who have lost loved ones to suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 676-687.
- Pérez O., F., Frías O., A., Romero, R. y Del Pino C., R. (2016). Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 25(4), 600-607.
- Pérez, I., Rascón, M. y Villafaña, J. (2014). Coping and emotional discomfort in primary caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(2), 120-134.
- Ramírez, S. (2017). *Funcionalidad familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama de la UMF 75 Nezahualcóyotl*. (Tesis inédita de maestría). Toluca (México): Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ramírez, R., Agredo, R. y Jerez, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de la salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807-819.

- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 61-66.
- Rogero, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The Coping Style Questionnaire (CSQ). *Pain*, 17, 33-44.
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E.K., Watzke, H. y Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*, 24(5), 1975-1982.
- Sánchez, Y. y Gasperi, R. (2012). Perfil del cuidador informal y nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos domiciliario en estado terminal. *Salud, Arte y Cuidado*, 5(2), 4-16.
- Sojo, V., Bethelmy, L. y Guarino, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del Cuestionario de Estilos de Afrontamiento. *Psicología Conductual*, 15(2), 173-189.
- Tokem, Y., Hanife, O. y Atiye, C. (2015). Examination of the relationship between hopelessness levels and coping strategies among the family caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing*, 18(4), 28-34.
- Torres, B. y Guarino, L. (2013). Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 95-104.
- Trask, P., Paterson, A., Trask, C., Bares, C., Birt, J. y Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
- Tripodo, V., Veloso, V., L. y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos*, 17, 307-330.
- Tsai, P. y Jirovec, M. (2005). The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nursing*, 4(3), 1-10.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Van Schoors, M., Caes, L., Knoble, N., Goubert, L., Verhofstadt, L. y Alderfer, M. (2017). Systematic review: associations between family functioning and child adjustment after pediatric cancer diagnosis: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1), 6-18.
- Van Schoors, M., Caes, L., Verhofstadt, L., Goubert, L. y Alderfer, M. (2015). Systematic review: family resilience after pediatric cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 856-868.
- Velázquez, A., García, M., Alvarado, A. y Sánchez, A. (2007). Psicología y cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(3), 71-75.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3a ed.). New York: The Guilford Press.
- Ware, J.E. Jr., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34, 220-233.
- Watson, M. y Greer, S. (1998). Development of a questionnaire for the measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(5), 203-209.
- Weinberger, D. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 369-380.
- Williams, A. (2018). Family caregivers to adults with cancer: The consequences of caring. *Psycho-Oncology. Recent Results in Cancer Research*, 210, 87-103. doi: 10.1007/978-3-319-64310-6_6.

Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual¹

Intervention program to promote communication about sexuality in parents of children with intellectual disability

Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez
y María Vianey Rodríguez Gutiérrez²

Citación: Bárcena G., S.X., Guevara B., Y. y Rodríguez G., M.V. (2020). Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 30(2), 173-187. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2652>.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de un programa dirigido a padres de jóvenes con discapacidad intelectual para promover la comunicación con sus hijos sobre temas relativos a la sexualidad. El programa se diseñó con fundamento en los conceptos de autoeficacia y aprendizaje estructurado. Participaron cinco padres, cuya edad promedio fue de 43 años, con hijos con síndrome de Down o con otro tipo de discapacidad intelectual, con edad promedio de 18 años. Se utilizó un diseño $n = 1$ y se recabó información antes de la intervención, al finalizar ésta y transcurridos tres meses, sobre las variables de autoeficacia, expectativas y comunicación sobre sexualidad. El programa de intervención tuvo una duración de diez sesiones. Los resultados indican que, desde la fase de pretest, la mayoría de los participantes reportaron tener expectativas positivas hacia la comunicación; después de la intervención, todos ellos reconocieron los efectos positivos de la comunicación. Resultados similares se obtuvieron en cuanto a la autoeficacia percibida para hablar con sus hijos sobre todos los temas de sexualidad incorporados al programa. Los mayores efectos se observaron en el número de temas abordados porque se logró que, en la fase de seguimiento, todos los padres mantuvieran comunicación con sus hijos sobre todos los temas abordados en el taller. También se observó un aumento en el número de habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes. Al tiempo que se concluye que el programa fue eficaz para lograr su objetivo, se discuten las aportaciones y limitaciones del estudio.

Palabras clave: Sexualidad; Discapacidad; Comunicación; Padres; Programa de intervención.

ABSTRACT

The objective of this study was to assess the effectiveness of a program aimed to parents of young people with intellectual disabilities, in order to promote communication with their children about sexuality issues. The program was designed based on the concepts of self-efficacy and structured learning. Five parents participated, whose average age was 43 years, three of whom had children with Down syndrome, and the rest with another type of intellectual disability, with an average age

¹ Estudio Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México, clave 300416. Artículo recibido el 15 de enero y aceptado el 24 de mayo de 2019.

² Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación, Primer piso, Cubículo 8, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Avenida de los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: s.barcena@unam.mx, yolaguevara@hotmail.com y vianbutterfly15@gmail.com.

of 18 years. A design $n = 1$ was used, and data about self-efficacy, expectations, and communication about sexuality variables were collected before, at the end of the intervention this, and after three months. The intervention program lasted ten sessions. The results indicate that, from the pretest phase, most of the participants reported having positive expectations toward the communication, and after the intervention, all parents recognized the positive effects of the said communication. Similar results were obtained regarding the self-efficacy perception to talk with their children about all sexuality issues, incorporated into the program. The greatest effects were observed in the number of topics addressed, because all parents were able to communicate with their children about all the topics included in the workshop. There was also an increase in the number of behavioral skills developed by the children. It is concluded that the program was effective to achieve its objectives. The contributions and limitations of the study are discussed.

Key words: Sexuality; Disability; Communication; Parents; Intervention program.

A lo largo de su vida, los seres humanos muestran cambios biológicos, cognoscitivos, emocionales y conductuales que van marcando sus períodos evolutivos. Según diversos autores (Caricote, 2012; Guevara, Robles, Aguilar y Luna, 2016), es durante la adolescencia y la primera juventud cuando aparecen los mayores cambios en la vida, y es por ello que los jóvenes se encuentran en situaciones de mayor riesgo durante esos períodos.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2015), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), muestran un cuadro de múltiples riesgos en la vida de los jóvenes y adolescentes, como los altos índices de contagio y mortalidad por diversas infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como de embarazos adolescentes, abortos y partos precoces. Estos problemas están directamente asociados a prácticas sexuales inapropiadas o de riesgo. En la literatura sobre la sexualidad hay coincidencias de que muchos de los problemas de salud de adolescentes y jóvenes pueden prevenirse mediante una educación sexual que les permita conocer cómo

protegerse y cómo vivir su sexualidad de manera sana y de un modo acorde a su edad.

La educación sexual debe considerar la prevención del abuso sexual, especialmente en poblaciones vulnerables, como niños, adolescentes y personas con discapacidad. Como apunta Pereda (2016), diferentes metaanálisis llevados a cabo en años recientes en muestras poblacionales de 24 países dan cuenta de la extensión de la victimización sexual de niños y jóvenes; los datos confirman que 8% de la población masculina y 20% de la femenina han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual, por lo que se considera este fenómeno como un problema mundial. En México, poco se sabe de la extensión del abuso sexual infantil dada la carencia de estudios sistemáticos, pero el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), (cfr. García, Loredo, Trejo y Casas, 2013) reportó en 2010 que anualmente se reciben 900 denuncias por ese delito.

Nosek, Foley, Hughes y Howland (2001) exponen una serie de razones por las cuales las personas con discapacidad son más vulnerables ante el abuso: una mayor dependencia hacia los demás, condiciones de sobreprotección y aislamiento social, mayor riesgo de manipulación por parte de otros (incluyendo a sus cuidadores), negación de sus derechos humanos, desvalorización social hacia ellas, baja autoestima, percepción de impotencia y mínima o nula educación sobre prácticas adecuadas e inadecuadas de la sexualidad. Por su parte, Giménez, Gil, Ruiz y Díaz (2017) señalan que el abuso sexual afecta de un modo especial a las personas con discapacidad, y por ello el rol de los profesionales resulta ser esencial para identificar y tratar los problemas asociados; dichos autores también subrayan la necesidad de enfocar el trabajo profesional en la prevención de este problema.

La definición de abuso sexual infantil incluye “cualquier solicitud o ejercicio de contacto, caricias, juegos o toqueteos, en los que al menos uno de los implicados no desea, conoce o carece de conciencia de lo que está pasando, y que se obtiene por la fuerza o la ascendencia sobre la víctima” (Rodríguez, Aguilar y García, 2012, p. 59). Vivir con discapacidad implica que la persona con una condición limitante (motriz, intelectual o sensorial) puede enfrentar barreras impuestas por su

entorno social, las cuales se traducen como limitaciones para su inclusión educativa, familiar, comunitaria, cultural, social y de atención a la salud.

Todo ello coloca a esta población en una situación de alto riesgo de sufrir abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual (ITS), VIH/sida y embarazos no deseados, como lo demuestran diversas investigaciones hechas con poblaciones de distintos países, México incluido (Giménez et al., 2017; Guevara, Robles, Rodríguez y Frías, 2016; Morell, Gil, Díaz y Caballero, 2017; Nosek et al., 2001; Robles y Guevara, 2017; Smith, 2008).

Es importante destacar que las personas con discapacidad muestran el mismo interés por participar en las actividades que realizan sus pares durante su adolescencia, y tienen las mismas inquietudes sobre cómo establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, esta cuestión genera controversia entre sus familiares, e incluso entre algunos educadores (Rivera, 2008). En una investigación realizada por Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero (2014) en adultos con discapacidad intelectual, la mayoría declaró haber sentido atracción hacia algunas personas, tenido por lo menos una pareja en su vida y compartido besos y caricias con otras. Asimismo, más de la mitad afirmó haber tenido fantasías sexuales y al menos una relación sexual. Kijak (2013), por ejemplo, encontró que los adultos con discapacidad intelectual tienen experiencias sexuales, aunque sus conocimientos sobre la sexualidad son deficientes; recurren a la masturbación y a las caricias para expresar sus necesidades sexuales, pero la falta de información sobre cómo llevar a cabo estas prácticas autoeróticas tiene como consecuencia que las ejecuten en forma inapropiada y peligrosa —como practicarlas en lugares públicos o utilizando objetos—, con el riesgo de lastimarse. Por ello, es importante diseñar programas de intervención para esta población considerando sus necesidades afectivas y sexuales y no únicamente la prevención del abuso sexual.

Aunado a lo anterior, las personas con discapacidad intelectual suelen estar sobreprotegidas por sus padres u otros adultos, quienes las limitan personal y socialmente. Los padres no escuchan sus opiniones y deseos, y por ello las formas de que disponen para expresar su sexualidad se ven drásticamente limitadas (Caricote, 2012). En un estudio realizado por Björnsdóttir, Stefánsdóttir y

Valgerður (2017) se encontró que los individuos con discapacidad intelectual no se perciben como seres autónomos, pues ni siquiera tienen la libertad de tomar decisiones sencillas, como las horas de comer o de dormir, por ejemplo. Además, la mayor parte del tiempo están acompañados por quienes se encargan de su cuidado, lo que limita su autonomía y privacidad. Esto es importante si se considera que la mayoría de las personas conocen a sus parejas potenciales en la escuela, el trabajo o los espacios sociales, pero esas oportunidades se ven gravemente limitadas cuando se trata de personas discapacitadas, quienes por lo regular no tienen acceso a esos espacios debido a las barreras sociales y familiares (Shakespeare, 2000). Así, ante el panorama expuesto, quienes sufren de discapacidad tienen más dificultades para establecer relaciones de amistad y así encontrar una pareja, en comparación con las personas sin esa discapacidad (Howland y Rintala, 2001).

La educación sexual de estas personas es una necesidad urgente porque se requiere brindarles las herramientas para cuidar su salud, así como para acabar con diversos mitos y estereotipos acerca de ellas, como por ejemplo su reducida o nula sexualidad. Estas actitudes negativas constituyen uno de los principales impedimentos para el desarrollo psicosexual de esta población (Insa, 2005; Morell et al., 2017). De hecho, privarla de educación sexual integral implica, como señala Caricote (2012), un crimen y un atentado a sus derechos humanos.

La literatura especializada demuestra consistentemente que cuando los jóvenes reciben educación sexual retardan el inicio de su vida sexual, y que cuando la inician es más probable que utilicen el preservativo (Schaalma, Abraham, Gilmore y Kok, 2004); sin embargo, las personas discapacitadas difícilmente reciben dicha educación porque los programas orientados a la promoción de la salud y la prevención de riesgos no están diseñados para ellas (Organización Mundial de la Salud, 2015), pues se les considera innecesarios (Rivera, 2008).

Por estos motivos, los padres desempeñan un papel esencial en la promoción de conductas sexuales saludables de sus hijos cuando establecen con ellos una comunicación adecuada (Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013). Los estudios efec-

tuados en la población no discapacitada demuestran que entre mayor es el grado de comunicación sobre la sexualidad entre padres e hijos, menores probabilidades hay de que estos últimos se involucren en conductas sexuales de riesgo (Markham et al., 2010) y sean víctimas de abuso sexual (Chen, Dunne y Han, 2007). Por el contrario, cuando los padres no hablan con sus hijos acerca de esos tópicos, propician que estos adquieran una información distorsionada a través de sus pares, la televisión y la Internet (Caricote, 2008).

De acuerdo con Eisenberg, Sieving, Bearinger, Swain y Resnick (2006), para que los padres tomen la decisión de hablar sobre sexualidad con sus hijos es fundamental que estén convencidos de la necesidad de hacerlo; por lo general, comienzan a abordar con sus hijos esos temas cuando aparecen en ellos los primeros cambios físicos o cuando logran tener sus primeras citas románticas. En el caso de los padres de hijos con discapacidad, es probable que no crean conveniente abordar temas sexuales con ellos al desestimar su capacidad para establecer relaciones sexuales y afectivas.

Entre los modelos explicativos utilizados para investigar las variables que intervienen para que los padres establezcan diálogos sobre la sexualidad con sus hijos destaca el propuesto por Dilorio et al. (2001), modelo que resulta muy adecuado porque está fundamentado en los conceptos de *autoeficacia* –definida como la creencia de una persona en su propia capacidad para realizar una conducta–, así como en el de *expectativa*, es decir, en el resultado que una persona espera tras llevar a cabo un cierto comportamiento. De acuerdo con este modelo, si los padres se perciben como personas capaces de explicar a sus hijos diversos aspectos relacionados con la sexualidad, es más probable que empiecen a conversar con ellos. De igual forma, cuando tienen la expectativa de obtener resultados favorables al hablar sobre sexualidad con sus hijos, tienen más probabilidades de entablar esas conversaciones; por el contrario, evitarán tales conversaciones cuando sus expectativas son negativas.

Las investigaciones sobre este tópico indican que los padres de hijos sin discapacidad platican con ellos sobre sexualidad cuando asocian dicha acción con consecuencias positivas, como evitar que sus hijos sufran embarazos no deseados;

en cambio, los padres que evitan abordar dichos temas suelen pensar en que tratarlos tendrá consecuencias negativas para aquellos (Álvarez-Gayou, 2007). En el caso de los padres cuyos hijos tienen discapacidad, la relación entre esas variables es semejante, aunque en tales casos influye la preocupación de que sean víctimas de abuso sexual, además de que consideran que esos temas son demasiado complejos para su grado de entendimiento; al igual de lo que ocurre con los padres de hijos sin discapacidad, suelen evitar este tipo de conversaciones cuando creen que con ellas incitarán a sus hijos a tener relaciones sexuales (Bárcena y Rugerio, 2017).

Los conceptos de autoeficacia y de expectativas están fundamentados en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y en la teoría social cognitiva (Bandura, 1986), las cuales han hecho posible el desarrollo de distintos programas de intervención orientados a promover la comunicación sobre la sexualidad entre los padres de hijos sin discapacidad (Dancy, Crittenden y Talashek, 2006; Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr y Denzmore, 2007; Kirby et al., 2004; Lederman, Chan y Roberts-Gray, 2008). Los referidos programas se caracterizan por proporcionar a los padres información sobre temas relevantes para los adolescentes, desarrollar en ellos habilidades de comunicación mediante el uso de técnicas de juego de roles, e implementar tareas para garantizar que conversen con sus hijos de manera efectiva. Los resultados indican que esta forma de intervención favorece la comunicación de los padres con sus hijos sobre tópicos sexuales, y también propicia que se sientan más seguros y cómodos al hacerlo.

Se han reportado diversas experiencias exitosas en el caso de los programas destinados a la educación sexual de jóvenes con discapacidad intelectual y la de sus padres (Alcedo, Aguado y Arias, 2006; Morentin, Arias, Rodríguez y Aguado, 2006; Olivier, 2006; Pineda y Gutiérrez, 2009). Sin embargo, esos programas se han desarrollado en países como España y Cuba, y si bien han utilizado algunas técnicas de probada eficacia (como el juego de roles), no se han centrado específicamente en el desarrollo de autoeficacia en los padres, ni tampoco en la generación de sus expectativas positivas hacia la comunicación con sus hijos.

En las instituciones mexicanas de atención a usuarios de educación especial, es importante llevar a cabo programas dirigidos a capacitar a los padres para que proporcionen educación sexual a sus hijos. Como señalan Gil, Díaz, Ceccato, Ballester, y Giménez (2014) y Morell et al., (2017), muchos padres muestran actitudes más conservadoras que los profesionales que laboran en esas instituciones; además, suelen tener conocimientos muy escasos sobre las prácticas sexuales seguras y las de riesgo, o sobre cómo prevenir el abuso y la violencia sexual hacia sus hijos. Tales problemas pueden minimizarse si se abren espacios de discusión que les permitan desarrollar expectativas positivas y las habilidades de comunicación necesarias para educar sexualmente a sus hijos.

Para cumplir con dicho objetivo, un programa destinado a los padres ha de ir más allá de ser un mero espacio de discusión y análisis colectivo, toda vez que ha de considerar un conjunto de lineamientos, como los apuntados por Morentin et al. (2006) y Guevara et al. (2016): 1) Ser coherente con la perspectiva actual sobre la discapacidad y asumir un enfoque positivo de la sexualidad, incluyendo el énfasis en el bienestar, la calidad de vida y la autonomía, y no solamente enfocarse en cómo evitar y prevenir infecciones, embarazos y abusos; 2) Propiciar la comunicación entre padres e hijos, pues las interacciones familiares suelen ser los únicos recursos educativos disponibles para estas personas sobre la sexualidad; 3) Transmitir información científicamente comprobada que rompa con prejuicios y mitos; 4) Contar con un sistema de evaluación antes y después de la intervención que haga posible verificar los efectos del programa; 5) Utilizar recursos psicopedagógicos para que sea un programa estructurado y sistemático; 6) Presentar la información de manera ágil mediante la utilización de recursos técnicos y en términos accesibles a fin de que sea comprendida por personas de distintos niveles educativos, y 7) Utilizar técnicas y dinámicas psicológicas para promover la motivación y la participación activa de los padres, pero sobre todo para desarrollar habilidades específicas para dialogar y educar sexualmente a sus hijos discapacitados.

Con base en lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención fundamentado en

los conceptos de autoeficacia y aprendizaje estructurado, dirigido a padres de jóvenes con discapacidad intelectual, para promover la comunicación sobre la sexualidad.

MÉTODO

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por cuatro madres y un padre, con una edad promedio de 43 años, de los cuales cuatro estaban casados; la mayoría contaba con estudios de licenciatura, con un ingreso mensual se ubicó entre \$6,749 y \$12,172; todos se dedicaban al hogar y tres de ellos estaban jubilados. Las familias de los participantes estaban integradas por cuatro miembros (los padres y dos hijos). Los criterios para la inclusión de participantes fueron que sus hijos fueran discapacitados intelectualmente y tuvieran una edad de entre 12 y 29 años.

En cuanto a las características de los hijos, tres de ellos padecían síndrome de Down y dos más discapacidad intelectual de otro origen. En todos los casos, la discapacidad se había detectado desde su nacimiento. Tres eran mujeres y dos varones, con edades de entre 13 y 29 años, con un promedio de 18 años (D.E. = 3).

Diseño

Se empleó un diseño $n = 1$, que consiste en medir los cambios efectuados por cada participante después de la aplicación de un tratamiento, por lo que cada uno funge como su propio control (Kerlinger y Lee, 2002). Se hizo una evaluación antes de la intervención, otra inmediatamente después de la misma, y una tercera a los tres meses de haber concluido el programa.

Instrumentos

Se diseñó un conjunto de preguntas cuyo fin era obtener información de los padres respecto a las siguientes características sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, ingreso mensual y número de hijos. También se recabó información sobre las características de

los hijos, como sexo, edad, escolaridad, tipo de discapacidad y origen de la misma. Se incluyó una lista de cotejo que contenía un listado de dieciséis habilidades conductuales en la que los padres ubicaron las que sus hijos ya habían desarrollado, como vestirse, bañarse, comer, ir al baño, cocinar, convivir con otras personas, leer, escribir, sumar, restar, barrer, lavar trastes, tender la cama, salir a lugares cercanos, usar transporte y trabajar.

Se utilizó un instrumento de autorreporte, conformado por diez reactivos, para conocer las expectativas de los padres respecto a la comunicación con sus hijos sobre diversas cuestiones sexuales; seis de los reactivos correspondían a expectativas positivas (por ejemplo, “Si hablo con mi hijo[a] sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual”), y los cuatro reactivos restantes correspondían a expectativas negativas (por ejemplo, “Si hablo con mi hijo sobre la sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales”), siendo *sí* o *no* las opciones de respuesta. El instrumento mostró un índice de consistencia interna de 0.85.

También se incluyó una pregunta relativa a la manera en la cual los padres se comunicaban con sus hijos, cuyas opciones de respuesta fueron las siguientes: *a)* “De manera verbal, podemos mantener una conversación”; *b)* “Principalmente con frases cortas, pues tiene un lenguaje limitado”; *c)* “Con gestos, pues no habla”; *d)* “Con Lengua de Señas Mexicana”, y *e)* “Otras”. Además, con el propósito de obtener información sobre la autoeficacia percibida de los padres para hablar con sus hijos sobre diversos tópicos sexuales, se les preguntó si se sentían seguros de hablar con sus hijos sobre diecisiete temas específicos, como los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo o cómo usar un condón. Cada pregunta se contestaba con *sí* o *no*. La variable de comunicación sobre sexualidad se obtuvo al preguntarles a los participantes si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre cada uno de esos temas, siendo las opciones de respuesta las mismas que en el caso anterior. Por último, se obtuvo un indicador numérico con la suma del número de temas que habían abordado con sus hijos. Dichos instrumentos obtuvieron índices de consistencia interna de 0.87 y 0.89, respectivamente.

Procedimiento

A través de redes sociales se hizo una invitación a diferentes grupos de asociaciones e instituciones que atienden a personas con discapacidad mediante un tríptico, el cual contenía información sobre los contenidos y duración del taller, así como las fechas y el lugar donde se efectuaría. Los asistentes al mismo recibieron y firmaron un formato de consentimiento informado en el que se establecía el carácter confidencial de la información recabada y el carácter voluntario de su participación. Luego, se les aplicó un instrumento de autoinforme para obtener información sobre las variables referidas, para lo cual la facilitadora explicó las instrucciones para responder el instrumento y aclaró las dudas de los padres de familia. Los participantes respondieron el instrumento en un tiempo de 20 minutos en promedio.

El programa de intervención se denominó *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?* y estuvo compuesto por diez sesiones distribuidas semanalmente y con una duración de dos horas cada una, sesiones que se llevaron a cabo los días viernes de 10 a 12 horas en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la cual se obtuvo previamente el aval de su Comisión de Ética.

El objetivo general del taller estuvo encaminado a proporcionar conocimientos y habilidades a los padres para hablar con sus hijos sobre los ya citados diecisiete temas referentes a la sexualidad, y estuvo fundamentado en el aprendizaje estructurado propuesto por Goldstein (1973), referido a la conjunción sistematizada de cuatro técnicas para el cambio conductual: el modelamiento, el juego de roles (ensayo conductual), la retroalimentación (reforzamiento social) y el entrenamiento para la transferencia. De acuerdo a esta aproximación, es importante, en primer lugar, brindar a los participantes información sobre los temas de interés, y también acompañar dicha información con actividades que garanticen el desarrollo de habilidades conductuales. Por ello, en todas las sesiones se proporcionó a los padres la información mediante exposiciones y videos, acompañando la información con diversas estrategias, como preguntas de

comprobación y actividades a realizar, con el fin de garantizar que los asistentes hubieran asimilado correctamente la información. Después se modelaba la manera en la cual podían entablar una conversación con sus hijos sobre cada tema, recurriendo para ello al uso de diversos materiales didácticos y videos; de este modo, además de los recursos verbales, los padres tenían a su disposición otros elementos de apoyo para transmitir la información a sus hijos.

La elección de los videos se basó en que tuvieran las características siguientes: ser de corta duración (menos de cinco minutos), emplear un lenguaje sencillo y mostrar los personajes en caricatura; se buscó privilegiar el canal visual, con imágenes que facilitaran la adquisición de la información, pero también se emplearon materiales

como plastilina, penes de unicel para la enseñanza y tarjetas con imágenes, los cuales son fácilmente manipulables. Hecho lo anterior, los padres llevaban a cabo un juego de roles en el que ponían en práctica los comportamientos modelados previamente, recibiendo enseguida la retroalimentación por su ejecución. Al final de cada sesión, se les asignaban tareas cuyo propósito era que replicaran las conductas entrenadas en la sesión, pero esta vez con sus hijos y en su hogar. En la siguiente sesión, los padres describían su experiencia con la tarea encomendada y se les proporcionaba nuevamente retroalimentación. Tanto las actividades en el taller como las tareas tenían un carácter lúdico para favorecer la participación y la transmisión de la información. La organización del taller se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de las sesiones del programa de intervención.

Nº de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
1	<p><i>Aplicación del instrumento de evaluación.</i></p> <p>Adquirir conocimientos y habilidades para implementar estilos de supervisión y apoyo parental que favorezcan el desarrollo de habilidades en sus hijos mediante el análisis de tareas.</p>	<p><i>Sesión de evaluación (pretest).</i></p> <p>Dinámica de presentación.</p> <p>Introducción al concepto de discapacidad intelectual (DI).</p> <p>Información sobre supervisión y apoyo parental, con énfasis en evitar la sobreprotección.</p> <p>Identificación de las actividades que se dificultan a sus hijos.</p> <p>Presentación del análisis de tareas como estrategia para el desarrollo de habilidades conductuales de sus hijos.</p> <p>Elaboración de un análisis de tareas.</p>	<p>Explicación de las instrucciones del instrumento.</p> <p>Exposición del tema.</p> <p>Modelamiento para implementar un análisis de tareas.</p> <p>Elaboración de un análisis de tareas para enseñar a sus hijos a elaborar alimentos sin coacción.</p> <p><i>Tarea:</i> aplicar el análisis de tareas en casa con sus hijos.</p>
2	<p>Conocer el concepto de sexualidad y desarrollar creencias y expectativas positivas hacia la sexualidad de sus hijos.</p> <p>Conocer los efectos positivos de hablar sobre la sexualidad con sus hijos.</p>	<p>Presentación del concepto de sexualidad.</p> <p>Desmitificación de la sexualidad de las personas con DI.</p> <p>Presentación de los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Análisis de las ventajas y desventajas de hablar sobre la sexualidad con sus hijos.</p>	<p>Trabajo en equipo, preguntas de discusión, proyección de un video, elaboración de un anuncio publicitario sobre las ventajas de hablar de sexualidad a las personas con DI.</p> <p><i>Tarea:</i> realizar con sus hijos un collage sobre la sexualidad.</p>
3	<p>Adquirir habilidades y estrategias para comunicarse con sus hijos.</p>	<p>Presentación acerca de las barreras en la comunicación con sus hijos.</p> <p>Presentación sobre la comunicación asertiva.</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación.</p>	<p>Modelamiento, juego de roles, retroalimentación.</p> <p><i>Tarea:</i> tener una conversación con sus hijos, empleando para ello las estrategias vistas en la sesión.</p>
4	<p>Adquirir información y habilidades para comunicarse con sus hijos sobre la identificación de las partes del cuerpo, diferencias entre hombres y mujeres, cambios que ocurren en la adolescencia y masturbación.</p>	<p>Presentación de los nombres y funciones de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como de los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia.</p> <p>Análisis de los mitos acerca de la masturbación y las implicaciones positivas de esta práctica.</p> <p>Información sobre las conductas públicas y privadas.</p>	<p><i>Trabajo en equipo:</i> moldear con plastilina los aparatos reproductores femenino y masculino, modelamiento, juego de roles y retroalimentación.</p> <p><i>Tarea:</i> moldear en plastilina los aparatos reproductores, y hablar con sus hijos sobre masturbación y las conductas públicas y privadas.</p>

5	Adquirir información acerca del abuso sexual y enseñar a sus hijos a identificar situaciones de riesgo, así como su prevención.	Análisis del concepto de abuso sexual y la vulnerabilidad de las personas con DI. Identificar situaciones de riesgo de abuso sexual. Diferencia entre secretos y regalos “buenos” y “malos”.	Discusión grupal, trabajo en equipo, modelamiento, juego de roles, retroalimentación. Desarrollo de un juego diseñado para identificar situaciones de riesgo y actuar en consecuencia. <i>Tarea:</i> explicar a sus hijos el concepto de abuso sexual, mediante el uso de imágenes, y las situaciones que deben evitar mediante el juego.
6	Adquirir información sobre el noviazgo y hablar con sus hijos sobre este tema.	Presentación sobre el noviazgo. Proyección de un cuento, atendiendo a las sensaciones que se experimentan cuando se siente atracción por alguien. Presentación sobre las diferencias entre novio y amigo.	Discusión en grupo, modelamiento, juego de roles, retroalimentación, análisis de casos. <i>Tarea:</i> hablar con sus hijos sobre el noviazgo.
7	Adquirir información sobre las relaciones sexuales y hablar con sus hijos sobre este tema. Adquirir información sobre el embarazo y las responsabilidades de la paternidad, y hablar con sus hijos sobre ello.	Presentación sobre el tema de las relaciones sexuales y las fases de la respuesta sexual humana. Proyección del video <i>¿Qué son las relaciones sexuales?</i> Identificación de las fases de la respuesta sexual humana mediante la elección y canto de una canción que hable de las fases de la respuesta sexual humana. Presentación acerca de los derechos y responsabilidades de la paternidad y las implicaciones en personas con DI.	Trabajo en equipo, discusión en grupo, modelamiento, juego de roles y retroalimentación. <i>Tarea:</i> mostrar a sus hijos un video sobre las relaciones sexuales y hablar con ellos sobre lo que son, los motivos para tenerlas, consecuencias, con quiénes tenerlas y cuáles son sus fases. También, asignar a su hijo el cuidado de una planta, mascota o alguna tarea que requiera responsabilidad y cuidado constante.
8	Adquirir información y habilidades para hablar con sus hijos sobre qué son las ITS y el VIH y cómo se contraen.	Presentación sobre las ITS y el VIH: formas de transmisión y prevención. Proyección de videos sobre gonorrea, sífilis, VPH y VIH.	Preguntas de comprobación, juego “¿Quién soy?”, en el cual los participantes reciben información sobre ITS y deben identificar de cuál se trata. Modelamiento, juego de roles y retroalimentación. <i>Tarea:</i> explicar a sus hijos qué son y cómo se transmiten las ITS.
9	Adquirir información sobre el uso de métodos anticonceptivos y cuáles son los más adecuados para las personas con discapacidad.	Presentación de los métodos anticonceptivos: ventajas, desventajas, efectividad y forma de uso. Presentación física de los métodos anticonceptivos. Presentación sobre el uso del condón y entrenamiento en su uso.	Trabajo grupal, preguntas de comprobación, modelado, juego de roles y retroalimentación.
10	Aplicar el instrumento para evaluar los efectos del programa. Análisis de las percepciones de los padres acerca del taller y las implicaciones en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.	Responder el instrumento de evaluación. Describir su experiencia en el taller y las implicaciones en la comunicación sobre la sexualidad con sus hijos.	Aplicación de instrumentos y discusión en grupo.

RESULTADOS

Por último, se aplicó nuevamente el instrumento de evaluación a todos los participantes tres meses después de haber concluido la intervención.

Se exponen a continuación los resultados más importantes. En primer lugar, se presentan los relacionados con la variable de expectativas, seguidos de los resultados de autoeficacia y comunicación

sobre sexualidad; por último, se muestran las habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes antes, después y luego de tres meses de concluida la intervención.

Expectativas

Los resultados sobre las expectativas se muestran en la Tabla 2. Como se puede observar, desde la

fase de pretest la mayoría de los participantes reportaron tener expectativas positivas hacia la comunicación, y solo dos respondieron que consideraban muy difícil hablar de sexo con sus hijos (expectativas negativas). Después de la intervención, todos los padres reconocieron los efectos positivos de tal comunicación, y ninguno consideró que fuera difícil.

Tabla 2. Expectativas.

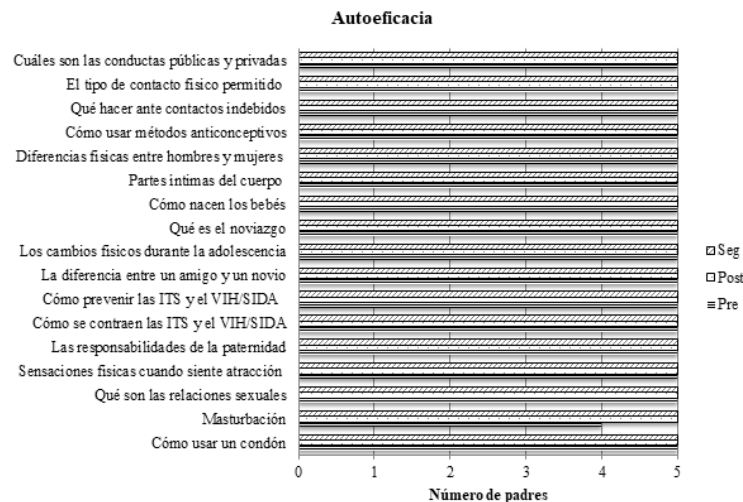
Reactivo	Pre		Post		Seg.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<i>Expectativas positivas</i>						
E1. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad sé que me entenderá.	5	0	5	0	5	0
E2. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado.	4	1	5	0	5	0
E3. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad puedo evitar que se contagie de VIH o de alguna infección de transmisión sexual.	4	1	5	0	5	0
E4. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual.	4	1	5	0	5	0
E5. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad él(ella) me respetará.	4	1	4	1	4	1
E6. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad sentiré que hice lo correcto.	5	0	5	0	5	0
<i>Expectativas negativas</i>						
E7. Hablar con mi hijo(a) sobre la sexualidad lo(la) incitará a tener relaciones sexuales.	0	5	0	5	0	5
E8. Si hablo con mi hijo(a) sobre la sexualidad podría sentirme apenado(a).	0	5	0	5	0	5
E9. Hablar con mi hijo(a) sobre la sexualidad creo que será muy difícil.	2	3	0	5	0	5
E10. Sin importar lo que le diga a mi hijo(a), él(ella) hará lo que quiera.	1	4	1	4	1	4

Autoeficacia

La Figura 1 ilustra los resultados en la variable de autoeficacia. Desde la preevaluación, los participantes reportaron que se sentían muy seguros de hablar con sus hijos sobre la mayoría de los temas

sexuales, y solo uno de ellos dijo no sentirse seguro de hablar con su hijo sobre la masturbación. Durante el postest y en el seguimiento todos afirmaron estar seguros de hablar con sus hijos sobre todos los temas.

Figura 1. Número de padres que dijo sentirse seguro (autoeficacia) de hablar con sus hijos sobre la sexualidad en cada una de las fases del estudio.

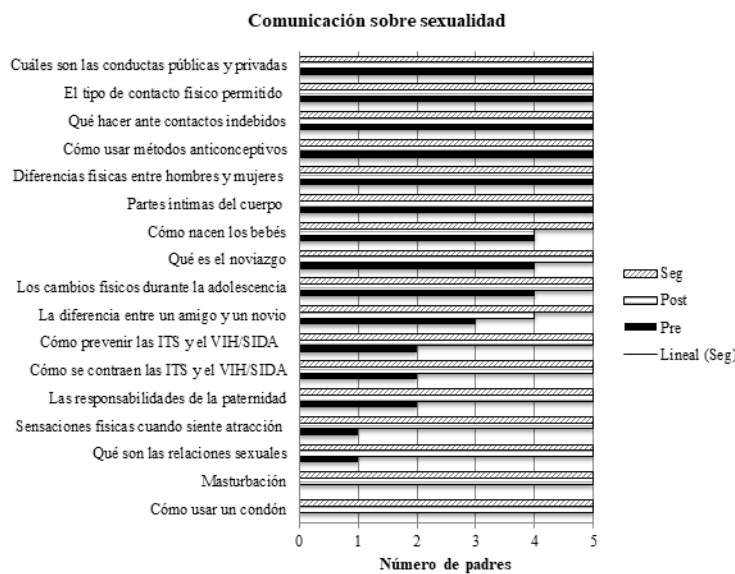


Comunicación sobre sexualidad

En la Figura 2 se muestra el número de participantes que afirmó hablar con sus hijos sobre cada uno de los temas evaluados durante el pretest, el posttest y el seguimiento. Ya antes de la intervención algunos padres habían hablado con sus hijos sobre algunas cuestiones, principalmente las vinculadas a las conductas públicas y privadas, los tipos de contacto físico permitido y las partes íntimas del cuerpo; sin embargo, temas como las relaciones

sexuales y la prevención de las ITS y el VIH habían sido tratados solamente por uno o dos participantes, y ninguno de ellos había abordado lo referente a la masturbación y el uso del condón. Después de la intervención, los cinco participantes reportaron hablar con sus hijos sobre la mayoría de los temas, excepto sobre cómo nacen los niños y la diferencia entre amigos y novios. En la fase de seguimiento todos los padres afirmaron mantener comunicación con sus hijos sobre todos los temas abordados en el taller.

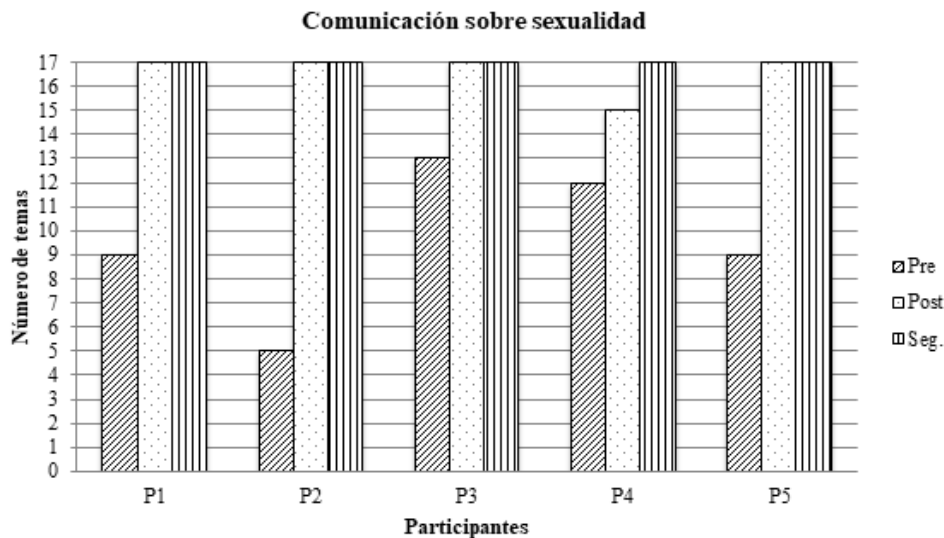
Figura 2. Número de padres que reportaron hablar con sus hijos sobre los diferentes temas de la sexualidad durante cada fase del estudio.



El número de temas que cada participante dijo abordar con su hijo en cada una de las fases del estudio aparece en la Figura 3.

Como puede apreciarse, todos los participantes aumentaron significativamente el número de temas abordados entre la preevaluación y la

Figura 3. Número de temas sobre la sexualidad abordados por cada participante con su hijo durante las tres fases del estudio.



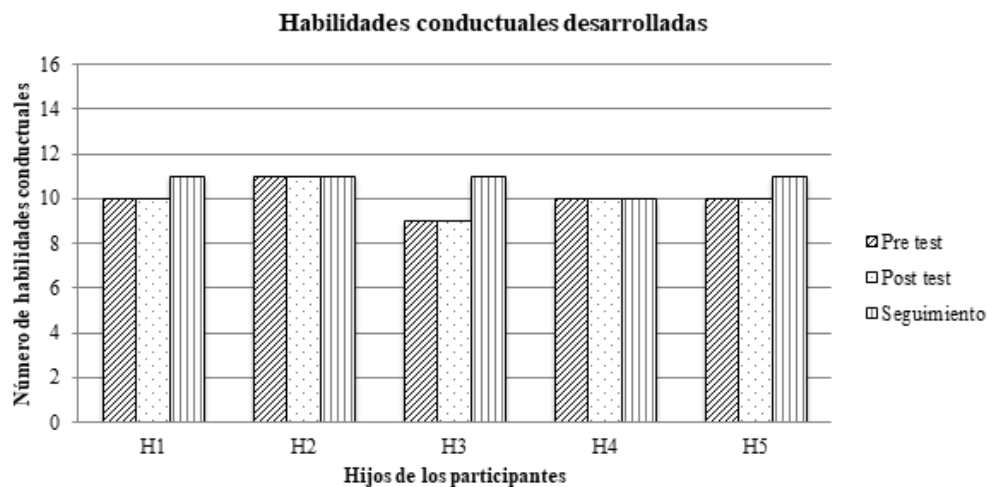
postevaluación, y en el seguimiento dijeron haber tratado con sus hijos todos los temas relacionados con el programa de intervención. Los participantes 1, 2 y 5 fueron quienes reportaron conversar sobre un menor número de temas con sus hijos antes de la intervención, por lo que en ellos pueden ubicarse los mayores efectos del programa.

Habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes

Como muestra la Figura 4, durante la evaluación inicial todos los participantes aseveraron que sus hijos sabían vestirse, comer, ir al baño y convivir

con otras personas; solo uno de los jóvenes no era capaz de bañarse de manera independiente, tres de ellos sabían leer y restar, y cuatro podían hacer sumas; cuatro sabían lavar los trastes, tres podían barrer y dos tendían su cama; ninguno cocinaba ni usaba transportes, y solo uno trabajaba y salía sin compañía a lugares cercanos. En la fase de seguimiento tres de los padres reportaron que sus hijos habían aumentado el número de las habilidades conductuales desarrolladas; en el caso del 1 y el 5, la habilidad adquirida fue la de tender la cama; en el caso del número 3, el joven adquirió dos habilidades: bañarse y barrer.

Figura 4. Número de habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes en cada fase del estudio.



DISCUSIÓN

Dado que el propósito de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de intervención, fundamentado en los conceptos de autoeficacia y aprendizaje estructurado, y dirigido a padres de hijos con discapacidad intelectual para promover la comunicación con sus hijos sobre temas de sexualidad, los resultados más importantes indican que el programa resultó efectivo para dicho fin. A continuación se discuten los aspectos más relevantes relacionados con tales resultados.

En primer lugar, es necesario subrayar que solamente fueron cinco los participantes, quienes compartían algunas características sociodemográficas, tales como un nivel educativo profesional, dedicación al hogar y pertenencia a familias con-

formadas por cuatro integrantes (dos padres y dos hijos). Respecto a las características de sus hijos, la mayoría contaba con estudios de secundaria, y todos habían desarrollado un repertorio de habilidades conductuales suficientes para desempeñarse adecuadamente en las tareas hogareñas y escolares. Es muy probable que esas características de unos y otros favorecieran la disposición a participar en el taller y lograr sus efectos positivos. Ello lleva necesariamente a reconocer que el programa puede obtener resultados distintos al aplicarse a poblaciones con características diferentes porque, de acuerdo a Bárcena, Guevara y Álvarez (2017), el grado de comunicación entre padres e hijos discapacitados sobre la sexualidad se relaciona con factores tales como el número de integrantes de la familia y el nivel de estudios de los padres, así

como con las características de los jóvenes, como su nivel de estudios, la cantidad de habilidades conductuales desarrolladas, el tipo de discapacidad y el origen de la misma, entre otros.

Sin embargo, dado que el programa se basa en un modelo sistemático de aprendizaje estructurado, y está centrado en la autoeficacia y las expectativas positivas, hay razones para suponer que puede ser efectivo al aplicarse a padres con características distintas, o cuyos hijos tengan otro nivel de desarrollo o un tipo diferente de discapacidad. Desde luego, en tales casos deberán hacerse algunas adecuaciones, como por ejemplo el tipo de materiales a utilizar por parte de los padres cuando sus hijos manifiestan deficiencias auditivas o visuales. Además, es posible que en el trabajo con padres con un menor nivel educativo o con ideas menos abiertas hacia la comunicación sobre temas sexuales deba diseñarse un mayor número de sesiones de intervención, e incluso planear un modo de difusión distinto para convocarlos al taller y motivarlos para participar en él. Al respecto, debe admitirse que la respuesta a la convocatoria relacionada con este trabajo fue muy pobre. En el futuro se espera replicar este estudio, aunque ahora con un mayor número de participantes. Por ahora, lo importante es haber generado un programa dirigido a la promoción de la salud de los jóvenes con discapacidad, cuyo acceso a los programas preventivos es sumamente limitado (OMS, 2015).

Ahora bien, es posible afirmar que los resultados del programa de intervención descrito fueron positivos en diversos aspectos. Por un lado, se logró un impacto directo en la comunicación porque todos los padres participantes lograron entablar un diálogo con sus hijos e impartirles enseñanzas sobre todos los temas de sexualidad revisados, lo que fue posible porque se emplearon recursos didácticos (videos y materiales didácticos) durante la intervención, pero sobre todo porque se utilizaron técnicas de exposición, modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia, cuyo efecto en los padres fue el desarrollo de sus habilidades de comunicación. Si se considera que la autoeficacia descansa en las experiencias de éxito y fracaso, es probable que el hecho de que los padres lograran practicar dichas habilidades en el taller les hizo sentirse más segu-

ros para abordar los temas con sus hijos, tal como lo demuestran los resultados de este estudio.

Otro aspecto que indica resultados favorables del programa se relaciona con las expectativas de los padres acerca de la comunicación sobre la sexualidad con sus hijos. Desde la preevaluación, algunos participantes reportaron tener ciertas expectativas positivas, sobre todo en cuanto a evitar el abuso sexual hacia sus hijos, aunque dos padres dijeron que ello sería muy difícil. Durante el taller se les proporcionó información sobre las consecuencias positivas de la comunicación con sus hijos sobre la sexualidad, así como de los efectos negativos de no tenerla; además, se diseñaron actividades orientadas a promover en ellos ideas positivas sobre tal comunicación. Estas estrategias lograron que las expectativas positivas aumentaran significativamente y que disminuyeran las negativas en la fase de postest, resultados que se mantuvieron hasta la fase de seguimiento.

En lo cuanto a los temas de sexualidad abordados por los padres en la comunicación con sus hijos, antes de la intervención informaron tratar solamente temas como la prevención del abuso, las conductas públicas y privadas y los cambios físicos que ocurren en la adolescencia, pero ninguno sobre la masturbación, las ITS, el VIH o el uso del condón. En la fase de seguimiento, no obstante, se cumplieron esos objetivos porque los cinco padres de familia hablaron con sus hijos sobre los diecisiete temas referentes a la sexualidad, muy probablemente como efecto del programa, que los sensibilizó para abordar dichos temas en casa.

Como dato adicional, cabe señalar que el programa también tuvo un efecto positivo en el desarrollo de las habilidades de los hijos de los participantes. Antes de empezar la intervención, los jóvenes contaban con algunas habilidades conductuales, como vestirse, comer, ir al baño y convivir con otras personas (con excepción de uno, que no era capaz de bañarse solo); después del taller, sin embargo, tres de los jóvenes aumentaron su repertorio al poder ya tender la cama, bañarse y barrer. Es posible explicar este resultado a partir de haber diseñado la intervención para promover el desarrollo de habilidades mediante el uso del análisis de tareas. Con ello se atiende, al menos en parte, el problema de la sobreprotección, tan

frecuente en las prácticas de crianza de las personas con discapacidad intelectual (Caricote, 2012); también se hizo posible un mayor grado de autonomía y privacidad en los jóvenes, así como una mayor participación en la toma de decisiones en el seno familiar, aspectos esenciales para su desarrollo psicológico, incluida su autoestima, según los señalamientos de Björnsdóttir et al. (2017). De hecho, es importante sugerir que estudios futuros se encaminen expresamente a analizar estos aspectos trabajando con las prácticas de crianza y los patrones interactivos en las familias de personas con discapacidad.

En resumen, el taller *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?* logró resultados favorables y cumplió con sus objetivos. Cabe enfatizar que si bien los padres de familia iniciaron el taller con expectativas positivas y altos reportes de autoeficacia, la intervención mantuvo su interés, promovió cambios en quienes no se sentían seguros de hablar sobre la sexualidad con sus hijos, y generó cambios favorables en las capacidades comunicativas de los padres. El ambiente establecido durante las sesiones del taller propició el intercambio de ideas entre ellos, reduciendo las actitudes negativas hacia la sexualidad de las personas discapacitadas, lo que es un aspecto esencial para el desarrollo psicosexual de las mismas (Morell et al., 2017).

Para concluir, es importante reconocer que las limitaciones del presente estudio, relacionadas con el número y características de los participantes, así como el hecho de no haber evaluado los estilos de crianza paternos, restringen la generalización de los hallazgos toda vez que pueden determinar en gran medida el tono, la forma y la efectividad de la comunicación entre padres e hijos.

Por tales razones, es deseable emprender estudios con muestras mayores y más heterogéneas, así como evaluar los estilos de crianza y otros factores que pueden afectar la comunicación. De igual manera, es importante incorporar al taller a los hijos, y comparar qué forma de aplicación del programa es más efectiva para su educación sexual. Otros aspectos que pueden incluirse en los programas de intervención para maximizar su impacto son, a saber: la evaluación y desarrollo de competencias para la conducta sexual-amorosa de las personas con discapacidad, las actividades dirigidas a la prevención de la violencia sexual y otras formas de maltrato, así como diversos tópicos relacionados con la formación integral de estos jóvenes (López, 2014). Lo importante es hallar las mejores estrategias disponibles para esta población, dado el alto riesgo de que sufra abuso sexual, ITS, VIH/sida y embarazos no deseados, tal como han documentado diversos estudios (Giménez et al., 2017; Morell et al., 2017; Robles y Guevara, 2017).

REFERENCIAS

- Alcedo, M., Aguado, A. y Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 142(32), 217-239.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2007). *Educación de la sexualidad: ¿en la casa o en la escuela? Los géneros, la escuela y la educación profesional de sexualidad*. México: Paidós.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bárcena G., S.X., Guevara B., Y. y Álvarez B., E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 36-44. doi: 10.1016/j.jbhhsi.2018.01.002.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la conducta sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 956-968.
- Bárcena, S. y Rugerio, J.P. (2017). Expectativas vinculadas a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. *Memorias del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología*, Mérida, Yuc. (México), 23-27 de julio.
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, Á. y Valgerður, G. (2017). People with intellectual disabilities negotiate autonomy, gender and sexuality. *Sexuality and Disability*, 35(3), 295-311.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual del adolescente. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Salus*, 16(2), 53-57.

- Chen, J., Dunne, M.P. y Han, P. (2007). Prevention of child sexual abuse in China: Knowledge, attitudes, and communication practices of parents of elementary school children. *Child Abuse and Neglect*, 31(7), 747-755. doi: 10.1016/j.chiabu.12.013.
- Dancy, B.L., Crittenden, K.L., y Talashek, M.L. (2006). Mothers' effectiveness as HIV risk reduction educators for adolescent daughters. *Journal of Health Care Poor Underserved*, 17, 218-239.
- Díaz, I., Gil, M., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 415-422.
- DiIorio, C., Dudley, W.N., Wang, D.T., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L. y West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2), 135-149.
- Dilorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., Lehr, S. y Denzmore, P. (2007). Real men: A group-randomized trial of an HIV prevention and intervention for adolescent boys. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1084-1089.
- Eisenberg, M.E., Sieving, C., Bearinger, L.H., Swain, C. y Resnick, M.D. (2006). Parental notification laws for minors' access to contraception –What do parents say? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 120-125.
- García P., C., Loredó A., A., Trejo, J. y Casas, A. (2013). Violación sexual en niños y adolescentes: una urgencia médica. *Acta Pediátrica de México*, 34(5), 288-294.
- Gil L., M., Díaz R., I., Ceccato, R., Ballester A., R. y Giménez G., C. (2014). Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 397-405.
- Giménez G., C., Gil L., M., Ruiz P., E. y Díaz R., I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 129-136.
- Goldstein, A. (1973). *Structured learning therapy: toward a psychotherapy for the poor*. Nueva York: Academic Press.
- Guevara, Y., Robles, S., Aguilar, Y. y Luna, N. (2016). *Educación sexual en personas con discapacidad. Fundamentos para programas de intervención*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M. y Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual, e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 79-90.
- Howland, C.A., y Rintala, D.H. (2001). Dating behaviors of women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 19, 41-70.
- Insa B., E. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 327-343.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Organización Mundial de la Salud (2016). *Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT)*. Cuernavaca (México): INSP/OMS. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kijak, R. (2013). The sexuality of adults with intellectual disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 31, 109-123. doi: 10.107/s11195-013-9294-8.
- Kirby, D.B., Baumler, E., Coyle, K.K., Basen-Engquist, K., Parcel, G.S, Harrist, R. et al. (2004). The "Safer Choices" intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal Adolescent Health*, 35, 442-452.
- Lederman, R.P., Chan, W. y Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 137-143.
- López, F. (2014). *Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual: Intervenciones educativas y terapéuticas*. Madrid: Síntesis.
- Markham, C.M., Lormand, D., Gloppen, K.M., Peskin, M.F., Flores, B., Low, B. y House, L.D. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), S23-S41. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.214.
- Morell M., V., Gil L., M., Díaz R., I. y Caballero G., L. (2017). Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 173-183.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. y Aguado, A. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(217), 41-58.
- Nosek, M., Foley, C., Hughes, R. y Howland, C. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3), 177-189. doi:10.1023/A:1013152530758.
- Olivier, S. (2006). Educación sexual para personas con discapacidad intelectual. *Desicio*, 19(1), 54-59.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Discapacidad y salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Ginebra: OMS.
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 126-133.

- Pineda, E. y Gutiérrez, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con síndrome de Down. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 95-104.
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
- Robles S., S. y Guevara, Y. (2017). Comportamientos de riesgo y abuso sexual en varones y mujeres con discapacidad visual o auditiva. *Revista Española de Discapacidad*, 5(I), 133-151. doi: 10.5569/2340-5104.05.01.08.
- Rodríguez, Y., Aguilar, B. y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9(1), 58-68.
- Schaalma, H.P., Abraham, C., Gilmore, M.R. y Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: "What does it take?". *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259-269.
- Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: Towards rights and recognition. *Sexuality and Disability*, 18, 159-166.
- Smith, D. (2008). Disability, gender and intimate partner violence: Relationships from the behavioral risk factor surveillance system. *Sexuality and Disability*, 26(1), 15-28. doi: 10.1007/s11195-007-9064-6.

Utilidad percibida de la educación para la salud en adolescentes con cateterismo cardiaco y sus cuidadores primarios¹

Perceived usefulness of health education for adolescents undergoing cardiac catheterization and their informal primary caregivers

Julieta Beatriz Candelario-Mosco², Rodrigo Hiroshi González-Luna³, Alejandro Flores-Arizmendi⁴ y Angélica Riveros-Rosas⁵

Citación: Candelario-Mosco J.B., González-Luna, R.H., Flores-Arizmendi, A. y Riveros-Rosas, A. (2020). Utilidad percibida de la educación para la salud en adolescentes con cateterismo cardiaco y sus cuidadores primarios. *Psicología y Salud*, 30(2), 189-198. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2653>.

RESUMEN

Se ha utilizado eficazmente la educación para la salud para mejorar el autocuidado en las intervenciones médicas en virtud de que informa a los pacientes sobre acciones específicas que facilitan su recuperación. *Objetivo:* Analizar la utilidad percibida de la educación para la salud en adolescentes con cateterismo cardiaco y sus cuidadores primarios. *Método:* Participaron 32 adolescentes y sus cuidadores primarios en dos grupos: uno con atención habitual y otro con educación para la salud. *Resultados:* 69% de los adolescentes y 85% de los cuidadores primarios del grupo de atención habitual y 100% de los adolescentes y cuidadores primarios del grupo con educación para la salud consideraron que recibir esta última antes del cateterismo cardiaco les fue de gran utilidad para generar un mejor conocimiento acerca de la etapa previa, el transcurso y la etapa posterior al cateterismo y los cuidados necesarios, así como para lograr una mejor autorregulación emocional, todos ellos elementos que les proporcionaron una sensación de mayor control y la posibilidad de acción durante su recuperación. *Discusión:* Si bien la educación para la salud se consideró útil y con un efecto positivo, se discute la importancia de respetar el deseo de los pacientes y sus familias acerca de recibirla o no.

Palabras clave: Educación para la salud; Adolescentes; Cuidadores primarios; Auto-cuidado.

ABSTRACT

Health education has been successfully used to improve self-care during hospital medical interventions, since it provides participants with specific actions to support their recovery. The objective of the present study was to explore the perceived effects and value of health education on adolescents who received a cardiac catheterism and on their primary informal caregivers. Method. A total of 32 adolescents and their primary informal caregivers participated and were assigned to one of

¹ El presente estudio se deriva parcialmente de la tesis doctoral del primer autor bajo la dirección del último. Los autores agradecen a los pacientes, cuidadores primarios y personal médico y de enfermería del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, así como al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), con número de becario 583957 y CVU 698479, que hicieron posible este estudio. Artículo recibido el 11 de junio y aceptado el 24 de octubre de 2019.

² Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Félix Cuevas 540, Col del Valle Sur, 03100 Ciudad de México, México, y Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, correo electrónico: julieta_beatrizcm@hotmail.com.

³ Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Calzada Ignacio Zaragoza 1711, Col. Ejército Constitucionalista, Chinam Pac de Juárez, 09220 Ciudad de México, México, y Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

⁴ Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

⁵ Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3000, 04510 Ciudad de México, México.

two conditions: one received a specifically designed health education intervention conducted by psychologists and the other half received the usual hospital protocol. Results revealed that 69% of adolescents and 85% of primary informal caregivers in the usual hospital protocol stated that the health education intervention would have been useful for them in terms of acquiring knowledge on medical procedures and improving emotional control. In the group that received the health education intervention, 100% of both catheterized patients and caregivers expressed it was useful because it provided a sense of greater control as well as concrete strategies to support medical recovery such as adhering to indications by the health team. Discussion. Even in the context of an outstanding perception of the value of psychoeducation, health professionals should keep in mind the need to respect the desire of patients and their families regarding the option to receive it or not.

Keywords: Health education; Adolescents; Primary informal caregivers; Self-care.

El cateterismo cardiaco es un procedimiento diagnóstico y terapéutico que ofrece importantes ventajas médicas al paciente con cardiopatía congénita; sin embargo, los pacientes reportan cardiaco dolor de espalda, malestar urinario y dificultad para mantener el reposo e inmovilidad prolongada en cama, que puede requerir hasta 24 horas, durante el poscateterismo (Rezaei-Adaryani, Ahmadi, Mohamadi y Asghari-Jafarabadi, 2009; Woods, Froelicher, Motzer y Bridges, 2010). En cuanto al aspecto emocional, se observa ansiedad e ira debido a las necesidades insatisfechas al estar en dicha condición (Keeling, Fisher, Haugh, Powers y Turner, 2000; Peterson et al., 2010), lo que genera dificultades para la adherencia terapéutica y la colaboración con el personal de salud. La conducta y actitud del paciente en el poscateterismo cardiaco son muy significativos ya que durante este periodo es el más responsable de los resultados del tratamiento.

En la fase previa y posterior al cateterismo se requiere, por consiguiente, el acompañamiento de un cuidador, que generalmente son los padres, quienes pueden sentirse culpables de la necesidad de dicha intervención en su hijo y responsables de exponerlo al estrés que implica tal procedimiento; con mayor frecuencia las madres experimentan es-

trés y sentimientos de impotencia por las posibles complicaciones o resultados en el transcurso y la etapa posterior de dicha intervención (Aranha, Sams y Saldanha, 2016; Kobayashi, Turner, Forbes y Aggarwal, 2018; Mu, Ma, Hwang y Chao, 2002; Utens et al., 2000).

Lo anterior implica que ambos padres tengan dificultad para asumir activamente el papel de ayudar a su hijo a manejar la experiencia, por lo que en algunos casos optan por mantenerse al margen de la situación para no interferir con el quehacer médico, o bien, por el contrario, le brindan el apoyo emocional necesario (Ellerton y Merriam, 1994).

Otro factor que agrava dicha dificultad en los padres es la falta de conocimientos para el mantenimiento de la salud y la prevención de complicaciones. En el estudio de Elsobky, Mohamed y Mohamend (2018), la mayoría de las madres desconocían las señales de alarma que se deben atender en el hospital, como un sonido anormal del corazón; taquicardia; mala alimentación; tumefacción de ojos, manos y pies; incisión dolorosa, enrojecida, hinchada o con fugas de líquido, entre otras.

Se han efectuado diversos estudios destinados a averiguar la precisión de la información de que disponen los pacientes respecto al cateterismo cardiaco, encontrándose en general que la mayoría de ellos carecen de información adecuada sobre el procedimiento (Buffum et al., 2006; Jamshidi, Abbaszadeh y Kaliani, 2010) y, por ende, de comprensión o de percepciones correctas acerca de la intervención y de sus posibles consecuencias, lo que favorece que muestren un considerable aumento de su ansiedad al momento o justo antes del cateterismo (Mitchell, 2003; Samira, Nahid y Samah, 2016). Un factor que puede influir en este fenómeno es que por lo regular el equipo de salud brinda información sobre el estado de salud y el tratamiento principalmente a los padres, no así al paciente adolescente (Lee y Kim, 2010). Cabe destacar que son muy escasos tales estudios en el caso de México y América Latina.

La eficacia de intervenciones tales como la educación para la salud, en la que se brinda información sobre los procedimientos médicos al paciente, se ha evaluado en niños, adolescentes

(Chair, Chau, Sit, Wong y Chan, 2012; He et al., 2014; Vincent et al., 2012) y padres (Aranha et al., 2016), probándose su evidente efectividad en la reducción de la ansiedad (Abbas y Halima, 2017; Fernandes, Arriaga y Esteves, 2014), en la atención de las necesidades del paciente durante la recuperación en el hogar (como la movilidad, el ejercicio, la relajación, la dieta apropiada y el control adecuado del dolor) (Elsobky et al., 2018) y en la promoción del autocuidado (Rodríguez, Arredondo y Herrera, 2012). Sin embargo, no se ha explorado al parecer el impacto de la educación para la salud en el cateterismo cardiaco en población adolescente latinoamericana en general, ni mexicana en particular.

En virtud de lo angustiante e incómodo del procedimiento, la afectación al autocuidado y la escasa información existente sobre la necesidad y el efecto de la información, el presente estudio tuvo como objetivo conocer la utilidad percibida de la educación para la salud en los adolescentes sometidos a cateterismo cardiaco y en sus cuidadores primarios.

MÉTODO

Se trató de un estudio exploratorio en adolescentes sometidos a dicha intervención y sus cuidadores primarios, los cuales fueron distribuidos en dos grupos respecto al procedimiento médico: de atención habitual y de educación para la salud, el cual se llevó a cabo en el servicio de Cardiología Pediátrica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la Ciudad de México, donde los adolescentes estaban programados para practicarles un cateterismo cardiaco a lo largo de un año.

Participantes

Grupo de educación para la salud (GES): Participaron 19 adolescentes, 11 de ellos de sexo femenino (57.89%), de entre 11 y 18 años de edad, con una media de 14 y una desviación típica de 2.87 años. Participaron en este mismo grupo 19 cuidadores primarios: 16 madres (84.21%) ($M = 48$ años y

$D.E. = 5.91$), quienes, a la par de sus hijos, fueron instruidos a través de la educación para la salud.

Grupo con atención habitual (GAH): Consistió de 13 adolescentes, 7 de los cuales fueron de sexo masculino (54%), de entre 11 y 18 años de edad, con una media de 14 años de edad y desviación típica de 2.15. Participaron también 13 cuidadores, 8 de los cuales fueron las madres (61.5%), con una media de 48 años de edad y desviación típica de 5.93.

Como criterios de inclusión para los adolescentes se consideró tener entre 11 y 18 años de edad, programados y sometidos a cateterismo cardiaco. Los criterios para los cuidadores primarios fueron que estuvieran al cuidado del paciente la mayor parte del internamiento (como mínimo 70% del tiempo) y, en el caso de pertenecer al grupo de educación para la salud, que fuera quien hubiese recibido la instrucción el que cuidara del paciente.

Los criterios de exclusión para los adolescentes fueron que el cateterismo cardiaco se reprogramara para otra fecha o no se realizara, así como que tuviera un proceso de recuperación fuera de lo esperado debido a complicaciones. Para los cuidadores primarios, que permanecieran menos de 70% del tiempo al cuidado del paciente, y que quien hubiera recibido la instrucción para la salud no fuera quien quedase al cuidado del paciente.

Materiales

Se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas a fin de explorar la utilidad de la educación para la salud recibida por los adolescentes y por sus cuidadores primarios. La Tabla 1 contiene un ejemplo de las preguntas hechas a los mismos de acuerdo al tema explorado.

Las preguntas se pilotearon y fueron validadas por expertos en las áreas psicológica y médica, y así también se aseguró la claridad y pertinencia de dichas preguntas con un grupo de adolescentes y sus cuidadores primarios. El grupo de expertos en psicología sugirió el uso de una escala análoga para cuantificar la utilidad de la educación para la salud (donde 0 es el valor inferior y 10 el valor máximo). Se decidió agregar una pregunta sobre la información que les hubiera gustado obtener al identificar que las respuestas de los adolescentes

y sus cuidadores primarios eran principalmente de orden emocional (como “Que todo va a estar bien, que le echen ganas y que no tengan miedo”).

El área médica consideró correctas las preguntas elaboradas.

Tabla 1. Ejemplo de las preguntas hechas a los adolescentes y cuidadores primarios.

Tema explorado	Adolescentes	Cuidadores primarios
Utilidad de la educación para la salud para quienes la recibieron y como posibilidad de utilidad para quienes recibieron atención habitual	<i>Si hubieras tendo la oportunidad de recibir antes de tu procedimiento medico información al respecto de tu cateterismo cardiaco y de los cuidados que debes de tener durante tu recuperación en el hospital ¿crees que te hubiera sido útil?, ¿qué tanto del 0 al 10? y ¿en qué forma te ayudaría o no te ayudaría?</i>	<i>Antes del cateterismo cardiaco, usted tuvo la oportunidad de recibir información acerca del procedimiento médico (cateterismo cardiaco) y de los cuidados que se deben de tener durante la recuperación de su hijo en el hospital, ¿cree que ésta fue de utilidad?, ¿qué tanto del 0 al 10? y ¿en qué forma le ayudó o no le ayudó?</i>
Información que le gustaría transmitir a otros en las mismas condiciones.	<i>Si conocieras a otro adolescente al que también le van a hacer un cateterismo cardiaco, ¿qué le dirías, platicarías o recomendarías?</i>	<i>Si conociera a otro padre de familia que tiene un hijo adolescente que va a someterse a un cateterismo cardiaco ¿qué le diría, platicaría o recomendaría?</i>
Interés en recibir información de alguien con experiencia directa.	<i>Si antes de tu cateterismo cardiaco hubieras tenido la oportunidad de platicar con un adolescente que ya vivió un cateterismo cardiaco ¿qué le preguntarías? o ¿qué te gustaría saber?</i>	<i>Si antes del cateterismo crdiaco de su hijo hubiera tenido la oportunidad de platicar con un padres de familia que ya vivió un cateterismo cardiaco de su hijo ¿qué le preguntaría? o ¿qué le gustaría saber?</i>

Para el grupo de educación para la salud se preparó una presentación en PowerPoint con fotografías en las que se daba al paciente y a su cuidador primario información acerca del cateterismo cardiaco, describiendo cada evento que viviría: la preparación previa al procedimiento (ayuno, colocación de vendajes y suero intravenoso), la descripción de la sala de hemodinamia en la que se realizaría la intervención, la preparación y administración de la anestesia, la realización del cateterismo, el paso a la sala de recuperación y a la habitación una vez finalizado el procedimiento. También se les proporcionó información respecto a los cuidados generales y los síntomas de alarma durante la recuperación dentro del hospital, al igual que una vez que se les diese de alta, destacando en todo momento la necesidad de seguir las indicaciones médicas y los riesgos que implicaba no hacerlo.

La información fue validada por personal experto médico y de enfermería; así como también por un grupo de adolescentes y sus cuidadores primarios que ya habían vivido esa experiencia, preguntándoles el tipo de información que les hubiera servido o qué les hubiera gustado saber. El personal de salud sugirió que las fotografías mostrarán únicamente el campo de la incisión.

Procedimiento

Con previa autorización de las autoridades del hospital, se procedió a localizar a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión.

La asignación a los grupos fue por orden de aparición, respetando la elección del adolescente y de su cuidador principal en cuanto a recibir o no la educación para la salud; pasando la asignación al siguiente participante.

Hecho lo anterior, una psicóloga se presentaba a los adolescentes y a sus cuidadores primarios, a quienes invitaba a participar explicándoles el propósito del estudio y entregándoles a estos últimos una carta de consentimiento informado, así como otra de asentimiento informado a los adolescentes. En esos documentos se establecía el uso de la información obtenida, el carácter voluntario de su participación, así como que rehusar o retirar su participación no implicaba ninguna consecuencia respecto al tratamiento del adolescente ni al trato con el familiar. Se respondía cualquier duda y, en caso de estar de acuerdo, autorizaban su participación mediante su firma.

La psicóloga brindó la educación para la salud a los adolescentes y cuidadores primarios en

conjunto y con apoyo de la presentación en Power-Point, aclarando sus dudas en todo momento. Este proceso se llevó a cabo en la habitación asignada, sin interrupciones, con buena iluminación y comodidad para todos los participantes.

Los cuestionarios en donde se exploraba la utilidad y efecto de la educación para la salud se proporcionaron tanto a los adolescentes como a sus cuidadores primarios de ambos grupos momentos antes de su alta hospitalaria. Se revisaba que estuvieran completamente contestados y, en caso de duda, se aclaraba en ese momento la información proporcionada.

Análisis de la información

Las respuestas de los cuestionarios se transcribieron literalmente a un formato Excel, utilizándose la verificación de jueces ciegos independientes que verificaron aleatoriamente que la transcripción fuera fiel a las respuestas en el cuestionario en papel.

Se procedió a la categorización por contenidos centrales. En virtud de que la mayoría de las respuestas eran breves (de no más de dos o tres renglones), se emplearon términos clave como unidades de análisis. Se destacaban los términos que mejor representaban línea por línea el sentido de la respuesta. Luego se agruparon en categorías

y se definieron según su importancia relativa en función de su frecuencia de aparición de términos indicativos mediante la técnica de análisis temático, tanto de la categoría principal, como de las categorías secundarias.

Para asegurar la familiaridad y un grado aceptable de validez social y ecológica en relación con los respondientes, la categorización estuvo a cargo de los propios autores del estudio, quienes estuvieron en contacto directo con los participantes (cf. Gale, Heath, Cameron, Rashid y Redwood, 2013).

RESULTADOS

Entre los adolescentes se observó una diferencia importante en cuanto a la apreciación de la utilidad de recibir información acerca del cateterismo cardiaco. En el GAH, 69.23% consideró que le hubiera gustado tener la oportunidad de recibir información sobre el cateterismo cardiaco y su procedimiento, lo que le hubiera resultado útil, en contraste con la totalidad del GES, que la consideró útil. De manera similar, el GES obtuvo una calificación media de utilidad de 9 (D.E. = 1.55), en tanto que la del GAH fue de 6.38 (D.E. = 3.94) (Tabla 2).

Tabla 2. Utilidad y calificación otorgada a la educación para la salud por los adolescentes y sus cuidadores primarios.

		Grupo con atención habitual (Posible utilidad de la información)			Grupo con educación pra la salud (Utilidad de la información recibida)		
		Frecuencia	%	Calificación	Frecuencia	%	Calificación
Adolescentes	Sí es útil	9	69.23	Media: 6.38	19	100	Media: 9
	No es útil	4	30.77	D.E.:3.94	0	0	D.E.: 1.55
	Total	13	100		19	100	
Cuidadores primarios	Sí es útil	11	84.62	Media: 6.08	19	100	Media: 9.83
	No es útil	2	15.38	D.E.: 3.55	0		D.E.: 0.38
	Total	13	100		19	100	

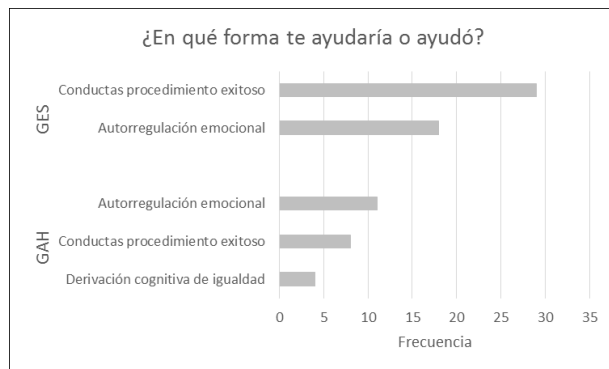
También se observaron diferencias en los cuidadores primarios: de 100% para los que recibieron educación para la salud, contra 84.62% que tuvieron atención habitual. En la calificación sobre su utilidad, se repitió la tendencia: $M = 9.83$, $D.E. = 0.38$ vs. $M = 6.08$, $D.E. = 3.55$, respectivamente. El grupo de cuidadores primarios percibió mayor utilidad en la posibilidad de haberla recibido de lo que

lo hicieron los adolescentes en el GAH (84.62% vs. 69.23%) (Tabla 2).

Los adolescentes de ambos grupos calificaron como útil promover conductas orientadas a lograr un procedimiento exitoso (GES: $f = 29$, 61.7%; GAH: $f = 8$, 34.78%), así como conocer más sobre las etapas del cateterismo cardiaco y la autorregulación emocional (GES: $f = 18$, 38.29%; GAH:

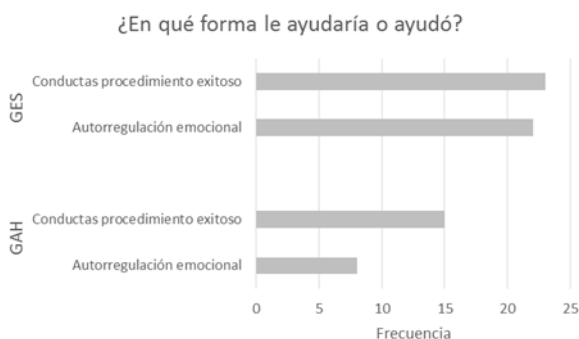
f = 11, 47.82%) (estar tranquilo, seguro, menos triste) aunque en posiciones distintas, y en el GAH (f = 4, 17.39%) también se mencionó su inutilidad (derivación cognitiva de igualdad) (Figura 1).

Figura 1. Adolescentes con y sin educación para la salud.



En este mismo sentido, los cuidadores primarios consideraron que la educación para la salud les ayudaría en primer lugar a mostrar conductas orientadas a un procedimiento exitoso (GES: f = 23, 51.11%; GAH: f = 15, 65.21%), como saber y poder decirle a sus hijos lo que es un cateterismo cardiaco, conocer los riesgos y saber cómo pueden ayudarlos durante el procedimiento médico. En segundo lugar, mencionaron su utilidad para la autorregulación emocional (GES: f = 22, 48.88%; GAH: f = 8, 34.78%), a fin de sentirse menos agobiados y más tranquilos, seguros y confiados (Figura 2).

Figura 2. Cuidadores primarios con y sin educación para la salud.



Ante la posibilidad de conversar con un adolescente ya cateterizado antes de someterse al procedimiento, los adolescentes de ambos grupos dijeron que, en primer lugar, les aconsejarían elegir cogniciones tales como no pensar en el dolor, que

dicho procedimiento era fácil y rápido, que era para su bienestar y que recordaran la experiencia profesional de los médicos (GES: f = 26, 42.62%; GAH: f = 16, 42.10%). También recomendarían conductas dirigidas a lograr un procedimiento exitoso (GES: f = 20, 32.78%; GAH: f = 6, 15.78%), como no moverse mucho, seguir las indicaciones del médico e informarse, entre otras, así como autorregularse emocionalmente (GES: f = 14, 22.95%; GAH: f = 15, 39.47%) y verbalizar su experiencia (GES: f = 1, 1.63%; GAH: f = 1, 2.63%).

Los cuidadores primarios de ambos grupos recomendarían a otros autorregularse emocionalmente (GES: f = 19, 44.18%; GAH: f = 12, 30.77%), estar tranquilos, tener fe, confianza, seguridad y paciencia. También promoverían las conductas dirigidas a lograr un procedimiento exitoso (GES: f = 12, 27.90%; GAH: f = 12, 30.77%) como el informarse, seguir las indicaciones del médico, motivar y platicar con su hijo, así como también promover la elección de cogniciones (GES: f = 9, 20.93%; GAH: f = 12, 30.77%) (por ejemplo, “Es un procedimiento necesario, está con expertos y todo va a salir bien”) y verbalizar la experiencia (GES: f = 3, 6.97%; GAH: f = 3, 7.69%).

Sobre qué le hubiera gustado preguntar al adolescente a otro que ya hubiera atravesado esa experiencia, se observó que ambos grupos preguntarían en primer lugar por las conductas destinadas a lograr un procedimiento exitoso (GES: f = 29, 72.50%; GAH: f = 7, 36.84%) acerca de las etapas del cateterismo cardiaco, los cuidados que debían llevar a cabo y el nivel de dolor. También les gustaría saber lo que sintieron (autorregulación emocional) (GES: f = 8, 20%; GAH: f = 3, 15.78%) y que verbalizaran su experiencia (GES: f = 1, 2.5%; GAH: f = 2, 10.52%). Por otro lado, también hubo quienes dijeron no querer saber nada (derivación cognitiva de igualdad) (GES: f = 2, 5%; GAH: f = 4, 21%). En el grupo con atención habitual también optaron por que se les dijera que todo iba a salir bien (elección de cogniciones) (f = 3, 15.78%).

Los cuidadores primarios de ambos grupos preguntarían en primer lugar a otros que ya pasaron por esa experiencia acerca de las conductas dirigidas a lograr un procedimiento exitoso (GES: f = 20, 64.51%; GAH: f = 17, 65.38%), los cuidados y riesgos del citado procedimiento, el nivel de dolor y la manera de ayudar a su hijo. También

les gustaría saber cómo se sintieron (autorregulación emocional) (GES: $f = 5$, 16.12%; GAH: $f = 1$, 3.84%), que verbalizaran su experiencia (GES: $f = 5$, 16.12%; GAH: $f = 1$, 3.84%) y que se les dijera que todo saldría bien y que tuvieran confianza (elección de cogniciones) (GES: $f = 1$, 3.22%; GAH: $f = 4$, 15.38%). En el grupo con atención habitual también dijeron no querer saber nada acerca de la intervención (derivación cognitiva de igualdad) ($f = 3$, 11.53%).

DISCUSIÓN

El presente trabajo trató de identificar la utilidad percibida de la educación para la salud por los adolescentes y por sus cuidadores primarios ante el cateterismo cardiaco. Ambos grupos consideraron que fue útil recibir información acerca del procedimiento médico al que iban a ser sometidos, aunque de manera más marcada entre los propios pacientes. La educación para la salud benefició las conductas orientadas a lograr un procedimiento exitoso y la autorregulación emocional, tanto en los adolescentes como en sus cuidadores primarios; sin embargo, en el grupo que recibió la atención habitual los adolescentes también mencionaron la inutilidad de este tipo de intervención.

El primer hallazgo difiere de lo reportado por Ghada, Zienab y Hossam (2016), en el que el protocolo educativo implementado logró una mejora significativa del conocimiento del cateterismo cardiaco para la colocación de *stent* en arteria coronaria; sin embargo, no la tuvo en las complicaciones circulatorias tras el cateterismo cardiaco.

Por otro lado, también se ha reportado que el proporcionar información altera aspectos emocionales tales como el nivel de miedo y la ansiedad, la disminución de molestias y el aumento de satisfacción en los pacientes cateterizados (Reed, Blake y Ohno-Machado, 2008; Samira et al., 2016), hallazgos que coinciden con lo reportado en el presente estudio.

Se ha observado asimismo que en los padres que reciben información respecto al tratamiento médico que se le hará a sus hijos no solamente se reducen los niveles de ansiedad (Watson y Visram, 2003), sino que también tienen un mejor ajuste a la situación, ya sea durante y después del proce-

dimiento (Claar, Walker y Barnard, 2002). Estos resultados también se corroboran en la presente investigación; los cuidadores primarios con educación para la salud tenían la posibilidad de entender mejor lo que es un cateterismo cardiaco, logrando así un mejor control emocional y dirigiendo su atención a ayudar a sus hijos adolescentes, lo que implica un mayor involucramiento y sugiere un aumento de la capacidad para resolver problemas (conductas dirigidas a un procedimiento exitoso), que fue la principal utilidad reconocida por los cuidadores; lo que el grupo con atención habitual esperaba lograr al recibir este tipo de instrucción, adquiriendo así un mayor control emocional.

No obstante, adolescentes y cuidadores primarios de ambos grupos dieron respuestas acerca de lo contraproducente que resultaría recibir información, lo que se observó con mayor frecuencia en el grupo con atención habitual respecto a la posibilidad de haberla recibido. Si bien llama la atención la percepción negativa sobre la educación para la salud, principalmente porque afectaría su autorregulación emocional, no necesariamente implica evitar aquella. Pese a ello, quienes eligen no recibir información sobre el padecimiento podrían tener problemas más importantes en lo concerniente a la adhesión terapéutica. En el estudio de Brito et al., (2016), hecho con pacientes de trasplante de riñón, aquellos sin adherencia a la medicación inmunosupresora empleaban más estrategias pasivas, como la evitación y pensamiento optimista, en comparación con los grupos con una adecuada adherencia, quienes utilizan más estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la búsqueda de apoyo. Otro estudio hecho con pacientes en hemodiálisis mostró que quienes empleaban estrategias de afrontamiento centrado en el problema tenían mayores tasas de supervivencia y mejor salud física y mental que aquellos que utilizaban un estilo de afrontamiento centrado en la emoción (Niihata, Fukuma, Akizawa y Fukuhara, 2017). Es posible suponer que quienes estaban dispuestos a recibir información tendrían también estrategias de afrontamiento centradas en el problema, aunque el aspecto emocional también destacó como una cuestión importante en ambas condiciones.

En este sentido, los adolescentes que recibieron la información mostraron tener un mayor control sobre la situación y más conductas orientadas al autocuidado durante su recuperación, entendiendo la necesidad de hacerlo así. A su vez, en el grupo sin educación para la salud se observaron más molestias y más quejas sobre el dolor y al momento de orinar. Lo anterior se atribuye a que los primeros sabían en qué consiste un cateterismo cardiaco, cómo es el proceso de anestesia, en qué condiciones iban a estar durante su recuperación y, sobre todo, qué consecuencias podrían tener al no seguir las indicaciones médicas. Al parecer, saber cómo actuar y contar con la información sobre lo que podían hacer ante las situaciones de riesgo y cómo las podían evitar, permitió una mayor colaboración. Este hallazgo también se reportó en el estudio de Rivas, Maldonado, Caldera y Tepeyac (1999) sobre la importancia de la mayor colaboración en la recuperación de pacientes con cateterismo cardiaco informados.

Respecto a las recomendaciones que los adolescentes harían a otros adolescentes, se encontró que quienes recibieron la información se centraron más en la situación y en la necesidad de someterse al cateterismo cardiaco, generando con ello una elección de cogniciones y llevando a cabo conductas dirigidas a lograr un procedimiento exitoso, a diferencia del grupo con atención habitual, quienes empleaban más argumentos de elección de cogniciones y autorregulación emocional. En cuanto a los padres, se apreció que quienes recibieron la instrucción recomendarían sobre todo la autorregulación emocional, destacando la fe y la confianza, así como el uso de conductas dirigidas a lograr un procedimiento exitoso, acciones que en el grupo de atención habitual aparecen en segundo y tercer lugar.

Diferentes estudios señalan que los padres recurren a su espiritualidad para experimentar sentimientos de esperanza, fortaleza, confort y sentido de control sobre la situación (Cardella y Friedlander, 2004; Schneider y Mannell, 2006; Wilson

y Miles, 2001). También se ha reportado que en tales padres aumenta su motivación por participar en el cuidado de sus hijos, al tiempo que evalúan las opciones de tratamiento al disponer de una mayor información relacionada a la condición médica de sus hijos, contribuyendo así al uso de estrategias efectivas para su cuidado (Coulson y Knibb, 2007; Kalichman et al., 2003).

Es de notarse que tanto adolescentes como cuidadores primarios en ambos grupos contarían y preguntarían sobre la experiencia de otros como último recurso; este hecho llama la atención, ya que se ha reportado que compartir sentimientos y experiencias al sufrir una enfermedad ofrece la oportunidad de recibir apoyo emocional y de intercambiar estrategias para resolver y sobrellevar las situaciones que se desencadenan ante aquella, lo que es característico de nuestra población (Vega y González, 2009).

Una de las limitaciones del presente estudio fue que no se contó en el grupo de educación para la salud con una evaluación previa acerca de la utilidad de esta intervención, para así saber si hubo cambios en esta variable una vez que sus integrantes recibieron la instrucción. Otra limitante fue que no se contó con una guía de observación estructurada que permitiera evaluar la utilidad de la educación para la salud en el seguimiento puntual de las instrucciones por parte de los adolescentes y cuidadores primarios y así poder realizar las comparaciones con grupos más grandes.

En futuros estudios se sugiere llevar a cabo un registro observacional e incluir indicadores fisiológicos del estrés tanto en los pacientes como en los cuidadores primarios; al igual que estudiar el impacto de la educación para la salud recibida en subsecuentes cateterismos, toda vez que a lo largo de su vida sufrirán más de una intervención de este tipo. También sería importante explorar si se modifican los estilos de afrontamiento en ambos tipos de participantes en aquellos casos en los que, dada la condición médica del adolescente, hayan experimentado más de un cateterismo cardiaco.

REFERENCIAS

Abbas, A.H. y Halima, Y.K. (2017). Effectiveness of educational video intervention on anxiety level of patients prior to diagnostic coronary catheterization in Al-Nasiriya's cardiac center. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(4), 57-64.

- Aranha, P.R., Sams, L.M. y Saldanha, P. (2016). Impact of preoperative education program on parental anxiety: A pilot project. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 4(1), 30-34. doi: 10.4103/23214848.183374.
- Brito, D.C., Marsicano, E.O., Grincenkova, F.R., Colugnati, F.A., Lucchetti, G. y Sanders-Pinheiro, H. (2016). Stress, coping and adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: a comparative study. *Sao Paulo Medical Journal*, 134(4): 292-299. doi: 10.1590/1516-3180.2015.01071008.
- Buffum, M.D., Sasso, C., Sands, L.P., Lanier, E., Yellen, M. y Hayes, A. (2006). A music intervention to reduce anxiety before vascular angiography procedures. *Journal of Vascular Nursing*, 24(3), 68-73. doi: 10.1016/j.jvn.2006.04.001.
- Cardella, L.A. y Friedlander, M.L. (2004). The relationship between religious coping and psychological distress in parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22, 19-37. doi: 10.1300/J077v22n01_02.
- Chair, S.Y., Chau, M.Y., Sit, J.W., Wong, E.M. y Chan, A.W. (2012). The psychological effects of a videotape educational intervention on cardiac catheterization patients. *Contemporary Nurse*, 40(2), 225-233. doi: 10.5172/conu.2012.40.2.225.
- Claar, R.L., Walker, L.S. y Barnard, J.A. (2002). Children's knowledge, anticipatory anxiety, procedural distress, and recall of esophagogastroduodenoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 34(1), 68-72. doi: 10.1097/00005176-200201000-00016.
- Coulson, N.S. y Knibb, R.C. (2007). Coping with food allergy: Exploring the role of the online support group. *Cyber Psychology & Behavior*, 10(1), 145-148. doi: 10.1089/cpb.2006.9978.
- Ellerton, M.L. y Merriam, C. (1994). Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1057-1062. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01188.x.
- Elsobky, F.A., Mohamed, A.S. y Mohamend, S.A. (2018). The effect of pre-hospital discharge care program on mothers' knowledge and reported practice for children after congenital heart surgery. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(9), 122-130. doi:10.5430/jnep.v8n9p122.
- Fernandes, S.C., Arriaga, P. y Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery: a randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health Education Research*, 29(6), 1058-1076. doi: 10.1093/her/cyu066.
- Gale, K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. y Redwood, S. (2013). Using the frame work method for the analysis of qualitative data in multidisciplinary health research. *Bio Med Central Research Methodology*, 13(117). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848812/>.
- Ghada, T.M., Zienab, A.M. y Hossam, A.A. (2016). Impact of designed nursing educational protocol in health promotion for patients undergoing coronary artery stent outcome. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 54-63. doi: 10.9790/1959-0502065463.
- He, H.G., Zhu, L., Li, H.C., Wang, W., Vehviläinen, J.K. y Chan, S.W. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a therapeutic play intervention on outcomes of children undergoing in patient elective surgery: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 431-442. doi: 10.1111/jan.12234.
- Jamshidi, N., Abbaszadeh, A. y Kaliani, M.N. (2010). The effects of video education on comfort and tolerability of patients undergoing coronary angiography. *Iranian Journal of Nursing Research*, 5(16), 38-44. URL: <http://ijnr.ir/article-1-589-en.html>.
- Kalichman, S.C., Benotsch, E.G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W. y Cherry, C. (2003). Health-related Internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: Preliminary results from a community survey. *Health Psychology*, 22, 111-116. doi: 10.1037/0278-6133.22.1.111.
- Keeling, A.W., Fisher, C.A., Haugh, K.H., Powers, E.R. y Turner, M.S. (2000). Reducing time in bed after percutaneous transluminal angioplasty (TIBS III). *American Journal of Critical Care*, 9(3), 185-187.
- Kobayashi, D., Turner, D.R., Forbes, T.J. y Aggarwal, S. (2018). Parental anxiety among children undergoing cardiac catheterization. *Cardiology in the Young*, 28(2), 315-321. doi: 10.1017/S1047951117002074.
- Lee, S. y Kim, S.S. (2010). The life of adolescent patients with complex congenital heart disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 411-422. doi: 10.4040/jkan.2010.40.3.411.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 806-815.
- Mu, P.F., Ma, F.C., Hwang, B. y Chao, Y.M. (2002). Families of children with cancer: the impact on anxiety experienced by fathers. *Cancer Nursing*, 25(1), 66-73.
- Niihata, K., Fukuma, S., Akizawa, T. y Fukuhara, S. (2017). Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan dialysis outcomes and practice patterns study, *PLoS One*, 12(7), e0180498. doi: 10.1371/journal.pone.0180498. eCollection 2017.
- Peterson, J.C., Allegrante, J.P., Pirraglia, P.A., Robbins, L., Lane, P., Boschert, K.A. y Charlson, M.E. (2010). Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung*, 39(2), 105-115. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.06.017.
- Reed, F.S., Blake, G. y Ohno-Machado, L. (2008). Vascular closure devices and the risk of vascular complications after percutaneous coronary intervention in patients receiving glycoprotein IIb/IIIa inhibitors. *American Journal of Cardiology*, 88, 493-496.

- Rezaei-Adaryani, M., Ahmadi, F., Mohamadi, E. y Asghari-Jafarabadi, M. (2009). The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 417-424. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04889.x.
- Rivas E., J., Maldonado N., E., Caldera L., D. y Tepeyac L., A. (1999). Disminución del riesgo de lesión por sangrado en el sitio de punción al adulto sometido a cateterismo cardiaco mediante: satisfacción del déficit de conocimiento e inmovilidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 7(1-4), 12-18.
- Rodríguez G., M., Arredondo H., E. y Herrera C., R. (2012). Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca: ensayo clínico controlado. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 20(2), 296-306.
- Samira, E.A., Nahid, F.G. y Samah, E.M. (2016). Effect of early nursing preparation on anxiety among patients undergoing cardiac catheterization. *American Journal of Nursing Science*, 5(5), 222-231. doi: 10.11648/j.ajns.20160505.17.
- Schneider, M.A. y Mannell, R.C. (2006). Beacon in the storm: An exploration of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 3-24. doi: 10.1080/01460860500523731.
- Utens, E., Versluis-Den, H.J., Verhulst, F.C., Witsenburg, M., Borges, A.J. y Hess, J. (2000). Psychological distress and styles of coping in parents of children awaiting elective cardiac surgery. *Cardiology in the Young*, 10(3), 239-244.
- Vega, A.O. y González, E.D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Vincent, C., Chiappetta, M., Beach, A., Kiolbasa, C., Latta, K., Maloney, R. y Van Roeyen, L.S. (2012). Parents' management of children's pain at home after surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(2), 108-120. doi: 10.1111/j.1744-6155.2012.00326.x.
- Watson, A.T. y Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatric Anaesthesia*, 13(3), 188-204. doi: 10.1046/j.1460-9592.2003.00848.x.
- Wilson, S.M. y Miles, M.S. (2001). Spirituality in African-American mothers coping with a seriously ill infant. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 6, 116-122.
- Woods, S.L., Froelicher, E.S.S., Motzer, S.U. y Bridges, E.J. (2010). *Cardiac Nursing* (6th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott.

Estudio exploratorio de los riesgos a la salud percibidos en población mexicana

Exploratory study of perceived health risks in Mexican population

Esperanza López-Vázquez¹, Rosa Lilia Castillo-López²
y Zayra García-Chimalpopoca³

Citación: López V., E., Castillo L., R.L. y García C., Z. (2020). Estudio exploratorio de los riesgos a la salud percibidos en población mexicana. *Psicología y Salud*, 30(2), 199-206. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2654>.

RESUMEN

Los riesgos a la salud implican la eventualidad de exponerse a factores que puedan provocar una enfermedad o una lesión, por lo que el objetivo general de este trabajo fue explorar los riesgos a la salud percibidos por participantes mayores de 18 años de la ciudad de Cuernavaca Morelos, un sector de la población. El método utilizado se basó en la técnica de redes semánticas naturales, la cual se aplicó a 220 sujetos. De manera general, los términos de la red pueden dividirse en factores en los cuales el sujeto puede ejercer control y aquellos en los que tal control no existe. Se observaron diferencias en función del sexo, la edad y la escolaridad. En el caso de las mujeres, estas utilizaron el término *peligros*, mientras que los hombres emplearon el de *muerte*. El término *estrés* aparece solo en los grupos de secundaria y preparatoria, mientras que en los de licenciatura y posgrado aparece el de *cuidados*. Se discute sobre la importancia de las diferencias encontradas para así comprender mejor la forma de pensar de las personas y sus implicaciones en la población sobre la prevención de la salud.

Palabras clave: Riesgo a la salud; Redes semánticas naturales; Significado psicológico; Percepción de riesgo.

ABSTRACT

The risks to health imply eventually getting exposed to factors that may lead to illness or injury. In this context the general objective of the present study was to explore health risks perceived by the participants. A natural semantic networks technique was applied to 220 participants over 18 years of age from Cuernavaca, Morelos, Mexico. In general, the terms of the network were divided into two factors: those for which the participant can exercise control over the risk factor and those in which he/she cannot. Differences according to sex, age and schooling included: women used the term "dangers" while men used "death." The term stress appeared only in the secondary-preparatory group, while caregiving appeared in the undergraduate-graduate group. The importance of these differences is discussed in the context of better understanding the way of thinking of participating adults and their implications for working on health prevention issues.

Keywords: Health; Natural semantic networks; Psychological meaning; Risk perception.

¹ Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Pico de Orizaba 1, Col. Volcanes, 62350 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)329-79-00, correo electrónico: esperanzal@uaem.mx. Artículo recibido el 6 de marzo y aceptado el 13 de septiembre de 2019.

² Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana, Manantial de San Cristóbal s/n, Col. Xalapa 2000, 91097 Xalapa, Ver., México, tel. (228)842-17-0, correo electrónico: rossy_2502@hotmail.com.

³ Grupo Ecológico Integral, S.A. de C.V., Av. Centenario 54-148, Int. 4, Col. Civac, 62570 Jiutepec, Mor., México, tel. (777)320-18-70, correo electrónico: zay.garch@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Los riesgos a la salud en el presente siglo son el producto de procesos sociales que han provocado diferentes niveles de exposición en términos ambientales, ecológicos y sociales. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) alerta sobre los diferentes riesgos actuales, como es el caso de peligros ambientales tales como la contaminación del aire, las altas temperaturas, las infecciones provocadas por el agua insalubre, las inundaciones, los residuos eléctricos y electrónicos mal reciclados y varios más. Por otro lado, entre esos riesgos se encuentran también enfermedades como la diabetes, el cáncer, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal crónica, el consumo de tabaco y alcohol, las dietas poco saludables, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, que en los registros de 2018 se presentan como causas importantes en las estadísticas de mortalidad de México (OMS, 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2018). Las estimaciones que efectúan estas organizaciones reflejan que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad pueden ser evitadas mediante la reducción de la exposición humana a los peligros y fuentes que pueden provocar dichas enfermedades. Reducir la carga de morbilidad tomando las medidas preventivas necesarias puede generar la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas, brindándoles así mejores oportunidades de educación y empleo (OMS, 2018).

Hablar de salud no significa referirse únicamente a los aspectos fisiológicos que implica o a la mera ausencia de enfermedad. Se deben considerar con todo rigor, en primera instancia, los aspectos psicológicos, pues ellos influyen profundamente en los comportamientos saludables (Ehrenzweig y Marván, 2018). Dentro de los aspectos psicológicos que intervienen se halla la percepción de riesgo que las personas tienen de las diferentes situaciones y peligros de su entorno y que pueden afectar su salud. Para que tomen las medidas preventivas adecuadas deben percibir primeramente las situaciones de riesgo a las que están expuestas. Es por ello que se considera que en una primera aproximación al trabajo exhaustivo de la preven-

ción de la salud está el conocer las situaciones que percibe la población como riesgosas (López y Marván, 2018).

Percepción de riesgos a la salud

La palabra *riesgo* se puede definir como la probabilidad o la posible exposición a un peligro o inconveniente que pueda traer consigo una pérdida o un tipo de problema eventual (López y Marván, 2018). Cuando lo anterior se vincula al término *salud*, se habla de que un riesgo a la salud sería la eventualidad de exponerse a algún factor que pueda provocar una enfermedad o una lesión (OMS, 2018).

La percepción de riesgo es un proceso psicológico que hace posible evaluar la situación amenazante o los riesgos que enfrentan; además, establece una jerarquía de situaciones en las que un peligro puede considerarse de alto riesgo para ciertas personas y de poco para otras. La importancia de conocer la percepción de riesgo es que se esperaría que cuanto mayor sea dicho riesgo percibido, derivado de las diferentes enfermedades o factores potenciales de riesgo para la salud personal, mayor será la motivación que habrá para realizar las acciones protectoras convenientes (Renner, Gamp, Schmälzle y Schupp, 2015).

Desde los años 70 se han incluido los procesos psicológicos y socioambientales en el proceso de salud-enfermedad, toda vez que no se puede ignorar el efecto de lo psicológico, lo emocional, lo social, lo sociodemográfico y lo biológicos en este proceso (Oblitas, 2007). Por ejemplo, respecto a considerar los factores sociodemográficos en la prevención de la salud, un estudio realizado por Ehrenzweig y Marván (2018) con mujeres mexicanas mostró que el comportamiento de prevención hacia el cáncer cervicouterino es muy exiguo entre las mujeres jóvenes y con escasa escolaridad, lo cual las expone a mayor riesgo.

En otro estudio (Dewitt, Davis, Fishhoff y Hanmer, 2017) se demostró que la percepción de riesgos a la salud depende de las preferencias sociales y éticas de los sujetos, por lo que se deben tomar en cuenta los valores de los individuos a quienes tales peligros pueden afectar. Además, se ha

comprobado que los riesgos percibidos se encuentran influidos por las preferencias y las evaluaciones que el individuo hace al sentirse implicado o amenazado de manera personal por un peligro presente (Renner et al., 2015). También se han estudiado diferentes factores que influyen en la percepción de riesgo, los cuales tienen que ver con la persona y el contexto; por ejemplo si un riesgo es voluntario o involuntario, el conocimiento que se tiene sobre este, la novedad, la gravedad del peligro y el control que se tenga sobre la exposición al mismo. Esta última es una variable que determina el tipo de respuesta del sujeto, pues en función de los recursos con los que cuenta y de la capacidad para evitar el peligro es que lo percibirá como controlable o incontrolable (Fishhoff, Slovic, Lichtenstein, Read y Combs, 2000; López y Marván, 2012, 2018).

Por ello, cualquier estudio que abarque de manera integral la investigación en el área de la salud debe considerar siempre la percepción de riesgo de la población involucrada (Catalán, 2006).

Tomando en cuenta que la salud puede estar expuesta a diferentes riesgos que la pueden deteriorar, el objetivo general del presente estudio fue explorar los riesgos y amenazas a la salud percibidos por las personas en la ciudad de Cuernavaca (México). Agregado a ello fue de interés conocer las diferencias entre hombres y mujeres, así como las derivadas de la edad de los participantes y de su nivel de escolaridad. Se optó por aplicar la encuesta a personas mayores de 18 años en virtud de que a esa edad ya se es independiente para decidir la participación, se tiene conciencia del estado de salud y se es ya adulto.

MÉTODO

Participantes

La invitación a participar voluntariamente en la investigación estuvo dirigida a mujeres y hombres de entre 18 años y 63 años de edad. Se conformó una muestra no probabilística de 220 participantes, residentes en la mencionada ciudad, que tiene una población aproximada de 366,321 habitantes

(Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEGI], 2015). Las encuestas se aplicaron en diferentes colonias, tratando de cubrir la mayor parte de las zonas de la ciudad.

De los participantes, 38% fueron hombres, con escolaridad de secundaria o preparatoria (43%) y licenciatura o posgrado (42%). El resto no respondió la pregunta sobre su escolaridad y no se incluyó en los análisis.

Instrumento

El instrumento estuvo conformado por dos secciones: un registro de datos sociodemográficos y una pregunta abierta con la instrucción siguiente: «Cuando escucha la expresión “riesgo para la salud”, ¿cuáles son las cinco primeras palabras o imágenes que le vienen a la mente? Después de escribirlas, por favor enumérelas escribiendo al lado izquierdo su orden de importancia». Estas instrucciones están basadas en la técnica de redes semánticas naturales (Figueroa, González y Solís, 1981; Medina, 2004; Reyes, 1993), en la que, además de pedir que se escriban en asociación libre las ideas evocadas por la palabra de interés, se solicita una jerarquización de las ideas relacionadas a esas palabras en la ficha correspondiente.

Procedimiento

Al momento de recabar los datos se le explicó a cada participante, de manera individual, la dinámica para responder el instrumento y se le presentó un ejemplo para comprobar que la explicación fuera correcta y clara. Para ello, se contó con el apoyo de cinco aplicadores previamente capacitados en el suministro de la encuesta. Se halló a los participantes por solicitud directa haciendo uso de la técnica llamada “bola de nieve”. Así, el grupo de encuestadores y una investigadora ubicaron a los participantes en lugares cercanos a sus domicilios, los cuales se encontraban distribuidos en diferentes zonas de la ciudad. La invitación a participar fue de manera individual, y a aquellos que dieron su consentimiento para participar se les informó sobre el anonimato de sus respuestas, tras de lo cual se procedió a aplicarles el instrumento, con

la opción de responder las preguntas al encuestador o ser contestado por ellos mismos. El tiempo aproximado de aplicación fue de 20 minutos. Después, se les solicitó que llenaran la ficha de datos sociodemográficos y la de redes semánticas.

Análisis de datos

Para realizar la comparación de los riesgos asociados a la salud manifestados por los participantes se formaron los siguientes grupos: *a)* sexo (mujeres u. hombres); *b)* edad (adultos jóvenes, adultos maduros y adultos mayores) y *c)* escolaridad, donde se buscó tener la mayor homogeneidad (secundaria-preparatoria o licenciatura-posgrado).

El análisis de datos requirió la elaboración de un diccionario en el que se agruparon palabras relacionadas entre sí, de forma que cada grupo se presentó una palabra que fungía como definidora y otra(s) como sinónimo(s) de aquella. Dicho diccionario fue elaborado por tres personas (dos autores y un estudiante), quienes lo revisaron por separado en varias ocasiones hasta que las tres personas estuvieron de acuerdo en que los grupos de palabras (definidora y sinónimos) estaban redactados de forma correcta. Después, se analizaron las ideas asociadas a los riesgos a la salud dados por los participantes según el método establecido por Reyes (1993).

Los términos utilizados en el análisis de las redes semánticas naturales fueron los siguientes:

Tamaño de red (TR): El número total de las diferentes palabras definidoras generadas por los participantes.

Peso semántico (PS): Las primeras diez palabras definidoras de cada participante a las que, de forma conjunta y jerarquizada por frecuencia, se les asigna un valor de forma descendente de 10 a 1.

Núcleo de red (NR): Las diez definidoras con mayor PS y que representan los elementos que definen al término en interés.

Distancia semántica cuantitativa (DSC): La distancia que hay entre las definidoras que conforman el NR. Se obtiene asignando el 100 por ciento a la palabra definidora con PS más alto; a partir de este valor, se obtuvo la proporción y la diferencia

de cada una de las definidoras consecuentes (Reyes, 1993).

Procedimiento

Primero se calculó el peso semántico de cada palabra definidora utilizada por los participantes de acuerdo a su frecuencia y rango. El peso semántico se obtuvo al analizar las diez palabras que definieron el concepto de interés, de acuerdo a todos los participantes. El número de participantes que mencionaron con mayor frecuencia una palabra se multiplicó por 10; el número de participantes que clasificaron ese mismo término en segundo lugar se multiplicó por 9, y así sucesivamente hasta llegar a 1. Todos estos valores se agregaron, dando como resultado el peso semántico de cada palabra definidora. El siguiente paso fue calcular la distancia semántica cuantitativa entre las palabras definidoras, lo que se hizo mediante el cálculo de proporciones a partir del 100% que se le otorga a la definidora con mayor peso semántico (peso semántico de la definidora de la que se va a calcular la proporción por 100, sobre peso semántico de la definidora con mayor peso semántico), y calculando la diferencia entre el 100 y la proporción obtenida con la fórmula antes mencionada. Finalmente, se obtuvo el núcleo de red, que fue un concentrado de las diez definidoras con mayor peso semántico (Reyes, 1993).

RESULTADOS

La red semántica de los participantes estuvo compuesta por 269 palabras distintas que, tras ser sometidas al proceso de sinonimia para la construcción del diccionario, disminuyeron a 61, las cuales fueron catalogadas como definidoras.

En el núcleo de red de la muestra general, los participantes definieron “riesgo a la salud” como *enfermedades, vicios, malos hábitos, accidentes, contaminación, infecciones, sobrepeso, peligro y muerte*, conceptos todos ellos negativos, y un solo elemento positivo: *cuidados* (Tabla 1).

Al comparar al grupo de mujeres con el de hombres, se observó que ambos grupos tuvieron

Tabla 1. Distancia semántica cuantitativa (n = 220).

Definidoras	(%)
Enfermedades	100
Vicios	64
Malos hábitos	55
Accidentes	37
Contaminación	31
Infecciones	28
Sobrepeso	26
Cuidados	25
Peligros	25
Muerte	24

nueve definidoras en común (*enfermedades, malos hábitos, vicios, accidentes, contaminación, infecciones, sobrepeso, cuidados y estrés*), sin embargo, el peso semántico que tuvo cada definidora en los grupos fue diferente. Solamente hubo una definidora distinta en cada grupo: las mujeres utilizaron *peligros*, y los hombres *muerte* (Tabla 2).

Por otro lado, al realizar la comparación por edad se observó que en los tres grupos la definidora con mayor distancia semántica fue *enfermedades* (en los tres grupos tiene el cien por ciento de importancia), seguida, también en los tres grupos, de *vicios, malos hábitos y accidentes*. A pesar de que en los tres grupos de edad se mencionó *contaminación*, fue en el grupo de adultos maduros donde se posicionó con una mayor distancia semántica (46%); algo similar se observa con la palabra *sobrepeso* (48%). La décima definidora en adultos medios y maduros fue *estrés*, mientras que en los jóvenes fue *peligros* (Tabla 3).

Tabla 2. Distancia semántica cuantitativa de los grupos de mujeres y hombres.

Mujeres (n = 136)		Hombres (n = 84)	
Definidora	D.E. %	Definidora	D.E. %
Enfermedades	100	Enfermedades	100
Vicios	64	Malos hábitos	64
Malos hábitos	50	Vicios	63
Accidentes	33	Accidentes	43
<i>Peligros</i>	32	Contaminación	41
Sobrepeso	30	Infecciones	40
Cuidados	26	<i>Muerte</i>	38
Contaminación	24	Cuidados	24
Estrés	22	Sobrepeso	21
Infecciones	21	Estrés	16

Nota: Las palabras que solo se utilizaron en cada grupo están en cursiva.

En el grupo de participantes que tenían una escolaridad de secundaria-preparatoria y licenciatura-posgrado las definidoras que tuvieron en común y con mayor distancia semántica fueron *enfermedades, malos hábitos y vicios*. La definidora *infecciones* ocupó el quinto lugar en el grupo de secundaria-preparatoria, mientras que en el grupo de licenciatura-posgrado se encuentra en el noveno lugar; sin embargo, la distancia semántica fue similar en ambos grupos: 26 y 27%, respectivamente. Se observó que la definidora *estrés* aparecía únicamente en el grupo de secundaria-preparatoria, mientras que en el grupo de licenciatura-posgrado era *cuidados*, introduciendo en este último grupo un elemento positivo (Tabla 4).

Tabla 3. Distancia semántica por edad.

Adultos jóvenes (18-30 años) n = 115		Adultos medios (31-45 años) n = 68		Adultos maduros (46 y más) n = 37	
Definidoras	D.E. (%)	Definidoras	D.E. (%)	Definidoras	D.E. (%)
Enfermedades	100	Enfermedades	100	Enfermedades	100
Vicios	62	Malos hábitos	73	Malos hábitos	66
Malos hábitos	41	Vicios	71	Accidentes	54
Accidentes	34	Accidentes	35	Vicios	54
Infecciones	32	Contaminación	28	Sobrepeso	48
Contaminación	28	Delincuencia	25	Peligros	47
Muerte	28	Cuidados	24	Contaminación	46
Sobrepeso	28	Muerte	20	Infecciones	37
Cuidados	27	Alimentos	19	Cuidados	23
Peligros	23	Estrés	18	Estrés	22

Tabla 4. Distancia semántica por escolaridad.

Secundaria-Preparatoria (n = 94)		Licenciatura-Posgrado (n = 92)	
Definidoras	D.E. (%)	Definidoras	D.E. (%)
Enfermedades	100	Enfermedades	100
Vicios	51	Malos hábitos	68
Malos hábitos	41	Vicios	63
Accidentes	32	Accidentes	36
Infecciones	27	Contaminación	35
Contaminación	27	<i>Cuidados</i>	33
Peligros	25	Sobrepeso	28
Muerte	22	Peligros	27
<i>Estrés</i>	21	Infecciones	26
Sobrepeso	19	Muerte	24

Nota: Las palabras que solo se utilizaron en cada grupo están en cursiva.

DISCUSIÓN

De manera global, y tomando en cuenta las diez definidoras de la red semántica, los resultados muestran que las palabras e ideas asociadas a “riesgo a la salud” están relacionadas con *enfermedades, vicios, malos hábitos, accidentes, contaminación, infecciones, sobrepeso, peligro y muerte*. Tales definidoras se pueden clasificar claramente en dos tipos: 1) factores internos controlables o de impacto personal, cuyo efecto puede ser dirigido o manipulado por la persona; a estos corresponderían las palabras *enfermedades, vicios, infecciones, sobrepeso, malos hábitos y cuidados*, y 2) factores externos no controlables, los cuales no dependen directamente de la persona y cuyo control es más difícil; a estos corresponden las palabras *accidentes, contaminación, peligro y muerte*. La única palabra que se distingue de todas las demás es *cuidados*, que es la única con connotación positiva al referirse a una acción que podría evitar o disminuir cualquier riesgo a la salud.

Varios estudios han encontrado que uno de los factores de gran peso en la percepción de riesgo es el nivel de control percibido (Fishhoff et al., 2000; Langer y Rodin, 1976; López y Marván, 2012, 2018), y también que este elemento es determinante en la aceptabilidad de un riesgo (López, Brunner y Siegrist, 2012). En un estudio realizado con población expuesta al riesgo volcánico del Popocatepetl, un volcán activo, López y Marván (2012) analizaron la influencia del locus

de control, el estrés y las estrategias de afrontamiento que intervienen en dicha población en situación de riesgo constante, hallando que el locus de control externo es un predictor del estilo de afrontamiento pasivo. Ello quiere decir que el locus de control externo causará una respuesta pasiva frente al riesgo volcánico percibido. De acuerdo a dicho estudio, el sentimiento de control es un importante predictor de las acciones del sujeto. En otros estudios se ha observado que las estrategias orientadas a la acción se favorecen cuando los recursos se perciben como suficientes para enfrentar una determinada situación, es decir, que tales recursos permiten controlar la situación estresante o que provoca alguna dificultad al sujeto (Duval y Mulilis, 1999). Se ha encontrado asimismo que el nivel de control percibido influye en la percepción de riesgo en otras investigaciones.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, solamente en la red hecha por las mujeres aparece la palabra *peligros*, mientras que en la de los hombres aparece *muerte*. Algunos estudios relacionados con riesgos a la salud han hallado que, en general, las mujeres tienen más identificados los riesgos de contraer diabetes mellitus tipo 2 y muestran además más preocupación que los hombres, lo cual muestra una mayor conciencia del *peligro* acerca de esta enfermedad (Sánchez, Bonilla, Peña, Costa y Zerquera, 2016). Un estudio realizado por la OMS (2017) mostró que 73% de todas las defunciones por accidentes de tránsito afectan a varones menores de 25 años,

quienes tienen tres veces más probabilidades de morir de ese modo que las mujeres jóvenes, por lo que al parecer los hombres tienen más presente la idea de la *muerte* que las mujeres, sobre todo en México, donde la tasa de dichos accidentes es muy elevada.

Al efectuarse el análisis por grupos de edad se observó que la palabra *enfermedades* es la que tiene el mayor peso semántico y la que fue jerarquizada en primer lugar por la mayoría de los participantes, lo que indica que el término *riesgo a la salud* tiene como representación cognitiva primaria la idea relacionada con la enfermedad. De manera lógica, el antónimo de *salud es enfermedad*, lo que aparece claramente representado en esta primera parte del análisis, toda vez que el riesgo a la salud implicaría la probabilidad de no tenerla. Se observó además que los vocablos *contaminación* y *accidentes* tienen mayor distancia semántica entre el grupo de adultos maduros (46% y 54%) que entre los más jóvenes, lo que sugiere que dicho grupo manifiesta una mayor preocupación por esos riesgos, los que podría estar determinado por la experiencia, que es uno de los factores que más influyen en la percepción de riesgo (Wachinger, Renn, Begg y Kuhkicke, 2013). En el caso de *vicios* y *sobrepeso*, fueron los grupos más jóvenes quienes en mayoría le dieron una posición más alta en la jerarquía.

En la comparación de los datos por grupos de escolaridad, lo que más resalta es el hecho de que solo en el grupo de menor escolaridad (secundaria-preparatoria) aparece la palabra *estrés*, y que en el grupo de mayor escolaridad (licenciatura-posgrado) únicamente aparece *cuidados*. Según estos datos, el nivel de estudios establece una

diferencia en las ideas asociadas. Si bien muchos participantes del primero de los grupos citados pueden ser adolescentes, no es el caso para todos ellos. Así, se observó una influencia del nivel escolar de los sujetos: aquellos que tienen un menor nivel en su formación consideran *riesgo a la salud* más como un estresor (Selye, 1978) y hacen una valoración cognitiva de la situación como estresante (Lazarus, 2000). Por otro lado, en el caso de los grupos que tienen mayor nivel de escolaridad la experiencia que han adquirido les permite obtener los recursos intelectuales y las competencias sociales necesarias para enfrentar la vida y las adversidades (Vigotsky, 1934), de manera que *cuidados* constituye una opción válida para afrontar diferentes riesgos a la salud.

Analizar los elementos que forman parte de los riesgos a la salud percibidos ha permitido conocer las principales preocupaciones de la población bajo estudio. En el presente análisis, se observaron diferencias por género, grupo de edad y nivel de escolaridad, lo cual también muestra que tales variables entrañan diferencias que no se pueden ignorar cuando se quiere trabajar con una población determinada. Investigar la percepción de los riesgos es de gran relevancia debido a que “determina juicios, decisiones, conductas, y conduce a acciones con consecuencias reales” (Pidgeon, 1998, p. 16). Así, este tipo de estudios puede favorecer estrategias de intervención más eficaces en tanto que hacen posible tener un conocimiento más preciso de los conceptos que tienen las personas, lo que favorecerá una mejor comunicación con los participantes, lo que eventualmente se traducirá en el establecimiento de mejores medidas preventivas.

REFERENCIAS

- Catalán V., M. (2006). Estudio de la percepción pública de la contaminación del aire y sus riesgos para la salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000100004.
- Dewitt, B., Davis, A., Fishhoff, B. y Hanmer, J. (2017). An approach to reconciling competing ethical principles in aggregating heterogeneous health preferences. *Medical Decision Making*, 36(6), 1-10.
- Duval, T.S. y Mulilis, J.P. (1999). A Person-Relative-to-Event (PrE) approach to negative threat appeals and earthquake preparedness: A field study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 495-516.
- Ehrenzweig S., Y. y Marván L., M.L. (2018). Behaviour related to cervical cancer risks. En M. L. Marván y E. López V. (Eds.): *Preventing health and environmental risks in Latin America* (pp. 45-58). London: Springer.

- Figueroa, G., González, E. y Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.
- Fishhoff, B., Lichtenstein, S., Read, S. y Combs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes toward technological risks and benefits. *Policy Sciences*, 9, 127-152.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). *Encuesta Intercensal*. México: INEGI. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf.
- Langer, E.J. y Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brower.
- López V., E., Brunner, T. y Siegrist, M. (2012). Perceived risks and benefits of nanotechnology applied to the food and packaging sector in Mexico. *British Food Journal*, 114(2), 197-205.
- López V., E. y Marván, M.L. (2012). Volcanic risk perception, locus of control, stress and coping responses of people living near the Popocatepetl volcano in Mexico. *Journal of Risk Analysis and Crisis Response*, 2(1), 3-12.
- López V., E. y Marván, M.L. (2018). Introduction to risk psychology. En M. L. Marván y E. López V.: *Preventing health and environmental risks in Latin America* (pp. 1-12). London: Springer.
- Medina, J.L. (2004). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social* (4a ed.). Toluca (México): UAEM.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Lesiones causadas por el tránsito* [www Document]. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Factores de riesgo*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Enfermedades crónicas, factores de riesgo y salud mental*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_contentyview=articleid=714:enfermedades-cronicas-factores-de-riesgo-salud-mentalyItemid=435.
- Pidgeon, N.F. (1998). Risk assessment, risk values and the social science programme: Why we do need risk perception research. *Reliability Engineering and System Safety*, 59, 5-15.
- Renner, B., Gamp, M., Schmälzle, R. y Schupp, H.T. (2015). Health risk perception. En J. D. Wright (Ed.): *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (2a ed.) (pp. 702-709). Amsterdam: Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-08-097086-8.14138-8.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales: su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 11, 81-97.
- Sánchez, B., V., Bonilla R., J., Peña V., E., Costa C., M. y Zerquera T., G. (2016). Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. *Revista Finlay*, 6, 81-92.
- Selye, H. (1978). *The stress of live*. New York: McGraw-Hill.
- Vigotsky, L. (1934). *Pensamiento y lenguaje*. México: Paidós.
- Wachinger, G., Renn, O., Begg, Ch. y Kuhkicke, Ch. (2013). The risk perception paradox: Implications for governance and communication of natural hazards. *Risk Analysis*, 33(6), 1049-1065.

Presencia, severidad y frecuencia de síntomas en mujeres climatéricas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología

Presence, severity and frequency of symptoms in post-menopause women patients of the National Institute of Perinatology

Evangelina Aldana Calva y Cecilia Mota González¹

Citación: Aldana C., E. y Mota G., C. (2020). Presencia, severidad y frecuencia de síntomas en mujeres climatéricas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Psicología y Salud*, 30(2), 207-216. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2655>.

RESUMEN

El climaterio es una etapa complicada en sí misma: por un lado, por la connotación psicosocial que tiene, y por otro, por el momento en la vida en que se evidencian o exacerban diversos síntomas, algunos de los cuales tienen su origen en esta etapa de vida, y otros que siempre acompañan a la mujer. El propósito de este estudio fue conocer la presencia, severidad y frecuencia de síntomas en una muestra de 257 mujeres en climaterio, pacientes del Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México. Los resultados revelan que de los doce síntomas más frecuentes, cinco corresponden al factor emocional: tristeza, depresión, apatía, irritabilidad y cansancio; seis al factor de síntomas asociados a la vejez: dolor de huesos, dolor de espalda, dolor muscular, dolor articular, piel seca y problemas gastrointestinales, y solamente uno al factor de declive hormonal: el insomnio. Se concluye que los síntomas en el climaterio deben explicarse en términos más allá del mero declive hormonal.

Palabras clave: Climaterio; Síntomas; Frecuencia; Severidad.

ABSTRACT

Menopause is a complicated stage in itself because of psychosocial connotations on the one hand, and because it occurs at a moment in life associated with symptoms that get evidenced or exacerbated on the other. Some such conditions start during this stage, and others have been accompanying women practically always. The purpose of the present study was to identify the presence, severity and frequency of symptoms in a sample of 257 post-menopausal patients of Mexico's Institute of Perinatology. Results revealed that, of the 12 most frequent symptoms, five correspond to emotional factors: sadness, depression, apathy, irritability and fatigue, and six to symptoms associated with old age: "bone pains", back pain, muscle pain, joint pain, dry skin and gastrointestinal problems. Only one symptom belonged to well documented hormonal decline factors: insomnia. It is concluded that post-menopausal symptoms must include explanations beyond hormonal decline.

Keywords: Climacteric; Symptoms; Frequency; Severity.

¹ Instituto Nacional de Perinatología, Coordinación de Psicología y Calidad, Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, México, tel. (55) 55-20-99-00, ext. 147, correo electrónico: alceva1964@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 21 de agosto y aceptado el 14 de noviembre de 2019.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, ocasionando que la pirámide poblacional se haya invertido gracias a los avances en la farmacología, provocando que sean más las mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio, ese periodo amplio de vida que abarca aproximadamente veinte años y que va de los 45 a los 65. Esta etapa se caracteriza por la presencia de cambios fisiológicos (síntomas vasomotores), biológicos (tránsito de la fase reproductiva a la no reproductiva), corporales (arrugas, encanecimiento o aumento de peso, entre otros), sociales (connotación psicosocial de esta etapa) y psicológicos (estado de ánimo), entre otros. A su vez, dichos cambios generan, evidencian o exacerban diversos síntomas que hacen que las mujeres busquen atención médica y, en muchas ocasiones, sean “medicalizadas”. Si bien es cierto que esos indicios no siempre son de vida o muerte, se traducen en una disminución importante de la satisfacción en la mujer, lo que afecta distintas áreas de su vida (Aldana, Gómez, Sánchez y Gaviño, 2007).

Algunas de las situaciones asociadas al reporte de síntomas son las siguientes: *a)* el hecho de que la mujer se convierte en cuidadora de personas mayores, como los padres, y menores como los nietos; *b)* laboralmente, la mujer debe afrontar la jubilación, la posibilidad de carecer de empleo, o bien una sobrecarga de trabajo tanto físico como mental que favorece la aparición de procesos psicosociales y emocionales que deterioran la salud; *c)* la pérdida de la belleza y la juventud, sobrealoradas en especial en la cultura latina; *d)* la pérdida de la capacidad reproductiva; *e)* el reencuentro con la pareja; *f)* en algunos casos, el surgimiento del síndrome del llamado “nido vacío”; *g)* el comienzo de los padecimientos propios de la vejez; *h)* una historia de vida no resuelta, lo que favorece que se conjuguen el pasado y el presente, convirtiéndose en un detonador del malestar emocional.

Todo lo anterior ha llevado a los especialistas a buscar y profundizar en algunos factores que puedan ayudar a la comprensión del comportamiento y la actitud de la mujer en esta etapa de vida (Aldana et al., 2007; Couto y Nápoles, 2014).

El climaterio es una experiencia individual en la que la sintomatología depende de la fuerza,

la vitalidad y el conocimiento que se tenga acerca de esta etapa, la cual además está matizada por diversos factores culturales y educativos, diferentes en cada grupo social. Es importante señalar que cada mujer vive de forma diferente la aparición, intensidad, duración, signos y síntomas de dicha etapa, y que hay muchas mujeres que no atraviesan por dicha experiencia (Carrobles, Velasco y Gómez, 2015).

En las siguientes líneas se describen algunos hallazgos sobre este tópico. Así, Pérez, Martínez, López y Ornat (2013) señalan que los síntomas más frecuentes encontrados en su investigación fueron los músculo-esqueléticos, los sofocos y la sudoración, y que los síntomas psicológicos y urogenitales tienen una relación directa con la edad, la masa corporal, la edad al ocurrir la menopausia y la edad de la pareja sexual.

En 2016, Martínez, Sarduy, Rodríguez, Rodríguez e Iglesias encontraron que una cuarta parte de las mujeres de su muestra no manifestaban síntomas, y que del 75 por ciento restante 37.4% los percibía como leves, en tanto que 37.6% los describió como moderados o severos. Los autores concluyen que un estado de vida saludable funciona como una protección contra la aparición de síntomas.

Carvajal, Flores, Marín y Morales (2016) señalan la escasa investigación realizada en este sector de la población respecto a la ansiedad; sin embargo, en el área clínica se sabe que aquella aumenta durante la menopausia.

A su vez, Jaramillo, Martínez y Jaramillo (2016) apuntan que la menopausia y el desajuste hormonal propio de esta etapa generan cambios que van de leves a severos, los que en ocasiones interfieren considerablemente en la vida cotidiana de la mujer; tal es el caso de la osteoporosis, el aumento del riesgo cardiovascular o la resistencia a la insulina, entre muchos otros.

Heras et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en el cual las mujeres señalaron que los cambios en su humor se asociaban con no estar preparadas para esta etapa, además de que no conocían con precisión cuándo se presentaba.

Charabati, Sanabria y Sánchez (2017) indican que los síntomas vasomotores son el sello distintivo del climaterio y que los experimenta una gran parte de las mujeres en etapa postmenopá-

sica. Las mujeres con obesidad o sobrepeso refirieron con más frecuencia los bochornos, el cual es uno de los síntomas más característicos, por lo que buscaban atención médica en virtud de que alteraban su descanso nocturno.

Mercado, Monterrosa y Durán (2018), por su parte, señalan la etnia como un factor principal para la aparición de síntomas, ya que este factor determina el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, las concentraciones séricas de estradiol, testosterona y globulina fijadora de hormonas sexuales, encontrando diferencias significativas entre mujeres colombianas, españolas y afrodescendientes.

Romero, Monterrosa y Paternina (2010) llevaron a cabo una revisión de la literatura especializada, hallando que 78% de los diecinueve estudios revisados mostraban diferencias significativas respecto a la presencia de síntomas, las que atribuyeron a la etnia de pertenencia.

Escobar, Chica y Cuevas (2008) refieren en su estudio que los trastornos del sueño son patologías cada vez más frecuentes relacionadas con los cambios hormonales, por lo que las mujeres en climaterio los sufren de manera habitual, llegando en algunas ocasiones a modificar su estilo de vida, lo que coincide con lo ya planteado por Bélisle et al. (2006), quienes refieren que dos de los principales trastornos del sueño son la falta de éste o la dificultad para conciliarlo, los que aparecen en la perimenopausia y la menopausia. En algunos casos esos trastornos se relacionan con problemas vasomotores, como bochornos y sudoraciones, lo que se conoce como “efecto dominó”. Tales problemas interfieren de forma importante en la calidad de vida de las mujeres.

Respecto a los síntomas relacionados a la sexualidad, Lugones (2013) encuentra que la misma, además de estar regulada por factores biológicos, también está a expensas de los factores sociales, culturales y económicos. Las condiciones de género afectan esta área de manera directa ya que las desigualdades desencadenan agotamiento mental y psicológico en las mujeres en esta etapa de la vida, de tal suerte que en ellas se modifica la respuesta sexual humana de manera negativa, y no es sino hasta que ocurre un reajuste hormonal y emocional que se vuelve a equilibrar, siempre y

cuando antes de esa etapa no haya surgido algún trastorno o disfunción sexual.

La presencia de síntomas no solamente altera el estado de salud, sino también el entorno familiar, social, laboral y económico, es decir, la calidad de vida en general. En una muestra de 472 mujeres, Ayala, Muñoz, Celedonio, Rivera y Ayala (2003) encontraron que la calidad de vida disminuye a partir de la perimenopausia y continúa disminuyendo conforme pasa el tiempo, ocurriendo el deterioro más notorio en las áreas psicosocial y física. En tanto, Ulloque, Carriazo, Monterrosa y Paternina (2013) observaron en una muestra de 760 mujeres que el 86% de ellas sufría oleadas de calor –manifestación comúnmente asociada a la menopausia–, siendo leves en la premenopausia y moderadas en la perimenopausia y posmenopausia, y que se acompañaban de dolores musculoesqueléticos, cansancio físico y mental, irritabilidad y problemas vesicales y sexuales. Por su parte, Blument et al. (2011) hallaron que entre más intensos eran los síntomas vasomotores, más pobre era la calidad de vida, y que además esos síntomas aumentaban significativamente con la edad.

Debido a esa gama de síntomas, en décadas recientes se ha intentado clasificarlos; entre esos intentos se encuentran los de Utian (1980), quien los catalogó de acuerdo al órgano afectado; Lauritzen (1984) utiliza cada fase del climaterio; Comino y Gomiz (1991) señalan los síntomas en relación al climaterio natural o quirúrgico; Pacheco (1994) los clasifica en tempranos y tardíos; Morales, Díaz y Aldana (1995) encontraron que seis de los diez síntomas, reportados como más frecuentes, eran psicológicos; Martínez (2007) presenta una clasificación que considera las alteraciones en tres niveles: neurovegetativas, psicológicas y genitourinarias; Aldana et al. (2007) señalan que los síntomas asociados al climaterio son de orden fisiológico (vasomotores), ginecológico (incontinencia urinaria y sangrado vaginal), psicológico (estados de ánimo somáticos) y mixto (disfunción sexual). Asimismo, Couto y Nápoles (2014) plantean que los síntomas más frecuentes en la etapa climática son de origen psicológico, y aunque no generan problemas graves de salud mental, pueden disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales y familiares, así como también en las sexuales, laborales y de pareja.

El abordaje y la explicación de los síntomas en el climaterio han sido hechos a partir de diferentes perspectivas. Así, el modelo biomédico los explica a partir del declive hormonal; luego entonces, indica la ingesta de hormonas (Alvarado et al., 2015). El modelo psicológico opta por la historia de vida, el aprendizaje y demás, por lo que indica el tratamiento psicoterapéutico (Aldana et al., 2007). En el otro extremo, la medicina bioenergética explica al ser humano de manera holística y trata los síntomas mediante un conjunto de métodos no convencionales, como los medicamentos o remedios de origen animal, vegetal o mineral (García, Selva, Pérez y Pardo, 2012).

Por lo anterior, el presente estudio descriptivo, de diseño no experimental, transversal, con un muestreo no probabilístico e intencional por cuota, tuvo como objetivo conocer la presencia, severidad y frecuencia de la sintomatología que manifestaban mujeres en etapa del climaterio, pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. Cabe señalar que se aplicó un instrumento diseñado específicamente para esta población, mismo que enlista los 34 síntomas encontrados en la literatura especializada y que detecta su ocurrencia y la severidad y frecuencia de cómo las citadas mujeres los percibían. Debe decirse que el trabajo forma parte de una investigación más amplia, en la que se analizan diversos datos sobre sexualidad, satisfacción sexual y marital, ansiedad y depresión, entre otros. En este estudio únicamente se reporta la ocurrencia, la frecuencia y la severidad de los síntomas.

MÉTODO

Participantes

De manera inicial, participaron en el estudio 259 mujeres, cuya edad fluctuó entre 37 y 61 años, con una media de 49.31 (D.E. = 5.352). Para el análisis solo se tomaron los datos de 257 participantes, ya que dos de ellas se eliminaron por no contestar el instrumento en su totalidad.

Los datos sociodemográficos muestran que en estas mujeres se mantenían algunos rasgos de la cultura tradicional, la que se distingue por los ro-

les de género, lo que se observa en la escolaridad, la cual dio una media de 9.95 años. En cuanto a su estado civil, 79.5% eran casadas, 12% tenían pareja, aunque no vivían con ella, y 8.5% estaban en unión libre. En lo relativo a su ocupación, 59.5% se dedicaba al hogar y 33.6% a trabajar fuera de este. Respecto a la etapa de vida, 29.7% se hallaba en la premenopausia, 19.3% en la menopausia y 50.2% en la posmenopausia. De las participantes, 17.2% utilizaba hormonales, porcentaje del cual ocho eran premenopáusicas, siete menopáusicas y nueve posmenopáusicas.

Los criterios de inclusión fueron recibir atención en la clínica de climaterio del Instituto Nacional de Perinatología; cursar un climaterio natural, precoz o quirúrgico, y contar con un nivel de estudios mínimos de educación primaria a fin de poder comprender los reactivos del instrumento.

El criterio de exclusión fue presentar cuadros psicopatológicos, con base en los criterios del DSM-IV, y el de eliminación no responder el instrumento en su totalidad.

Instrumento

Encuesta de síntomas (Morales et al., 1995).

Se aplicó la encuesta de síntomas, que contiene 34 reactivos los cuales miden la presencia, severidad y frecuencia de síntomas asociados al climaterio, y que se divide en dos apartados: datos sociodemográficos, y detección de la presencia, severidad y frecuencia de síntomas. Este instrumento fue construido intencionalmente para llevar a cabo estudios con mujeres en la etapa de climaterio.

La confiabilidad del instrumento tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .93, con 31 síntomas. Para determinar la validez del instrumento se efectuó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, el cual explicó 49.6% de la varianza total.

Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo en un cubículo expresamente conformado para la aplicación de instrumentos en la Torre de Investigación del Departamento de Psicología. Dicha aplicación se hizo en una sola sesión por personal capacitado para ello.

Las pacientes fueron informadas del objetivo de la investigación, y pidiéndoles que, en caso de no estar de acuerdo, lo manifestaran libremente ya que eso no afectaría su atención en la institución. Se subrayó el carácter voluntario de su participación y se aseguró la confidencialidad de los datos. Todas ellas firmaron un formato de consentimiento informado.

RESULTADOS

En cuanto a la presencia de síntomas, se encontró que, de los doce más frecuentes, seis eran de tipo psicológico: cansancio, tristeza, irritabilidad, piel seca, depresión, dolor muscular, dolor articular, problemas gastrointestinales, dolor de espalda baja, dolor de huesos y apatía. Se incluye el insomnio ya que muestra un puntaje igual al de la apatía. Tales datos se muestran en la Tabla. 1.

Tabla 1. Presencia y frecuencia de síntomas.

Síntoma	Pacientes con síntoma	F %	Pacientes sin síntoma	F %
Cansancio	245	95.5	12	4.5
Tristeza	242	94.1	15	5.8
Irritabilidad	230	89.4	27	10.5
Piel seca	218	84.8	39	15.1
Depresión	217	84.4	40	15.5
Dolor muscular	213	82.2	44	17.1
Dolor articular	213	82.2	44	17.1
Trastornos gastrointestinales	213	82.2	44	17.1
Dolor de espalda baja	204	79.3	53	20.6
Dolor de huesos	200	77.8	57	22.1
Apatía	199	77.4	58	22.5
Insomnio	199	77.4	58	22.5

En cuanto a la severidad y frecuencia de esos seis síntomas, en la Tabla 2 se puede observar que, de las mujeres que refieren los síntomas psicológicos antedichos, el mayor porcentaje los padecía de

manera severa y frecuente, mientras que, respecto de la apatía, la mayor parte de las pacientes que la sufría la consideró como leve y con escasa frecuencia.

Tabla 2. Presencia, severidad y frecuencia de síntomas.

Síntomas	Cansancio		Tristeza		Irritabilidad		Piel seca		Depresión		Dolor muscular	
Sin síntomas	12		15		27		39		40		44	
Total de pacientes con síntomas	245		242		230		218		217		213	
Leves	32*	55	32	71	29	68	36	76	40	65	29	57
	13**		16		29		24		6		19	
	10***		23		10		16		19		9	
Moderados	9*	89	12	78	6	73	10	70	7	61	7	70
	41**		29		31		30		27		24	
	39***		37		36		30		27		39	
Severos	20*	101	16	93	18	89	8	72	17	91	15	86
	29**		17		20		10		18		12	
	52***		60		51		54		56		59	

*Pocas veces, **Algunas veces, ***Frecuentemente.

Tabla 2 (Continúa)

Síntomas	Problemas gastrointestinales		Dolor Articular		Dolor de espalda		Dolor de huesos		Apatía		Insomnio	
Sin síntomas	44		44		53		57		58		58	
Total de pacientes con síntomas	213		213		204		200		199		199	
Leves	37*	66	43	82	26	72	19	50	49	81	33	66
	13**		27		32		18		16		18	
	16***		12		14		13		16		15	
Moderados	9*	79	13	82	7	71	10	73	13	53	11	64
	35**		25		29		34		21		25	
	35***		44		35		29		19		28	
Severos	11*	68	6	49	3	61	11	77	12	65	13	69
	5**		15		7		26		15		7	
	52***		28		51		40		38		49	

*Pocas veces, **Algunas veces, ***Frecuentemente

En lo que se refiere al conocimiento y la información acerca del climaterio, así como el comportamiento de los síntomas en los tres factores que comprende el instrumento, se encontró que el

factor 1 se compuso de nueve síntomas, al igual que el factor 3, mientras que el factor 2 incluyó diez. En la Tabla 3 se describen dichos resultados.

Tabla 3. Síntomas que componen los factores del instrumento y porcentaje de pacientes que los presentan.

Factor 1 Síntomas emocionales (%)		Factor 2 Síntomas asociados a la vejez o desgaste del organismo (%)		Factor 3 Síntomas asociados al declive hormonal (%)	
Cansancio	95.3	Piel seca	84.8	Insomnio	77.4
Tristeza	94.1	Problemas gastrointestinales	82.8	Cefaleas	76.6
Irritabilidad	89.4	Dolor muscular	82.8	Zumbido de oídos	75.0
Depresión	84.4	Dolor articular	82.8	Bochornos	70.4
Apatía	77.4	Dolor de espalda	79.3	Ansiedad	70.4
Llanto	76.2	Dolor de huesos	77.8	Sudoración nocturna	69.2
Labilidad emocional	73.9	Sequedad vaginal	74.2	Calambres	65.7
Minusvalía	65.3	Parestesias	72.2	Prurito vulvar	38.9
Desadaptación	63.7	Incontinencia	53.2	Lipotimias	21.7
		Dispareunia	45.9		

DISCUSIÓN

Antes de indicar tratamientos médicos, psicológicos o psiquiátricos a las mujeres en etapa de climaterio, es fundamental explorar tres puntos que darán pie a tales tratamientos: 1) identificar si el origen de los síntomas es el declive hormonal, o si este solamente los exacerba; 2) averiguar si los síntomas de tipo psicológico han acompañado a la

mujer a lo largo de su vida, o bien se han generado en esta etapa particular, y 3) detectar los síntomas que son adaptativos y los que constituyen focos de alarma que tienen una connotación clínica importante (Aldana et al., 2007).

Los resultados de la presente investigación hacen posible afirmar que las mujeres de la muestra estudiada, en gran medida, continuaban manteniendo patrones de conducta características del

tipo de crianza de décadas anteriores; sin embargo, hubo algunos casos en los que contaban con pareja, pero sin vivir juntos, lo que da pie a pensar que hay una mayor aceptación de otras formas de relacionarse con la pareja. Referente a su ocupación, un porcentaje considerable de las participantes se hallaban insertas en el área laboral como parte de la fuerza productiva, independientemente del tipo de trabajo que llevaran a cabo. En cuanto a la etapa de vida, la mitad de la muestra se encontraba en la fase posmenopáusica, en tanto que, respecto a la edad, casi la mitad de ellas rebasaba los cincuenta años, lo que posiblemente se relacione con los doce síntomas más frecuentes; de hecho, la piel seca, el dolor muscular, articular y de huesos, así como los problemas gastrointestinales, son propios del inicio de la vejez.

Se observó que la población estudiada era decididamente sintomática, toda vez que, de la muestra de 257 mujeres, todas ellas padecía al menos un síntoma, lo que concuerda con estudios tales como el de Dorador y Orozco (2018), quienes encontraron que la totalidad de su muestra mostraba al menos un síntoma; Hernández et al. (2010), que señalan que 66.8% de las mujeres de su estudio estaba en esa misma condición; Martínez et al. (2016), que reportan que la proporción era de tres cuartas partes de su muestra, y Contreras y González (2015), quienes puntualizan que casi noventa por ciento de su muestra exhibía asimismo al menos uno de tales síntomas.

Morales et al. (1995) emplearon la misma encuesta de síntomas, hallando que, de los diez síntomas más frecuentes, seis implicaban aspectos psicológicos, como tristeza, irritabilidad, cansancio, depresión, insomnio y llanto, en tanto que los resultados de la presente investigación reflejan que, entre los doce más frecuentes, cinco eran de tipo psicológico: cansancio, tristeza, irritabilidad, depresión y apatía. Tales resultados coinciden con los de Legorreta, Montaña, Hernández, Salinas y Hernández (2013), quienes encontraron que entre los síntomas más frecuentes estaban el cansancio, la irritabilidad y la depresión. Otro estudio que concuerda con los resultados obtenidos aquí es el de Hernández et al. (2010), que señalan que entre los doce síntomas más frecuentes se encuentran la irritabilidad y el llanto fácil, ocupando la irritabilidad el tercer lugar.

Por lo anterior, puede decirse que, en efecto, los síntomas psicológicos constituyen una parte importante en la vida de las mujeres que se hallan en el climaterio, lo que amerita una atención particular en los estudios de los determinantes biológicos, sociales, culturales o económicos, entre otros, para así evitar sus efectos negativos en la calidad de vida.

A la encuesta de síntomas se le hizo un análisis factorial con rotación varimax para determinar los factores de que está compuesta, obteniéndose tres: 1: síntomas emocionales, 2: síntomas asociados a la vejez o desgaste del organismo, y 3: síntomas asociados al declive hormonal. Estos factores podrían servir de base a la propuesta de una nueva clasificación de la sintomatología en este sector de la población, producto de un trabajo más fino empleando el mismo instrumento que Morales et al. (1995), la que englobaría así las clasificaciones ya existentes de Utian (1980), Lauritzen (1984), Comino y Gomiz (1991), Morales et al. (1995), Martínez (2007) y Aldana et al. (2007), entre algunas otras.

En cuanto al comportamiento de la sintomatología, el instrumento empleado permite observar la distribución de los síntomas entre los tres factores que lo componen, encontrando que de los doce más frecuentes, cinco corresponden al factor emocional (tristeza, depresión, apatía, irritabilidad y cansancio), seis al factor de síntomas asociados a la vejez (dolor de huesos, dolor de espalda, dolor muscular, dolor articular, piel seca y problemas gastrointestinales), y solamente uno del factor correspondiente al declive hormonal (insomnio). Lo anterior coincide con lo planteado por Couto y Nápoles (2014), quienes señalan que los síntomas más frecuentes en esta etapa de vida son los psicológicos.

En el estudio ya referido de Morales et al. (1995), el insomnio formaba parte de los síntomas psicológicos, en tanto que en la presente investigación, como resultado de la rotación varimax, formó parte del factor 3, que hace referencia a los síntomas asociados al declive hormonal, lo que coincide con lo planteado por Bélisle et al. (2006) y Escobar et al. (2008), quienes señalan que los trastornos del sueño están asociados al declive hormonal, que aquí ocupó el doceavo lugar. Es importante estudiar dicho síntoma ya que se sabe

que tales trastornos favorecen el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y que alteran la calidad de vida, según refieren Lopera, Parada, Martínez, Jaramillo y Rojas (2016). Además, es necesario saber si hay obesidad y si esta se relaciona con los referidos trastornos del sueño, en particular con el insomnio, tal como lo indican Charabati et al. (2017).

En cuanto a los síntomas psicológicos, valdría la pena llevar a cabo investigaciones más profundas en las que se indague su origen, ocurrencia y severidad. El resultado obtenido correspondiente al área psicológica fortalece la necesidad de brindar la atención a este sector de la población ya que, como indican Couto y Nápoles (2014), los síntomas psicológicos no generan problemas graves de salud mental, pero pueden disminuir la satisfacción personal e influir negativamente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales.

En cuanto a la severidad se encontró que absolutamente todos los síntomas iban de leves a severos; de hecho, cuatro de los cinco síntomas psicológicos fueron referidos como severos; solo dos de los asociados a la vejez fueron considerados como tales, al igual que el único asociado al declive hormonal, que es el insomnio. Estos resultados concuerdan con lo señalado por Lopera et al. (2016).

Es probable que en este estudio las mujeres hayan percibido cambios importantes en varias áreas de su vida y los hayan ignorado al carecer de los conocimientos o la información necesaria acerca de lo que implican la menopausia y el climaterio (43.3% de ellas desconocían las implicaciones de esta etapa), lo que las lleva a desarrollar síntomas de tipo emocional; es sabido que el estado de ánimo está asociado al desconocimiento de lo que implica esta etapa, pues la mujer no está preparada para enfrentar las modificaciones corporales, fisiológicas y sociales que acompañan el climaterio. Sin duda, esto pone a prueba la estructura de personalidad y la fortaleza emocional de la mujer; si estas se encuentran fracturadas, la mujer vivirá graves complicaciones emocionales, según indican Aldana et al. (2007) y Heras et al. (2017).

Síntomas como el dolor de huesos, dolor de espalda, dolor muscular, dolor articular, piel seca y

problemas gastrointestinales –síntomas todos ellos propios de vejez– se explican por la edad de las pacientes ya que más de la mitad se encontraban en la posmenopausia, la que ocurre, la mayoría de veces, después de los cincuenta años. Estos resultados difieren de los obtenidos por Hernández et al. (2010), quienes encontraron que los síntomas reportados con más frecuencia fueron los bochornos, la irritabilidad, el nerviosismo y los mareos.

La contribución de esta investigación radica en el concentrado de síntomas que muy probablemente puede sufrir la mujer que transita por el climaterio. La aplicación de instrumentos de este tipo, los cuales evalúan la severidad y la frecuencia de esos síntomas, así como la historia clínica, hace posible formular o plantear modelos de atención interdisciplinarios o especializados en las instituciones de salud.

El trabajo de los psicólogos respecto al climaterio en las instituciones de salud ocurre en varios niveles. Primeramente, en la psicoeducación, la cual está enfocada a informar sobre los cambios y síntomas que aparecen durante el climaterio, a fin de diluir o eliminar los prejuicios e ideas equivocadas sobre esta etapa, trabajo que se lleva a cabo con el personal de los diversos servicios (trabajadores sociales, enfermeros, médicos, personal administrativo, etc.), con el público en general y en particular con las mujeres que atraviesan esta etapa. En segundo lugar, en la sensibilización del área médica, donde se hace hincapié en la importancia de una atención con calidad y calidez, para lo cual deben ser tomados en cuenta no solo los cambios hormonales, sino también los sociales, económicos y culturales de las mujeres. Por último, en la atención psicológica, en la que es esencial el diagnóstico y el modelo idóneo de tratamiento, para lo que se requieren instrumentos que detecten los síntomas y su frecuencia y severidad, más la elaboración de la historia clínica.

Los síntomas referidos por las mujeres deben ser tratados, sin importar su origen, ya que de no ser así sobreviene un malestar psicológico que, si bien es cierto no lleva a la mujer a la muerte, se traduce en una notable disminución de la satisfacción personal, lo que influye de manera negativa en las diferentes áreas de su vida.

REFERENCIAS

- Aldana C., E., Gómez L., M.E., Sánchez P., M.A., y Gaviño G., F. (2007). Áreas de conflicto en mujeres en la etapa del climaterio en dos grupos de psicoterapia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75, 332-340.
- Alvarado G., A., Hernández Q., T., Hernández V., M., Negrín P., M.C., Ríos C., B., Valencia P., G.U., Vital R., V.S., Basavilvazo R., M.A., Torres A., L.P., Ortiz L., G.F., Sánchez A., F. y Montaña U., A. (2015). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 214-225.
- Ayala, F., Muñoz, R., Celedonio, M., Rivera, J. y Ayala R. (2003). Calidad de vida en el climaterio. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 49(3), 160-165.
- Bélisle, S., Blake, J., Basson, R., Desindes, S., Graves, G., Grigoriadis, S., Johnston, S., Lalonde, A., Mills, C., Nash, L., Reid, R., Rowe, T., Senikas, V., Senikas, V. y Turek, M. (2006). Consensus Conference on Menopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(2), 57-94.
- Blümel, J.E., Chedraui, P., Barón, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M.T., Flores, D., Gómez, G., Hernández B., J.A., Izaguirre, H., Leon L., P., Lima, S., Mezones H., E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W., Royer, M., Soto, E., Tserotas, K. y Vallejo, S. (2011). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause*, 18(7), 778-785. doi: 10.1097/gme.0b013e318207851d.
- Carrobbles, A.M., Velasco, M. y Gómez, S. (2015). El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 145-151.
- Carvajal L., A., Flores R., M., Marín, S.I. y Morales, C.G. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 39-45.
- Charabati, D., Sanabria, V.H., y Sánchez, L. (2017). *Intensidad de la sintomatología vasomotora y calidad de vida en mujeres obesas, en pacientes del Hospital Regional Tlalnepantla*. Tesis de Especialidad. Toluca (México): Universidad del Estado de México.
- Comino, D. y Gomiz, R. (1991). Epidemiología del climaterio. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, octubre-diciembre, 9-16.
- Contreras G., Y.S. y González, A. (2015). Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 41(4), 376-387.
- Couto, D. y Nápoles, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Revista MEDISAN*, 18(10), 1409-1418.
- Dorador G., M.L. y Orozco C., G. (2018). Síntomas psicológicos en la transición menopáusica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 228-239.
- Escobar C., F., Chica U., H.L. y Cuevas C., F. (2008). Trastornos del sueño relacionados con el climaterio femenino y su tratamiento. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(2), 31-39.
- García, M.C., Selva, A., Pérez, G.A. y Pardo, S. (2012). Eficacia de la terapia floral en trastornos de climaterio y menopausia. *Revista Médica Multimed*, 16(1). Recuperado de index.php/mtm/article/view/635.
- Heras M., M., Recalde A., V., Rodríguez A., R., Bone L., I., Álava G., D. y Bermeo, L. (2017). Menopausia y actividad física: manual para la atención físico-educativa. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 138-149.
- Hernández V., M., Córdova P., N., Basurto, L., Saucedo, R., Vargas, C., Vargas, A., Ruiz, M., Manuel, L. y Zárate, A. (2010). Frecuencia de los síntomas del síndrome climatérico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(4), 232-237.
- Jaramillo M., M.C., Martínez. L., M. y Jaramillo L., I. (2016). Polimorfismos genéticos asociados a complicaciones crónicas de la menopausia. *Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana*, 76(1), 60-66.
- Lauritzen, C. (1984). *El climaterio de la mujer*. Madrid: Raycar, S.A.
- Legorreta, D., Montaña, J.A., Hernández, I., Salinas, C. y Hernández B., J.A. (2013). Edad en la menopausia, motivos de consulta y síntomas informados por mujeres mexicanas de 40 a 59 años de edad. *Climacteric*, 16(4), 417-425. doi: 10.3109/13697137.2012.696288.
- Lopera V., J.S., Parada P., A.M., Martínez S., L.M., Jaramillo J., L.I. y Rojas J., S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-11.
- Lugones, M. (2013). Climaterio, daño vascular y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), 413-426.
- Martínez C., H.J.C. (2007). Menopausia y climaterio. Avances en ginecología: una mirada al futuro. *Boletín Informativo de Laboratorios Janssen-Cilag*, S.A. de C.V.
- Martínez I., M., Sarduy, M., Rodríguez, L., Rodríguez, M. e Iglesias, B. (2016). Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(3), 295-308.
- Mercado L., M.F., Monterrosa C., A. y Duran M., L.C. (2018). Evaluación de la calidad de vida en climatéricas con la Escala Cervantes. Influencia de la etnia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(1), 13-25.

- Morales, F., Díaz, E. y Aldana, E. (1995). Síntomas somáticos durante el climaterio asociados con estados depresivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 9(2), 85-92.
- Pacheco R., J. (1994). Climaterio y menopausia. *Ginecología y Obstetricia*, 40(1), 6-23.
- Pérez R., G.R., Martínez D., R., López B., M.T. y Ornat C., L. (2013). Síntomas relacionados con el climaterio en mujeres residentes en la provincia de Zaragoza. *Enfermería Clínica*, 23(6), 252-261.
- Romero P.Z., I.M., Monterrosa C., A. y Paternina C., A. (2010). Menopausia etnias/razas: ¿Hay diferencia en la presentación de los síntomas? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(4), 319-328.
- Ulloque, L., Carriazo, S.M., Monterrosa, A. y Paternina, A. (2013). Climaterio: oleadas de calor y otros síntomas en indígenas zenúes colombianas. *Revista de Investigaciones Andinas*, 27(15), 744-758.
- Utian, W. (1980). *Menopause in modern perspective*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena¹

Psychoeducation for adherence to antiretroviral treatment: The hourglass metaphor

Roberto Neria-Mejía², Juan José Sánchez-Sosa³ y Angélica Riveros-Rosas⁴

Citación: Neria M., R., Sánchez-Sosa, J.J. y Riveros R., A. (2020). Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena. *Psicología y Salud*, 30(2), 217-229. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2656>.

RESUMEN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana continúa siendo un grave problema de salud pública mundial, y aunque el tratamiento antirretroviral ha mostrado eficacia en la supresión viral, requiere una adherencia cercana al cien por ciento. Mejorar o mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral es de vital importancia para controlar la replicación viral y la transmisión del virus por vía sexual. Sin embargo, las intervenciones breves y eficaces para fomentar la adherencia al tratamiento en población mexicana son escasas. El objetivo del presente estudio fue evaluar la llamada “metáfora del reloj de arena” como único componente de una intervención psicoeducativa en personas infectadas de la Ciudad de México, con o sin problemas de adherencia. El diseño utilizado fue de $N = 1$ con diez réplicas. Se describe el sexo, edad, diagnóstico, tratamiento actual y nivel de adherencia de los participantes. Esta última se midió con los cuestionarios SMAQ y CASTA, y los conocimientos adquiridos con el cuestionario CCB-VIH-TAR. Los marcadores biológicos fueron la carga viral y el conteo de CD4. La psicoeducación basada en la metáfora del reloj de arena mostró eficacia para mejorar y mantener la adherencia y la satisfacción al tratamiento. Tras la intervención todos los participantes lograron una carga viral indetectable o continuaron con esta, mejoraron su estado de inmunodeficiencia al aumentar sus células CD4 y la totalidad fueron clasificados como adherentes. Los conocimientos adquiridos aumentaron de manera significativa después de la intervención y se mantuvieron a las ocho y doce semanas de seguimiento.

Palabras clave: VIH; Psicoeducación; Adherencia; Tratamiento antirretroviral.

ABSTRACT

The infection by human immunodeficiency virus continues to be a serious public health problem worldwide. Although antiretroviral treatment has shown efficacy in viral suppression, it requires nearly perfect adherence. Improving or maintaining adherence to antiretroviral treatment is of vital importance in controlling viral replication and sexual transmission of the virus. However, brief and effective interventions to achieve adherence to antiretroviral treatment in the Mexican population are scarce. The objective of the present study was to evaluate the “hourglass metaphor” proposed by Neria, as the single component of a psychoeducational intervention for people living with HIV in Mexico City. Participants had various levels of therapeutic adherence to their medication. The study used a single-subject design with ten replications. Adherence was measured with the SMAQ

¹ El presente estudio constituyó un requisito doctoral del primer autor bajo la dirección de la última. Dicha tesis y la formación doctoral de su autor fueron posibles gracias al apoyo de CONACYT CVU/número de beca: 548409/368003.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edif. “D” Mezanine, Laboratorio 015, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, teléfono cubículo: 56 22 23 32, correo electrónico: robertoneria@hotmail.com. Artículo recibido el 31 de mayo y aceptado el 29 de septiembre de 2019.

³ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edif. “D” Mezanine, Laboratorio 015, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, teléfono cubículo: 56 22 23 32, correo electrónico: jujosaso@gmail.com.

⁴ Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edificio “E”, Planta baja, cubículo 4. Teléfono cubículo: 56 22 83 91, ext. 131, correo electrónico: vercige52@gmail.com.

and CASTA questionnaires. Knowledge acquired was measured with the CCB-HIV-TAR questionnaire. Measures also included two biological markers: viral load and CD4 count. Psychoeducation based on the hourglass metaphor showed efficacy to improve and maintain adherence and treatment-satisfaction. After the intervention, all participants achieved or continued with undetectable viral load. Participants also improved their immunodeficiency status by increasing their CD4 cells and, at the end they were all classified as adherent. The knowledge acquired by participants significantly increased after the intervention and remained at 8 and 12 weeks follow-up.

Keywords: HIV; Psychoeducation; Adherence; Antiretroviral treatment.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sigue siendo un grave problema de salud pública mundial. Durante el año 2017 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) estimó que habían en el mundo 36.9 millones de personas con VIH, que hubo 1.8 millones de nuevas infecciones y que se registraron 940 mil muertes relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (ONUSIDA, 2018a). En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) reportó que durante el año 2018 se registraron 164,074 casos notificados de personas con VIH y 15,543 casos notificados de nuevas infecciones. Además, durante el año 2017 hubo 4,720 defunciones por sida (CENSIDA, 2019).

La destrucción de los linfocitos CD4 y la inmunodepresión generalizada son las principales características de la infección por VIH (Alcamí y Coiras, 2011). El tratamiento antirretroviral (TAR en lo sucesivo) tiene como objetivo virológico lograr una carga viral indetectable, es decir, la supresión viral, lo que significa una carga viral menor a 20, 40 o 50 copias de VIH/mm³ de sangre, según la sensibilidad de la técnica utilizada (CENSIDA y Secretaría de Salud, 2018; González, Rodríguez y Mateos, 2011). El TAR ha mostrado ser eficaz para lograr la supresión o indetectabilidad viral (Badowski, Pérez y Biagi, 2016; Brennan, Maskew, Sanne y Fox, 2013; Guerrero, Arizcorreta, Gutiérrez y Ruiz, 2014; Lozano y Domingo, 2011).

Las personas con VIH que son indetectables y que mantienen una adherencia al TAR de $\geq 95\%$ (Paterson et al., 2000) muestran una recuperación de su sistema inmunológico, disminuyen la morbilidad relacionada con el sida (Badowski et al., 2016; CENSIDA y Secretaría de Salud, 2018; ONUSIDA, 2018b; Lozano y Domingo, 2011), eliminan la posibilidad de transmisión del VIH por vía sexual (Cohen et al., 2016; Eisinger, Dieffenbach y Fauci, 2019; Rodger et al., 2018), mejoran su calidad de vida, tienen actividad laboral (CENSIDA, 2018) y normalizan su esperanza de vida respecto a la población en general (ONUSIDA, 2016; Peñarrieta et al., 2009).

Debido a la importancia de la supresión viral, el TAR y la adherencia a éste son la vértebra del tratamiento para la infección por VIH. Lo anterior hace pertinentes las intervenciones psicológicas orientadas a lograr la adherencia al TAR. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) define la adherencia como “el grado en el que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3).

Entre los conceptos relacionados con la adherencia, Piña (2013) elabora una crítica a los términos de *apego*, a la propuesta de Haynes (1979) de *cumplimiento* y de *adherencia* planteado por DiMatteo y DiNicola (1982) para proponer en cambio un concepto de adhesión basado en la frecuencia con la que se efectúa tal comportamiento (Piña y Sánchez-Sosa, 2007). Respecto a las personas con VIH, Knobel et al. (2004) señalan que “la adherencia es la capacidad de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (p. 52).

Los factores predictivos para la adherencia al TAR pueden dividirse en dos grandes grupos. El primero de ellos está relacionado con un régimen de tratamiento que incluye su complejidad y efectos secundarios. El segundo tiene que ver con el paciente e incluye aspectos tales como el apoyo social y familiar, el consumo de sustancias, la depresión, las comorbilidades psiquiátricas, la baja percepción de autoeficacia, los conocimientos y

creencias acerca del tratamiento, la confusión y el olvido, la relación paciente-prestadores de servicios de salud, e incluso la accesibilidad al hospital o clínica que brinda la atención médica y proporciona el TAR (Knobel et al., 2004; OMS, 2004).

La medición de la adherencia puede hacerse de manera directa a través de parámetros analíticos de la determinación sanguínea de los niveles plasmáticos del fármaco, o de manera indirecta con base en los datos de farmacia y con la información proporcionada por el propio paciente a través de cuestionarios y medios electrónicos, lo que requiere dispositivos especiales (Lozano y Domingo, 2011; Nogués, Sorli y Villar, 2007). Sin embargo, la carga viral y la evolución clínica de la enfermedad no deben considerarse como métodos de estimación de adherencia, sino como una consecuencia de la misma (Knobel et al., 2004).

En lo que atañe a la psicoeducación, la idea filosófica de conocer para mejorar alguna conducta ya estaba presente desde Sócrates, quien proponía alrededor del siglo IV a.C. que “quien sabe lo que es bueno, también lo practica” (Platón, p. XI). Sin embargo, la idea de reeducar a las personas como una forma de intervención terapéutica apareció por primera vez en la literatura científica en el trabajo de Donley (1911), quien señaló que los psicoterapeutas ayudan al ajuste y la adaptación del paciente.

En sus comienzos, la psicoeducación fue utilizada por Anderson, Hogarty y Reiss (1980) para informar sobre la enfermedad a los familiares de pacientes esquizofrénicos, por lo que las primeras intervenciones psicoeducativas fueron llamadas *intervenciones psicosociales* y surgieron dentro de la psiquiatría aplicada a los trastornos mentales (López, 2011).

Después, la psicoeducación mostró ser un tratamiento coadyuvante para pacientes esquizofrénicos y bipolares al disminuir las recaídas y promover la adherencia al tratamiento farmacológico; sin embargo, una crítica a la psicoeducación es que en ocasiones es aplicada por personal con escasa experiencia (Builes y Bedoya, 2006).

La *Guía Psicoeducativa* para el personal de salud del Instituto Nacional de Psiquiatría de México, que atiende a familiares y personas con trastornos mentales, define *psicoeducación* como “la educación que se ofrece a las personas que sufren

de un trastorno psicológico. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia” (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro, 2013, p. 82).

En este trabajo se considera que la psicoeducación es una intervención psicológica cuyo objetivo es proporcionar información que contribuya al cambio conductual de una persona, pareja o grupo para mejorar su estado de salud desde un enfoque biopsicosocial, que incluye también a sus cuidadores y redes de apoyo. Según esta propuesta, la psicoeducación puede ubicarse dentro de la terapia cognitivo-conductual porque implica un cambio cognitivo (recibir información) y un cambio conductual (que la información recibida contribuya a una práctica saludable), y cumple el criterio de evidencia empírica sobre su uso, característica indeleble y unificadora de las intervenciones psicológicas consideradas dentro de dicha terapia (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El concepto de psicoeducación propuesto parte de un enfoque biopsicosocial debido a que la información proporcionada para contribuir a la adquisición de conductas de salud favorece la prevención del curso natural de la enfermedad (factores biológicos) y permite afrontarla mediante conductas preventivas y el tratamiento oportuno de la enfermedad (factores psicológicos). Además de que clarifica los mitos culturales asociados a la enfermedad y su tratamiento; en general, un buen manejo de la enfermedad contribuye a una mejor calidad de vida y a la pronta integración a la sociedad (factores sociales).

En relación con el presente trabajo, por ejemplo, la adherencia requerida al TAR previene los factores de riesgo biológicos asociados a la evolución de la infección por VIH a la etapa de sida; respecto a los factores psicológicos, permite un afrontamiento de la enfermedad orientado a la toma del medicamento, y con relación a los factores sociales, la adherencia requerida al TAR, y con ello el control de la infección por VIH, hace posible una mejor calidad de vida y la posibilidad integrarse a la actividad laboral y a la sociedad.

Sagarduy, Piña, González y Fierros (2017) retomaron el modelo de conductas de adherencia propuesto por Piña y Sánchez-Sosa (2007) para

efectuar un estudio trasversal en 172 personas con VIH en el estado de Tamaulipas (México), cuyo propósito fue validar mediante un análisis de ecuaciones estructurales (análisis de ruta) un modelo que indica que la toma de decisiones y la tolerancia a la frustración son los principales motivos para llevar a cabo conductas de adherencia al medicamento, lo que disminuye la carga viral; dicho control de la infección permite una recuperación de las células CD4. Además, Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares (2008), según los resultados de su estudio trasversal hecho en 64 participantes mexicanos con VIH de la ciudad de Hermosillo (México), sugieren que los niveles de estrés vinculados a la tolerancia, a la ambigüedad y la depresión pueden emplearse como predictores de la falta de adherencia.

Con el fin de propiciar la adherencia requerida al TAR, o bien de intervenir cuando hay una adherencia insuficiente, desde el enfoque cognitivo-conductual se han propuesto intervenciones que incluyen la psicoeducación en programas más amplios, que atienden ciertas comorbilidades psiquiátricas (Balfour et al., 2006; Berg, Raminani, Greer, Harwood y Safren, 2008; Mayer et al., 2017; Newcomb et al., 2015; Ribeiro, Sarmiento, Dinis y Fernandes, 2015; Rueda et al., 2006; Safren, Otto y Worth, 1999; Valle, Robles, Wiebe y Sánchez-Sosa, 2019).

Entre la evidencia empírica de la psicoeducación aplicada al tratamiento de la infección por VIH, en una revisión sistemática realizada entre 1996 y 2005 por Rueda et al. (2006) acerca de las intervenciones que utilizaban componentes psicoeducativos, se encontraron evidencias favorables en el sentido de que las intervenciones de naturaleza psicoeducativa acrecientan la adherencia al TAR.

La terapia de apoyo para la adherencia al TAR (STAART, por sus siglas en inglés), basada en cuatro sesiones psicoeducativas semanales e individuales de 75 minutos cada una, aplicadas por alumnos de doctorado en psicología con entrenamiento previo en VIH y adherencia al TAR, fue comparada en un ensayo clínico aleatorizado (ECA) con el tratamiento usual (citas con el equipo de salud) en un hospital general de Ottawa con el objetivo de dotar de habilidades para la adherencia y el manejo de la depresión antes de comenzar el tratamiento. Participaron 63 personas con diagnóstico de VIH

en los últimos seis meses, en su mayoría hombres (82.5%) y con por lo menos 50 copias de VIH en su último resultado de carga viral. La STAART reportó ser clínicamente significativa al preparar a los participantes para el TAR y en disminuir la sintomatología depresiva. La carga viral y conteo de CD4 se obtuvieron en la línea base, pero no se reportaron después de la intervención (Balfour et al., 2006).

En un estudio de cohorte hecho por Ribeiro et al. (2015), 102 participantes VIH positivos de un hospital de Portugal, hombres en su mayoría (70%), fueron clasificados como adherentes o no adherentes. El grupo adherente no recibió la intervención, pero a los no adherentes ($n = 49$) se les dividió en cuatro grupos para recibir dos sesiones psicoeducativas de 120 minutos cada una, aplicadas por una enfermera especializada en salud comunitaria. En la primera sesión se utilizaron diapositivas de PowerPoint para mostrar la información relativa a la infección por VIH, el TAR y la adherencia, y en la segunda se permitió a los participantes exponer sus problemas y sentimientos. Mediante un cuestionario de opción múltiple se evaluó la información contenida en la psicoeducación antes y después de la intervención. El grupo no adherente aumentó su conocimiento sobre los contenidos mostrados en la primera sesión; de hecho, su carga viral promedio descendió (de 5,411 a 3,052) y sus CD4 aumentaron (de 540 a 580), y en un seguimiento a seis meses 63.3% de los participantes reportaron ser adherentes.

Una de las intervenciones psicoeducativas basadas en el enfoque cognitivo-conductual con mayor evidencia empírica para propiciar la adherencia al TAR es la llamada *Life-Steps* propuesta por Safren et al. (1999). Tal intervención, traducida como *Pasos Vitales* y adaptada por Sánchez-Sosa y Riveros (2002) a la población mexicana, consiste en un tipo de psicoeducación que incluye el modelo de solución de problemas (D'Zurilla, 1986) y la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991). La intervención *Life Steps* se ha utilizado exitosamente (Berg et al., 2008; Mayer et al., 2017; Newcomb et al., 2015; Safren et al., 2001; Safren et al., 2004; Safren et al., 2016; Simoni et al., 2013; Soroudi et al., 2008). En México, un estudio realizado por Valle, Robles et al. (2019) se basó en la propuesta de *Life Steps* para proporcionar la

psicoeducación como uno de los componentes de un programa para disminuir la sintomatología depresiva en ocho participantes de forma individual, siete de los cuales eran no adherentes en la línea base.

Como sugiere la OMS (2004), en los tratamientos de larga duración, como el TAR, la adherencia disminuye con el tiempo en quienes al principio se mostraban adherentes, por lo que sería importante intervenir también a pacientes adherentes con el objetivo de mantenerlos en esa condición, y además mediante intervenciones breves que faciliten su aplicación en el ámbito hospitalario y que validen el contenido de la información proporcionada.

En un estudio realizado por Neria (2016) con un diseño de $N = 1$ se evaluó un programa psicoeducativo para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral (PPAT-ARV) en once participantes hombres, de los cuales 87% eran homosexuales, con una edad promedio de 27 años, que estaban por iniciar la TAR en la Clínica Especializada Condesa (CEC) de la Ciudad México, institución que brinda atención a personas con VIH. La información proporcionada en el PPAT-ARV fue validada por un juicio experto de catorce médicos de la propia CEC, quienes alcanzaron un acuerdo casi perfecto (0.86) (Landis y Koch, 1977), la cual sirvió de base para elaborar el Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre la infección por VIH y el TAR (CCB-VIH -TAR en lo sucesivo). La adherencia se midió a través de un registro conductual, en tanto que la carga viral y el conteo de CD4 fueron tomados de los expedientes de los pacientes.

El PPAT-ARV consistió en una sesión de una hora que incluía la presentación de 19 diapositivas en PowerPoint y la aplicación posterior de una estrategia psicoeducativa denominada *metáfora del reloj de arena*, que es un material didáctico que contiene la misma información presentada en las diapositivas, pero en un relato metafórico con el que los participantes pueden interactuar y clarificar sus dudas en todo momento. Tal estrategia se apoya en un reloj de arena diseñado específicamente para este fin y cuya intención es ser un refuerzo interactivo. El CCB-VIH -TAR fue aplicado de forma previa, posterior y tras el seguimiento de un mes del PPAT-ARV. En cuanto a los cono-

cimientos obtenidos, los mismos mostraron un incremento estadísticamente significativo entre la medición previa y la posterior ($U = 0.00, p = .001$), y un decremento no significativo entre esta última y el seguimiento ($U = 30.0, p = .061$). Los participantes reportaron ser adherentes en el seguimiento, obteniendo una mejoría en el promedio de sus marcadores biológicos al disminuir la carga viral (de 400,263 a 237,214 copias de VIH) y aumentar sus células CD4 (de 271 a 337). La percepción de utilidad de la metáfora utilizada fue evaluada con dos preguntas (una cerrada y otra abierta), hallándose una percepción positiva hacia la referida metáfora en todos los participantes, quienes indicaron que a través de la misma habían comprendido mejor la importancia de tomar sus medicamentos.

El estudio anterior es el antecedente directo del presente trabajo, que retoma la metáfora del reloj de arena, sin la aplicación previa de las diapositivas, con el propósito de evaluar la eficacia de un tipo de psicoeducación basada en dicha metáfora para proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y su efecto en la promoción o el mantenimiento de la adherencia al TAR en pacientes adherentes y no adherentes.

MÉTODO

Diseño

El diseño de $N = 1$, o intrasujetos, ha mostrado una considerable solidez y pertinencia en la investigación clínica en estudios de casos de forma experimental (Kazdin, 2001,2011). El presente trabajo utilizó tal diseño con diez réplicas. Las evaluaciones fueron una medición previa y una posterior al tratamiento, así como dos seguimientos: uno a las ocho y el otro a las doce semanas de la intervención.

Escenario clínico

El estudio se realizó en La Casa de Sal, A. C. (LCDLS), una asociación civil no lucrativa que cuenta con una clínica psicológica especializada en brindar atención gratuita a niños, adolescentes y adultos con VIH y a sus familiares.

Participantes

El estudio incluyó once hombres con una edad promedio de 34.9 años (D.E. = 8.3), la mayoría ho-

mosexuales (HSH) (73%), desempleados (64%), solteros (100%), de religión católica (55%), con escolaridad de secundaria a maestría, y todos residentes en la Ciudad de México (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

P	Edad	Sexo	Orientación sexual	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Religión	Alcaldía de la CDMX
1	39	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Ninguna	Gustavo A. Madero
2	36	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Miguel Hidalgo
3	46	Hombre	Bisexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Venustiano Carranza
4	52	Hombre	Heterosexual	Desempleado	Medio superior	Soltero	Ninguna	Cuauhtémoc
5	32	Hombre	Homosexual	Empleado	Medio superior	Soltero	Ninguna	Azcapotzalco
6	37	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Cuauhtémoc
7	27	Hombre	Homosexual	Desempleado	Licenciatura	Soltero	Católica	Cuauhtémoc
8	26	Hombre	Homosexual	Empleado	Secundaria	Soltero	Católica	Gustavo A. Madero
9	33	Hombre	Homosexual	Empleado	Secundaria	Soltero	Ninguna	Gustavo A. Madero
10	28	Hombre	Homosexual	Empleado	Maestría	Soltero	Ninguna	Cuauhtémoc
11	28	Hombre	Homosexual	Desempleado	Medio superior	Soltero	Católica	Benito Juárez

P = Participante; CDMX = Ciudad de México.

Los participantes fueron usuarios de LCDLS mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de VIH, en atención médica y en TAR, sin importar la fecha de su diagnóstico, con problemas o no de adherencia al mismo y que aceptaran participar firmando un formato de consentimiento informado. Se excluyó a aquellos con diagnósticos de psicosis, cáncer o deterioro cognitivo; usuarios de drogas inyectables; que asistieran a algún taller de adherencia o que ya estuvieran en un proceso psicoterapéutico que incluyera psicoeducación. La intervención se aplicó al inicio; el proceso terapéutico que llevaron estos participantes, posterior a la aplicación de la psicoeducación basada en la metáfora del reloj de arena no incluía otras sesiones psicoeducativas sobre la infección de VIH y el TAR a fin de no sesgar los seguimientos tras la intervención.

Entrenamiento del terapeuta y pilotaje

La sesión psicoeducativa fue aplicada por un psicólogo con estudios de maestría, experto en cuestiones relacionadas con la infección por VIH y que cursaba estudios de doctorado en psicología. Antes de la intervención, se efectuó un pilotaje en tres participantes, el cual sirvió para que el equipo

de investigación realizara los ajustes necesarios, como verificar la comprensión de la referida metáfora, del cuestionario de adherencia y satisfacción con el tratamiento antirretroviral (elaborado *ex profeso* para este estudio) y del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación, todo ello con el fin de garantizar la integridad y comprensión de la intervención para su uso en el estudio.

Instrumentos

Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (Knobel et al., 2002).

La adherencia se midió con el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (Simplified Medication Adherence Questionnaire) desarrollado por Knobel et al. (2002) en población española con VIH para medir la adherencia al TAR. Durante el pilotaje previo a este estudio se verificó que los reactivos fueran comprendidos cabalmente por pacientes mexicanos con VIH y TAR. El SMAQ reportó una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa Cronbach, de 0.75, y una buena confiabilidad al ser administrado el mismo día por un médico y una enfermera y con un acuerdo general entre observadores de 88.2% en 1,376 pacientes españoles con VIH y en TAR.

Cuestionario de Adherencia y Satisfacción con el Tratamiento Antirretroviral (CASTA).

Este cuestionario elaborado *ad hoc* incorpora tres preguntas: dos de ellas para evaluar la adherencia en términos de porcentaje, y una más para estimar el porcentaje de la satisfacción con el TAR.

Cuestionario de Conocimientos Básicos sobre la Infección por VIH y el TAR (CCB- VIH -TAR) (Neria, 2016).

Los conocimientos adquiridos se evaluaron a través de este instrumento, que contiene diez preguntas de opción múltiple y está basado en la validez de contenido mediante el método de juicio de expertos (CCI = 0.86).

Procedimiento

Los usuarios de LCDLS eran invitados a participar y se les explicaba el procedimiento. En caso de cumplir los criterios necesarios y aceptar, firmaban el formato de consentimiento informado. La intervención se les aplicaba antes de comenzar el proceso terapéutico. Las variables sociodemográficas y marcadores biológicos (carga viral y CD4) se tomaban de su expediente clínico.

La psicoeducación consistió en la aplicación de la metáfora del reloj de arena, la que proporciona, en una sesión de 30 minutos, la información necesaria sobre aspectos generales de la infección por VIH, la importancia y objetivo del TAR, la ad-

herencia al mismo, la prevención de la reinfección por VIH, el sexo protegido y los alimentos que interfieren con el funcionamiento del TAR (por ejemplo, la hierba de San Juan). De manera previa y posterior a la psicoeducación basada en la antedicha metáfora, se aplicaron los instrumentos sobre adherencia y el cuestionario CCB-VIH -TAR. Finalmente, se acordaba con los participantes los seguimientos. Sobre los marcadores biológicos, se consideraron los últimos resultados de la carga viral y de CD4, previos a la psicoeducación como la medición previa, y los siguientes resultados, después de la psicoeducación, como la medición posterior. Los participantes reportaron que se hacían sus estudios de laboratorio cada seis meses en el lugar en el que recibían atención médica.

RESULTADOS

La vía de transmisión del VIH en todos los participantes fue sexual, quienes en promedio recibieron el diagnóstico de VIH en el año 2015 (rango = 2008-2018); de ellos, 55% recibían atención médica y TAR en la Clínica Especializada Condesa (CEC) y 45% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La mayoría de los participantes inició el TAR el mismo año en que recibió su diagnóstico, excepto el participante 2, que lo hizo al siguiente año del diagnóstico (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico y tratamiento antirretroviral.

P	VT	Fecha de Dx. VIH	Lugar	TAR	Inicio de TAR
1	Sexual	2017	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina	2017
2	Sexual	2015	CEC	Ritonavir/Atazanavir/Abacabir	2016
3	Sexual	2008	IMSS	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina	2008
4	Sexual	2017	CEC	Abacabir/Darunavir/Ritonavir	2017
5	Sexual	2017	IMSS	Lopinavir/Ritonavir/Tenofovir/Emtricitabina	2017
6	Sexual	2018	IMSS	Atazanavir/Ritonavir/Tenofovir/Emtricitabina	2018
7	Sexual	2017	IMSS	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina	2017
8	Sexual	2018	IMSS	Abacavir/Lamivudina/Efavirenz	2018
9	Sexual	2018	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina*	2018
10	Sexual	2015	CEC	Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina	2015
11	Sexual	2008	CEC	Lopinavir/Ritonavir/Raltegravir/Zidobudina	2008

P = Participante; VT = Vía de transmisión; Dx. = Diagnóstico; TAR = Tratamiento antirretroviral; CEC = Clínica Especializada Condesa; IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social.

* En el seguimiento, este participante cambió el TAR a Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir.

En cuanto a la adherencia, la evaluación inicial según el SMAQ clasificó a cuatro de los participantes (36%) como no adherentes al TAR. El cuestionario *ad hoc* para este trabajo (CASTA) mostró consistencia con el SMAQ, identificando también a los

participantes 1, 7, 9 y 11 como no adherentes. En cuanto a la satisfacción con el TAR, nueve participantes (82%) reportaron estar totalmente satisfechos con el mismo (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la adherencia y conocimientos adquiridos.

P	SMAQ			CASTA						CCB-VIH-TAR				TEI
				Adherencia (%)			Satisfacción (%)			Conocimientos				
	EI	S1	S2	EI	S1	S2	EI	S1	S2	Pre	Post	S1	S2	
1	No Adherente	Adherente	Adherente	87	97	97	100	100	100	6	10	10	10	1.6
2	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100	9	10	10	10	0.4
3	Adherente	Adherente	Adherente	97	97	97	100	100	100	2	10	10	9	3.3
4	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100	4	10	9	9	2.4
5	Adherente	Adherente	Adherente	97	100	100	100	100	100	4	10	10	9	2.4
6	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100	7	10	10	10	1.2
7	No Adherente	Adherente	Adherente	90	100	100	100	100	100	2	9	10	9	2.8
8	Adherente	Adherente	Adherente	97	100	100	60	100	100	7	10	10	9	1.2
9	No Adherente	Adherente	Adherente	94	100	100	0	100	100	4	10	9	9	2.4
10	Adherente	Adherente	Adherente	100	100	100	100	100	100	9	10	10	10	0.4
11	No Adherente	Adherente	Adherente	93	100	100	100	100	100	5	9	9	9	1.6

Entre los participantes no satisfechos con el TAR el participante 8, quien era adherente, aún no aceptaba el diagnóstico y consideraba que era mejor no estar enfermo. El participante 9, quien era no adherente, refirió no estar satisfecho con su TAR debido a los efectos secundarios. Este participante manifestaba graves efectos neuropsiquiátricos (depresión y ansiedad) asociados al efavirenz, por lo que después de la psicoeducación se le indicó que reportara esa condición al servicio de salud mental en el que recibía atención médica, comenzando su tratamiento psicológico en LCDLS debido a su sintomatología afectiva. En el seguimiento, dicho participante reportó que su TAR fue cambiado a un esquema en el que se excluyó el efavirenz (ver Tabla 2), refiriendo que el cambio de TAR y el tratamiento psicológico le permitieron tomar el medicamento sin miedo a los efectos secundarios y recuperar así la normalidad de su estado de ánimo. En cuanto a la satisfacción con el TAR, ésta fue absoluta en todos los participantes en los dos seguimientos (ver Tabla 3).

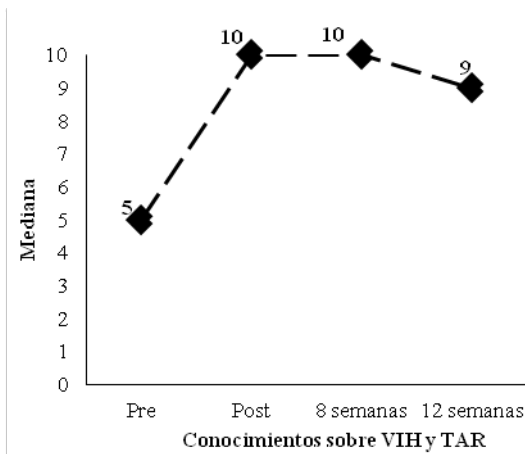
Los conocimientos proporcionados por la psicoeducación basada en la metáfora del reloj de arena fueron analizados de manera individual me-

dante el tamaño del efecto individual (TEI), que se obtiene con la diferencia entre la puntuación previa y la posterior, dividida entre la desviación típica del grupo de puntuaciones previas (Pardo y Ferrer, 2013). Para su interpretación, Cohen (1988) propone que los valores $\geq .20$ indican un efecto leve, $\geq .50$ un efecto moderado y $\geq .80$ un efecto grande (ver Tabla 3).

Para el análisis como grupo, la prueba no paramétrica de Wilcoxon se utilizó para comparar dos mediciones de rangos (medianas [Md]) en muestras relacionadas que no cumplen, como en este caso, el criterio de normalidad, según la prueba de Shapiro-Wilk aplicada a esta variable. Los conocimientos proporcionados mostraron un cambio estadísticamente significativo ($z = -2.994, p < .05, p = .003$) entre la evaluación previa (Md = 5) y la posterior (Md = 10). Entre la evaluación posterior (Md = 10) y el seguimiento de ocho semanas (Md = 10) no hubo diferencias estadísticamente significativas ($z = -.577, p > .05, p = .564$). Finalmente, entre el seguimiento a ocho (Md = 10) y a doce semanas (Md = 9) tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas ($z = -1.342, p > .05, p = .180$). Lo anterior indica que la psicoeduca-

ción basada en la metáfora del reloj de arena logró proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y el TAR, y que tales conocimientos persistieron por al menos doce semanas (Figura 1).

Figura 1. Resultados del cuestionario de conocimientos básicos sobre el VIH y el TAR antes y después de la psicoeducación y en los seguimientos.



Para el análisis de los marcadores biológicos se consideró como indetectable una carga viral menor de 40 copias de VIH /mm³ de sangre (CENSIDA y Secretaría de Salud, 2018). Para el conteo de CD4 se utilizó la clasificación inmunológica para infección por VIH propuesta por la OMS (2007), que se basa en el recuento de células CD4 y que propone las siguientes categorías para adultos y adolescentes con VIH: inmunodeficiencia no significativa (> 500 CD4), leve (350-499 CD4), avanzada (200-349 CD4) y grave (< 200 CD4).

En la evaluación inicial, seis de los participantes (55%) eran indetectables y cinco (45%) aún no eran indetectables. Los participantes 1 y 11 tampoco eran adherentes. En el seguimiento después de la psicoeducación todos los participantes se encontraban indetectables y aumentaron sus células CD4. Sin embargo, el participante 1 no logró modificar su nivel de inmunodeficiencia. El resto de los participantes mejoró ese nivel, e incluso 55% reportó una inmunodeficiencia no significativa (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de inmunodeficiencia de los participantes tras la psicoeducación.

P	Carga viral		CD4		Nivel de inmunodeficiencia*	
	EI	S	EI	S	EI	S
1	70	< 40	49	195	Grave	Grave
2	< 40	< 40	492	572	Leve	No significativa
3	< 40	< 40	904	1267	No significativa	No significativa
4	< 40	< 40	514	530	No significativa	No significativa
5	118 737	< 40	150	405	Grave	Leve
6	188 000	< 40	16	212	Grave	Moderada
7	> 40	< 40	413	555	Leve	No significativa
8	292	< 40	483	926	Leve	No significativa
9	> 40	< 40	303	430	Moderada	Leve
10	> 40	< 40	650	593	No significativa	No significativa
11	236	< 40	98	462	Grave	Leve

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo el propósito de evaluar una intervención psicoeducativa basada en la llamada “metáfora del reloj de arena” para proporcionar los conocimientos básicos sobre la infección por VIH y, con ello, contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento. La estrategia psicoeducativa fue eficaz para mejorar y mantener dicha

adherencia, lo que es consistente con la evidencia aportada por Rueda et al. (2006) en su revisión sistemática, en la que las intervenciones de naturaleza psicoeducativa aumentan esa adherencia.

Por lo general, la psicoeducación es un componente insertado en programas más amplios, que incluyen el tratamiento de comorbilidades psiquiátricas, como es el caso de la propuesta de *Life-Steps* (Safren et al., 1999), orientada a la adherencia y al

tratamiento de la depresión, o el trabajo de Valle et al. (2019), que incluye *Life-Steps* como un componente psicoeducativo adicional en un programa para disminuir la sintomatología depresiva.

Lo anterior no significa que no deban tratarse comorbilidades psiquiátricas como la depresión en personas que viven con VIH, sino que es necesario, además de dichos programas, contar con una estrategia psicoeducativa que pueda aplicarse independientemente de esas comorbilidades psiquiátricas, e incluso prevenga la adherencia deficiente en pacientes que ya son adherentes. En ese sentido, el presente trabajo es un avance de la psicoeducación como técnica independiente en personas con VIH adherentes y no adherentes para garantizar la supresión viral y con aplicación en población mexicana.

Además, la psicoeducación basada en la mencionada metáfora del reloj de arena mostró que puede aplicarse en una intervención de menor duración (una sesión de 30 minutos) respecto a otros estudios, como el efectuado por Balfour et al. (2006) en Canadá, quienes aplicaron la terapia de apoyo a la adherencia en cuatro sesiones individuales de 75 minutos cada una, cuyo objetivo fue mejorar la adherencia y proporcionar estrategias para el manejo del estrés y la depresión. O bien el estudio de Ribeiro et al. (2015), realizado en una clínica de Portugal, que consistió en una intervención psicoeducativa para la adherencia al TAR impartida de forma grupal (tres grupos de doce participantes y uno de trece) en dos sesiones de 120 minutos cada una. En futuras investigaciones sería pertinente evaluar si la psicoeducación basada en la metáfora del reloj de arena en formato grupal replica su eficacia en una sesión breve, no solo por cuestiones teóricas de investigación, sino porque su alcance sería mayor al aplicarse de ese modo.

En el estudio realizado por Valle et al. (2019) en población mexicana, mismo que integra la psicoeducación para la adherencia al TAR en un programa basado en la activación conductual para mejorar síntomas afectivos, se incluyó a un participante adherente y a siete no adherentes, hallándose que todos los participantes aumentaron sus niveles de adherencia. Sin embargo, según sus resultados, después de la intervención solamente cuatro participantes lograron una adherencia de $\geq 95\%$, que es la adherencia necesaria para garan-

tizar la supresión viral; de los cinco participantes que concluyeron el seguimiento a un mes, únicamente cuatro reportaron ese nivel de adherencia. En contraste, en el presente trabajo se encontró que los once participantes reportaron una adherencia necesaria al TAR a las ocho y doce semanas de la intervención psicoeducativa.

En los trabajos antes mencionados se utilizó la psicoeducación como parte de un programa destinado a mejorar la adherencia y la sintomatología afectiva (Balfour et al., 2006; Safren et al., 1999; Simoni et al., 2013; Valle et al., 2019) y no como una estrategia independiente. En ese sentido, Ribeiro et al. (2015) evaluaron una intervención que consideraba solo psicoeducación en participantes no adherentes al TAR, por lo que la intervención evaluada en el presente trabajo representa un avance al considerar no únicamente el tratamiento de los no adherentes, sino el mantenimiento de la adherencia al TAR requerida en los mismos adherentes, a fin de conservar la supresión viral y, con ello, contribuir a prevenir la transmisión del VIH por la vía sexual.

En algunos estudios (Cohen et al., 2016; Eisinger et al., 2019; Rodger et al., 2018) se ha observado que la indetectabilidad es fundamental si se desea prevenir el contagio de VIH por vía sexual, lo que permite comprender la importancia no solo de mejorar la adherencia al TAR, sino de mantenerla en quienes ya lo son.

Los resultados de la presente investigación mostraron evidencia de que la psicoeducación basada en la metáfora del reloj de arena proporcionó los conocimientos básicos de la infección por VIH, mejoró la adherencia al TAR en cuatro participantes y la mantuvo en siete. Estos beneficios permanecieron a las ocho y doce semanas de seguimiento. Además, en el seguimiento los once participantes reportaron una carga viral indetectable y el aumento de sus células CD4.

La eficacia de la *metáfora del reloj de arena* como psicoeducación podría deberse a lo siguiente: primero, que era un contenido validado por un grupo de médicos expertos en la infección por VIH y el TAR; segundo, que se realizó un piloteo de la psicoeducación basada en mencionada metáfora en tres personas con VIH antes de ser aplicada a los participantes de este estudio, y tercero, que la manera de presentar la psicoeducación en un ma-

terial didáctico manipulable parece propiciar un mayor interés en los participantes para involucrarse en la actividad, resolver sus dudas y considerar la toma del medicamento como una conducta de vital importancia para evitar la progresión de la infección por VIH a la fase de sida. Además, los estudios sobre adherencia no incluyen normalmente la evaluación de la satisfacción al TAR, lo que es una contribución adicional de esta investigación, en la que se pudo identificar que los dos participantes insatisfechos se debían, en un caso, a la no aceptación de la enfermedad (predictores de la adherencia relacionados con el sujeto) y en el otro, a los efectos secundarios (predictores de la adherencia relacionados con el tratamiento).

Las limitaciones de este estudio consisten en que es un diseño de N = 1, preexperimental, cuya aplicación grupal no puede generalizarse por ahora a otras poblaciones que no sean las del mismo estudio, y que la realización de pruebas de labo-

ratorio para determinar la carga viral y el conteo de CD4 dependieron de los tiempos establecidos por el lugar en el que los participantes recibían atención médica.

En conclusión, es importante contar con intervenciones breves, eficaces e independientes al tratamiento de comorbilidades psiquiátricas para no solo mejorar la adherencia, sino también para promoverla en quienes inician el TAR, y mantenerla en personas adherentes sin que necesariamente sufran problemas de salud mental. Lograr que las personas con VIH logren la indetectabilidad no solo permite que la infección sea controlada y que las personas con VIH normalicen su esperanza de vida respecto a la población en general, sino que además puedan trabajar y tengan una mejor calidad de vida; también significa comenzar a poner fin a la epidemia de VIH, porque la supresión viral contribuye de manera sustancial a prevenir la transmisión del virus por vía sexual.

REFERENCIAS

- Alcamí, J. y Coiras, M. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 216-226. doi: 10.1016/j.eimc.2011.01.006.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. y Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490. doi: 10.1093/schbul/6.3.490.
- Badowski, M.E., Pérez, S.E. y Biagi, M. (2016). New antiretroviral treatment for HIV. *Infectious Diseases and Therapy*, 5(3), 329-352. doi: 10.1007/s40121-016-0126-x.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G.A., Angel, J.B., MacPherson, P.A. y Cameron, D.W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838. doi: dx.doi.org/10.1080/09540120500466820.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M. y Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280. doi: 10.1080/10503300701561537.
- Brennan, A.T., Maskew, M., Sanne, I. y Fox, M.P. (2013). The interplay between CD4 cell count, viral load suppression, and duration of antiretroviral therapy on mortality in a resource-limited setting. *Tropical Medicine and International Health*, 5(5), 619-631. doi: 10.1111/tmi.12079.
- Builes C., M.V. y Bedoya H., M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 463-475. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) (2018). Indetectable = Intransmisible (I=1). *Boletín de Atención Integral de Personas con VIH del CENSIDA*, 4(4). Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/441126/Boletin_Nal_CENSIDA_AT_IN_oct_dic_2018.pdf.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) (2019). *Cierre 2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459727/RN_Cierre_2018.pdf.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) y Secretaría de Salud. (2018). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México: Censida/Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu_aARV_2019_09Noviembre.pdf.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, M.S., Chen, Y.Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., Kumarasamy, N. y HPTN 052 Study Team (2016). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *The New England Journal of Medicine*, 375(9), 830-839. doi: 10.1056/NEJMoal600693.

- DiMatteo, M.R. y DiNicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of medical practitioner's role*. New York: Pergamon Press.
- Donley, J.E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology*, 6(1), 1-10. Recuperado de <http://psycnet.apa.org.pbidi.unam.mx:8080/journals/abn/6/1/1.pdf>.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical interventions*. New York: Springer.
- Eisinger, R.W., Dieffenbach, C.W. y Fauci, A.S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV Infection undetectable equals untransmittable. *Journal of the American Medical Association*, 321(5), 451-452. doi: 10.1001/jama.2018.21167.
- González A., J.M., Rodríguez D., M. y Mateos L., M.L. (2011). Determinación de la carga viral del VIH-1. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(Supl. 3), 47-50. doi: 10.1016/S0213-005X(11)70027-1.
- Guerrero S., F., Arizcorreta Y., A., Gutiérrez S., D. y Ruiz E., B. (2014). Tratamiento de la infección por el VIH. *Medicine*, 11(49), 2912-2919. doi: 10.1016/S0304-5412(14)70714-0.
- Haynes, R.B. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanism of treatment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. (3a ed.). México: Pearson.
- Kazdin, A.E. (2011). *Single case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I. y GEEMA Study Group (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*, 16(4), 605-613. doi: 10.1097/00002030-200203080-00012.
- Knobel, H., Ecobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín C., Casado, J.L. y Chamorro, L. (2004). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(4), 221-231. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/7909587>.
- Landis, J.R. y Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. doi: 10.2307/2529310.
- López A., O.V. (2011). *Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor*. Tesis de maestría. México: Instituto Politécnico Nacional. Recuperado de <https://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/12240/1/Tesis%20psicoeducacion%20depresion.pdf>.
- Lozano, F. y Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(6), 455-465. doi: 10.1016/j.eimc.2011.02.009.
- Mayer, K.H., Safren, S.A., Elsesser, S.A., Psaros, C., Tinsley, J.P., Marzinke y Mimiaga, J.M. (2017). Optimizing pre-exposure antiretroviral prophylaxis adherence in men who have sex with men: results of a pilot randomized controlled trial of "Life-Steps for PrEP". *AIDS and Behavior*, 21(5), 1350-1360. doi: 10.1007/s10461-016-1606-4.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Neria, M.R. (2016). *Programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con diagnóstico reciente por VIH*. Tesis de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/0741283/Index.html>.
- Newcomb, M.E., Bedoya, C.A., Blashill, A.J., Lerner, J.A., O'Cleirigh, C., Pinkston, M.M. y Safren A.A. (2015). Description and demonstration of cognitive behavioral therapy to enhance antiretroviral therapy adherence and treat depression in HIV-infected adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 430-438. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.02.001.
- Nogués, X., Sorli R., M.L. y Villar G., J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
- Pardo, A. y Ferrer, R. (2013). Significación clínica: falsos positivos en la estimación del cambio individual. *Anales de Psicología*, 29(2), 301-310.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N., Squier, C., Wagener, M.M. y Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30. doi: 10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00004.
- Peñarrieta M., I., Kendall, T., Martínez, N., Rivera A., M., Gonzales, N., Flores, F. y Del Ángel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVvistas/Medicina_Experimental/v26_n3/pdf/a011v26n3.pdf.
- Piña L., J.A. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1(3), 47-62. Recuperado de <http://conductual.com/articulos/Adhesion%20al%20tratamiento%20en%20personas%20con%20VIH-sida.%20Una%20propuesta%20integradora.pdf>.

- Piña L., J.A., Dávila T., M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa C. y Cázares R., O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Piña L., J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a17.pdf>.
- Platón (Trad. 2009). *Diálogos*, Núm.13A. México: Porrúa.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2016). *HIV atención y apoyo. Atención y apoyo al VIH teniendo en cuenta las directrices unificadas de 2016 de la OMS*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2018a). *UNAIDS data 2018*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2018b). *Undetectable = Untransmittable. Public health and HIV viral load suppression*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf.
- Rascón G., M.L., Hernández D., V., Casanova R., L., Alcántara C., H. y Sampedro S., A. (2013). *Guía psicoeducativa para el personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ribeiro, C., Sarmento C., R., Dinis R., M. y Fernandes, L. (2015). Effectiveness of psycho-educational intervention in HIV patients' treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 5(198), 1-8. doi: 10.3389/fpsy.2014.00198.
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernaza, P., Collins, S., Corbelli, G.M. y PARTNER Study Group (2018). *Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive antiretroviral therapy: The PARTNERS2 Study extended results in gay men*. Trabajo presentado en la International AIDS Conference, Amsterdam, Netherlands. Recuperado de <http://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/13470>.
- Rueda, S., Park-Wyllie, L.Y., Bayoumi, A., Tynan, A.M., Antoniou, T., Rourke, S. y Glazier, R. (2006). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database System Review*, 19(3). doi: 10.1002/14651858.CD001442.pub2.
- Ruiz M., A., Díaz M., I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safren, S.A., Bedoya, C.A., O'Cleirigh, C., Biello, K.B., Pinkston, M.M., Stein, M.D., Traeger, L., Kojic, E., Robbins, G.K., Lerner, J.A., Herman, D.S., Mimiaga, M.J. y Mayer, K.H. (2016). Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *The Lancet HIV*, 3(11), e529-e538.
- Safren, S.A., Hendriksen, E.S., Mayer, K.H., Mimiaga, M.J., Pickard, R. y Otto, M.W. (2004). Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence and depression. *Cognitive and behavioral practice*, 11(4), 415-423. doi: dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80058-0.
- Safren, S., Otto, M.W. y Worth, J.L. (1999). Life-steps: Applying cognitive behavioral therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 332-341. doi: 10.1016/S1077-7229(99)80052-2.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Worth, J.L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162. doi: 10.1016/S1077-7229(99)80052-2.
- Sagarduy J., L.Y., Piña L., J.A., González R., M.T. y Fierros D., L.E. (2017). Psychological model of ART adherence behaviors in persons living with HIV/AIDS in Mexico: a structural equation analysis. *Revista de Saúde Pública*, 4, 51-81. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006926.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Riveros R., A. (2002). *Pasos vitales* (Traducción y adaptación. para población mexicana de Steven A. Safren [1999]: Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence). Documento de circulación interna. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Simoni, J.M., Wiebe, J.S., Saucedo, J.A., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V., Bedoya, C.A. y Safren, S. A. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: The Nuevo Día Study. *AIDS and Behavior*, 17(6), 2816-2829. doi: 10.1007/s10461-013-0538-5.
- Soroudi, N., Perez G., K., Gonzalez J., S., Greer, J.A., Pollack, M.H., Otto, M.W. y Safren, S.A. (2008). CBT for medication adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected patients receiving methadone maintenance therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 96-106. doi: dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.004.
- Valle S., H., Robles M., S., Wiebe, J.S. y Sánchez-Sosa, J.J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, 29(1), 139-153. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2575/4470>.

Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad?¹

Loneliness and health: How do they relate and differ in terms of age and schooling?

Daniela J. Cruz-Vargas, Rozzana Sánchez-Aragón y Vanesa Castro-Torres²

Citación: Cruz-Vargas, D.J., Sánchez-Aragón, R. y Castro-Torres, V. (2020). Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*, 30(2), 231-241. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2657>.

RESUMEN

Si bien la disponibilidad de relaciones sociales supone un recurso básico para la promoción de la salud y el bienestar, no son necesariamente un factor protector en razón de que una relación con problemas o carencias es en sí misma una fuente principal de estrés. En particular, estas últimas, sean reales o percibidas, constituyen un sentimiento negativo denominado soledad, comúnmente asociado con depresión, ansiedad, insatisfacción e infelicidad, lo que trae consigo efectos negativos importantes para la salud general. Con base en lo anterior, los propósitos de este estudio fueron identificar el impacto de la soledad en la salud y explorar las posibles diferencias según la edad y la escolaridad. Se empleó una muestra de 387 participantes heterosexuales de la Ciudad de México, con edades de entre 18 y 62 años y con escolaridad mínima de secundaria, a quienes se les aplicaron la Escala para Evaluar Soledad en la Pareja y la Encuesta de Salud SF-36. Algunos de los resultados sobresalientes muestran que experimentar sentimientos de vacío trae consigo una menor vitalidad y más problemas emocionales que afectan el interés por convivir con otras personas, así como dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas. En cuanto a las diferencias, los participantes maduros (45-62 años) reportaron experimentar más problemas de salud que los adultos (31-44) y los jóvenes (17-30). Respecto a su escolaridad, los participantes con mayor grado educativo refirieron más sentimientos de vacío, así como más problemas de salud relacionados con la función y el rol físico.

Palabras clave: Soledad; Salud mental; Grupos etarios; Escolaridad; México.

ABSTRACT

Although available social relations are a basic resource for the promotion of health and wellbeing, their mere presence is not necessarily a protective factor, since relationships with problems or deficiencies are themselves major sources of stress. Deficiencies - whether real or perceived - lead to a negative feeling of loneliness, commonly associated with symptoms of depression and anxiety, as well as feelings of dissatisfaction and unhappiness which, in turn, affect health in general. In this context, the purpose of the present study was to identify the impact of loneliness on health, and to explore possible differences in these variables by age and schooling. A sample of 388 heterosexual participants from Mexico City, aged 17 to 62 years and a minimum of secondary schooling took two questionnaires: one to assess loneliness in the couple, and the SF-36 Health Survey. The main results show that experiencing feelings of emptiness is associated with less vitality, more emotional problems that affect the interest in living with other people and difficulties in carrying out daily activities. Regarding age differences, mature participants (45-62 years) reported experiencing more health problems followed by adults (31-44) and younger participants (17-30). Regarding schooling, those with higher educational level (bachelor's degree) reported more feelings of emptiness as well as more health problems related to physical and role functioning.

Keywords: Loneliness; Mental health; Age groups; Scholarship; Mexico.

¹ Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN304919 del proyecto: "Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedad crónico-degenerativa". Artículo recibido del 5 de junio y aceptado el 14 de noviembre de 2019.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, 04515 Ciudad de México, correos electrónicos: danielacruz.fcpsi@gmail.com, rozzara@unam.mx y vannect7@gmail.com.

Los seres humanos requerimos satisfacer una gran cantidad de necesidades, algunas de las cuales solo pueden saciar a partir de la respuesta positiva de otros, como el contacto físico, la intimidad, el establecimiento de vínculos y la pertenencia a un grupo (López, Apodaca, Etxebarria, Fuentes y Ortiz, 1998). Las relaciones interpersonales son fundamentales desde el comienzo de la vida (Zupiria, 2000; la primera de ellas se establece con la madre o con el cuidador primario y constituye una de las más importantes en la vida porque funciona como un modelo para entablar nuevas relaciones a largo del tiempo, entre las que destacan las familiares, las de amistad y las de pareja, todas ellas enmarcadas por un proceso que define el nivel de acercamiento e intimidad con matices que varían de acuerdo con las percepciones, metas, sentimientos y suposiciones individuales (Díaz-Loving, 1999).

En tanto que las relaciones familiares constituyen la primera red de apoyo social e influyen en el desarrollo emocional y el moldeamiento de la personalidad, conllevan efectos positivos sobre la autoestima, la aceptación y el cariño por parte de los demás (Musitu y Cava, 2003?); además de que establecen los cimientos para el desarrollo social posterior a través de esquemas mentales, estrategias de resolución de problemas, motivación al logro y reglas y normas a seguir (Valladares, 2008), las de amistad, que se basan en aspectos tales como la confianza, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo (Giró, 2011). Finalmente, si bien las relaciones de pareja comparten características con las anteriores, como el compromiso adquirido, el reconocimiento público (familia) y el establecimiento voluntario (amistad), difieren de aquellas al basarse en la atracción física y las características de personalidad, así como en la tendencia a depositar en ellas las máximas expectativas y anhelos, lo que en conjunto hace de este tipo de vinculación la más significativa y la más irremplazable (Méndez y Dobber, 2005; Ruíz, 2001).

Estas diversas formas de vinculación influyen en el estado de salud y el bienestar de los individuos (Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz y Campo, 2009; Sherman, Vries y Lansford, 2000), ya sea positivamente a través de la satisfacción de ciertos aspectos emocionales, lo que favorece la sensación de acompañamiento, cercanía, superación personal y plenitud (Sherman et al., 2000)

y amortigua la influencia perjudicial de factores estresantes al proporcionar recursos informativos, emocionales o tangibles que promueven el comportamiento saludable (Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010), o bien negativamente al generar estados emocionales intensamente perjudiciales, como la frustración y la decepción (Moremen, 2008), con efectos sobre la salud equiparables a los de la hipertensión arterial o la obesidad (House, Landis y Umberson, 1988).

Lo anterior, sugiere que hay un umbral para el contacto social por debajo del cual las personas están en riesgo de enfermar (Cohen, 2004). En este sentido, la perspectiva biopsicosocial considera que la disponibilidad de relaciones sociales cercanas supone un recurso básico para la promoción de la salud y el bienestar (Martos, Pozo y Alonso, 2008; Barra, 2004).

La simple presencia de un compañero no es necesariamente un factor protector, pues una relación problemática o con carencias es en sí misma una fuente de estrés (Kiecolt-Glaser y Wilson, 2017) que aumenta la susceptibilidad a desarrollar enfermedades (Cohen et al., 1998); particularmente las carencias reales o percibidas que se experimentan en las relaciones consideradas íntimas o estrechas constituyen un sentimiento negativo denominado *soledad*, comúnmente asociada a la depresión, ansiedad, insatisfacción e infelicidad (Cutrona, 1982). Aunque generalmente la soledad ha sido considerada como la ausencia de compañía, alude más bien a una experiencia mucho más compleja (Weiss, 1982), difícil de definir, casi imposible de cuantificar e incluso percibida como vergonzosa (Karnick, 2005).

Fernández, Muratori y Zubieta (2013) afirman que ese déficit puede ser de naturaleza cuantitativa (p. ej., no tener amigos o no tener los que se quisieran) o cualitativa (p. ej., sentir que las relaciones que se tienen son superficiales o insatisfactorias). Por su parte Peplau y Perlman (1982) sostienen que esas carencias pueden ser de tipo afectivo y cognoscitivo; mientras que las primeras se relacionan con la necesidad de intimidad, las segundas lo hacen con la percepción de relaciones sociales por debajo del nivel óptimo esperado en términos de tipo, calidad o cantidad (Peplau, 1985). Partiendo de lo anterior, Dykstra y Fokkema (2007) describen dos perspectivas de estudio: la primera (déficit) asume la sensación displa-

centera de la carencia de nexos, mientras que la segunda (cognoscitiva) se enfoca en el contraste entre lo esperado y lo obtenido, ya sea en términos de calidad o de la presencia de algún miembro en el entorno. Pese a tales diferencias conceptuales, la soledad posee ciertas características esenciales, entre las que destacan su naturaleza multidimensional (aspectos de personalidad, interacción social y habilidades conductuales), subjetiva (dependiente de la evaluación del individuo) y secuencial (antecedentes, manifestaciones y consecuencias que varían en intensidad y duración) (Montero y Sánchez-Sosa, 2001).

Por su parte, la evidencia empírica sugiere diferencias a partir de características sociodemográficas como el nivel socioeconómico, la escolaridad (Bishop y Martin, 2007; Pinguart y Sörensen, 2001; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg y Pitkala, 2005; Theeke, 2009) y la edad (Rokach, 2000). Las dos primeras son consideradas factores que pueden reducir la vulnerabilidad, los sentimientos de desolación, la frustración y la incertidumbre (particularmente el nivel educativo favorece el tamaño de la red social y las relaciones de buena calidad [Cardona, Villamil, Eno y Quintero, 2013]). En cuanto a la edad, Rokach y Neto (2005) sugieren que tanto las circunstancias como los eventos a lo largo de la vida afectarán la forma en que las personas experimentan, evalúan y afrontan las demandas. Lo anterior hace evidente que las causas de la soledad sean muy variables.

Diversos autores (Cardona et al., 2013; Stefani, Seidmann, Pano y Acrich, 2003) apuntan que la soledad trae consigo importantes implicaciones para la salud de los individuos en cuanto que favorece estados negativos tales como la angustia emocional, la tristeza y la desesperanza, que incrementan la activación fisiológica (Hackett, Hamer, Endrigu, Brydon y Steptoe, 2012), produciendo aumentos en la presión arterial, variaciones en los marcadores de inflamación (Shiovitz y Parag, 2018) y deterioro cognitivo, todo ello asociado a la depresión (Donovan et al., 2015), lo que favorece el desarrollo de disfunciones orgánicas, trastornos psicofisiológicos y padecimientos crónicos (Hawkley, Thisted, Masi y Cacioppo, 2010), que en conjunto pueden aumentar hasta en 30% la mortalidad (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015).

Lo anterior resulta sumamente relevante debido a que la salud desempeña un papel esencial en la vida de las personas; por tanto se vuelve una condición indispensable por alcanzar a través del bienestar y la realización de proyectos vitales de las personas (Jara, 2001). Cabe mencionar que la salud también figura como un predictor determinante de la calidad de vida (Sánchez-Aragón, García y Martínez, 2017). Este último concepto ha sido ampliamente explorado debido a que modifica el valor asignado a la vida a partir de la percepción subjetiva relacionada con la satisfacción en cuanto a su situación física, estado emocional y vida familiar, amorosa y social de los individuos.

Aunque esta valoración está influida y moderada por otras personas, es indiscutiblemente personal en virtud de que se hace desde la propia jerarquía de valores. Aunque es un extenso conjunto de factores a evaluar, estos pueden agruparse en general en tres categorías: físico-biológicos (p. ej., discapacidad funcional), emocionales (p. ej., sentimientos de tristeza) y sociales (p. ej., relaciones interpersonales) (Vinaccia y Orozco, 2005). En este marco, se observa que diversos factores, como el estado de salud y psicológico, las relaciones sociales y ciertas características sociodemográficas pueden afectar la calidad de vida de las personas (Botero y Pico, 2007).

Específicamente, la soledad y el estado de salud modifican el valor asignado a la vida en función de la percepción de las limitaciones físicas, psicológicas y sociales; las dificultades para el cumplimiento de metas, expectativas, estándares e intereses (Acosta, Quintana, García y Echeverría, 2017) en áreas consideradas primordiales y significativas, como las relaciones familiares, el apoyo social y el estado funcional; por lo anterior, resulta fundamental identificar la relación entre la soledad y la salud y explorar las posibles diferencias en la soledad y la salud según la edad y la escolaridad.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística propositiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), cuyos criterios de inclusión fueron los de ser ma-

yoeres de edad (18 años), con una escolaridad mínima de secundaria, con pareja con la cual se cohabitara y que participara en la investigación, y sin enfermedades crónico-degenerativas. Con base en ello, se reunió un total de 398 adultos heterosexuales de la Ciudad de México, cuya escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: secundaria (18.8%), bachillerato (32.1%) y licenciatura (48.6%). En cuanto a las edades de los participantes, estas oscilaron entre 17 y 62 años ($M = 37.36$, $D.E. = 11.16$). De los 387 participantes que reportaron su estado civil, 207 indicaron estar casados y 180 vivir en unión libre, con un tiempo de la relación de entre 5 meses y 41 años ($M = 14.01$, $D.E. = 9.6$ años). Se halló una moda de 2 en cuanto al número de hijos.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario compuesto por dos secciones, la primera de ellas comprendía un apartado en el cual se les preguntaba a los participantes datos sociodemográficos como: sexo, edad, escolaridad, estado civil, tiempo en la relación y número de hijos. En la segunda sección, se encontraban:

Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (DiTomasso y Spinner, 1993).

Este instrumento evalúa la experiencia subjetiva de displacer, estrés y dolor debidos a las deficiencias percibidas de la interacción socioafectiva o intimidad interpersonal en comparación con las deseadas (Peplau y Perlman, 1982). Consta de 31 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo (de 1, totalmente en desacuerdo, a 5, totalmente de acuerdo). En su validación en parejas mexicanas (Granillo y Sánchez-Aragón [en revisión]) evidenció cinco factores: Acompañamiento de la Pareja (p. ej., “Tengo una pareja romántica con quien comparto mis más íntimos pensamientos y sentimientos”, “Tengo una pareja romántica a cuya felicidad contribuyo”), Acompañamiento de los amigos (p. ej., “Me siento parte de un grupo de amigos”, “Mis amigos entienden mis motivos y mi razonamiento”), Acompañamiento de la familia (p. ej., “Realmente pertenezco a mi familia”, “Mi familia realmente se preocupa por mí”), Sentimientos de vacío (p. ej., “Lo que realmente es importante para mí no pa-

rece importante para las personas que conozco”, “No tengo un amigo(a) que me entienda, pero me gustaría tenerlo(a)”), y Añoranza (p. ej., “Me encuentro deseando a alguien con quien compartir mi vida”). Tales factores explicaron 52.05% de la varianza total, siendo sus coeficientes alfa de Cronbach de .88, .86, .70, .83 y .68, respectivamente.

Cuestionario de Salud SF-36 (Medical Outcomes Trust, 1996).

Evalúa la salud de la persona a través del autorreporte que, en su versión corta, consta de 19 reactivos tipo Likert de cinco opciones de respuesta que indican el grado de acuerdo con las afirmaciones, distribuidas en seis factores que, en su versión validada en México (cf. Sánchez-Aragón et al., 2017; Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999), explican 65.36% de la varianza y cuentan con coeficientes alfa de Cronbach de moderados a moderadamente altos (de .76 a .95). Los factores que comprende esta medida son, a saber: Función física (p. ej., “¿Qué tanto su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar boliche o caminar más de una hora?”, “¿Qué tanto su salud actual le limita para cargar o llevar la bolsa de compra?”); Rol físico (p. ej., “¿Qué tanto tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?”, “¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?”); Rol emocional y función social (p. ej., “¿Mostró menos interés en convivir con otras personas debido a algún problema emocional, como estar deprimido, triste o nervioso?”, “¿Puso menos atención a la hora de estar realizando su trabajo o actividades cotidianas debido a algún problema emocional, como estar deprimido, triste o nervioso?”), Vitalidad (p. ej., “¿Qué tanto se sintió lleno de vitalidad?”, “¿Qué tanto tuvo mucha energía?”), Dolor (p. ej., “¿Tuvo algún dolor por largos periodos de tiempo?”, “¿Qué tanto se sintió cansado?”) y Salud general (p. ej., “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”, “Mi salud es excelente”).

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios fue hecha en su totalidad por cuatro psicólogos que acudieron

a lugares públicos (plazas comerciales), casas, oficinas y demás para solicitar la participación voluntaria, anónima y confidencial de personas adultas. A cada posible participante se le dijo que los cuestionarios eran parte de una investigación realizada por una institución educativa pública de prestigio en el país, cuyo fin era conocer aspectos relacionados con la salud de las personas, y luego se les indicaban los criterios de inclusión para saber si podían participar en el estudio. Si cumplían con estos, y así lo deseaban, se les proporcionaban los instrumentos para ser llenados en ese mismo momento y lugar, resolviendo sus dudas y poniendo a su disposición los resultados de manera personal.

Análisis de datos

Inicialmente se realizó una prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar el tipo de análisis estadístico y correlacionar que había que efectuar; después se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman mediante el cual se identificó el grado de asociación entre la experiencia de la soledad y la salud, y posteriormente la muestra fue dividida por grupos de edad tomando como criterio una distribución equivalente a la de los grupos (33.3%), para entonces efectuar una prueba H de Kruskal-Wallis con el objetivo de conocer si había diferencias significativas entre dichos grupos y su escolaridad.

RESULTADOS

Inicialmente tuvo que aplicarse la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el propósito de verificar si

los datos recabados tenían una distribución normal, lo que fue descartado ($p < .001$), por lo que fue necesario realizar un análisis de correlación de Spearman y así poder cumplir con el primer objetivo. Ya efectuado dicho análisis, las correlaciones, aunque bajas, sugieren que, en la medida en que se tiene una pareja con quien compartir pensamientos y sentimientos íntimos (Acompañamiento pareja), así como amigos para hablar sobre las presiones de la vida (Acompañamiento amigos), se experimenta mayor energía, vitalidad y felicidad (Vitalidad); asimismo, se estima la propia salud como excelente (Salud general) y se tienen menos problemas para realizar actividades físicas, como correr o levantar objetos pesados (Función física) y llevar a cabo tareas domésticas debido a la buena salud física (Rol físico). En particular, a más acompañamiento por parte de la pareja, menos problemas emocionales surgen, como estar triste, deprimido o nervioso, lo que afecta el interés por convivir con otras personas (Rol emocional); a su vez, a más acompañamiento por parte de los amigos, menos dolor corporal se experimenta (Dolor). Por otra parte, a más acompañamiento por parte de la familia (sentir que realmente se pertenece a la familia y que esta se preocupa por uno), más sentimientos de vacío (no tener con quien compartir puntos de vista), más añoranza (encontrarse deseando a alguien con quien compartir la vida y poder decirle que se le ama), más problemas en el rol emocional y físico, dolor y menos vitalidad. Específicamente, a más acompañamiento de la familia y más sentimientos de vacío, más problemas en la función física, y a más acompañamiento familiar, menos salud general (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación entre soledad y salud.

	Salud	Función física	Rol físico	Rol emocional	Vitalidad	Dolor	Salud general
Soledad	Acompañamiento de pareja	-.180**	-.123**	-.110*	.181**		.180**
	Acompañamiento de amigos	-.219**	-.189**		.253**	-.154**	.114*
	Acompañamiento familiar	.167**	.248**	.287**	-.381**	.271**	-.109**
	Sentimiento de vacío	.134*	.272**	.303**	-.402**	.227**	
	Añoranza		.160**	.308**	-.353**	.146**	

** Correlación significativa a 0.1 (bilateral)

* Correlación significativa a 0.5 (bilateral)

Finalmente, para dar cumplimiento al segundo objetivo, que era el de explorar diferencias en las

variables bajo estudio en función de la edad y la escolaridad, se llevaron a cabo dos pruebas de

Kruskal-Wallis por separado. Para el caso de la edad, la muestra fue dividida (ver el análisis de datos más adelante), y luego de realizar la prueba mencionada, se obtuvieron diferencias significa-

tivamente estadísticas en los tres rangos de edad, tanto para los factores de soledad como de salud. Todos los coeficientes se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Diferencias en soledad y salud por grupos de edad.

		Edad en años			H, <i>p</i>	Comparaciones por pareja
		18-30A	31-44B	45-62C		
Soledad	Acompañamiento de pareja	73	60	48	H(2/376); 12.404, <i>p</i> = .002	A – C
	Añoranza	66	55	40	H(2/376); 12.921, <i>p</i> = .002	A – C
Salud	Función física	34	61	69	H(2/384); 23.433, <i>p</i> = .000	C – A
	Rol físico	52	64	66	H(2/378); 7.679, <i>p</i> = .022	C – A
	Rol emocional	70	48	49	H(2/386); 12.678, <i>p</i> = .002	A – B

Los resultados muestran que las personas más jóvenes (18-30 años) dijeron sentir más acompañamiento con la pareja, así como mayor añoranza y más problemas con el rol emocional (problemas emocionales como estar triste que pueden afectar el interés por convivir con otras personas), en comparación con las maduras (45-62 años). Aunado a lo anterior, se evidencia que son justamente

quienes se hallan en este rango de edad quienes experimentan más problemas con la función (dificultad para realizar tareas cotidianas debido a su salud física) y el rol físico (limitaciones o dificultades para realizar actividades físicas).

En lo que respecta a la escolaridad, se hallaron diferencias estadísticamente significativas, cuyos coeficientes pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias en soledad y salud por escolaridad.

		Sec.	Bach.	Lic.	H, <i>p</i>	Comparaciones por pareja
Soledad	Acompañamiento de amigos	20	56	108	H(2/379); 26.922, <i>p</i> = .000	C – A
	Acompañamiento de familia	42	51	77	H(2/372); 7.393, <i>p</i> = .025	C – A
	Sentimiento de vacío	47	63	71	H(2/363); 17.358, <i>p</i> = .000	C – A
Salud	Función física	47	42	74	H(2/379); 23.550, <i>p</i> = .000	C – B
	Rol físico	42	58	82	H(2/373); 9.464, <i>p</i> = .009	A – B

Los hallazgos obtenidos muestran que las personas con menor nivel educativo (secundaria), reportan menor acompañamiento con los amigos y la familia, en comparación con las que tienen licenciatura, siendo así quienes reportan más sentimientos de vacío y más dificultades para ejecutar actividades físicas (Función física) y tareas cotidianas (Rol físico)

DISCUSIÓN

Fernández, Fernández y Cieza (2010) afirman que la salud de las personas, como seres sociales, de-

pende en gran medida de un intercambio interpersonal favorable en términos emocionales y cognoscitivos; al mismo tiempo, el trabajo empírico ha permitido establecer relaciones entre su disponibilidad y la calidad de vida de las personas (Palomar, 2000). Aunque los hallazgos aquí obtenidos muestran correlaciones bajas, resulta posible observar lo anteriormente dicho, ya que a mayor acompañamiento con la pareja y amigos, mayor vitalidad y energía; el estado de salud se estima como excelente y se tienen menos dificultades o limitaciones para realizar tareas domésticas y actividades físicas. En el mismo sentido, un estado óptimo de salud favorece sensaciones de felicidad,

reduce la ansiedad, la depresión y el estrés, al mismo tiempo que mejora las actitudes hacia sí mismo y el entorno, además de ofrecer oportunidades de socialización que mejoran la interacción (Ministerio de Sanidad, 2015). A este respecto, Furman y Wehner (1994) señalan que se ha considerado que las relaciones –particularmente las románticas y de amistad– contribuyen al desarrollo de la competencia interpersonal, la que genera oportunidades para el enriquecimiento mutuo. Lo anterior, aunado a las repercusiones positivas de las vivencias psicológicas que favorecen conductas adaptativas de salud, como la búsqueda de atención médica, el ejercicio y dieta saludable (Barra, 2004), trae consigo grandes beneficios para la salud y tiene efectos positivos sobre los procesos psicofisiológicos del organismo (Smith, Ruiz y Uchino, 2004), lo que puede verse reflejado en menos dificultades y limitaciones físicas.

Paradójicamente, experimentar el acompañamiento de la familia trae consigo repercusiones relacionadas con la falta de energía, vitalidad y felicidad, problemas emocionales que afectan el interés por relacionarse socialmente y que implican más dificultades en las actividades cotidianas y las físicas, más dolor y una estimación más negativa del estado de salud en general, lo que quizá se deba a que, si bien la familia puede ser fuente de satisfacción, bienestar y soporte afectivo, también impulsa y conduce a la preocupación, el cuidado y la atención de las personas consideradas emocionalmente próximas, lo que entraña el cumplimiento de deberes específicos (Izquieta, 1996); además, exige requerimientos energéticos que podrían generar una disminución de la vitalidad y, por consiguiente, estados físicos desagradables. Al representar un alto valor de significado y compromiso social y personal, las carencias o los conflictos pueden ocasionar profundos desequilibrios emocionales y descompensación en el estado de salud debido a que la familia constituye una fuente principal de apoyo que no puede ser sustituida por ninguna otra (Louro, 2003).

De manera similar a los resultados anteriores, los sentimientos de vacío y añoranza repercuten directamente en la vitalidad y el dolor, así como en las dificultades y limitaciones en las actividades cotidianas y físicas, en razón de que emociones negativas como la tristeza, la soledad, la ansiedad

o la depresión coadyuvan al desarrollo de enfermedades psicosomáticas o autoinmunes (Hawkey et al., 2006; Shiovitz y Parag, 2018); asimismo, dichos estados emocionales se asocian comúnmente con trastornos afectivos tales como la depresión, caracterizada por fatiga, falta de iniciativa, apatía y desaliento (Ellis y Grieger, 1981; Instituto Nacional de Neurología, 2017), lo que dificulta la ejecución de las actividades cotidianas, aumenta las sensaciones dolorosas y disminuye los estados positivos, como la felicidad y la vitalidad.

En lo que respecta al segundo objetivo, los resultados muestran que las personas más jóvenes (de 18 a 25 o más años) dijeron contar en mayor medida con una pareja romántica con la que tenían en común los más íntimos y profundos sentimientos, la que las alentaba cuando más lo requerían (acompañamiento con la pareja), o tenían más deseos de encontrar a alguien con quien compartir la vida, y manifestaban una necesidad insatisfecha por una relación romántica cercana (añoranza), aunado a mayores problemas emocionales –como estar triste– que pueden afectar el interés por convivir con otras personas (rol emocional), en comparación con las personas maduras (45-62 años). Tales hallazgos resultan consistentes con lo apuntado por Arnet (2000), quien denomina a dicho periodo “adultez emergente”, la cual se caracteriza por el decremento en la cantidad del tiempo dedicado a los amigos (Reis, Lin, Bennett y Nezelek, 1993), la búsqueda y priorización del establecimiento de una relación de pareja que perdure, la adquisición de nuevas responsabilidades adultas y el inicio de nuevos ciclos vitales. En cuanto a los problemas emocionales, Robinson (2012) considera este periodo como el de mayor riesgo para la aparición de las enfermedades mentales relacionadas con la depresión, debido a la experimentación de crisis emocionales, las que incluyen sensaciones de desolación, aislamiento, inadecuación, dudas de sí mismo, miedo al fracaso (Robbins y Wilner, 2008), soledad, confusión y ansiedad. De igual modo, los cambios en el entorno, la sensación de pérdida de relaciones sociales (amigos, familia, maestros), ciclos de vida y responsabilidades pueden generar inestabilidad y estrés (Arnett, 2006).

Por su parte, el acompañamiento más pobre experimentado con la pareja de entre 45 y 62 años

puede relacionarse con cambios en las funciones sexuales (Minuchin, 1986) y el proceso de separación con los hijos, tras el cual cada miembro de la pareja se enfoca en la búsqueda de satisfacción propia, lo que en conjunto favorece el distanciamiento entre la díada (Sánchez-Aragón, 2016). En lo que respecta a la salud, las dificultades presentes en este periodo se vinculan estrechamente con el decremento en la salud (Organización Mundial de la Salud, 2000), que comienza con la pérdida de potencialidades físicas –alrededor de los 50– y luego con el declive del aspecto físico, la salud, el bienestar y la vitalidad (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010; Navarro, Meléndez y Tomás, 2008).

En conjunto, estas diferencias etáreas resultan congruentes con lo apuntado por Perlman (1988), quien sugiere que la soledad experimentada en las distintas etapas de la vida se asocia con déficits en diferentes dominios del compromiso social, que durante la edad adulta y media son el parentesco y las relaciones matrimoniales los aspectos más importantes. De manera similar, Victor y Yang (2011) señalan que los adultos de edad media y mayor experimentan la soledad en virtud de los déficits en la calidad de sus compromisos sociales, así como la pérdida de una relación de confianza asociada con el abandono o el deceso del cónyuge.

Finalmente, las diferencias por escolaridad mostraron que las personas con menor nivel educativo (secundaria) reportan tener menos acompañamiento por parte de los amigos y la familia, lo que puede deberse a que la educación formal supone un escenario clave en la interacción social del individuo (Silva, 2007) ya que facilita el aprendizaje de habilidades sociales básicas (Pegalajar y Colmenero, 2017), esenciales para el establecimiento y mantenimiento de relaciones fuera de los lazos familiares (amistosas), y amplía, diversifica, fortalece y enriquece dichos vínculos (Holst, Galicia, Gómez y Degante, 2017); por consiguiente, los bajos niveles escolares suponen escasas habilidades sociales y círculos sociales reducidos o deficientes, lo que favorece la percepción de déficits,

ya por la calidad de las relaciones amistosas, ya por el número de amigos que se tienen.

Contrarios a la evidencia empírica existente, los resultados aquí obtenidos muestran que personas con un nivel de licenciatura refieren más sentimientos de vacío y más dificultades para realizar actividades físicas y cotidianas. Para comprender tal hallazgo, resulta necesario considerar lo afirmado por Benavente, Callata y Quispe (2010) respecto a que alcanzar un mayor grado escolar supone eventos potencialmente estresantes, entre los que destacan la competitividad, las exigencias del mercado laboral y académico, el exceso de responsabilidades, la constante evaluación y las presiones familiares, sociales y económicas. Tales eventos conforman un nuevo estilo de vida y modifican los repertorios adaptativos en los que el estrés figura ahora como un elemento constante, lo que genera desgaste y deterioro del cuerpo, aumento de peso, debilitamiento del sistema inmune, ansiedad y falta de interés en las actividades físicas (McEwen y Sapolsky, 2006). En este sentido, Murueta (2016) afirma que los sentimientos de vacío se encuentran estrechamente relacionados con crisis emocionales desencadenadas por el hecho de experimentar frustración de manera continua, y mostrar incapacidad para concretar propósitos individuales y limitaciones para efectuar actividades rutinarias que dejan poco espacio para la creatividad.

Finalmente, es preciso subrayar que, si bien las conclusiones aquí expuestas deben tomarse con mucha cautela, dados los índices estadísticos obtenidos, resultan relevantes ya que muestran congruencia con diversos hallazgos empíricos y teóricos. Asimismo, las discrepancias encontradas pueden sugerir que existen formas indirectas en las que ciertas características sociodemográficas influyen en la salud de las personas. En suma, para trabajos posteriores se sugiere explorar cómo es que algunas de las variables aquí exploradas –y otras más– se comportan en personas con enfermedades crónico-degenerativas y su papel como factores protectores o de riesgo para su desarrollo.

REFERENCIAS

- Acosta Q., C.O., Quintana, J.T., García R. y Echeverría, S. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188.

- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the later teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Arnett, J.J. (2006). The psychology of emerging adulthood: What is known and what remains to be known. En J. J. Arnett y J. L. Tanner (Eds.): *Emerging adults in America. Coming of age in the 21st century* (pp. 303-330). Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Barra A., E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Benavente, T., Callata, L. y Quispe, P. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería. *Enfermería Global*, 4(1), 5-12.
- Bishop, A.J. y Martin, P. (2007). The indirect influence of educational attainment on loneliness among unmarried older adults. *Journal of Educational Gerontology*, 33(10), 897-917.
- Botero de M., B.E. y Pico M., M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
- Cardona J., J., Villamil G., M.M., Henao V., E. y Quintero E, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B.*, 32(1), 9-19.
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I. y Campo A., A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena. Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 637-644.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 678-684.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S. y Gwaltney Jr., J.M. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in adults. *Health Psychology*, 17, 214-223.
- Cutrona, C. (1982). Transition to collage: Loneliness and the process of social adjustment. En L. A. Pleplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 291-309). New York: Wiley.
- Díaz-Loving, R. (1999). Una teoría biopsicosociocultural de la pareja. En R. Díaz-Loving (Ed.): *Antología psicosocial de la pareja* (pp. 13-33). México: Miguel Ángel Porrúa.
- DiTomasso, E. y Spiner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Donovan, N.J., Hsu, D.C., Dagley, A.S., Schultz, A.P., Amariglio, R.E., Mormino, E.C., Okereke, O.I., Rentz, D.M., Johnson, K.A., Sperling, R.A. y Marshall, G.A. (2015). Depressive symptoms and biomarkers of Alzheimer's disease in cognitively normal older adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 46(1), 63-73.
- Dykstra, A.P. y Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men a women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández L., J.A., Fernández F., M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Fernández, O., Muratori, M. y Zubieta, E. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 108(1), 7-23.
- Furman, W. y Wehner, E.A. (1994). Romantic views: Toward a theory of adolescent romantic relationships. En R. Montemayor, G. R. Adams y T. P. Gullotta (Eds.): *Advances in adolescent development: An annual book series. Personal relationships during adolescence* (pp. 168-195). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Giró, J. (2011). Las amistades y el ocio de los adolescentes, hijos de la inmigración. *Papers, Revista de Sociología*, 96(1), 77-95.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (en revisión). Medición de la soledad en México y su relación con el apego. *Ciencia UAT*.
- Hackett, R.A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L. y Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1801-1809.
- Hawkey, C.M., Masi, C.M., Berry, J.D. y Cacioppo, J.T. (2006). Loneliness in a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), 152-164.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Educador.
- Holst M., I.C., Galicia, B.Y., Gómez V., G. y Degante G., A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 12-21.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factor for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Holt-Lunstad, J., Smith T.B. y Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analysis. *Review. PLoS Medicine*, 7(7), 1-20.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson D. (1988). Social relationships and health. *American Association for the Advancement of Science*, 241(4865), 540-545.

- Instituto Nacional de Neurología (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/depresion.html.html>.
- Izquieta E., J.L. (1996). Protección y ayuda mutua en las redes familiares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 74(1), 189-208.
- Jara N., M.I. (2001). Ética de la salud como ética de la vida. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1), 86-102.
- Karnick, P.M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 7-12.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Wilson, S.J. (2017). Lovesick: How couple's relationships influence health. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 421-443.
- López, F., Apodaca, P., Etxebarria, I., Fuentes, M.J. y Ortiz, M.J. (1998). Conducta prosocial en preescolares. *Infancia y Aprendizaje*, 82(1), 45-61.
- Louro B., I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Martínez G., A.E., Piqueras, J.A. y Ramos L., V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890.
- Martos, M.J., Pozo, C. y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93(1), 59-77.
- McEwen, B. y Sapolsky, R. (2006). El estrés y su salud. *Las Hormonas y Usted*. Recuperado de: <https://academic.oup.com/jcem/article/91/2/E1/2843212>.
- Medical Outcomes Trust (1996). *Cuestionario General de Salud SF-36*. Boston: Autor.
- Mejía, R. (2016, mayo 14). "Vacío existencial, un mal contemporáneo" (entrevista con el Dr. Marco Eduardo Murueta). *Psicología y Psicoterapia*. Recuperado de <http://murueta.mx/index.php/textos/64-vacio-existencial-un-mal-contemporaneo>.
- Méndez C., I. y Dober R., M. (2005). *El desarrollo de las relaciones interpersonales en las experiencias transculturales: una aportación del enfoque centrado en la persona*. Tesis inédita de maestría. México: Universidad Iberoamericana.
- Ministerio de Sanidad (2015). *Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población*. Madrid: Autor.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Montero L., L.M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27.
- Moremen, R.D. (2008). The downside of friendship: sources of strain in older women's friendships. *Journal of Women & Aging*, 20(1), 169-187.
- Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Navarro P., E., Mélenz M., J.C. y Tomás M., J.M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19(2), 17-21.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. Ginebra: OMS.
- Palomar L., J. (2000). The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City. *Social Indicators Research*, 50(2), 187-208.
- Pegalajar P., M.C. y Colmenero R., M.J. (2017). Actitudes y formación docente hacia la inclusión en educación secundaria obligatoria. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(1), 84-97.
- Peplau, L.A. (1985). Loneliness. En A. Kuper y J. Kuper (Eds.): *The Social Science Encyclopedia* (p. 474). Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley.
- Perlman, D. (1988). Loneliness: a life span, developmental perspective. En R. M. Milardo (Ed.): *Families and social networks* (pp. 190-220). Newbury Park, CA: Sage.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2010). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Journal of Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Reis, H., Lin, Y.C., Bennett, M. y Nezlak, J. (1993). Change and consistency in social participation during early adulthood. *Developmental Psychology*, 29, 633-645. doi: 10.1037/0012-1649.29.4.633.
- Robbins, A. y Wilner, A. (2008). *Quarterlife crisis: The unique challenges of life in your twenties*. New York: Tacher Perigee.
- Robinson, O.C. (2012). *Development through adulthood: An integrative sourcebook*. Basingtoke (UK): Palgrave Macmillan.
- Rokach, A. (2000). Loneliness and life cycle. *Psychological Reports*, 86(1), 629-642.
- Rokach, A. y Neto, F. (2005). Age, culture and the antecedents of loneliness. *Social Behavior and Personality*, 33(5), 477-494.
- Ruiz B., D. (2001). Relaciones de pareja. *Revista de Educación*, 325, 49-57.

- Sánchez-Aragón, R. (2016). *La pareja romántica en México. Desentrañando su naturaleza comunicativa y emocional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R., García M., M. y Martínez T., B.D. (2017). Encuesta de Salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(3), 5-16.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E. y Pitkälä, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233.
- Sherman, A.M., Vries, B. y Lansford, J.E. (2000). Friendship in childhood and adulthood: Lesson across the life span. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(1), 31-51.
- Shiovitz, E.S. y Parag, O. (2018). Does loneliness “get under the skin”? Associations of loneliness with subsequent change in inflammatory and metabolic markers. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1-10.
- Silva D., I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf.
- Smith, T.W., Ruiz, J.M. y Uchino, B.N. (2004). Mental activation of supportive ties, hostility, and cardiovascular reactivity stress in Young men and woman. *Health Psychology*, 23(1), 476-786.
- Stefani, D., Sedmann, S., Pano, C. y Acrichi, L. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55-65.
- Theeke, L.A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Psychiatric Nursing*, 23(1), 387-396.
- Valladares G., A.M. (2008). La familia. Una mirada desde la psicología. *Revista Electrónica de las Ciencias en Cienfuegos, Medisur*, 6(1), 4-13.
- Victor, C.R. y Yang, K. (2011). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 146(1), 85-104.
- Vinaccia, S., Orizco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Weiss, R. (1982). Issues in study of loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman. (Eds.): *Loneliness. A sourcebook of current theory, research in therapy* (pp. 71-80). New York: Wiley & Sons.
- Zúñiga, M.A., Carrillo J., G.T., Fos, P.J., Gandek, B. y Medina M., M.E. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118.
- Zupiria G., X. (2000). Relaciones interpersonales. Generalidades. En G. X. Zupiria (Ed.): *Relación entre el profesional de la salud y el enfermo* (pp. 9-76). Portugalete: Universidad del País Vasco.

Comunicación y negociación como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad¹

Communication and negotiation as predictors of the use of the condom in incarcerated men

Ricardo Sánchez-Medina, Anabel de la Rosa-Gómez,
David Javier Enríquez-Negrete y Dulce María Velasco-Hernández²

Citación: Sánchez-Medina, R., de la Rosa G., A., Enríquez N., D.J. y Velasco H., D.M. (2020). Comunicación y negociación como predictores del uso del condón en hombres privados de la libertad. *Psicología y Salud*, 30(2), 243-251. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2658>.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar si la comunicación sobre temas sexuales y el estilo de negociación de colaboración-equidad predicen el uso del condón en las relaciones sexuales de hombres privados de la libertad, para lo cual se retomó el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales como marco de referencia. Se evaluó a 687 hombres internados en un centro varonil de reinserción social de la Ciudad de México. Se encontró que la comunicación y el estilo de negociación para usar condón centrado en la colaboración y equidad son variables que predicen el uso de este preservativo en las relaciones sexuales. Las variables de información y motivación que predicen la comunicación son la intención, la autoeficacia, las actitudes y las creencias hacia el uso del condón, así como los conocimientos sobre el VIH/sida; en cambio, los predictores del estilo de negociación fueron las creencias, la autoeficacia y las actitudes hacia el uso del condón y la información sobre el VIH. Los resultados indican la necesidad de desarrollar las habilidades centradas en la comunicación con la pareja y los modos de negociar el uso del condón en las relaciones sexuales en los programas de intervención en dicha población.

Palabras clave: Hombres; Condón; Prevención; Habilidades; Hombres encarcelados.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify whether communication on sexual issues and the collaborative-equity negotiation style predict condom use in male prison inmates' sexual relations. The frame of reference was the model: Information-motivation-skills-behavior. A total of 687 prison inmates in Mexico City were evaluated. Results revealed that communication and negotiation styles for condom use focused on collaboration and equity as variables predicting condom use in sexual relationships. Intention, self-efficacy, attitudes, and beliefs towards condom use, as well as knowledge about HIV/AIDS, were variables predicting communication on information and motivation. On the other hand, predictors for negotiation styles were beliefs, self-efficacy and attitudes towards condom use and HIV information. Results indicate the need of incorporating intervention programs for the development of skills focused on communication with sexual partners, and the ways for negotiating the use of condoms in sexual relationships in such population.

Keywords: Men; Condom; Prevention; Skills; Incarcerated men.

¹ Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA304317. Artículo recibido el 19 de diciembre de 2018 y aceptado el 26 de marzo de 2019.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios Núm. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 39855, correos electrónicos: ricardo.sanchez@iztacala.unam, anabel.delarosa@iztacala.unam, david.enriquez@iztacala.unam y dulce.velasco@iztacala.unam.

INTRODUCCIÓN

La privación de libertad es concebida como el modo en que se despoja a una persona de sus actividades actuales e incluso de sus derechos, obligándolo a cumplir una sentencia en un centro penitenciario por el delito cometido. A partir de ese momento, el sujeto ya no puede decidir nada respecto a su vida, sino que serán otros quienes lo harán (Escaff, Estévez, Feliú y Torrealba, 2013).

Rubio (2013) señala que, para un ser humano, estar privado de la libertad puede resultar una de las experiencias más traumáticas de su vida, ya que es separado de su familia, pareja, amistades, trabajo o escuela; es decir, del entorno social en el que se encontraba antes de su ingreso a la prisión. Este proceso tiende a influir de manera negativa en las personas física y psíquicamente en su adaptación al nuevo medio (Añaños y Jiménez, 2016).

La población privada de la libertad (PPL en lo sucesivo) carga un estigma social. A pesar de los importantes avances del sistema penitenciario en el país, aún se siguen observando casos de exclusión social, laboral y sanitaria (Añaños y Jiménez, 2016; Cutiño, 2015), pues las prácticas permitidas a esta población vulneran no solo su salud, sino también sus derechos fundamentales (Galindo, 2012). Algunas aportaciones de dichos programas, de acuerdo con Cutiño (2015), revelan que, del total de las personas que ingresan a prisión, 11.7% eran usuarios de drogas, y de ellos, alrededor de 35% está infectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La prevalencia del VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en el ámbito penitenciario es mayor que en la población general en la mayoría de los casos, por lo que reducirla es una parte importante de la respuesta nacional (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2012).

Considerando la relevancia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH/sida, dicha Comisión afirma que son un problema de salud pública que se ve agravado por el estigma y la discriminación cuando las personas con VIH y otras ITS se encuentran en internadas en reclusorios.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social que requiere un enfoque po-

sitivo y respetuoso de las relaciones sexuales, de modo que las personas tengan la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de toda coacción, discriminación y violencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

La transmisión del VIH obedece en buena medida a las relaciones sexuales desprotegidas, sobre todo entre hombres, incluso más que el uso de equipo de inyección no esterilizado (CNDH, 2012). De acuerdo con las estadísticas del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) (2018), hasta junio de 2018 los casos notificados de VIH y sida de 1983 a 2018 ascendían a 198,598, y los casos no fatales según su estado de evolución, ascendían a 155,276 (sida, 79,223 y VIH, 76,053), de los cuales 82% correspondían a hombres. Los casos nuevos diagnosticados preliminarmente en 2018 fueron 6,827 (sida, 2,644, y VIH, 4,183); según esas estadísticas, el número de defunciones en México en 1990 fue de 1,503, que en 2017 ascendió a 4,265.

El VIH/sida es una amenaza sanitaria para la población privada de la libertad y un desafío importante para las autoridades encargadas de las instituciones de reinserción social, salud pública y gobiernos en general. Los casos de transmisión por VIH tienden a ser más elevados en los centros de reclusión que fuera de los mismos en todo el mundo, y suelen agravarse con coinfecciones como la hepatitis B y C y la tuberculosis (CNDH, 2012).

La CNDH (2012) afirma que en los centros penitenciarios existen dos vías principales de infección: la primera es a través de los internos adictos a las drogas que comparten las jeringas, y la segunda a prácticas sexuales en condiciones de riesgo, como no usar condón, incluso desde el momento de la reclusión.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la OMS (2007) indican que todos los centros penitenciarios cuentan con programas de salud; sin embargo, por un lado, hay un abasto insuficiente de condones y, por el otro, recursos humanos escasos que se encarguen de cubrir las necesidades de información sobre prevención; o bien personal no capacitado en el problema del VIH/sida, que si bien ha sido capacitado, influyen en él creencias erróneas respecto

al miedo irracional de convivir con personas con VIH/sida. Tal situación se caracteriza, pues, por la falta de conocimientos y por la poca sensibilidad hacia esos internos en la mayoría de centros de reinserción.

El uso del condón forma parte de una de las estrategias más exitosas que se han puesto en práctica para fomentar el sexo protegido y así disminuir la incidencia del VIH/sida y otras ITS. Siempre y cuando se le utilice de manera correcta y consistente, el condón representa uno de los métodos más efectivos para el cuidado de la salud sexual (CENSIDA, 2016).

Asare (2015) ha encontrado que el mejor predictor del uso consistente del condón es la intención; sin embargo, ese modelo no considera variables conductuales tales como la comunicación y la negociación, las cuales son también relevantes ya que tienen un impacto en la prevención de las conductas de riesgo (Fishbein, 2000). Así, uno de los modelos que dan cuenta de ello es el de Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB, por sus siglas en inglés). Este modelo sostiene que el que una persona tenga un comportamiento preventivo—como el uso del condón— depende de las habilidades conductuales y de la información y motivación que posea (Fisher y Fisher, 1992).

Respecto a esas habilidades conductuales, generalmente se evalúa la capacidad que tiene un individuo para ejecutar una conducta en términos de su eficacia (Kiene et al., 2013; McGrane, Mittal, Elder y Carey, 2016). Autores como Leddy, Chakravarty, Dladla, de Bruyn y Darbes (2016), así como Sánchez, Robles y Enríquez (2015), resaltan la importancia de evaluar las habilidades a partir de lo que las personas hacen y no de qué tan capaces se sienten para hacerlo; por ejemplo, la comunicación que establecen con la pareja sexual predice el tener relaciones sexuales protegidas mediante el uso constante y correcto del condón.

Se ha encontrado que la comunicación con la pareja sexual es un predictor consistente del uso del condón en una relación sexual; sin embargo, según el modelo IMB, se requieren también el conocimiento y la motivación necesarios. Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011) afirman que, para que esta habilidad se demuestre, es necesario ofrecer argumentos que convencan

a la pareja de usar condón, los que pueden estar basados en la información que se tiene respecto a la prevención y transmisión del VIH/sida; mencionan además que cuando las personas cuentan con dichas habilidades, serán más frecuentes sus relaciones sexuales protegidas. Otra conducta que se ha tomado en cuenta en este componente tiene que ver con la negociación del uso del condón, ya que cuando la persona sabe cómo hacerla, será más probable que la utilicen en sus relaciones sexuales (Camilleri, Kohut y Fisher, 2015).

Acerca de los componentes del modelo asociados con la información y la motivación, Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) señalan que el uso del condón en las relaciones sexuales está vinculado al desarrollo de ciertos factores psicosociales, como la valoración positiva y la aceptación del condón. Eggers et al. (2015) reportan como predictores del uso adecuado del condón las actitudes favorables, el conocimiento de cómo usarlo y la norma subjetiva.

Uribe et al. (2017) y Robles et al. (2012) han encontrado que la percepción de autoeficacia en el uso del condón es una variable que se vincula con aspectos cognitivos, tales como la intención de usar condón, una buena actitud a ese respecto y la percepción de obtener beneficios al utilizarlo, así mismo, puede estar asociada a las conductas preventivas en el uso adecuado del condón. Iacunacuri (2010) detalla que el estilo de negociación sobre el uso del condón centrado en llegar a un acuerdo con la pareja para utilizarlo en sus relaciones sexuales, fue el que más emplearon los sujetos de su estudio; aunque la mayoría reportó tener la intención de usar condón, tendían más a ajustarse a un acuerdo con su pareja para evitar un conflicto. Es así como la intención, las actitudes y las creencias favorables hacia el uso del condón, además de la comunicación con la pareja sobre la sexualidad, son variables de interés asociadas al uso consistente del condón (Iacunacuri, 2010; Pinos et al., 2017; Sánchez et al., 2015).

Según Fishbein (2000), las intervenciones para un cambio de comportamiento bien diseñadas, dirigidas y enfocadas en la teoría pueden ser eficaces para reducir VIH/sida y otras ITS. Por lo tanto, el presente estudio tuvo dos objetivos fundamentales: identificar si la comunicación sobre

temas sexuales y el estilo de negociación de colaboración-equidad predicen el uso del condón en las relaciones sexuales, e identificar qué variables de información y motivación predicen estas habilidades conductuales, de tal forma que se disponga de indicadores para el diseño de programas de intervención.

MÉTODO

Tipo de estudio

De acuerdo con la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001), el presente estudio fue de corte prospectivo (toda la información se recoge de acuerdo a los criterios establecidos a partir de su planeación), transversal (se miden las variables una sola vez, y las características del grupo en un momento dado), descriptivo (se cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables) y observacional (se describe el fenómeno estudiado sin modificar ninguno de los factores que intervienen en el proceso).

Participantes

La muestra estuvo conformada por 687 hombres recluidos en un centro de reinserción social de la Ciudad de México, a quienes, mediante un muestreo por conveniencia, se invitó a responder un cuestionario (Kerlinger y Lee, 2002). Se trabajó con aquellos que firmaron un formato de consentimiento informado, excluyéndose a quienes no podían responder los instrumentos por problemas de salud física o mental y a quienes no los completaron. La edad promedio de los participantes fue de 27 años. De ellos, 63% eran solteros, y el porcentaje restante correspondió a casados o en unión libre; 59% de ellos tenía estudios de secundaria completa únicamente, 1.9% estudios universitarios concluidos, y el porcentaje restante únicamente estudios primarios. De los participantes, 95.5% eran heterosexuales, 1.7% homosexuales y 2.8% bisexuales. Los delitos que más predominaron en la muestra seleccionada fueron el robo (84%) y la violación (3%).

Instrumentos

Para dar cuenta de las variables sociodemográficas, se solicitaron a los participantes datos personales tales como edad, estado civil, nivel de estudios, número de hijos (si es que los tenían), orientación sexual, ingresos mensuales antes de su ingreso, datos sobre el delito por el que se encontraban privados de la libertad y años de sentencia. También se les preguntó si habían tenido una vida sexual activa y la frecuencia de uso del condón en un periodo de tres meses, lo que respondieron de acuerdo a un formato Likert, con cinco opciones de respuesta (de “nunca” a “siempre”).

Para la evaluación de los componentes del modelo se utilizaron los siguientes instrumentos:

Información

Se utilizó la Prueba de Conocimientos sobre VIH/sida-ITS-uso de Condón (cf. Robles y Díaz-Loving, 2011), mediante el cual se evaluaron áreas como sintomatología, transmisión y prevención del VIH, en el que se incluyen tres reactivos con los que se exploran los conocimientos sobre las características de las ITS, así como seis reactivos para evaluar los que se tienen sobre el uso del condón mediante el procedimiento de respuesta de “cierto/falso”.

Motivación

Se aplicó la Escala de Creencias sobre el Uso del Condón (cf. Robles y Díaz-Loving, 2011), que consta de ocho reactivos sobre creencias de seguridad y protección y tres de creencias negativas, los que se valoran en una escala Likert que va de 1 (“totalmente en desacuerdo”) al 5 (“totalmente de acuerdo”). La consistencia interna en la muestra, evaluada mediante el coeficiente α de Cronbach, fue de 0.84. También se utilizó la Escala de Actitudes hacia el Uso del Condón (cf. Robles y Díaz-Loving, 2011), que incluye cinco reactivos en formato de un diferencial semántico de 1 a 7, con un coeficiente α de 0.87 en la muestra evaluada. Adicionalmente, se utilizaron dos reactivos para evaluar qué tan probable es que los participantes utilicen condón (intención) y qué tan capaces se perciben para usarlo (autoeficacia) en su próxima relación sexual; ambas preguntas se miden en una escala Likert con siete opciones de respuesta.

Habilidades conductuales

Se utilizó la Escala de Comunicación sobre Temas Sexuales (cf. Robles y Díaz-Loving, 2011), que incluye diez reactivos que evalúan la frecuencia con la que los participantes se comunican con su pareja, lo que se responde en una escala Likert que va de 1 (“nunca”) a 5 (“siempre”). Su consistencia interna fue de 0.94.

Por último, se aplicó el Inventario de Estilos de Negociación sobre el Uso del Condón (cf. Robles y Díaz-Loving, 2011), que utiliza seis reactivos centrados en la colaboración-equidad que hacen referencia a acuerdos con la pareja para usar condón. Dicha escala se evalúa mediante una escala tipo Likert con valores que van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”), y tuvo una consistencia interna en la muestra evaluada de 0.85.

Procedimiento

Previo autorización del Consejo Técnico de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario, se llevó a cabo la aplicación del instrumento con el apoyo de personal de la institución, para lo cual se pidió una reunión por dormitorio. Una vez reunidos los participantes, se les explicaron los motivos de la investigación y se les solicitó la firma del formato de consentimiento informado, señalándoles que los datos proporcionados de ninguna manera los utilizaría la institución. A quienes otorgaron su consentimiento se les entregó un cuadernillo con los instrumentos, así como un lápiz para su llenado. La duración de la aplicación fue de aproximadamente treinta minutos.

Análisis de datos

Se realizó un modelo de regresión lineal de pasos sucesivos (*stepwise*), utilizando para ello el paquete estadístico SPSS, v.20, manteniendo solo las variables significativas ($p < 0.05$). Se reportan los datos de β , el valor t y el IC 95%, lo que en conjunto permite explicar o predecir el valor de las variables dependientes sobre la independiente; también se reportan los valores de r y r^2 , que indican la proporción de la varianza total de la variable explicada por la regresión. En un primer momento, se utilizó la frecuencia del uso del condón como variable dependiente, y como variables independientes las centradas en las habilidades (frecuencia de la comunicación sobre temas sexuales y estilo de comunicación de colaboración-equidad). En un segundo momento, se efectuaron dos análisis de regresión lineal de pasos sucesivos, utilizándose cada una de las habilidades como variables independientes, y las variables de información y motivación como variables dependientes.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis de regresión para identificar si las habilidades conductuales predecían la frecuencia del uso del condón. En la Tabla 1 se observa que la comunicación sobre temas sexuales con la pareja y los estilos de negociación para usar el condón centrado en la colaboración-equidad predicen su frecuencia de uso en las relaciones sexuales.

Tabla 1. Habilidades conductuales como predictores de la frecuencia del uso del condón.

Variable	β	t	IC95%
Comunicación sobre temas sexuales con la pareja	.128	2.45*	[.026, -.231]
Estilos de negociación-colaboración-equidad	.103	2.27**	[.014, -.192]
R 210			
R ² 044			
F15 68***			

* $p < .014$. ** $p < .023$. *** $p < .001$.

Con el propósito de conocer qué variables de información y motivación se asocian con dichas habilidades; en la Tabla 2 se presentan los predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja, en donde se observa que la inten-

ción para usar el condón, la autoeficacia para ello, los conocimientos sobre VIH/sida, las actitudes y creencias favorables hacia el uso del condón aumentan la comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Tabla 2. Información y motivación como predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Variable	β	t	IC 95%
Intención para usar condón	.072	3.49*	[.031, -.112]
Autoeficacia para usar condón	.073	3.55**	[.032, -.113]
Conocimientos sobre VIH/sida	.007	2.89**	[.002, -.011]
Actitudes favorables hacia el uso del condón	.064	2.46***	[.013, -.115]
Creencias favorables hacia el uso del condón	.078	2.12***	[006, -.151]
R = .365			
R ² = .133			
F = 20.7*			

* $p < .001$. ** $p < .005$ *** $p < .01$. **** $p < .05$.

Por último, los predictores del estilo de negociación de colaboración-equidad sobre el uso del condón fueron las creencias favorables hacia su uso,

la autoeficacia para usarlo, los conocimientos sobre VIH/sida y las actitudes favorables hacia su uso (Tabla 3).

Tabla 3. Información y motivación como predictores del estilo de negociación del uso del condón: colaboración-equidad.

Variable	β	t	IC95%
Creencias favorables hacia el uso del condón	.280	6.60*	[.197, -.363]
Autoeficacia para usar condón con la pareja	.065	3.11**	[.024, -.106]
Conocimientos sobre VIH/sida	.009	3.35***	[.004, -.014]
Actitudes favorables hacia el uso del condón	.081	2.78****	[.024, -.139]
R = .365			
R ² = .128			
F = 26.1*			

* $p < .001$. ** $p < .002$. *** $p < .001$. **** $p < .005$.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue identificar si la comunicación sobre tópicos sexuales con la pareja y el estilo de negociación de colaboración-equidad predicen el uso del condón en las relaciones sexuales, y la vez identificar las variables de información y motivación del modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) que predicen dichas habilidades, de tal forma que se cuente con indicadores que puedan incluirse en los programas de intervención enfocados a promover la salud sexual en PPL.

Se observó que las dos habilidades evaluadas en su conjunto predicen la frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales. Los valores de β , al ser positivos, indican que para que alguien utilice de manera frecuente el condón en sus relaciones sexuales es necesario que sea alta la frecuencia con la que habla con su pareja sobre la

sexualidad y la negociación del uso del condón para de llegar a un acuerdo sobre su uso.

Lo anterior parece relevante debido a que el desarrollo de estas habilidades puede promover que las personas adquieran un comportamiento sexual preventivo, tal y como se ha demostrado en diversas investigaciones (Camilleri et al., 2015; Kiene et al., 2013; Liu et al., 2014).

De igual forma, dicho modelo señala que para que las personas tengan habilidades conductuales es necesario que posean información y que estén motivados para hacerlo, por lo que adicionalmente se buscó conocer las variables que pueden predecir dichas habilidades. Si bien es cierto que pueden utilizarse modelos más complejos para el análisis (Marsh, Morin, Parker y Kaur, 2014), en la presente investigación se buscó hacer una predicción para cada una de las habilidades que permitiera la toma de decisiones respecto a los elementos a considerar, y asimismo establecer un

pronóstico de lo que podría suceder al modificar los valores de las variables (Austin y Steyerberg, 2015), que en este caso es desarrollar habilidades que aumenten el uso de condón en las relaciones sexuales en hombres privados de la libertad.

Sobre los predictores de la comunicación con la pareja, se encontró que aquellos que tienen la intención de usar el preservativo en su próxima relación sexual, que se sientan capaces de usarlo, que tienen información sobre los síntomas y de cómo se previene y se transmite el VIH, así como las actitudes y creencias favorables hacia su uso, hará más probable que hablen con su pareja sobre temas sexuales y de cómo protegerse al tener relaciones sexuales. En el caso particular del estilo de negociación del uso del condón, se encontró que para que tratasen de llegar a un acuerdo con su pareja sobre el uso del condón, las mismas variables resultaron ser predictoras, excepto la intención para usarlo en su próximo encuentro sexual.

En lo que respecta al componente de información y motivación, los datos concuerdan con lo reportado en diversas investigaciones. Si las personas cuentan con datos sobre cómo prevenir el VIH, será más probable que tengan los argumentos para solicitar el uso del condón (Ehon, 2008; Liu et al., 2014). Otro dato relevante en la presente investigación es que no se evalúa la influencia directa de las variables psicosociales (información y motivación) sobre el uso del condón en relaciones sexuales debido a que hay evidencia empírica que demuestra que tener creencias favorables hacia el uso del condón, niveles altos de conocimientos sobre el VIH/sida, percepción del riesgo e intención para usar el condón en el acto sexual no necesariamente implican que se use el condón en las relaciones sexuales (Lapeira, Acosta y Vásquez, 2016; Oliveira et al., 2012). Algunas explicaciones al respecto indican que usar el condón no solo depende de la percepción favorable, sino de las habilidades que se poseen para ello (Farmer y Meston, 2006; Miller 2006). De esta manera, en la presente investigación se buscó adicionalmente conocer cómo es que las variables de información y motivación pueden influir sobre las habilidades. De esta forma, se necesita, por un lado, evaluar en muestras similares si hay consistencia en las variables que predicen las habilidades y, por otro

lado, analizar si hay otros factores que pueden coadyuvar al desarrollo de las mismas, centrando el análisis en las habilidades que posee la persona para tener un comportamiento preventivo.

Otro aspecto importante de considerar es que la varianza explicada en cada uno de los modelos de regresión fue baja, si bien, de acuerdo con Kline (2011), obtener un valor alto permite predecir de una mejor manera los futuros resultados. Cuando se alcanzan valores estadísticamente significativos pero con valores bajos, es necesario incluir otras variables que pueden incrementar la varianza explicada. Con base en lo anterior, se sugiere evaluar en muestras similares si tales variables siguen prediciendo la frecuencia del uso del condón, e incorporar en la evaluación otras habilidades que se relacionan con ello, como por ejemplo tomar decisiones para tener una conducta preventiva (Vargas, Henao y González, 2007) o usar correcta y consistentemente el condón (Cammilleri et al., 2015).

De igual forma, se requiere que para la evaluación de las habilidades no únicamente se consideren las medidas de autorreporte centradas en la percepción de qué y cómo lo hacen (Lameiras, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; Sanders et al., 2012), sino más bien considerar la evaluación mediante la observación directa en situaciones simuladas sobre cómo lo hacen, ya que se ha visto que hay diferencias considerables entre lo que dicen y lo que realmente hacen cuando se evalúa su ejecución (Miller, 2006; Robles, Rodríguez, Frías y Moreno, 2014). Este punto es relevante dado que, en la medida que se tengan indicadores más fiables de su evaluación, se puede tener una mayor certeza de qué y cómo entrenar las citadas habilidades para lograr que las personas tengan sexo seguro y reduzcan así los índices de infección por VIH.

A modo de conclusión, tal y como lo mencionan Tulloch, McCaul, Milternberg y Smith (2004) y Pérez y Pick (2006), el entrenamiento en habilidades es fundamental para que las personas usen condón en sus relaciones sexuales. En el caso de las personas evaluadas en la presente investigación, es necesario el entrenamiento en habilidades para negociar el uso del condón, y asimismo en las de comunicación sobre cuestiones sexuales con la pareja.

REFERENCIAS

- Añaños, F. y Jiménez, F. (2016). Población y contextos sociales vulnerables: la prisión y el género al descubierto. *Papeles de Población*, 22(87), 1-39.
- Asare, M. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43-50.
- Austin, P. y Steyerberg, E. (2015). The number of subjects per variable required in linear regression analyses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(6), 627-636.
- Camilleri, M., Kohut, T. y Fisher, W. (2015). Condom use behavioural skills mediate the relationship between condom use motivation and condom use behaviour among young adult heterosexual males: An information-motivation-behavioural skills analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 131-140.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA) (2016). *El condón (preservativo)*. México: CENSIDA. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/articulos/el-condon-preservativo?idiom=es>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y SIDA (CENSIDA) (2018). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA, Actualización al 2do. Trimestre del 2018*. México: CENSIDA. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391168/RN_2do_trim_2018.pdf.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2012). *Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA en reclusión* (1ª ed.). México: CNDH. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17_Cartilla_DH_VIH-Sida_Reclusion.pdf.
- Cutiño, S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17(11), 1-41.
- Eggers, A., Aarø, L., Bos, A., Mathews, C., Kaaya, S., Onya, H. y Vries, H. (2015). Sociocognitive predictors of condom use and intentions among adolescents in three sub-Saharan sites. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2):353-365. doi: 10.1007/s1058-015-0525-1.
- Ehon, A. (2008). Assessing sexual communication and condom negotiation among university undergraduate students in sexual relationship; in the era of HIV/AIDS. *Ife Psychologia*, 16(2), 216-239.
- Escaff, E., Estévez, M., Feliú, M. y Torrealba, C. (2013). Consecuencias psicosociales de la privación de la libertad en imputados inocentes. *Revista de Criminalidad*, 55(3), 291-308.
- Farmer, M. y Meston, C. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313-326.
- Fishbein, M. (2000). El papel de la teoría en la prevención del VIH. *AIDS Care*, 12(3), 273-278. doi: 10.1080/09540120050042918.
- Fisher, J. y Fisher, W. (1992). Changing aids-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- Galindo, J. (2012). *Vulnerabilidad en salud de los presos del Penal de Villahermosa, Cali, Colombia*. Tesis inédita de licenciatura. Cali (Colombia): Universidad ICESI.
- Icunacuri, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107-129.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill/ Interamericana.
- Kiene, S.M., Fisher, W.A., Shuper, P.A., Cornman, D.H., Christie, S., MacDonald, S., Pillay, S., Mahlase, G. y Fisher, J.D. (2013). Understanding HIV transmission risk behavior among HIV-infected South Africans receiving antiretroviral therapy: An information-motivation-behavioral skills model analysis. *Health Psychology*, 32(8), 860-868. doi: 10.1037/a0030554.
- Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Lameiras, M., Faílde, J., Bimbela, J. y Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 401-415.
- Lapeira, P., Acosta, D. y Vásquez, M.M. (2016). Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1204-1209.
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., de Bruyn, G. y Darbes, L. (2016). Autoeficacia de la comunicación sexual, normas masculinas hegemónicas y uso del condón entre parejas heterosexuales en Sudáfrica. *Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.* 28(2), 228-233. doi: 10.1080/09540121.2015.1080792.
- Liu, Z., Wei, P., Huang, M., Liu, Y., Li, L., Gong, X., Chen, J. y Li, X. (2014). Determinants of consistent condom use among college students in China: Application of the Information-Motivation-Behavior Skills (IMB) model. *PLOS ONE*, 9(9), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0108976.
- Marsh, H., Morin, A., Parker, P. y Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 85-110.
- McGrane, H., Mittal, M., Elder, H. y Carey, M. (2016). Relationship factors and condom use among women with a history of intimate partner violence. *AIDS Behavior*, 20(1), 225-234. doi: 10.1007/s10461-015-1189-5.

- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Miller, K. (2006). Correct and consistent use of condoms in preventing STDs. *American Family Physician*, 73(4), 703-704.
- Oliveira, A., Gomes, S., Amorim, P., Santos, A., Rodrigues, E. y Bezerra, A. (2012). Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46(3), 707-714.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Temas de salud: salud sexual*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340.
- Pinos, G., Pinos, V., Palacios, M., López, S., Castillo, J., Ortiz, W., Jerves, E. y Enzlin, P. (2017). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. *Actualidades Investigativas en Educación*, 17(2), 1-22. doi: 10.15517/aie.v17i2.28671.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Informe Anual 2007*. Ginebra: ONUSIDA/OMS.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). Autoeficacia para usar condón ante situaciones de riesgo. En S. Robles y R. Díaz-Loving (Eds.): *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)* (pp. 79-93). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. y Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Robles, S., Solano, R., Díaz, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Rubio, F. (2013). Aspectos psicológicos de las personas encarceladas y/o excarceladas. *Nómadas*, 37(1), 1-21.
- Sánchez, R., Robles, S. y Enríquez, D. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 1(1), 114-125.
- Sanders, S.A., Yarber, W.L., Kaufman, E.L., Crosby, R.A., Graham, C.A. y Milhausen, R.R. (2012). Condom use errors and problems: a global view. *Sexual Health*, 9(1), 81-95.
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R. y Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6), 263-267.
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X. y Aguilar, A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915.
- Uribe, J., Riaño, M., Bonilla, N., Carrillo, S., Hernández, Y. y Bahamon, M. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicoagente*, 20(37), 25-35. doi: 10.17081/psico.20.37.2416.
- Vargas, E., Henao, J. y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63.

Estudio longitudinal de estilos de vida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana

Longitudinal study of lifestyles in students of a private university of Metropolitan Lima

Cecilia Chau Pérez-Aranibar¹ y Mariela Tavera Palomino²

Citación: Chau P.A., C. y Tavera P., M. (2020). Estudio longitudinal de estilos de vida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. *Psicología y Salud*, 30(2), 253-263. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2659>.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue comparar los estilos de vida en una muestra de estudiantes universitarios en dos periodos anuales. Para este propósito, se utilizó el cuestionario denominado Fantástico. Los resultados indican que hubo diferencias en estilos de vida tales como alimentación, percepción de manejo del estrés, consumo de cigarrillos y algunos comportamientos de seguridad. Se concluye que la mayoría de los estudiantes no mantenían estilos de vida adecuados en dichos periodos, aunque en el transcurso del tiempo algunos de ellos tendieron a mejorar.

Palabras claves: Estilos de vida; Estudiantes; Conductas saludables.

ABSTRACT

The objective of the present study was to compare the lifestyles in a group of university students of two yearly periods. For this purpose, the "Fantastic" questionnaire was applied. The results revealed differences in such lifestyles as nutrition, perception of stress management, smoking, and security behavior. It is concluded that the majority of students in both periods did not maintain adequate lifestyles, although some of them tend, in time, to improve.

Key words: Lifestyles; Students; Health behavior.

La etapa universitaria implica una serie de cambios emocionales, fisiológicos, ambientales, educativos, alimentarios y familiares que pueden asociarse a una serie de comportamientos de riesgo (Durán, Castillo y Vio, 2009; Gallardo, Muñoz, Planells y Lopez, 2015; Sabbah, Sabbah, Khamis, Sabbah y Droubi, 2013). Además, es una etapa de tránsito al mundo laboral (Intra, Roales y Moreno, 2011), por lo que se le considera como un puente entre la adolescencia y la edad adulta (Gonzalez, 2009).

Añadido a ello, la adolescencia y la juventud constituyen etapas vulnerables para el desarrollo de conductas de riesgo (Herrera, Wagner, Velasco, Borges y Lazcano, 2004; Kwan, Faulkner, Arbur-Nicitopoulos y Cairney, 2013; Lucas, Santos, Pinheiro, Bianchini y Luiz, 2014; Roales, 2004). Los estudios coinciden en que la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo de alcohol (*binge drinking*) y de tabaco tienden a aumentar durante esta etapa (Da Franca y Colares, 2008; Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Duru y Faulkner, 2016; Kwan, Cairney, Faulkner y Pullenayegum, 2012; Kwan, Faulkner, Arbur-Nicitopoulos y Cairney 2013). Por todo ello, la población universitaria puede ser vulnerable a enfermar en el futuro (Intra, Roales y Moreno, 2011).

¹ Pontificia Universidad Católica del Perú, Av. Universitaria 1801 San Miguel, anexo 4597, 6262000 Lima, Perú. correo electrónico: cchau@pucp.edu.pe. Artículo recibido el 27 de marzo de 2019 y aceptado el 27 de febrero de 2020.

² Pontificia Universidad Católica del Perú, Almirante Manuel Villavicencio 1219, Dpto. 501, 997261014 Lince, Lima, Perú, correo electrónico: mariela.tavera@pucp.pe.

A pesar de que el entorno universitario provee diversos conocimientos, la información existente y la comprensión que se tiene de los estilos de vida no necesariamente están relacionados con la práctica de hábitos saludables. En diversos estudios hechos con estudiantes de ciencias de la salud se ha encontrado que la información acerca de la salud y la nutrición no se relacionaba con prácticas saludables en quienes tenían acceso a la misma (Irazusta, Ruiz, Gil, Gil y Irazusta, 2005; Montero, Úbeda y García, 2006; Sajwani et al., 2009).

En general, los estudiantes universitarios tienden a calificar su salud como buena o muy buena a pesar de que reportan una baja ingestión de verduras y frutas, inconsistencia en la realización de la actividad física, falta de sueño y excesivo consumo de alcohol (American College Health Association [ACHA], 2015; Consorcio de Universidades de Lima, 2006; Durán et al., 2009; Lema et al., 2009; Meda et al., 2008; Saravia, 2013). En ese sentido, la percepción de salud no necesariamente es congruente con las enfermedades físicas o mentales que surgen en esta población, puesto que las personas pueden sentirse sanas y sin embargo no estarlo (Ardila, 2003).

En particular, la alimentación de un estudiante universitario no cumple con los requerimientos de una buena nutrición (Durá y Castroviejo, 2011; Vargas, Becerra y Prieto, 2008) debido a que se caracteriza por una ingesta inadecuada de calorías, tanto por defecto como por exceso (Irazusta et al., 2005); también la comida se elige en función del sabor, la disponibilidad y la conveniencia (Yahia, Achkar, Abdallag y Rizk, 2008). Además, los estudios reportan indicadores de sobrepeso y obesidad en esta población (Arroyo et al., 2006; Vella-Zarb y Elgar, 2009). En el Perú, en un estudio realizado por el Consorcio de Universidades de Lima (2006) con 1,256 estudiantes, se encontró que solamente 26.5% consumía frutas y verduras entre una o dos veces por semana. Asimismo, se halló que 22.8% de los estudiantes evaluados reportaron hábitos de alimentación no saludable.

En relación a la actividad física, las investigaciones hechas con jóvenes y adolescentes indican un bajo índice de actividad física, carencia que tiende a exacerbarse con el paso de los años (Buckworth y Nigg, 2004; Durá y Castroviejo, 2011; Durán et al., 2009; Kwan et al., 2012; Kwan et al.,

2013; Sigmundová, El Ansari, Sigmund y Frömel, 2011). El estudio del Consorcio de Universidades de Lima (2006) señaló una tendencia similar entre los estudiantes universitarios peruanos. Si bien 51.4% de los encuestados refirió practicar algún deporte, no cumplían necesariamente con los requisitos para ser considerada una práctica saludable. Becerra (2013) encontró en una muestra de 155 estudiantes de una universidad privada de Lima que los hombres realizaban más actividad física que las mujeres.

Por otro lado, en cuanto a la conducta de sueño, se ha encontrado que los estudiantes universitarios tienen una pobre calidad de sueño (Carter, Chopak-Foss y Punengwe, 2016; Lund, Reider, Whiting y Prichard, 2010), lo que se ha asociado con un estado de ánimo negativo y con problemas de salud mental, sobrepeso y obesidad (Concepción et al., 2014; Quick et al., 2015; Vargas, Flores y Robles, 2014) y con un bajo desempeño académico (Ahrberg, Dresler, Niedermaier, Steiger y Genzel, 2012; Gaultney, 2010; Gilbert y Weaver, 2010). En el Perú, se encontró que 14.1% de los estudiantes universitarios limeños no tenía una práctica saludable de sueño (Consorcio de Universidades de Lima, 2006), siendo la somnolencia una de las dificultades más reportadas por ellos (Boullosa, 2013). En la provincia de Lambayeque se halló que los estudiantes de medicina mostraban una pobre calidad del sueño (Del Piélagos, Failoc, Plasencia y Díaz, 2013; Granados et al., 2013). Según la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) (2012), 56.4% de los jóvenes de 15 a 29 años manifiestan cambios importantes en su ritmo de sueño, sobre todo las mujeres.

Diversos estudios reportan que el consumo de drogas legales e ilegales es un comportamiento de alto riesgo para la salud, e identifican su inicio en la adolescencia y juventud, lo que coincide con la etapa de los estudios universitarios (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2005); Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA], 2005; SENAJU, 2012).

En el caso específico de los estudiantes de este nivel, CEDRO (2005) informó que 97.7% de ellos dijo haber consumido alcohol al menos una vez en su vida, y la Comunidad Andina (CAN, 2013) encontró en una muestra de 5,993 jóvenes que 71.7% de ellos había ingerido alcohol en el último año. Tal

estudio advierte que 18.23% tendría un consumo riesgoso o perjudicial y que 10.54% podría desarrollar dependencia a esta bebida.

Otra sustancia altamente prevalente en la población universitaria es el tabaco. Si bien en los últimos años su consumo ha ido disminuyendo, el porcentaje de la población universitaria es mayor que el de la población general (CAN, 2013). Por otro lado, se ha encontrado que 11.78% de estos jóvenes habría probado marihuana al menos una vez en su vida (CAN, 2013). Si bien el porcentaje podría considerarse bajo en relación al consumo de alcohol o tabaco, es sin embargo mayor al reportado por la población de 12 a 65 años (3.8%) (DEVIDA, 2005) y de 19 a 24 años (10.5%) (CEDRO, 2005).

La organización del tiempo libre es un estilo de vida que afecta la elección de comportamientos que el sujeto lleva a cabo con frecuencia (Rodríguez y Agulló, 1999). Los estudios indican que los estudiantes que tienen un adecuado manejo del tiempo tienen igualmente mayores niveles de satisfacción con la vida (Akgül, Faith y Karaküçük, 2016; Wang, Kao, Huan y Wu, 2011). En el Perú, Saravia (2013) encontró en un grupo de 448 estudiantes universitarios limeños de entre 18 y 29 años que la organización del tiempo libre y del sueño eran sólidos predictores de su salud mental y física, lo que quiere decir que aquellos jóvenes que tenían más estructurado su tiempo libre y su sueño tendían a presentar mejores niveles de salud mental.

Se puede señalar entonces que la población universitaria manifiesta y mantiene por lo general estilos de vida inadecuados que podrían generar diversos problemas físicos y mentales. Es así que la universidad, como una institución educativa que alberga una cantidad importante de adolescentes y jóvenes, es un espacio ideal para promover su salud y bienestar (Consortio de Universidades de Lima, 2013; Kühne y Pérez, 2011; Lange y Vio, 2006).

En este marco, se considera relevante efectuar investigaciones que permitan analizar de forma general los estilos de vida y los cambios que la población universitaria experimenta a través del tiempo, con la finalidad de fomentar acciones que faciliten intervenciones en el corto, mediano y largo plazo en favor del fomento de una cultura de salud. En ese sentido, el objetivo del presen-

te estudio fue describir los estilos de vida de una muestra de estudiantes universitarios limeños y su variación a través del tiempo.

MÉTODO

Participantes

El presente estudio tuvo dos momentos. El primero se llevó a cabo en el año 2012 y el segundo en 2014. Los participantes cursaban los primeros años de estudio y pertenecían a las siguientes facultades de una universidad privada en Lima: Letras y Ciencias Humanas, Derecho, Ciencias e Ingeniería, Ciencias y Artes de la Comunicación, Ciencias Sociales, Artes, Gestión y Alta Dirección, Arquitectura y Urbanismo y Educación. El muestreo se realizó incluyendo a estudiantes de todas las facultades, hombres y mujeres, y de todas las escalas de pago. Se calculó el número necesario de participantes de cada facultad en función del número total de alumnos inscritos en ellas. Se enviaron las invitaciones en tres ocasiones, pero no todas las facultades cumplieron con la cuota necesaria. El cálculo se realizó a través de la Dirección de Informática de la institución.

El primer estudio contó con la colaboración de 683 alumnos (68% de ellos nacidos en la ciudad de Lima), cuyas edades fluctuaron entre 16 y 22 años ($M = 19.16$; $D.E. = 1.63$); del total, 57.5% fueron mujeres y 42.5% hombres.

La mayoría de estudiantes pertenecía al área de Estudios Generales (Letras: 34.6%; Ciencias: 20.5%), seguido de Ciencias e Ingeniería (13.2%) y otras facultades (que en conjunto ascendieron a 31.8%). De ellos, 92.1% no estaba becado. Hubo un total de .9% de datos perdidos.

En el segundo estudio, la muestra estuvo conformada por 218 jóvenes que ya habían participado en el primer estudio. La edad de los participantes en esta medición osciló entre los 19 y 24 años de edad ($M = 21.28$, $D.E. = 1.56$), de ambos sexos, 72 hombres (33%) y 146 mujeres (67%). De ellos, 74.3 % eran originarios de Lima.

Al igual que en el primer momento, más de la mitad de los participantes se hallaba en el área de Estudios Generales (40.8% hombres y 16.1% mujeres), 10.1% en Ciencias e Ingeniería y el resto en otras facultades; 93.1% no estaba becado.

Cabe mencionar que se obtuvo una mayor tasa de respuesta por parte de las mujeres en ambas mediciones ($M = 67\%$, $H = 33\%$). Asimismo, el número de hombres y mujeres que no participaron en la segunda medición fue similar ($H = 48.2\%$ y $M = 51.8\%$).

La aplicación del cuestionario se efectuó de manera virtual. Se informó a los participantes las condiciones del estudio mediante un formato de consentimiento informado sobre el propósito y la naturaleza del estudio, el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de datos que se obtuvieran.

Instrumento

Cuestionario Estilos de Vida (FANTÁSTICO)
(Wilson y Ciliska, 1984).

Este cuestionario incluye componentes de salud física, psicológica y social. Si bien el instrumento original consta de 25 enunciados, en el presente estudio se utilizó la versión de 30 ítems, los cuales se agrupan en los siguientes dominios: asociatividad, actividad física, nutrición, familia y amigos, tabaco, alcohol y otras drogas, sueño, estrés, trabajo, tipo de personalidad, introspección, control de salud, conducta sexual y otro tipo de prácticas. Cada uno de los enunciados cuenta con tres opciones de respuesta, con un valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y que se califican mediante una escala tipo Likert con calificaciones de 0 a 100 puntos.

Este instrumento reporta adecuados índices de confiabilidad (coeficientes α de Cronbach de entre .50 y .89), en estudios realizados en Chile (Cancino, Urzúa y Ulloa, 2009), Colombia (Bohorquez, Briceño y Mora, 2012) y Perú (Honorio, 2010). En la presente investigación se obtuvieron coeficientes de .62 a .79.

Procedimiento y análisis de datos

El estudio contó de la colaboración de la Dirección de Informática de la institución evaluada, la cual se encargó de la realización del muestreo y la aplicación de los instrumentos de manera virtual. La primera aplicación inició el mes de octubre 2012 y duró dos semanas. Se otorgaron dos semanas adicionales enviando una alerta más de parti-

cipación a los alumnos seleccionados. La segunda aplicación se realizó dos años más tarde, en los mismos tiempos del año y a los mismos estudiantes, obteniéndose una tasa de respuesta menor.

Se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics, v. 22, para el análisis de los datos. Se realizó un análisis comparativo de tipo descriptivo de las variables sociodemográficas de sexo y edad en el grupo que participó en ambas mediciones, para lo cual se utilizó la prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Los resultados hallados muestran que, de los treinta ítems del Cuestionario FANTÁSTICO, solo siete de ellos tuvieron diferencias significativas ($p < .05$) entre la medición de 2012 y la de 2014. Estos ítems pertenecían a los dominios Familia y amigos, Nutrición, Tabaco, Tipo de personalidad y Otras conductas. No se hallaron diferencias significativas en ninguno de los ítems de los dominios Asociación y actividad física, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés y Control de salud y conducta sexual.

En relación al dominio de Nutrición, se apreció un cambio significativo en dos ítems. En el primero de ellos, “*A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa*” ($p < .05$; $Z = -3.29$), se observa que la opción de respuesta “*Todas estas*” decrece en 3.2%, mientras que las respuestas “*Ninguna de estas*” y “*Algunas de estas*” aumentaron en 3.2 y 2.3%, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Ítem “A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa”.

Opción de respuesta	2012 ($N = 218$)		2014 ($N = 218$)	
	%	n	%	n
Ninguna de estas	17.4	38	20.6	45
Algunas de estas	58.3	127	60.6	132
Todas estas	14.7	32	11.5	25
Casos perdidos	9.6	21	7.3	16

** $p < .01$ ($Z = -3.297$).

En el dominio Tabaco, dos ítems obtuvieron diferencias significativas entre ambas mediciones.

Uno de ellos fue “Yo fumo cigarrillos” ($p < .05$; $Z = -2.52$). Se observa que la mayoría de alumnos, 54.6 y 54.1%, respectivamente, marcaron la opción “No en los últimos cinco años” y “No en el último año”, siendo esta última opción de respuesta la de mayor variación, presentando un aumento de 5% (Tabla 2).

Tabla 2. “Yo fumo cigarrillos”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
No en los últimos cinco años	54.6	119	54.1	118
No en el último año	7.8	17	12.8	28
Sí este año	23.4	51	22.5	49
Casos perdidos	14.2	31	10.6	23

* $p < .05$ ($Z = -2.524$).

El otro ítem del dominio Tabaco fue “Generalmente fumo [n] cigarrillos por día” ($p < 0.05$; $Z = 3.75$). La mayoría de alumnos no fumaba ningún cigarrillo al día en las dos mediciones (2012: 69.7%; 2014: 75.7%). Asimismo, hubo un aumento de 6% en la segunda medición (Tabla 3).

Tabla 3. “Generalmente fumo [n] cigarrillos por día”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
Ninguno	69.7	152	75.7	165
De 0 a 10	18.4	40	15.5	34
Más de 10	0	0	0.5	1
Casos perdidos	11.9	26	8.3	18

*** $p < .001$ ($Z = -3.754$).

En relación al dominio Trabajo y tipo de personalidad, tres de sus ítems obtuvieron diferencias significativas. Uno de ellos fue “Parece que ando acelerado(a)” ($p < 0.05$; $Z = -3.54$). En este se aprecia que, en ambas mediciones, la mayoría de alumnos: 58.7% en 2012 y 59.1% en 2014, marcaron la opción “Algunas veces” (Tabla 4).

Sobre el dominio de Introspección, en el ítem “Me siento tenso(a) o apretado(a)” ($p < 0.05$; $Z = -3.38$) se muestra un considerable aumento de la opción “Algunas veces” (12.5%). Así también es la que obtuvo mayor tasa de respuesta en las dos mediciones (Tabla 5).

Tabla 4. “Parece que ando acelerado(a)”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
Casi nunca	9.1	20	11.5	25
Algunas veces	58.7	128	59.1	129
A menudo	21.6	47	21.1	46
Casos perdidos	10.6	23	8.3	18

*** $p < .001$ ($Z = -3.54$).

Tabla 5. “Me siento tenso(a) o apretado(a)”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
Casi nunca	9.6	21	7.3	16
Algunas veces	53.2	116	65.7	143
A menudo	27.1	59	19.7	43
Casos perdidos	10.1	22	7.3	16

** $p < .01$ ($Z = -3.378$).

Finalmente, en el dominio Otras conductas, el enunciado “Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las ordenanzas de tránsito” ($p < 0.05$; $Z = -2.61$) se muestra que en ambas mediciones la mayoría de alumnos marcaron la opción “Siempre”: 59.6 y 62.4%, respectivamente (Tabla 6).

Tabla 6. “Como peatón, pasajero del transporte público o automovilista, soy respetuoso(a) de las ordenanzas del tránsito”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
Casi nunca	0	0	1.4	3
A veces	29.4	64	29.4	64
Siempre	59.6	130	62.4	136
Casos perdidos	11	24	6.8	15

** $p < .01$ ($Z = -2.607$).

Por último, respecto al ítem “Uso cinturón de seguridad” ($p < 0.05$; $Z = -2.05$), en 2014 se muestra una mayor frecuencia en la respuesta “Siempre” (7.3%) y un descenso en las opciones “Casi nunca” (1.3%) y “A veces” (2.7%). Así también, se observa que la opción “Siempre” fue la que obtuvo la mayor tasa de respuesta en ambas mediciones (Tabla 7).

Tabla 7. “Uso cinturón de seguridad”.

Opción de respuesta	2012 (N = 218)		2014 (N = 218)	
	%	n	%	n
Casi nunca	1.8	4	0.5	1
A veces	13.3	29	10.6	23
Siempre	73.4	160	80.7	176
Casos perdidos	11.5	25	8.2	18

* $p < .05$ ($Z = -2.045$).

DISCUSIÓN

La adolescencia y juventud constituyen periodos clave para la adopción de comportamientos relacionados con la salud, entre los que destacan la inactividad física, el consumo de alimentos considerados no saludables, el uso del tabaco, alcohol y otras drogas, las prácticas sexuales de riesgo y las conductas violentas o imprudentes que ponen en riesgo su vida, entre otros (Berger, 2001; Santrock, 2006).

Los estudios muestran que los jóvenes no perciben riesgos en relación a las consecuencias de no tener un estilo de vida saludable, pues se encuentran escasamente identificados con los problemas de salud, los que suelen aparecer a edades más tardías (Santrock, 2006; Taylor, 2007). Por ello, se hace necesaria la focalización en el conocimiento y la evaluación de las conductas de salud en la población joven, al igual que de los factores psicológicos que se asocian a ella.

Los hallazgos indican que, de los dominios del cuestionario FANTÁSTICO, siete de ellos mostraron diferencias significativas entre los periodos 2012 y 2014.

En cuanto a la nutrición, se observa que los participantes disminuyeron el consumo de altos contenidos de azúcar, sal o grasas, lo que sugiere que tienen ahora una alimentación más sana. Este hallazgo plantea la relevancia del entorno como facilitador de conductas que tendrán un efecto en la salud (Dooris, 2005). En el ámbito universitario, y en general en la sociedad, ha aumentado la disponibilidad de alimentos saludables y hay ya una mayor conciencia de la importancia de su consumo (Andonova, 2014; Freedman y Connors, 2010). De la misma manera, en los entornos educativos hay esfuerzos por facilitar a los estudiantes cono-

cimientos sobre la nutrición, lo que posiblemente podría relacionarse con el creciente consumo de alimentos saludables (Ha y Caine-Bish, 2009; Kelly, Mazzeo y Bean, 2013; Yahia, Brown, Rapley y Chung, 2016).

De modo similar, una adecuada dieta se relaciona con el control de peso. Esta relación adquiere la mayor importancia durante la adolescencia y la juventud debido a la valoración social que tiene el peso y la forma del cuerpo (Hidalgo, Hidalgo, Rasmussen y Montaña, 2011; Saravia, 2013). A ello se suma la constante exposición de cuerpos esbeltos en los medios de comunicación, que podrían generar cambios en los patrones de alimentación de los jóvenes (Knobloch-westerwick y Crane, 2011; Lattimore y Hutchinson, 2010; Thomsen, 2002).

En relación al consumo de tabaco, se encontró que los jóvenes universitarios consumen una menor cantidad de cigarrillos, e incluso algunos de ellos no han consumido ninguno durante el último año. Esta tendencia es global y responde a las medidas para detener el tabaquismo sugeridas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Entre estas medidas se encuentran la advertencia de los peligros del tabaco, la prohibición de su publicidad, promoción y patrocinio, y el aumento del impuesto de esta sustancia (OMS, 2008). En el Perú ha habido una mayor regulación del tabaco mediante la ley que prohíbe fumar en entidades educativas y públicas cerradas (El Peruano, 2010; Ministerio de Salud [MINSA], 2016). Es preciso destacar entonces la importancia del entorno debido a que desempeñará un papel fundamental para el desarrollo o creación hábitos de salud (Lange y Vio, 2006). En ese sentido, la disponibilidad o no de sustancias dañinas en ese entorno es un factor importante en su consumo (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2013).

A pesar de los datos alentadores sobre la disminución del consumo de tabaco en todo el mundo, y específicamente en la población universitaria, la CAN (2013), en un estudio realizado con estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, advierte que la prevalencia del consumo de tabaco había aumentado de 31.1% en el año 2009 a 33.7% en 2012. Este hallazgo indica la importancia de conocer las características particulares de esta población con la finalidad de

diseñar programas y medidas de promoción eficaces que fortalezcan la concienciación sobre los efectos nocivos de esta droga lícita.

En relación al dominio de Tipo de personalidad, se halló un aumento de 53.2 a 65.7% en cuanto a la percepción del estrés en la opción “Alguna vez”, mientras que el porcentaje de estudiantes que señalaron sentirse tensos “A menudo” disminuyó de 27.1 a 19.7%. Lo anterior podría sugerir que la tensión percibida por los estudiantes universitarios surge durante ciertos periodos; es decir, que no se trata de una condición permanente o crónica. Al respecto, las investigaciones indican que el nivel de estrés durante el periodo de las evaluaciones o exámenes tiende a aumentar de manera significativa (Monzón, 2007; Pozos, Preciado, Acosta, Aguilera y Delgado 2014). Tal resultado muestra que los estudiantes consideran los exámenes, la sobrecarga de trabajos y la falta de tiempo, entre otros factores, como los principales estresores de la vida universitaria (Boullosa, 2013; Pozos et al., 2014). De la misma manera, es importante considerar que a lo largo del tiempo los jóvenes desarrollan estrategias que les permiten lidiar con dicho estrés (Polo, Hernández y Poza, 1996). Según indican los estudios realizados con estudiantes peruanos, utilizan en mayor medida las estrategias orientadas al problema (Becerra, 2013; Boullosa, 2013; Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003).

Por último, en relación a Otras conductas, los estudiantes reportan ser más respetuosos como peatones, pasajeros o conductores de las normas de seguridad vial. Este mayor acatamiento de las normas podría relacionarse con la formación ciudadana propia del espíritu de la educación superior, que permite reconocer al otro en igualdad de derechos y condiciones (Martínez, 2006), lo que repercute no únicamente en lo concerniente a la ciudadanía y las relaciones interpersonales, sino también en el cuidado físico de lo que rodea al individuo. Posiblemente otro factor interviniente podría ser el énfasis y el esfuerzo por parte de las unidades policiales para lograr el cumplimiento de las normas de tránsito. En el Perú, durante los últimos seis años, la reforma de transporte ha incluido la creación de la Superintendencia de Transporte Terrestre de Personas, Carga y Mercancía (cfr. SUTRAN, 2011) que ha puesto énfasis en el desarrollo de proyectos de prevención vial (El Peruano,

2009; Ministerio de Transportes y Comunicaciones, s/f). De la misma manera, se ha formulado el Plan Nacional de Seguridad Vial del Perú, en el cual esta es considerada como prioridad de la gestión pública y en la que la educación vial desempeña un importante rol para su ejecución (Ministerio de Transportes y Comunicaciones, 2015).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se podría señalar la importante disminución del número de participantes en el segundo momento. Inicialmente se contó con la colaboración de 683 estudiantes en 2012, pero solo de 218 en 2014. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que el instrumento recoge solo algunos estilos de vida; además, representa una primera aproximación al estudio del problema analizado porque no brinda información más precisa y detallada sobre la complejidad de esas conductas. Se debe también tomar en cuenta el efecto de la deseabilidad social, por lo cual se pudo haber registrado algunos estilos de vida inadecuados, no obstante se garantizó a los participantes el anonimato y la confidencialidad de sus datos.

Se recomienda fomentar la ejecución de estudios longitudinales que hagan posible identificar los cambios en los estilos de vida que aparecen a lo largo del tiempo en los espacios universitarios. De la misma manera, resultaría enriquecedor estudiar cada estilo de vida, considerando no solo su práctica, sino también los factores que facilitan o dificultan que se lleven a cabo determinadas conductas de salud. En esa línea, sería trascendente complementar estudios descriptivos con enfoques cualitativos que permitan una profundización en las dinámicas de tales conductas.

Los resultados de la presente investigación representan un marco general de la mejora o deterioro de las conductas de salud, lo cual podría ser la base para sustentar y crear programas de intervención para la promoción de estilos de vida saludables. De esta manera, se podría comenzar a trabajar con los estilos que se encuentren más debilitados, así como también continuar fortaleciendo aquellos que muestran mejoras significativas.

Como conclusión general, se considera que los estilos de vida de los estudiantes universitarios manifestaron ligeras mejoras tanto en el año 2012 como en el 2014. No obstante, no hay que perder de vista que en el presente estudio se consideraron

solamente algunas conductas, por lo cual no se desestima que exhiban comportamientos de riesgos que afecten su salud. Al tener en cuenta que las características propias de su etapa de desarrollo impulsan frecuentemente comportamientos de

riesgo, se considera que una de las tareas de la universidad, además de fomentar la educación para la salud, es hacer menos disponibles aquellos estímulos que propicien conductas no saludables.

REFERENCIAS

- Ahrberg, K., Dresler, M., Niedermaier, S., Steiger, A. y Genzel, L. (2012). The interaction between sleep quality and academic performance. *Journal of Psychiatric Research*, 46(12), 1618-1622. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.09.008.
- Akgül, B., Fatih, I. y Karaküçük, S. (2016). Evaluating free time management and its relation to life satisfaction, most participated leisure activities and gender among college students in Turkey. *Social Sciences and Humanities Journal*, 11(2), 2-18.
- American College Health Association (ACHA) (2015). *American College Health Association–National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2015*. Hanover, MD: American College Health Association.
- Andonova, A. (2014). Information and awareness of the students' healthy eating. *Trakia Journal of Sciences*, 12(1), 362-366.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arroyo, I., Rocandio, A.M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I. y Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673-679.
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis inédita de Maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Berger, K. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Bohorquez, L., Briceño, C. y Mora, L. (2012). *Caracterización de los estilos de vida del adulto mayor que asiste al Coliseo de la Luna en Chía*. Trabajo de grado. Chía (Colombia): Universidad de la Sabana.
- Boullousa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. Tesis inédita de licenciatura. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Buckworth, J. y Nigg, C. (2004). Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. *Journal of American College Health*, 53(1), 28-34.
- Cancino, J., Urzúa, R. y Ulloa, D. (2009). Estilos de vida y nivel de actividad física de los alumnos de kinesiología de la Universidad de las Américas (Chile) durante el primer semestre del año 2008. *Kronos*, 8(16), 39-44.
- Carter, B., Chopak-Foss, J. y Punengwe, F. (2016). An analysis of the sleep quality of undergraduate students. *College Student Journal*, 50(3), 315-322.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(3), 363-392.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (2005). *Estudio sobre drogas en universitarios de Lima*. Lima: CEDRO.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2005). *I Encuesta sobre información, hábitos y actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima metropolitana, 2005*. Lima: Mesa de Trabajo de Universidades/DEVIDA.
- Comunidad Andina (CAN) (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012*. Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Concepción, T., Barbosa, C., Vélez, J.C., Peper, M., Andrade, A. Yanez, D. y Williams, M. (2014). Daytime sleepiness, poor sleep quality, eveningness chronotype, and common mental disorders among Chilean college students. *Journal of American College Health*, 62(7), 441-448. doi: 10.1080/07448481.2014.917652.
- Consortio de Universidades de Lima (2006). *Perfil de los estudiantes del Consorcio de Universidades: resumen y análisis*. Lima: Autor.
- Consortio de Universidades de Lima (2013). *Guía para universidades saludables*. Lima: Autor.
- Da Franca, C. y Colares, V. (2008). Comparative study of health behavior among college students at the start and end of their courses. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 420-427.
- Del Piélago, A.F., Failoc, V.E., Plasencia, E.A. y Díaz, C. (2013). Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Acta Médica Peruana*, 30(4), 63-68.
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55-65. doi: 10.1093/heapro/dai030.

- Durá, T. y Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.
- Durán, S., Castillo, M. y Vio, F. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(3), 200-209.
- El Peruano (2009, 16 de junio). *Normas Legales 397625*. Lima. Recuperado de http://www.gacetajuridica.com.pe/servicios/normaspdf_2009/junio/16-06-2009.pdf.
- El Peruano (2010, 1 de abril). *Normas Legales 29517*. Lima. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/24092013_LEY_29517.pdf.
- Freedman, M.R. y Connors, R. (2010). Point-of-purchase nutrition information influences food-purchasing behaviors of college students: A pilot study. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 1222-1226. doi: 10.1016/j.jada.2010.05.002.
- Gallardo E., A., Muñoz, M.J., Planells, E.M. y López, I. (2015). La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 975-979. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8303.
- Gaultney, J.F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97. doi: 10.1080/07448481.2010.483708.
- Gilbert, S.P. y Weaver, C.C. (2010). Sleep quality and academic performance in university students: a wake-up call. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24, 295-306. doi: 10.1080/87568225.2010.509245.
- Granados C., Z., Bartra A., A., Bendezú B., D., Huamanchumo M., J., Hurtado N., E., Jiménez F., J. y Chang D., D. (2013). Calidad del sueño en una facultad de medicina de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(4), 311-314.
- Ha, E. y Caine-Bish, N. (2009). Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 103-109. doi: 10.1016/j.jneb.2008.07.001.
- Herrera, M., Wagner, F., Velasco, E., Borges G. y Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46, 132-140.
- Hidalgo S.M., A., Hidalgo R., C., Rasmussen C., B. y Montañó E., R. (2011). Calidad de vida según percepción y comportamientos de control de peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*. 27(1), 67-77.
- Intra, M., Roales N., J. y Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del período educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 139-147.
- Irazusta, A., Ruiz, F., Gil, S., Gil, G. e Irazusta, J. (2005). Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería. *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, 27, 99-107.
- Kelly, N.R., Mazzeo, S.E. y Bean, M.K. (2013). Systematic review of dietary interventions with college students: directions for future research and practice. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(4), 304-313. doi: 10.1016/j.jneb.2012.10.012.
- Knobloch-westerwick, S. y Crane, J. (2011). A losing battle: effects of prolonged exposure to thin-ideal images on dieting and body satisfaction. *Communication Research*, 39(1), 79-102.
- Kühne, W. y Pérez, P. (2011). *Guía de apoyo psicológico para universitarios: formación integral y autocuidado* (2ª ed.). Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Kwan, M.Y., Arbur-Nicitopoulos, K.P., Duku, E. y Faulkner, G.E. (2016). Patterns of multiple health risk-behaviours in university students and their association with mental health: application of latent class analysis. *Research, Policy and Practice*, 36(8), 163-170.
- Kwan, M.Y., Cairney, J., Faulkner, G.E. y Pullenayegum, E.E. (2012). Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood. A longitudinal cohort study. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(1), 14-20. doi: 10.1016/j.amepre.2011.08.026.
- Kwan, M.Y., Faulkner, G.E., Arbur-Nicitopoulos, K.P. y Cairney, J. (2013). Prevalence of health-risk behaviours among Canadian post-secondary students: descriptive results from the National College Health Assessment. *BMC Public Health*, 13(1), 1-6. doi: 10.1186/1471-2458-13-548.
- Lange, I. y Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Lattimore, P. y Hutchinson, R. (2010). Perceived calorie intake and state body-image satisfaction in women attempting weight loss: A preliminary investigation. *Body Image*, 7(1), 15-21.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88.
- Lucas P., R., Santos S., D.A., Pinheiro G., A., Bianchini Q., T.M. y Luiz P., E. (2014). Sociodemographic determinants of university student's lifestyles. *Revista de Salud Pública*, 16(3), 382-393. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.33164>.
- Lund, H.G., Reider, B.D., Whiting, A.B. y Prichard, J.R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124-132. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.

- Martínez, M. (2006). *Formación para la ciudadanía y educación superior*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Meda, R., De Santos, F., Lara, B., Verdugo, J., Palomera, A. y Valadez, M. (2008). Evaluación de la percepción de calidad de vida y estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8, 5-16.
- Ministerio de Salud de Perú (2016, 31 de mayo). *Ambientes 100% libres de humo de tabaco salvan vidas*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51ynota=18533>.
- Ministerio de Transportes y Comunicaciones (s/f). *Proyecto Piloto: ¡Cuida tu vida!* Lima: Autor.
- Ministerio de Transportes y Comunicaciones (2015). *Formulación del Plan Nacional de Seguridad Vial del Perú 2015-2024*. Lima: Autor. Recuperado de https://www.mtc.gob.pe/cnsv/Proyecto%20del%20Plan%20Nacional%20de%20Seguridad%20Vial%202015_2024.pdf.
- Montero, A., Úbeda, M. y García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimenticios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Monzón, M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAS_UNODC-CEDRO.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Plan de medidas MPOWER*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf?ua=1.
- Polo, A., Hernández, J. y Poza, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 159-172.
- Pozos R., B.E., Preciado S., M., Acosta F., M., Aguilera V., M. y Delgado G., D.D. (2014). Academic stress as a predictor of chronic stress in university students. *Psicología Educativa*, 20, 47-54. doi: 10.1016/j.pse.2014.05.006.
- Quick, V., Shoff, S., Lohse, B., White, A., Horacek, T. y Greene, G. (2015). Relationships of eating competence, sleep behaviors and quality, and overweight status among college students. *Eating Behaviors*, 19, 15-19. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.06.012.
- Roales N., J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2), 247-259.
- Sabbah, I., Sabbah, H., Khamis, R., Sabbah, R. y Droubi, N. (2013). Health related quality of life of university students in Lebanon: Lifestyles behaviors and socio- demographic predictors. *Health*, 5(7), 1-12. doi: 10.4236/health.2013.57A4001.
- Sajwani, R.A., Shoukat, S., Raza, R., Shiekh., M.M., Rashid, Q., Siddique, M.S., Panju, S. y Kadir, M. (2009). Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. *Journal of Pakistan Medical Association*, 59(9), 650-655.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Saravia, J. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis inédita de Maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) (2012). *Primera Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados finales*. Lima: Autor.
- Sigmundová, D., El Ansari, W., Sigmund, E. y Frömel, K. (2011). Secular trends: a ten-year comparison of the amount and type of physical activity and inactivity of random samples of adolescents in the Czech Republic. *BMC Public Health*, 11(1), 731. doi: 10.1186/1471-2458-11-731.
- Superintendencia de Transporte Terrestre de Personas, Carga y Mercancía (SUTRAN) (2011, 17 de junio). *En 13% disminuyeron los accidentes de tránsito con daños personales debido a planes de fiscalización ejecutados al servicio de transporte interprovincial*. Lima: SUTRAN.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill.
- Thomsen, S.R. (2002). Health and beauty magazine Reading and body shape concerns among a group of college women. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79, 988-1007.
- Vargas Z., M., Becerra B., F. y Prieto S., E. (2008). Evaluación antropométrica de estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 443-452.
- Vargas, P.A., Flores, M. y Robles, E. (2014). Sleep quality and body mass index in college students: the role of sleep disturbances. *Journal of American College Health*, 62(8), 534-541. doi: 10.1080/07448481.2014.933344.
- Vella-Zarb, R.A. y Elgar, F.J. (2009). The 'Freshman 5': A meta-analysis of weight gain in the freshman year of college. *Journal of American College Health*, 58(2), 161-166. doi: 10.1080/07448480903221392.

- Wang, W., Kao, C., Huan, T. y Wu, C. (2011). Free time management contributes to better quality of life: a study of undergraduate students in Taiwan. *Journal of Happiness Studies*, 12, 561-573. doi: 10.1007/s10902-010-9217-7.
- Wilson, W.D.M. y Ciliska, D. (1984). Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Canadian Family Physician*, 30, 1527-1532.
- Yahia, N., Achkar, A., Abdallag, A. y Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7(32), 1-6. doi: 10.1186/1475-2891-7-32.
- Yahia, N., Brown, C., Rapley, M. y Chung, M. (2016). Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students. *BMC Public Health*, 16, 1-10. doi: 10.1186/s12889-016-3728-z.

Propiedades psicométricas del Children Psychological Well-being Scale en población colombiana¹

Psicometric properties of the Children Psychological Well-being Scale in Colombian population

Stefano Vinaccia-Alpi², Nazanin Abed³, Andrea Ortega-Bechara²,
Rosangela Raleigh², César Andrés Gómez-Acosta⁴,
María Alejandra Vieira², Yuli Jiménez²,
Lina López-Pico² y Brayán Vinasco²

Citación: Vinaccia-Alpi, S., Abed, N., Ortega-Bechara, A., Raleigh, R., Gómez-Acosta, C.A., Vieira, M.A., Jiménez, Y., López-Pico, L y Vinasco, B. (2020). Propiedades psicométricas del Children Psychological Well-being Scale en población colombiana. *Psicología y Salud*, 30(2), 265-273. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2660>.

RESUMEN

Si bien se han desarrollado y validado algunos instrumentos para medir la calidad de vida en adolescentes y adultos colombianos, y en otros países también se han realizado investigaciones en niños; cabe mencionar que, no hay evidencia de estudios similares en Colombia. Por tal motivo, el objetivo de la siguiente investigación fue describir las propiedades psicométricas iniciales de la versión en español del Children Well-Being Scale [CPWS] en una muestra poblacional de 229 niños preescolares colombianos entre 3 y 6 años de edad. Se desarrollaron análisis descriptivos, análisis de dimensionalidad de los modelos a través de análisis factorial confirmatorio, análisis de correlaciones de Pearson, y una serie de análisis de varianza y de pruebas *t* de los factores de la CPWS según la información sociodemográfica de los participantes. Los resultados indicaron que los análisis factoriales confirmatorios realizados apoyan la estructura factorial del CPWS propuesta en la validación original en Irán. Adicionalmente, los indicadores psicométricos obtenidos en la traducción colombiana corresponden con los criterios de bienestar psicológico en niños definidos por la teoría que sustenta este tipo de instrumentos. Finalmente, el CPWS como un cuestionario original, mantiene tres factores: autoconcepto, satisfacción con la vida y resiliencia, con validez y confiabilidad aceptables.

Palabras clave: Escala de bienestar psicológicos en niños; Bienestar psicológico; Propiedades psicométricas; Niñez.

ABSTRACT

Although some instruments have been developed and validated to measure quality of life in Colombian adolescents and adults, and there is a history of measuring this variable with children in the world, there is no evidence from similar studies in Colombia. The objective of the present study was to develop construct validity and reliability of the Spanish version of the Children Well-Being Scale [CPWS] in a population sample of 229 Colombian preschool children ages 3 to 6 years. Through a cross-sectional descriptive and instrumental study, the CPWS questionnaire was applied to parents of preschool children of both sexes of the department of Córdoba, Colombia. Descriptive, dimensionality analyses of the models included confirmatory factor analysis, Pearson

¹ Los autores agradecen el apoyo de las instituciones universitarias mencionadas que hicieron posible el presente trabajo colaborativo, financiado por la Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainum". Artículo recibido el 8 de junio de 2019 y aceptado el 16 de enero de 2020.

² Programa de Psicología, Universidad del Sinú, Carrera 1w 38-153, Montería, Colombia, correos electrónicos: vinalpi47@hotmail.com y stefanovinacci@unisinu.edu.co.

³ Shadid Beheshti University, Tehran Province, District 1, Daneshjou Boulevard, 19839 69411, Irán.

⁴ Fundación Universitaria Sanitas, Ak 68 Núm. 22A-30, Bogotá, Colombia.

correlation analysis, and a series of variance analysis (ANOVA) and t-tests for CPWS factors according to the socio-demographic information of participants. The results first indicated the confirmatory factor analyses performed support the factor structure of the CPWS proposed in the original validation in Iran. In addition, the psychometric indicators obtained in the Colombian translation correspond to the criteria of psychological well-being in children defined by the theory behind this type of instrument. Finally, the CPWS questionnaire, as did the original questionnaire, maintained three factors: self-concept, life satisfaction and resilience, with acceptable validity and reliability.

Key words: Children Well-Being Scale; Psychological wellbeing; Psychometric properties; Childhood.

El bienestar subjetivo (SWB) es un constructo teórico desarrollado en los años 80 por el psicólogo norteamericano Ed Diener, quien lo define como el proceso que llevan a cabo las personas para alcanzar a experimentar bienestar (Diener, 1984).

En la definición de bienestar subjetivo hay dos aspectos centrales que deben tenerse en cuenta: el de tipo afectivo y el de tipo cognitivo (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). El primero se refiere al componente emocional, por lo que los niveles de afecto positivo y negativo son los que se utilizan para indicar el nivel de bienestar. El aspecto cognitivo alude a la evaluación cognitiva consciente de la vida de cada individuo, en la que compara sus circunstancias vitales con un estándar autoimpuesto. Lo anterior es operacionalizado con el constructo *Satisfacción de vida* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

El estudio del bienestar subjetivo, componente inmaterial de la calidad de vida, permite entonces conocer y analizar las percepciones y valoraciones que los niños, en este caso, hacen de sus principales dominios de vida, así como de sus aspiraciones y niveles de satisfacción (Diener, 2000; Diener, Tay y Oishi, 2013).

Respecto al bienestar subjetivo en niños, numerosos estudios han indicado que las relaciones con agentes tales como la familia, los amigos y los maestros, son determinantes para garantizarlo (Bratterud, Sandseter y Seland, 2012; Fattore,

Mason y Watson, 2009; Foley et al., 2012; Holder y Coleman, 2009; Thoilliez, 2011).

Se ha encontrado que el bienestar subjetivo de un niño en edad preescolar se vincula con la forma en que piensa de sí mismo, de los demás y en cómo se siente con otras personas y consigo mismo (Mihaela, 2015), lo cual, a su vez, se asocia con su capacidad de adaptación a las tareas diarias (Denham, Wyatt, Bassett, Echeverría y Knox, 2009).

El bienestar subjetivo de los niños en edad preescolar se refleja además en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos; además incluye un cierto número de competencias necesarias para que crezcan y se adapten a la escuela y al entorno social por el resto de su vida, como la inteligencia social y la flexibilidad comportamental (Abed, Pakdaman, Heidari y Tahmassian, 2016). Dichas competencias incluyen la capacidad para expresar sentimientos e identificar o entender los sentimientos del otro, empatizar con otras personas y regular su comportamiento para ajustarse a las conductas que identifica en los demás. Hay otros factores importantes, como las emociones positivas que los niños pueden sentir (felicidad, optimismo, amor, confianza en sí mismo, curiosidad, inspiración, diversión, paz interior y otros más), que, de acuerdo con Darling-Churchill y Lippman (2016), desempeñan un importante papel en el desarrollo psicoafectivo del niño y en su bienestar emocional y social.

El desarrollo de instrumentos de medición válidos y confiables es un elemento que se ha considerado imprescindible en el bienestar subjetivo. A este respecto, se han diseñado instrumentos específicos para medirlo en la referida población, algunos de los cuales se comentan a continuación.

La encuesta Tellus, que se desarrolló para aplicarse en línea, sondeó mediante cinco preguntas las opiniones de niños ingleses de entre 7 y 10 años sobre la felicidad y las relaciones con amigos y familiares (Chamberlain, George, Golden, Walker y Benton, 2010). Por otro lado, en la misma Inglaterra, desde 1994 se ha aplicado el Cuestionario para Jóvenes del Panel de Hogares (cf. McAuley y Rose, 2010), que indaga tres dimensiones en niños de 11 a 15 años: felicidad (familia, amigos, satisfacción general, escuela), preocupación (tristeza,

desesperanza, depresión) y autoestima (agradar a los demás y sentirse útil). Sobre la misma línea de trabajo, la Escala de Bienestar Stirling para Niños (SCWBS) se elaboró para medir el bienestar emocional y psicológico en diferentes contextos comunitarios en niños de 8 a 15 años, instrumento cuyos indicadores son el optimismo, la alegría, la capacidad, las relaciones interpersonales satisfactorias, la claridad del pensamiento y las competencias (Godfrey, Devine-Wright y Taylor, 2015).

Si bien los instrumentos mencionados han propiciado una forma objetiva de medir el bienestar psicológico (particularmente en niños mayores de 6 años y en adolescentes europeos), es evidente que la medición del bienestar en niños aún es un campo incipiente y poco explorado en niños menores de esa edad. Adicionalmente, en idioma español no existen instrumentos psicométricos válidos y confiables para evaluar el bienestar en la población infantil en el contexto latinoamericano, lo que constituye un problema en cuanto que la medición objetiva de dicha dimensión es útil para formular políticas públicas para el fomento de ciertos factores protectores de la salud mental y la prevención de factores de riesgo en situaciones negativas, particularmente con los niños que habitan en esta región del mundo (Alfaro, Casas y López, 2015). En razón de lo anterior, se considera que la versión en español de la Children Psychological Well-being Scale, o CPWS, publicada originalmente en Irán por Abed et al. (2016), puede ser una herramienta psicométrica válida y confiable para medir el bienestar subjetivo en niños latinoamericanos —específicamente colombianos—, por lo que se llevó a cabo el presente estudio para describir las propiedades psicométricas de dicha escala, probándose las siguientes hipótesis:

H1: Debido a las diferencias culturales entre Irán y Colombia, es posible que la CPWS no posea la misma estructura factorial que la obtenida en el estudio de Abed et al. (2016), por lo que se supone que la CPWS muestra una estructura unifactorial tal que sus doce ítems configuran un constructo general de bienestar psicológico infantil.

H2: Debido a que en su validación la escala CPWS presentó una estructura de tres factores latentes (Abed et al., 2016), la escala muestra la misma estructura factorial en su aplicación en

Colombia, con tres factores que pueden ser denominados *autoconcepto*, *satisfacción con la vida* y *resiliencia*.

MÉTODO

Diseño

Para analizar las propiedades psicométricas de la CPWS se empleó un diseño de validación mediante un muestreo por conveniencia de 229 niños (n = 229). La recolección de datos fue hecha de manera transversal en diez centros educativos del departamento de Córdoba (Colombia).

Participantes

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra de infantes que participaron del estudio, 48.03% de los cuales fueron niños y 51.97% niñas, con edades de 3 a 6 años. En cuanto a los cuidadores, la mayoría fueron mujeres (87.2%), y en unión libre con sus parejas (51.5%).

Tabla 1. Información sociodemográfica de la muestra.

Variable	Valor	n	%
Sexo del niño(a)	Hombre	119	52.0
	Mujer	110	48.0
Edad del niño(a)	3	38	16.59
	4	72	31.44
	5	79	34.50
	6	40	17.47
Sexo del cuidador	Hombre	28	12.2
	Mujer	201	87.2
Estado civil del cuidador	Soltero	23	10.1
	Casado	76	33.5
	Separado	8	3.5
	Unión libre	117	51.5
	Viudo	3	1.3
Nivel educativo del cuidador	Primaria	23	10.1
	Secundaria	73	32.2
	Tecnología	63	27.8
	Profesional	36	15.9
	Posgrado	32	14.1

Instrumentos

La escala *Children Well-Being Scale* (CPWS) (Abed et al., 2016) consta de doce ítems que se evalúan mediante una escala Likert de tres anclajes. Los puntajes de cada ítem corresponden a “Sí” (dos puntos), “Algunas veces” (un punto), y “No” (sin puntos). La escala fue traducida y retrotraducida del inglés al español. Un ejemplo de ítem es “Soy feliz cuando estoy con mi familia” (ver Anexo).

Además, se dispuso de una ficha sociodemográfica que incluyó las variables de edad, sexo y condición de afiliación al sistema de salud.

Procedimiento

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas respectivas para la investigación en niños pequeños en Colombia (cf. Congreso de Colombia, 2006; Ministerio de Salud, 1993), se estableció contacto con los centros educativos para acceder a la muestra y obtener el correspondiente consentimiento informado por parte de los representantes legales de los niños. Al final de cada sesión de evaluación los cuestionarios fueron revisados junto con los participantes para asegurar de que hubieran sido completados en su totalidad.

Análisis estadísticos

El análisis de datos fue llevado a cabo empleando el IBM SPSS, v. 24, y RStudio, mismos que consistieron en la obtención de estadísticos descriptivos, análisis de dimensionalidad de los modelos a tra-

vés de análisis factorial confirmatorio, análisis de correlaciones de Pearson, así como diversos análisis de varianza (ANOVA) y de pruebas *t* de los factores de la CPWS, según la información socio-demográfica proporcionada por los participantes.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

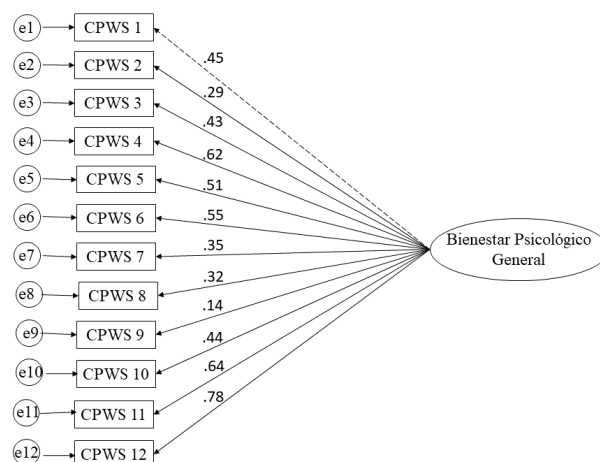
El puntaje promedio obtenido por los participantes en la CPWS fue relativamente alto ($M = 21.79$; $\sigma = 2.62$). Tras efectuar una prueba Kolmogorov-Smirnov, fue posible identificar que los puntajes de la escala no siguieron una distribución normal.

Análisis de dimensionalidad

Se analizó la estructura factorial de la escala CPWS mediante el contraste del ajuste de dos modelos teóricos, utilizando para ello análisis factoriales confirmatorios.

En primer lugar, el modelo 1 asocia los doce ítems de la CPWS a un único factor subyacente, de manera que teóricamente la CPWS evalúa un constructo de *bienestar psicológico general* ($M = 21.79$, $\sigma = 2.62$) (Figura 1). Los coeficientes *path* del modelo indican que las variables se relacionan con el factor *bienestar psicológico general* con una magnitud de mínimo $\beta = .14$ (CPWS 9) y de máximo $\beta = .78$ (CPWS 12).

Figura 1. Diagrama *path* del modelo 1 (unifactorial).



El modelo 2 asocia los doce ítems de la CPWS según el modelo teórico hipotetizado por Abed et al. (2016) (Tabla 2), en el que la escala tiene una es-

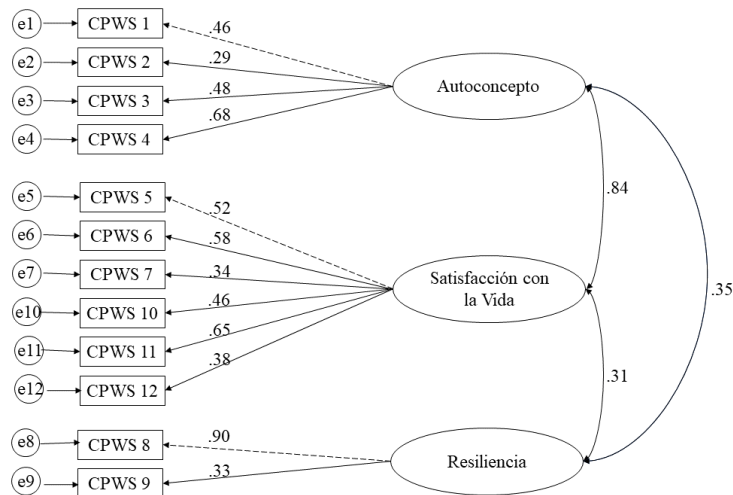
tructura de tres factores: *autoconcepto* ($M = 4.87, \sigma = 1.42$), *satisfacción con la vida* ($M = 6.65, \sigma = 1.22$) y *resiliencia* ($M = 2.69, \sigma = 2.62$) (Figura 2).

Tabla 2. Factores que componen la CPWS según el modelo teórico de Abed et al. (2016) y los ítems que los componen.

Factor	Índices	Ítem
Autoconcepto	CPWS 1	Me gusto a mí mismo.
	CPWS 2	Soy simpático(a).
	CPWS 3	Me gustan mis amigos.
	CPWS 4	Soy feliz cuando estoy con mis amigos.
Satisfacción con la vida	CPWS 5	Me gusta mi familia.
	CPWS 6	Soy feliz cuando estoy con mi familia.
	CPWS 7	Soy una persona feliz.
	CPWS 10	Soy importante para mis padres.
	CPWS 11	Tengo una buena vida y estoy feliz con ella.
	CPWS 12	Cuál de estas caras tienes en la mayor parte del tiempo.
Resiliencia	CPWS 8	Cuando me ocurre un problema (por ejemplo, se me rompe un juguete favorito), me calmo pronto.
	CPWS 9	Cuando me ocurre un problema puedo resolverlo.

Fuente: Abed et al. (2016).

Figura 2. Diagrama *path* del modelo 2 (tres factores).



Los coeficientes *path* del modelo 2 indican que las variables se relacionan con sus respectivos factores con una magnitud de mínimo $\beta = .29$ en el caso del ítem CPWS 2 con el factor Autoconcepto; y de máximo $\beta = .90$ en el caso del ítem CPWS 8 con el factor Resiliencia. El diagrama *path* también señala la correlación entre los factores, de manera que Autoconcepto tiene una correlación positiva de .35 con el factor Resiliencia, y de .84 con el factor Satisfacción con la Vida. Adicionalmente,

el factor Satisfacción con la Vida muestra una correlación de .31 con el factor Resiliencia.

Para evaluar los índices de ajuste de los dos modelos teóricos, se calcularon los indicadores χ^2 , SRMR, CFI y RMSEA para cada modelo (Tabla 3), y para interpretar los resultados se empleó el criterio de Hu y Bentler (1999), quienes plantean una combinación de SRMR (buen ajuste $< .09$) y RMSEA (buen ajuste de .06), o bien una combinación de CFI (buen ajuste $\approx .95$) y SRMR (buen ajuste $< .09$).

Tabla 3. Índices de ajuste de los dos modelos evaluados mediante análisis factorial confirmatorio.

Modelo	N	χ^2	g.l.	p	SRMR	CFI	RMSEA
Modelo 1	229	139.691	54	< .001	.068	.775	.083
Modelo 2	229	116.548	51	< .001	.061	.090	.050

Los resultados indican que el modelo 1 no presenta un buen ajuste (ver Tabla 3), a diferencia del modelo 2, que sí lo hace, teniendo en cuenta los valores del SRMR y del RMSEA (Escobedo, Hernández, Estebané y Martínez, 2016; Hu y Bentler, 1999). Por lo tanto, es recomendable apegarse a la estructura teórica propuesta por Abed et al. (2016) en el análisis de varianza según la información sociodemográfica.

Análisis de correlaciones

Se elaboró una matriz de correlaciones de Pearson para analizar las asociaciones entre los factores que componen la escala CPWS y las variables sociodemográficas ordinales de la muestra (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre los factores del CPWS y las variables sociodemográficas ordinales.

Factores	Autoconcepto	Satisfacción	Resiliencia
Estrato	-.257**	-.199**	-.072
Edad del infante	.133*	-.012	.057
Edad del cuidador	-.001	-.034	-.110

Las correlaciones sugieren que el estrato socioeconómico presenta una asociación significativamente negativa con los factores Autoconcepto ($r = -.257, p < .01$) y Satisfacción ($r = -.199$), así como con el puntaje general de la escala CPWS ($r = -.26, p < .01$). En contraste, Estrato socioeconómico no mostró una correlación significativa con Resiliencia.

Por otra parte, la edad del infante mostró una asociación significativa y positiva con Autoconcepto ($r = .133, p < .05$); en cambio, esta variable no se asoció significativamente con los factores Satisfacción con la Vida y Resiliencia. Finalmente, la edad del cuidador no mostró ninguna asociación estadísticamente significativa con los factores de la CPWS.

Diferencia de medias

Una serie de pruebas t y ANOVA permitió analizar si los puntajes en cada uno de los factores de la CPWS difieren según las variables sociodemográficas categóricas: estatus marital, personas con quienes vive, nivel de estudio de los cuidadores, ocupación laboral, género de los padres y género de los infantes. Es interesante constatar que los infantes a cargo de hombres manifestaron niveles significativamente más altos de resiliencia ($M = 3.11$),

a diferencia de los infantes a cargo de mujeres ($M = 2.64$), $t(37) = 2.58, p = .013$. Este contraste tiene un tamaño del efecto mediano, con una g de Hedges de 0.48. No se halló ninguna otra diferencia según las variables sociodemográficas en los factores de la CPWS.

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio que ha utilizado las propiedades psicométricas de la *Children Well-Being Scale* (CPWS) para evaluar niños colombianos de 3 a 6 años, utilizando para ello un diseño de validación. La escala muestra propiedades psicométricas aceptables sobre la validez de constructo y contenido. Sin embargo, en el cálculo de la consistencia interna por cada una de las dimensiones se obtuvieron indicadores menores a los reportados por Abed et al. (2016), aspecto que podría estar relacionado con factores culturales; tal como es el caso de los niños colombianos de este estudio y los niños iraníes de la ciudad de Teherán, de la investigación de Abed et al. A este respecto, sería interesante replicar el presente estudio con muestras poblacionales de otras regiones colombianas.

Cuatro conclusiones generales pueden desprenderse de este trabajo.

En primer lugar, los análisis factoriales confirmatorios realizados apoyan la estructura factorial de la CPWS propuesta en la validación original de Abed et al. (2016). Adicionalmente, los indicadores psicométricos obtenidos en la traducción colombiana se corresponden con los criterios de bienestar psicológico en niños definidos por la teoría que sustenta este tipo de instrumentos (Chamberlain et al., 2010; Godfrey et al., 2015; Ravens-Sieberer, Karow, Berthel y Klasen, 2014).

En segundo término, el estrato socioeconómico de los niños se asoció negativamente con Autoconcepto y Satisfacción con la Vida, pero no con Resiliencia. Este resultado es llamativo en cuanto que sugiere que los niños que viven en localidades con un estrato social superior manifiestan niveles de autoconcepto y satisfacción con la vida significativamente menores que los de estratos sociales inferiores. En contraste, Resiliencia no se asoció significativamente con Estrato social.

En tercer lugar, la edad de los niños se asoció positivamente con el autoconcepto, pero no con Satisfacción con la Vida ni con Autoestima. Este resultado indica que la CPWS permite discriminar entre constructos que dependen del desarrollo psicológico del niño, y establecen un precedente sobre la posibilidad de que en futuros estudios surjan amenazas a la validez por efecto de maduración del participante. Notablemente, la edad del cuidador no tuvo ninguna asociación estadísticamente significativa con los factores de la CPWS.

En cuarto término, el género de los infantes no se asoció con los niveles de ninguno de los factores de la CPWS, lo que sugiere que no hubo diferencias de género de los infantes respecto a su bienestar psicológico. No obstante, los niños acompañados por cuidadores varones exhibieron niveles de resiliencia significativamente mayores que aquellos acompañados por cuidadores mujeres, resultado que muestra que las variables socio-demográficas de los cuidadores están vinculadas de manera particular a la resiliencia de los infantes, pero no al autoconcepto o a la satisfacción con la vida.

Por último, otras características de los cuidadores, como el estatus marital, las personas con las que vive, su nivel de estudio y ocupación laboral no fueron variables vinculadas de manera estadísticamente significativa con los factores de la CPWS.

El presente estudio tiene algunas limitaciones que deben subrayarse. En primer lugar, hay una diferencia metodológica frente al estudio de validación de Abed et al. (2016), ya que la encuesta fue autoaplicada y supervisada por el docente a cargo del niño, pero no se reportó si los participantes eran competentes en habilidades de lectoescritura. En segundo lugar, aquí se utilizó un muestreo por conveniencia según la disponibilidad de acceso a los cuidadores de los niños en las diez instituciones educativas, por lo que se dificulta la posibilidad de generalizar los hallazgos al resto de la población. En tercer lugar, la mayoría de los cuidadores de los participantes fueron mujeres, una variable asociada a los puntajes de resiliencia. El hecho de tener una sobrerrepresentación de cuidadores mujeres puede introducir un sesgo en la asociación entre la resiliencia y el género del cuidador.

Para un futuro curso de la investigación se recomienda desarrollar análisis complementarios con otras muestras poblacionales colombianas de diferentes estratos socioeconómicos, e igualmente efectuar un análisis test-retest de la CPWS para probar la fiabilidad de la escala. También es recomendable incluir la misma proporción de cuidadores hombres y mujeres para verificar si esta variable se relaciona con la resiliencia de los infantes. Por último se sugiere aplicar la CPWS junto con otras escalas que, según la literatura existente, están relacionadas con el fin de realizar una validación convergente de la escala que permita ampliar la inferencia sobre su validez de constructo.

Para finalizar, es posible concluir que la versión colombiana de la Children Well-Being Scale es un instrumento que puede ser útil para identificar niveles de bienestar en niños, por lo que se sugiere su uso en futuros estudios descriptivos sobre el bienestar subjetivo en niños colombianos en general, en comparaciones entre estratos, niveles educativos y demás variaciones que hagan posible dar cuenta de su utilidad en la citada población. No obstante, para que esta escala pueda convertirse en una herramienta de uso práctico en los contextos clínico, educativo e investigativo, debe soportar un proceso de validación que compense las limitaciones señaladas y que reporte indicadores psicométricos más cercanos a los obtenidos por Abed et al. (2016).





REFERENCIAS

- Abed, N., Pakdaman, S., Heidari, M. y Tahmassian, K. (2016). Developing psychological well-being scale for preschool children. *Global Journal of Health Science*, 8(11), 104-111.
- Alfaro, J., Casas, F. y López, V. (2015). Bienestar en la infancia y la adolescencia. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 14(1), 1-5.
- Bratterud, A., Sandseter, E. y Seland, M. (2012). *Children's wellbeing and participation in kindergarten. The perspectives of children, parents and staff*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Chamberlain, T., George, N., Golden, S., Walker, F. y Benton, T. (2010). *Tellus4 National Report*. London: National Foundation for Educational Research. Recuperado de <http://collections.europarchive.org/tna/20111108225525>.
- Congreso de Colombia (2006). *Ley 1090 "por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones"*. Bogotá (Colombia): Autor. Recuperado de http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66205.
- Darling-Churchill, K. y Lippman, L. (2016). Early childhood social and emotional development: Advancing the field of measurement. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 1-7.
- Denham, S., Wyatt, T., Bassett, H., Echeverria, D. y Knox, S. (2009). Assessing socio-emotional development in children from a longitudinal perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 37-52.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.3.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Tay, L. y Oishi, S. (2013). Rising income and subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 267-276. doi: 10.1037/a003048.
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>.
- Fattore, T., Mason, J. y Watson, E. (2009). When children are asked about their well-being: Towards a framework for guiding policy. *Child Indicators Research*, 2(1), 57-77. doi: 10.1007/s12187-008-9025-3.
- Foley, K., Blackmore, A., Gidler, S., Donnell, M., Glauert, R. y Llewellyn, G. (2012). To feel belonged: the voices of children and youth with disabilities on the meaning of wellbeing. *Child Indian Research*, 5, 375-391. doi: 10.1007/s12187-011-9134-2.
- Godfrey, C., Devine-Wright, H. y Taylor, J. (2015). The positive impact of structured surfing courses on the well-being of vulnerable young people. *Community Practitioner*, 88(1), 26-29.
- Holder, M.D. y Coleman, B. (2009). The contribution of social relationships to children's happiness. *Journal of Happiness Studies*, 10, 329-349.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- McAuley, C. y Rose, W. (2010). *Child well-being: understanding children's lives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Mihaela, I. (2015). Promoting the emotional wellbeing of preschoolers. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 209, 509-513.
- Ministerio de Salud (1993). *Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá (Colombia): Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Berthel, D. y Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 147-158.
- Thoilliez, B. (2011). How to grow up happy: an exploratory study on the meaning of happiness from children's voices. *Child Indicators Research*, 4(2), 323-351.

Anexo
Escala de Bienestar Psicológico para Niños (CPWS)

Nombre: _____

Edad: _____

ÍTEMS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Me gusto a mí mismo(a).			
2. Soy simpático(a).			
3. Me gustan mis amigos.			
4. Soy feliz cuando estoy con mis amigos.			
5. Me gusta mi familia.			
6. Soy feliz cuando estoy con mi familia.			
7. Soy una persona feliz.			
8. Cuando me ocurre un problema (por ejemplo, se me rompe un juguete favorito) me calmo pronto.			
9. Cuando me ocurre un problema, puedo resolverlo.			
10. Soy importante para mis padres.			
11. Tengo una buena vida y estoy feliz con mi vida.			
12. ¿Cuál de estas caras tienes la mayor parte del tiempo?		 	

Propiedades psicométricas de la Medication Adherence Report Scale-Asthma en adultos asmáticos mexicanos¹

Psychometric properties of the Medication Adherence Report Scale-Asthma in asthmatic Mexicans adults

Isaías Vicente Lugo González² y Cynthia Zaira Vega Valero³

Citación: Lugo G., I.V. y Vega V., C.Z. (2020). Propiedades psicométricas de la Medication Adherence Report Scale-Asthma en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 30(2), 275-285. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2663>.

RESUMEN

El porcentaje de adherencia al medicamento de control en pacientes con asma es subóptimo. Cabe mencionar que tal proporción ayuda a identificar a los pacientes adherentes y no adherentes; sin embargo, esta medida no ofrece información sobre el patrón de uso del medicamento por parte del paciente, por lo cual existe la necesidad de disponer de una herramienta de evaluación que permita obtener tal dato. Así, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español de la Medication Adherence Report Scale-Asthma en pacientes mexicanos asmáticos, para lo cual se utilizó un muestreo por conveniencia. La muestra consistió en 280 adultos, quienes respondieron un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos y la citada escala. La muestra fue dividida en dos: en una mitad se realizó un estudio exploratorio, y en la otra uno confirmatorio de la escala. Los datos exploratorios muestran una escala unifactorial con siete ítems, con resultados estadísticamente aceptables. Se concluye que la MARS-A es un instrumento confiable y válido para la evaluación de conductas de adherencia al medicamento de control en adultos mexicanos con asma.

Palabras clave: Adherencia; Asma; Tratamiento de control; Confiabilidad; Validez.

ABSTRACT

In general, the percentage of medication adherence in patients with asthma is sub-optimal. Such percentage allows for distinguishing adherent from not adherent patients. However, this gross measure does not provide information about of the patient pattern of medication. Thus, there is a need for assessment tools for this type of data collection. The aim of the present study was to evaluate the psychometric properties of the Spanish version of MARS-A in Mexican patients with asthma. Through convenience sampling recruitment, participants included 280 adults with asthma who answered sociodemographic and clinical questionnaires and the MARS-A. An exploratory analysis was carried out for half the participants, and a confirmatory analysis on the other half. Exploratory data showed a single factor scale with seven items and statistically acceptable results. It is concluded that the MARS-A is a reliable and valid instrument to assess medication adherence behaviors in Mexican adults suffering asthma.

Keywords: Adherence; Asthma; Treatment control; Reliability; Validity.

¹ Los autores agradecen al CONACYT por el financiamiento para los estudios del primer autor como tutorado de la segunda. Artículo recibido el 29 de marzo y aceptado el 9 de agosto de 2019.

² Doctorado en Psicología y Salud, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios s/n, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-94, correo electrónico: isaiasvlg@comunidad.unam.mx.

³ Coordinación de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios s/n, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, tel. (55)56-23-12-94, correo electrónico: czaira.vega@unam.mx.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica en la que se presenta inflamación de la vía aérea, obstrucción, sensibilidad e hiperreactividad (Global Initiative for Asthma [GINA], 2016). La evidencia refiere que en su desarrollo están implicados factores genéticos y medioambientales (Guía Mexicana de Asma [GUIMA], 2017). Se estima que más de 300 millones de personas la padecen en todo el mundo, de las cuales cerca de nueve millones residen en México, cifra que va en aumento (García, Fernández, Martínez, Franco y Pérez, 2012; Secretaría de Salud [SSA], 2016; World Health Organization [WHO], 2011). En los últimos años el asma se ubicó como uno de los cuatro padecimientos crónicos más atendidos en adultos, principalmente en los servicios de urgencias y hospitalización (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2015; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [INER], 2018).

En el caso de este padecimiento, una continua atención hospitalaria refleja una falta de control normalmente asociada a una pobre adherencia al medicamento, lo que compromete la calidad de vida y afecta económica y emocionalmente al enfermo, incrementando el riesgo de crisis, nuevas hospitalizaciones y muerte (Ebmeier et al., 2017; Foster, Lavoie y Bouler, 2011; GINA, 2016; GUIMA; 2017).

Las conductas de adherencia son uno de los pilares principales del tratamiento para el asma (Engelkes, Janssens, de Jongste, Sturkenboom y Verhamme, 2015; GINA, 2016; WHO, 2003); sin embargo, se sabe que estos pacientes tienen porcentajes subóptimos de adherencia al tratamiento de control, los que oscilan entre 30 y 70% (Bender y Bender, 2005; Fernández y Merino, 2015; Horne, 2011; Laforest et al., 2009), lo que es un factor de riesgo para que los tratamientos sean efectivos, ya que dicha efectividad disminuye catorce veces cuando los porcentajes de adherencia son menores a 80% (Dunbar-Jacob, Schlenk y McCall, 2012).

Las anteriores cifras únicamente ofrecen una cuantificación del porcentaje de uso del tratamiento con base en un criterio temporal, con lo que se puede identificar qué personas son adherentes y cuales no, pero no ofrece evidencias sobre el patrón de uso que los pacientes hacen del tratamiento, lo que es importante en virtud de que la ad-

herencia generalmente se define como un patrón conductual de uso del tratamiento que debe corresponder a las indicaciones médicas (DiMatteo, Haskard-Zolnieriek y Martin, 2012; Dunbar-Jacob et al., 2012), lo que la sitúa como un fenómeno claramente psicológico (Rodríguez y Rentería, 2016).

De acuerdo con Dunbar-Jacob et al. (2012), el estudio de la adherencia se debe centrar en el patrón de adherencia o en la falta de la misma, y luego en su cuantificación, por lo que dichos autores refieren que hay al menos seis patrones de adherencia: 1) adoptar un régimen de tratamiento; 2) suspender tempranamente el tratamiento; 3) reducir el número de dosis del tratamiento; 4) usar excesivamente el tratamiento; 5) variar la frecuencia de uso del tratamiento; 6) hacer intervalos inadecuados en el uso del tratamiento; por lo que sugiere el empleo de herramientas que ofrezcan más información sobre tales patrones, además de su necesaria cuantificación.

En este contexto, es necesario señalar que hay diferentes métodos para la evaluación de la adherencia en el paciente con asma, normalmente clasificados en directos objetivos (análisis bioquímico, dispositivos electrónicos, evaluación de la técnica de inhalación), indirectos objetivos (conteo de dosis, datos farmacéuticos, juicio clínico) e indirectos subjetivos (autorreporte del paciente o familiar) (Lam y Fresco, 2015; López, Romero, Parra y Rojas, 2016). Ahora bien, de acuerdo con Foster et al. (2011) y Lam y Fresco (2015), en la elección del método de evaluación se debe tomar en cuenta su función, los recursos disponibles, las características de la población, los objetivos de la evaluación, el patrón de adherencia a evaluar y la definición de adherencia empleada. Por ello, el método más adecuado será aquel que implique menores costos, que sea fácilmente empleado e interpretado, y que tenga una mayor confiabilidad.

Derivado de lo anterior, se sabe que el empleo de instrumentos de autorreporte es el método más utilizado y recomendado en el contexto de la investigación psicológica en el campo de la salud debido a su bajo costo, gran eficacia, rápida aplicación y evaluación en términos conductuales. No obstante, presenta algunas limitaciones, como respuestas sujetas al olvido, inexactitud, sobrestimación, deseabilidad social y respuestas que describen el patrón de uso y el nivel de adherencia,

mas no el momento y las condiciones exactas de su uso (Horne y Weinman, 1999; Foster et al., 2011; Lam y Fresco, 2015; Stirratt et al., 2015). Para minimizar esas limitaciones se recomienda que se garantice el anonimato, que las instrucciones y los ítems no sean amenazantes o que impliquen un juicio de valor negativo, y que se evalúe en términos de la falta de adherencia y no en qué tan adherente es el paciente (Horne y Weinman, 1999; Horne y Weinman, 2002; Mora et al., 2011; Stirratt et al., 2015).

Uno de los instrumentos de autorreporte sobre conductas de adherencia en pacientes con asma y otras enfermedades respiratorias que toma en cuenta las indicaciones antes referidas es la Medication Adherence Report Scale-Asthma (MARS-A, en lo sucesivo) (Horne y Hankins, 2002; García y Pérez, 2015). Esta escala un instrumento de autorreporte, con diez ítems para evaluar el patrón de falta de adherencia, nueve para medir conductas intencionales de falta de adherencia y uno más para valorar la adherencia no intencional (olvido).

En Estados Unidos, la MARS-A, tanto en inglés como en español, fue validada por Cohen et al. (2009) en pacientes con asma, obteniendo coeficientes alfa de Cronbach de 0.85 y 0.86, respectivamente, una adecuada confiabilidad test-retest ($r = 0.65$, $p \leq .001$) y, por medio del análisis de componentes principales, un factor que explicó 88.7% de la varianza. Por otro lado, Mora et al. (2011) evaluaron la estabilidad temporal y la estructura factorial de la escala, identificando dos factores a los que denominaron “factor de falta de adherencia basado en cambios somáticos”, y “factor de falta de adherencia intencional y evitación de la medicación”. La escala mostró estabilidad temporal en cuatro momentos distintos (línea base, a un mes, a los tres meses y a los 12 meses), además de ser confiable con coeficientes alfa de 0.88 a 0.89: el primer factor de 0.73 a 0.75 y el segundo de 0.83 a 0.85.

La MARS-A ha correlacionado de manera adecuada con otros métodos para evaluar la adherencia en pacientes con asma; por ejemplo, los registros farmacéuticos de reabastecimiento de medicamentos, ($r = 0.46$, $p \leq .001$) (Menckeberg et al., 2008) y dispositivos de monitoreo electrónico ($r = 0.42$, $p \leq .001$ [Cohen et al., 2009] y $r = 0.53$, $p \leq .001$ [Ohm y Aaronson, 2006]). Además, su uso se ha extendido a diferentes países en estudios

observacionales y de intervención (Champman et al., 2015; Emilsson et al., 2011; Horne y Weinman, 1999, 2002; Ovchinikova, Smith y Bosnic-Anticevich, 2011; Ponienman, Wisnivesky, Leventhal, Musumeci-Szabó y Halm, 2009; Sofianou et al., 2013; Wroe, 2002; Zwikker et al., 2014).

Finalmente, debe mencionarse que en la última década la MARS-A ha sido adaptada para pacientes con enfermedades crónicas (Alsous et al., 2017; Mahler et al., 2010), artritis reumatoide (Salt, Hall, Peden y Horne, 2012), usuarios de estatinas (Ladova et al., 2014), EPOC (Tommelein, Mehuys, Van Tongelen, Brusselle y Boussey, 2014), asma infantil (García, Brand, Kaptein y Klok, 2016), enfermedad de Crohn (Scribano et al., 2018), infarto (Lin et al., 2018) y dolor crónico (Sampaio, Azevedo, Dias, Horne y Castro, 2019); sin embargo, hasta hoy no se cuenta con datos psicométricos de confiabilidad y validez para México.

Derivado de lo anterior, este trabajo de tipo observacional y descriptivo—según la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001)—tuvo como propósito evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español (ajustada) de la MARS-A en adultos mexicanos con asma.

MÉTODO

Participantes

Considerando un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), se obtuvo una muestra total de 280 pacientes con asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la Ciudad de México (CDMX), de los cuales 209 (74.6%) fueron mujeres y 71 (25.4%) hombres, con un promedio de edad de 43.90 años (D.E. = 14.73). Respecto del lugar de residencia, 183 (65.4%) fueron de la CDMX, 72 (25.7%) del Estado de México y 25 (8.9%) de otros estados de la República Mexicana. La mayoría, 152 de ellos, estaban casados (50.3%) y 81 vivían con una pareja (29.3%); 74 (26.4%) eran empleados, 32 (11.4%) profesionistas y 93 (32.9%) se dedicaban a otras actividades. En cuanto a su nivel educativo, 69 (24.6%) contaban con licenciatura, 69 (24.6%) con secundaria, 61 (21.8%) con preparatoria, 37 (13.2%) con carrera técnica y 44 (15.8) con otro nivel educativo. Finalmente,

respecto a la enfermedad, el tiempo de evolución tuvo una media de 13.87 (D.E. = 12.60).

Los criterios de inclusión necesarios para que los pacientes pudieran participar fueron los siguientes: ser mayor de edad; tener un diagnóstico confirmado de asma; contar con un tratamiento de control; aceptar participar en la investigación, y firmar un formato de consentimiento informado en el que se especificó la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación del INER, con código C47-18. Los criterios de exclusión fueron ser menor de edad, no tener diagnóstico confirmado de asma, tener un diagnóstico de asma, pero no haber iniciado un tratamiento de control, y no aceptar participar en la investigación. Finalmente, los criterios de eliminación fueron el aceptar participar y después declinar, y responder los instrumentos de manera incompleta.

Procedimiento

Los pacientes que participaron en la investigación fueron captados en la sala de espera de la Clínica de Asma del INER. A cada paciente se le exponían individualmente las razones para haber sido abordado, se le explicaban los objetivos de la investigación y se le pedía su participación voluntaria para responder los instrumentos. Cuando devolvía los instrumentos, se revisaba que estuvieran respondidos en su totalidad. Finalmente, se le entregaba una copia del formato de consentimiento informado.

Instrumentos

Cédula de datos sociodemográficos y clínicos

Consistió en un conjunto de preguntas sobre los datos personales, familiares, educativos, y ocupacionales de los participantes, así como los antecedentes y severidad de enfermedad y el tipo de tratamiento.

Medication Adherence Report Scale-Asthma (Horne y Hankins, 2002).

Este instrumento evalúa el patrón de conductas de falta de adherencia al medicamento de control en pacientes con asma y está constituido por diez ítems, nueve de los cuales implican conductas in-

tencionales de falta de adherencia y uno sobre el olvido para usar el tratamiento. Cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que corresponden a “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces”, “de vez en cuando” y “nunca”. El puntaje total de la escala se obtiene sumando las respuestas de cada ítem y dividiendo esa suma entre el número de ítems, por lo que puntajes más altos corresponden a un mejor nivel de adherencia. En este trabajo se definió el puntaje de 4.5 como punto de corte entre la no adherencia y la adherencia. El citado instrumento cuenta con datos adecuados de validez y confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de .85. En este estudio únicamente se consideraron los nueve ítems correspondientes a la falta de adherencia intencional, sin tomar en cuenta el ítem correspondiente al olvido.

Análisis de resultados

Antes de la aplicación del instrumento se requirió efectuar algunos ajustes en la redacción de los ítems, el contenido de las respuestas y el número de las mismas tras llevar a cabo un piloteo con especialistas en medición y neumología, así como con pacientes asmáticos, cuyo propósito fue conservar o mejorar las propiedades psicométricas del instrumento (Reyes, 2011).

Dado que la muestra total del estudio estaba constituida por 280 pacientes, se decidió dividirlos en dos grupos para efectos de los análisis posteriores ($n_1 = 100$ y $n_2 = 280$). En el análisis inicial se tomó en cuenta el número de ítems de la MARS-A (nueve) y se consideró una muestra de cien pacientes (n_1), superando así el criterio de Nunnally y Bernstein (1994) de disponer de cinco participantes por ítem. Se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 20 de Windows, realizando el siguiente proceso: 1) análisis descriptivos de las características de los pacientes; 2) evaluación de la normalidad de los datos de la escala, para así determinar el tipo de estadísticos a utilizar en el análisis psicométrico con base en el tamaño de la muestra y el programa empleado para el análisis de datos; 3) análisis de la frecuencia y sesgo de los ítems y la discriminación de reactivos para grupos extremos (percentiles uno y cuatro) para así determinar el comportamiento de los ítems de la

escala; 4) correlación entre ítems y prueba total (considerando los ítems con correlaciones $> .20$) y el coeficiente alfa de Cronbach (α) para evaluar la consistencia interna; 5) evaluación de la estructura del instrumento mediante el análisis factorial exploratorio con el método de ejes principales con rotación promax; 6) comprobación de la pertinencia del modelo factorial mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tomando en cuenta datos $\geq .8$ y la significancia estadística de χ^2 en la prueba de esfericidad de Bartlett, y 7) determinar el número de factores considerando los autovalores ≥ 1 y la agrupación de los ítems a estos tomando en cuenta el criterio de $\geq .4$ (Ferrando y Anguiano, 2010; Pedrosa, Juarros, Robles, Basteiro y García, 2015; Reyes y García, 2008).

Hecho lo anterior, ya contado con el modelo factorial de la MARS-A, se comprobó empleando el paquete estadístico AMOS 24 de Windows y considerando una muestra de 180 pacientes (n2), cumpliendo así con el criterio de al menos veinte participantes por ítem, empleando para ello el método de estimación de máxima verosimilitud con la corrección robusta de Browne (*Browne's Asymptotic Distribution Free*, ADF) (Kline, 2011).

Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se tomaron en cuenta los siguientes indicadores de ajuste absoluto: prueba de bondad de ajuste χ^2 (no significativa para un buen ajuste) (Morata, Holgado, Barbero y Méndez, 2015); cociente resultante de χ^2/df (cerca de 2 para un ajuste aceptable) (Kline, 2011); error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) $< .05$, que implica un ajuste óptimo (valores entre $.05$ y $.08$ implican un ajuste aceptable) (Browne y Cudeck, 1993) y residuo cuadrático medio (RMR) $< .05$. Se consideraron también los siguientes indicadores de bondad de ajuste general: indicador de ajuste general gama (GFI) e indicador de ajuste general ajustado (AGFI), ambos con datos de $\geq .95$ para un ajuste óptimo. Además, se tomaron en cuenta los siguientes indicadores de ajuste comparativo: índice de Tucker-Lewis (TLI) e índice de ajuste normado (NFI), en los que en ambos se esperarían valores $\geq .9$ a $.95$ para un ajuste satisfactorio (Kline, 2011). Finalmente, la validez convergente se comprobó a través de la varianza media extraída (AVE), la cual debe ser superior a 0.50 para determinar que más

de la mitad de la varianza del constructo se explica por sus indicadores (Farrell, 2010).

RESULTADOS

Validez de contenido de los ítems

Los principales ajustes al instrumento se hicieron con el propósito de tener una mayor claridad; por ejemplo, el 1) ítem inicial: "Uso el medicamento de control menos veces de lo indicado" se ajustó como sigue: "Uso *mi* medicamento de control menos veces de lo *que me indicó el doctor*". Por su parte, las opciones de respuestas se modificaron y se les incluyó la frase "*lo hago así*", ya que la forma de respuesta inicial ("siempre", "casi siempre", "pocas veces" y "nunca") era poco clara para los pacientes, quedando de la siguiente manera: "Siempre lo hago así", "Casi siempre lo hago así", "Pocas veces lo hago así" y "Nunca lo hago así". Además, las opciones se redujeron a cuatro para evitar respuestas centrales respecto de las opciones originales (DeVellis, 2012; Reyes, 1993, 2011), tomando en cuenta las recomendaciones para el desarrollo de instrumentos en México, e identificadas como una forma de respuesta común en este contexto (Reyes, 1993, 2011).

MARS-A: estudio exploratorio

Los datos referentes al comportamiento de los ítems de la MARS-A se muestran en la Tabla 1. Como puede observarse, cada una de las opciones de respuesta de los ítems fue elegida y el puntaje promedio para cada ítem fue alto (opciones tres y cuatro), lo que corresponde a puntajes altos en adherencia. El sesgo, la simetría y el resultado del estadístico W de Shapiro-Wilk corroboran su no normalidad, lo que justifica el empleo del estadístico U de Mann-Whitney para comprobar que cada ítem diferencia entre puntajes altos y bajos. Finalmente, en las correlaciones elemento-total corregidas se identificó que ninguno de los ítems estuvo por debajo de $.20$, criterio para que cada ítem pueda ser considerado en los análisis subsecuentes. Sin embargo, es necesario notar que los ítems con correlaciones más bajas fueron el 7 y el 8, este último con una correlación de $.262$.

Tabla 1. Compartimento estadístico de la MARS-A.

ÍTEMS	Frecuencias				Sesgo, normalidad, discriminación y correlación						
	1	2	3	4	M	D.E.	S	C	W	Z	CE
1. Uso mi medicamento de control solo cuando lo necesito.	25	7	19	49	2.92	1.25	-6.33	-1.30	.742**	-6.17**	.512
2. Uso mi medicamento de control solo cuando me falta el aire.	20	7	17	56	3.09	1.19	-.895	-.857	.710**	-5.83**	.661
3. Decido cuándo no usar mi medicamento de control.	12	5	21	62	3.33	1.02	-1.39	-.615	.668**	-5.40**	.684
4. Trato de no usar mi medicamento de control.	16	3	18	63	3.28	1.11	-1.29	.131	.651**	-5.60**	.602
5. Cambio el número de inhalaciones de mi medicamento de control.	4	4	16	76	3.64	.746	-2.28	4.79	.542**	-3.62**	.490
6. Dejo de usar mi medicamento de control por un tiempo cuando estoy mejor.	15	3	30	52	3.19	1.06	-1.16	.073	.717**	-5.80**	.676
7. Uso mi medicamento de control si mi tratamiento de rescate no funciona.	12	4	22	62	3.34	1.01	-1.43	3.23	.663**	-4.69**	.415
8. Uso mi medicamento de control antes de hacer algo que me provoque dificultad para respirar.	16	6	17	61	3.23	1.12	-1.15	3.49	.678**	-4.51**	.262
9. Uso mi medicamento de control menos veces de lo que me indicó el doctor.	6	4	25	65	3.49	.835	-1.77	2.56	.641**	-5.23**	.602

Nota: 1. "Siempre lo hago así", 2. "Casi siempre lo hago así", 3. "Pocas veces lo hago así", 4. "Nunca lo hago así"; s: Simetría; C: Curtosis; w: Estadístico Shapiro-Wilk; z: Estadístico U de Mann-Whitney; ** $p < 0.01$; CE: Correlación elemento-total corregida.

Análisis de confiabilidad y validez

Los resultados en torno a la confiabilidad y validez de la MARS-A se muestran en la Tabla 2. En el primer análisis de la MARS-A se obtuvo un coeficiente α de 0.830, con nueve ítems organizados en tres factores, KMO de 0.803 χ^2 de 330.988 ($p = .000$) y una varianza total explicada (VTE) de 54.57%; sin embargo, el ítem 7 tuvo una carga factorial de .377, por lo que fue eliminado y se corrió un siguiente análisis, en el cual se obtuvo un coeficiente α de 0.825, con ocho ítems divididos en dos factores, KMO de 0.806, χ^2 de 330.298 ($p = .000$) y VTE de 51.16%; en este caso, el ítem 8 tuvo una carga factorial de .247 por lo que fue asimismo eliminado. En un siguiente análisis, el coeficiente α fue de 0.850, con siete ítems divididos en dos factores (un indicador con dos ítems), KMO de 0.809, χ^2 de 293.180 ($p = .000$) y VTE de 57.68%. Finalmente, dada la estructura original del instrumento, se decidió forzar el análisis a un factor, considerando el indicador de dos ítems y los gráficos de sedimentación, los cuales mostraban un único factor, análisis que se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Datos de confiabilidad y validez de la MARS-A.

Ítem	Carga
3. Decido cuándo no usar mi medicamento de control.	.810
6. Dejo de usar mi medicamento de control por un tiempo cuando estoy mejor.	.785
4. Trato de no usar mi medicamento de control.	.720
2. Uso mi medicamento de control solo cuando me falta el aire.	.697
9. Uso mi medicamento de control menos veces de lo que me indicó el doctor.	.644
5. Cambio el número de inhalaciones de mi medicamento de control.	.540
1. Uso mi medicamento de control solo cuando lo necesito.	.539
Alfa	0.850
Autovalor	3.772
KMO	0.809
χ^2	293.180*
VTE	46.75

Nota: * $p = .000$. Procedimientos realizados por el método de ejes principales y rotación promax, Kappa = 4 (Osborne, 2014).

Análisis confirmatorio

Para este análisis se evaluó la normalidad de los siete ítems de la MARS-A, hallándose datos de simetría que oscilaron entre -1.990 y $-.022$ y de curtosis de entre -1.631 y 3.155 , lo que confirma la no normalidad de los datos; con base en esto se empleó el método de máxima verosimilitud con corrección robusta de Browne para evaluar la bondad de ajuste del modelo, encontrándose que la MARS-A cuenta con un coeficiente α de $.850$, las saturaciones de los ítems oscilan entre $.42$ y $.76$, y los datos para los índices de ajuste absoluto muestran $-$ previa unión de los errores $1 \leftrightarrow 2$ y $5 \leftrightarrow 9$, una prueba de bondad de ajuste χ^2 de $20,356$ ($p = .061$), con 12 *gl*, determina un buen ajuste; el cociente $\chi^2/gl = 1.69$ y el RMSEA de $.062$ establecen un ajuste aceptable, y el RMR de $.046$ indica un buen ajuste. Respecto a los índices de ajuste general, se encontró que el GFI de $.971$ y el AGFI de $.933$ fijaron un buen ajuste. Los índices de ajuste comparativo TLI de $.963$ y el NFI de $.951$ corroboran satisfacción en el modelo planteado. Finalmente, se obtuvo un índice AVE de 0.80501 , lo que ratifica la existencia de adecuación convergente, ya que más de 50% de la varianza del constructo está en función de sus indicadores.

Calificación de la MARS-A

La calificación de la escala se obtiene sumando las respuestas de cada ítem (rango 7-28) y dividiendo esa suma entre el número de ítems, lo que implica que a mayor puntaje, mejor nivel de adherencia. Tomando como base la forma de interpretación de la escala original y considerando los ajustes realizados en el presente trabajo, se planteó un puntaje de 26 (3.7) para diferenciar a los pacientes adherentes de los no adherentes a un nivel de 90% de adherencia, porcentaje recomendado en los estudios sobre esta variable (Dunbar-Jacob et al., 2012; Stirratt et al., 2015).

DISCUSIÓN

Ya que el objetivo del presente trabajo fue evaluar las características psicométricas de la MARS-A en adultos con asma, se puede concluir que la escala

tiene propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de conductas de falta de adherencia en este tipo de pacientes debido a que, por un lado, la escala final cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.850 , valor bastante adecuado para considerarla confiable; además, este tipo de evidencia se corresponde con los datos de la escala en la versión original, inglesa (Horne y Hankins, 2002) y las versiones en inglés y español validadas en Estados Unidos (Cohen et al., 2009; Mora et al., 2011). Asimismo, también se corresponde con las versiones adaptados en otros países para pacientes con dolor crónico (Sampaio et al., 2019), enfermedad de Crohn (Scribano et al., 2018) e infarto (Lin et al., 2018).

En lo que atañe a la estructura factorial, se determinó que es necesario considerar una escala unifactorial con siete ítems dadas las evidencia teóricas y visuales. En este sentido, las adaptaciones hechas en diferentes contextos (Alsous et al., 2017; Cohen et al., 2009; García et al., 2016; Ladova et al., 2014; Lin et al., 2018; Mahler et al., 2010; Sampaio et al., 2019; Scribano et al., 2018; Tommelein et al., 2014) se corresponden en su mayoría con la propuesta original unifactorial (Horne y Hankins, 2002), únicamente diferenciándose en el número de ítems (cinco, seis, nueve o diez) y el tipo de pacientes y medicamentos. Sin embargo, hay dos estudios en los que se reporta una estructura de dos factores: uno con pacientes con asma, denominado falta de adherencia, basado en cambios somáticos y falta de adherencia intencional (Mora et al., 2011), y otro con pacientes con artritis reumatoide (Salt et al., 2012). Este último presenta inconsistencias en sus datos ya que considera un factor con seis ítems (inconsistencia en adherencia) y otro con tres ítems (adherencia con base en síntomas), uno de ellos cargando de manera importante en ambos factores ($.71$ y $.56$), y finalmente tomando en cuenta que no es adecuado que un factor tenga dos o tres ítems o solamente dos (Ferrando y Anguiano, 2010; Reyes y García, 2008).

Siguiendo esta misma línea en lo que respecta a la evaluación de la validez estructural, es necesario señalar que la mayoría de los estudios emplean técnicas de factorización basadas en el análisis de componentes principales con rotación varimax (Alsous et al., 2017; Cohen et al., 2009;

Horne y Hankins, 2002; Lin et al., 2018; Mahler et al., 2010; Sampaio et al., 2019), lo que se considera inadecuado en cuanto que este tipo de factorizaciones no se orientan a identificar una estructura factorial sino, por el contrario, a reducir el número de variables. Además, se sugiere la rotación empleada cuando se puede garantizar que los datos se distribuyen normalmente (Ferrando y Anguiano, 2010), lo que es poco probable en la distribución de los datos de la MAR-S en virtud de que, como ocurrió en el presente estudio, las respuestas de los pacientes muestran tendencia hacia las opciones 3 y 4 (puntajes altos), lo que se corrobora en la distribución de respuestas y en las medidas de tendencia central mostradas en los estudios revisados (Alsous et al., 2017; Ladova et al., 2014; Lin et al., 2018; Mahler et al., 2010; Sampaio et al., 2019; Scribano et al., 2018; Tommelein et al., 2014). Por el contrario, solamente el estudio de Salt et al. (2012) utilizó un análisis basado en ejes principales, el cual se recomienda cuando los datos no son normales (Osborne, 2014).

En el presente estudio se observó que, en el análisis factorial exploratorio, fueron dos ítems los que se eliminaron por no cumplir el criterio $\geq .4$ en la carga factorial; los cuales fueron el 7 (“Uso mi medicamento de control si mi tratamiento de rescate no funciona”) y el 8 (“Uso mi medicamento de control antes de hacer algo que me provoque dificultad para respirar”). En los estudios de pacientes con asma de Horne y Hankins (2002) y Cohen et al. (2009) dichos ítems son parte de la dimensión Falta de adherencia intencional, pero en el estudio de Mora et al. (2011) se agrupan en el factor Falta de adherencia intencional basado en cambios somáticos experimentados, dado el contenido de los ítems. Sin embargo, en el presente estudio se ubicaron, por un lado, como los ítems con correlaciones más bajas con la escala (.415 y .262), así como las cargas factoriales más bajas en el análisis exploratorio (.357 y .247). Estos datos no resultan extraños si se considera que, de hecho, los pacientes con asma se comportarían al revés de como lo describe el ítem 7, esto es, normalmente usarán más el medicamento de rescate si el de control no funciona, lo cual es muy común ya que esa preferencia se basa en la rápida disminución de los síntomas, lo que no sucede con el medicamento de control (Halm, Mora y Leventhal,

2006; Ulrik et al., 2006). Esta forma de comportamiento, identificada como un uso excesivo del medicamento de rescate, implica otra conducta de falta de adherencia (Ebmeier et al., 2017; Engelkes et al., 2015; GINA, 2016; Rifaat, Abdel-Hadid y Hasan, 2013). Ahora bien, en lo referente al ítem 8, se identifica una incompatibilidad con las recomendaciones hechas por los neumólogos, pues normalmente se recomienda el uso del medicamento de rescate, y no el de control, diez minutos antes de la realización de actividad física, siempre y cuando sea un paciente con asma inducida por ejercicio y presente síntomas de asma antes y después de realizar el mismo (GINA, 2016; GUIMA; 2017).

En relación con el análisis factorial confirmatorio, y considerando que Mora et al. (2011) propuso un análisis con base en modelamiento de ecuaciones estructurales en el que obtuvo los siguientes indicadores: $\chi^2 = 37.69$, $p = .05$, RMSEA = .043, CFI = .98 y TLI = .96, al contrastarlo con el modelo del presente estudio se hallan diferencias en algunos indicadores (χ^2 , p y RMSEA); sin embargo, se considera en general que ambos modelos muestran un buen ajuste.

Finalmente, y con base en los resultados obtenidos, se reitera que la MARS-A es una escala confiable y válida para la evaluación de conductas de falta de adherencia a medicamentos de control, de una manera breve y económica, dado el número de ítems con los que cuenta y el tiempo que se emplea en responderla; es además una herramienta centrada en el patrón de uso de los medicamentos, derivada de una definición conductual sobre la adherencia y que considera evitar el juicio de valor negativo o amenazante en sus instrucciones e ítems, características que deben indicarse en una herramienta de evaluación del autorreporte de adherencia (Dunbar-Jacob et al., 2012; Foster et al., 2011; Horne y Weinman, 1999; Lam y Fresco, 2015; Mora et al., 2011; Stirratt et al., 2015).

Es importante señalar que la forma de obtención de la muestra puede representar un problema en cuanto que fue de tipo no probabilístico y realizada en consulta externa, lo que podría considerar un perfil de pacientes con características con poca gravedad de la enfermedad o un tiempo prolongado con ella, lo que es una crítica frecuente reportada en los estudios de adherencia con pacientes

con asma y la cual se recomienda evitar (Jessop y Rutter, 2003). No obstante, en la descripción de las muestras se puede observar cierta homogeneidad en diferentes variables, como el estado civil, la escolaridad, la ocupación y la severidad de la enfermedad, que muestran cierta variabilidad; no así en la constante de sexo debido a que la prevalencia de asma es mayor en mujeres que en hombres y durante la adolescencia y la adultez, al contrario de lo que ocurre en la niñez, donde la prevalencia es mayor entre los varones (Choo, Hoyte y Katial, 2014; GINA, 2016; GUIMA, 2017; Miller y Sawlani, 2013).

Finalmente, es necesario considerar que a pesar de que la MARS-A muestra las diversas bondades previamente mencionadas, no se pueden obviar los errores en la medición, la sobrestimación que hacen los pacientes y la deseabilidad social que se aprecia en sus respuestas, dado el tipo de comportamiento evaluado y el lugar en el que tal evaluación se efectúa. Como un indicador de este problema se reitera la tendencia de las respuestas identificada en los diversos estudios ya mencionados.

REFERENCIAS

- Alsous, M., Alhalaiqa, F., Abu Farha, R., Abdel, J.M., McElnay, J. y Horne, R (2017). Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)± specific for use in children and their parents. *PLoS ONE*, 12(2). 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0171863.
- Bender, B.G. y Bender, S.E. (2005). Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 25(1), 107-130. doi.org/10.1016/j.iac.2004.09.005.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Sage Focus Editions*, 154, 136-136. doi: 10.1177/0049124192021002005.
- Chapman, S.C., Barnes, N., Barnes, M., Wilkinson, A., Hartley, J., Piddock, C., Weinman, J. y Horne, R. (2015). Changing adherence-related beliefs about ICS maintenance treatment for asthma: feasibility study of an intervention delivered by asthma nurse specialists. *British Medical Journal Open*, 5(6), 1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007354.
- Choo, E.M., Hoyte, F.C.L. y Katial, R.K. (2014). Adult and pediatric asthma. En P. K. Vedanthan, H. Nelson, S. H. Agashe, P. A. Mahesh y R. Katial (Eds.): *Textbook of allergy for the clinician* (pp. 135-142). Boca Raton, FLO: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Cohen, J.L., Mann, D.M., Wisnivesky, J.P., Horne, R., Leventhal, H., Musumeci-Szabó, T. J. y Halm, E.A. (2009). Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The Medication Adherence Report Scale for Asthma. *Annals of Allergy, Asthma y Immunology*, 103(4), 325-331. doi: org/10.1016/S1081-1206(10)60532-7.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development: theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DiMatteo, M.R., Haskard-Zolnierok, K.B. y Martin, L.R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. doi: 10.1080/17437199.2010.537592.
- Dirección General de Epidemiología (2015). *Anuarios de morbilidad 1984-2015*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
- Dunbar-Jacob, J., Schlenk, E. y McCall, M. (2012). Patient adherence to treatment regimen. En A. Baum, T. A. Revenson y J. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (2nd ed.) (pp. 271-292). London: Routledge. Taylor & Francis Books.
- Ebmeier, S., Thayabaran, D., Braithwaite, I., Bénamara, C., Weatherall, M. y Beasley, R. (2017). Trends in international asthma mortality: analysis of data from the WHO Mortality Database from 46 countries (1993-2012). *The Lancet*, 390, 935-945.
- Emilsson, M., Berndtsson, I., Lötvall, J., Millqvist, E., Lundgren, J., Johansson, A. y Brink, E. (2011). The influence of personality traits and beliefs about medicines on adherence to asthma treatment. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(2), 141-147. doi: 10.4104/pcrj.2011.00005.
- Engelkes, M., Janssens, H.M., de Jongste, J.C., Sturkenboom, M.C. y Verhamme, K.M. (2015). Medication adherence and the risk of severe asthma exacerbations: a systematic review. *European Respiratory Journal*, 45(2), 396-407. doi: 10.1183/09031936.00075614.
- Farrell, A.M. (2010). Insufficient discriminant validity: A comment on Bove, Pervan, Beatty, and Shiu (2009). *Journal of Business Research*, 63(3), 324-327. doi: 10.1016/j.jbusres.2009.05.003.
- Fernández R., C. y Merino S., R. (2015). La adhesión a los tratamientos médicos: concepto, medida y factores implicados. En V. Plaza y C. Fernández (Eds.): *Adhesión terapéutica en las enfermedades respiratorias* (pp 1-12). Barcelona: Viguera Editores.

- Ferrando P., J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-23.
- Foster, J.M., Lavoide, K.L. y Boulet, L.P. (2011). Treatment adherence and psychosocial factors in severe asthma. En K. F. Chung, E. H. Bel y S. E. Wenzel (Eds): *European Respiratory Monograph: Difficult to treat severe asthma* (pp. 28-49). European Respiratory Society. Lausanne: ERS. doi: 10.1183/1025448x.erm5110.
- García, C., Fernández, R., Martínez, D., Franco, F. y Pérez, J. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54, 425-432.
- García C., B. y Pérez de Llano, L. (2015). Cumplimiento terapéutico y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Prevalencia, características y consecuencias. En V. Plaza y C. Fernández (Eds.): *Adhesión terapéutica en las enfermedades respiratorias*. (pp. 45-58). Barcelona: Viguera Eds. S.L.U. https://www.researchgate.net/publication/299126211_.
- García M., P.W., Brand, P.L., Kaptein, A.A. y Klok, T. (2016). Is the MARS questionnaire a reliable measure of medication adherence in childhood asthma? *Journal of Asthma*, 53(10), 1085-1089. doi: 10.1080/02770903.2016.1180699.
- Global Initiative for Asthma (2016). *Global strategy for asthma management and prevention*. Fontana, WI: GINA.
- Guía Mexicana de Asma (2017). *Neumología y Cirugía de Tórax*, 76(S1), 1-137.
- Halm, E., Mora, P. y Leventhal, H. (2006). No Symptoms, no asthma. The acute episodic disease beliefs is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129, 573-580. doi: 10.1378/chest.129.3.573.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Horne, R. (2011). Adherence to asthma medication: a question of ability? *Primary Care Respiratory Journal*, 20(2), 118-119. doi: 10.4104/pcrj.2011.00054.
- Horne, R. y Hankins, M. (2002). *The Medication Adherence Report Scale*. Brighton, UK: Center for Health Care Research.
- Horne, R. y Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00057-4.
- Horne, R. y Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health*, 17(1), 17-32. doi: 10.1080/08870440290001502.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2018). *Informe anual 2017*. México: INER.
- Jessop, D.C. y Rutter, D.R. (2003). Adherence to asthma medication: The role of illness representations. *Psychology and Health*, 18(5), 595-612. doi: 10.1080/0887044031000097009.
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York; The Guilford Press.
- Ladova, K., Matoulikova, P., Zadak, Z., Macek, K., Vyroubal, P., Vlcek, J. y Morisky, D.E. (2014). Self-reported adherence by MARS-CZ reflects LDL cholesterol goal achievement among statin users: validation study in the Czech Republic. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(5), 671-677. doi: 10.1111/jep.12201.
- Laforest, L., El Hasnaoui, A., Pribil, C., Ritleng, C., Osman, L.M., Schwalm, M.S., Le Jeune, P. y Van Ganse, E. (2009). Asthma patients' self-reported behaviours toward inhaled corticosteroids. *Respiratory Medicine*, 103(9), 1366-1375. doi:10.1016/j.rmed.2009.03.010.
- Lam, W.Y. y Fresco, P. (2015). Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, 2015, 1-12. DOI: org/10.1155/2015/217047.
- Lin, C.Y., Ou, H.T., Nikoobakht, M., Broström, A., Årestedt, K. y Pakpour, A.H. (2018). Validation of the 5-item Medication Adherence Report Scale in older stroke patients in Iran. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), 536-543. doi: 10.1097/JCN.0000000000000488.
- López R., L.A., Romero G., S.L., Parra D., I. y Rojas S., L.Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
- Mahler, C., Hermann, K., Horne, R., Ludt, S., Haefeli, W.E., Szecsenyi, J. y Jank, S. (2010). Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 574-579. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.
- Menckeberg, T.T., Bouvy, M.L., Bracke, M., Kaptein, A.A., Leufkens, H.G., Raaijmakers, J.A. y Horne, R. (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 47-54. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.016.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Miller, N. y Sawlani, S. (2013). Asma. En S. Joo, A. L. Kau, T. M. De Fer y K. E. Henderson (Eds.): *The Washington® Manual for allergy and asthma* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mora, P.A., Berkowitz, A., Contrada, R.J., Wisnivesky, J., Horne, R., Leventhal, H. y Halm, E.A. (2011). Factor structure and longitudinal invariance of the Medical Adherence Report Scale-Asthma. *Psychology & Health*, 26(6), 713-727. doi: 10.1080/08870446.2010.490585.

- Morata, R.M., Holgado T., F.P., Barbero G., I. y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79-90. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v12n1/articulo8.pdf>.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ohm, R. y Aaronson, L.S. (2006). Symptom perception and adherence to asthma controller medications. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 292-297. doi: 10.1111/j.1547-5069.2006.00116.x.
- Osborne, J.W. (2014). *Best practices in exploratory factor analysis*. Scotts Valley, CA: CreateSpace.
- Ovchinnikova, L., Smith, L. y Bosnic-Anticevich, S. (2011). Inhaler technique maintenance: gaining an understanding from the patient's perspective. *Journal of Asthma*, 48(6), 616-624. doi: 10.3109/02770903.2011.580032.
- Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J. y García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad.
- Ponieman, D., Wisnivesky, J.P., Leventhal, H., Musumeci-Szabó, T.J. y Halm, E.A. (2009). Impact of positive and negative beliefs about inhaled corticosteroids on adherence in inner-city asthmatic patients. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 103(1), 38-42. doi: 10.1016/S1081-1206(10)60141-x.
- Reyes L., I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97. <http://www.amepso.org/revistas.php>.
- Reyes L., I. (2011). Conceptualización y desarrollo de la etnopsicometría en México. En A. Domínguez (Comp.): *Letras introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (pp. 279-302). México: Universidad Iberoamericana.
- Reyes L., I. y García B., L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México*, XII, 625-630.
- Rifaat, N., Abdel-Hadid, E. y Hasan, A.A. (2013). The golden factor in adherence to inhaled corticosteroid in asthma patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 62, 371-376. doi: 10.1016/j.ejcdt.2013.07.010.
- Rodríguez C., M.D.L. y Rentería, R.A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26(1). <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898>.
- Salt, E., Hall, L., Peden, A.R. y Horne, R. (2012). Psychometric properties of three medication adherence scales in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Measurement*, 20(1), 59-72. doi: 10.1891/1061-3749.20.1.59.
- Sampaio, R., Azevedo, L.F., Dias, C.C., Horne, R. y Castro, C.J.M. (2019). Portuguese version of the Medication Adherence Report Scale (MARS-9): Validation in a population of chronic pain patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-7. doi: 10.1111/jep.13098.
- Scribano, M.L., Caprioli, F., Michielan, A., Contaldo, A., Privitera, A.C., Bozzi, R.M., Calabrese, E., Castiglione, F., Ciccaglione, A.F., Fave, G.D., Bodini, G., Costantino, G., Horne, H., Saettone, S., Usai, P., Vernia, P., Di Fino, S., Gualberti, G., di Fonzo, M., Merolla, R., Orlando, A. y The SOLE Study Group (2018). Translation and initial validation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Italian patients with Crohn's Disease. *Digestive and Liver Disease*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2018.09.026>.
- Secretaría de Salud (2016). *Siete por ciento de la población en México padece asma*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/siete-por-ciento-de-la-poblacion-en-mexico-padece-asma>.
- Sofianou, A., Martynenko, M., Wolf, M., Wisnivesky, J., Krauskopf, K., Wilson, E., Sanghavi, M., Leventhal, H., Halm, M. y Federman, A. (2013). Asthma beliefs are associated with medication adherence in older asthmatics. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 67-73. doi: 10.1007/s11606-012-2160-z.
- Stirratt, M.J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H.M., Simoni, J.M., Czajkowski, S., Hilliard, M.E., Aikens, J.E., Hunter, C.M., Velligan, D.I., Huntley, K., Ogedegbe, G., Rand, C., Schron, E. y Nilsen, W.J. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Translational Behavioral Medicine*, 5(4), 470-482. DOI: 10.1007/s13142-015-0315-2.
- Tommelein, E., Mehuys, E., Van Tongelen, I., Brusselle, G. y Boussey, K. (2014). Accuracy of the Medication Adherence Report Scale (MARS-5) as a quantitative measure of adherence to inhalation medication in patients with COPD. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(5), 589-595. doi: 10.1177/1060028014522982.
- Ulrik, C.S., Backer, V., Söes-Petersen, U., Lange, P., Harving, H. y Plaschke, P.P. (2006). The patient's perspective: adherence or non-adherence to asthma controller therapy? *Journal of Asthma*, 43(9), 701-704. doi: 10.1080/02770900600925569.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
- World Health Organization (2011). *Asthma*. Geneva: WHO.
- Wroe, A.L. (2002). Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 355-372. doi: 10.1023/A:1015866415552.
- Zwicker, H.E., van den Ende, C.H., van Lankveld, W.G., den Broeder, A.A., van den Hoogen, F.H., van de Mosselaar, B., van Dulmen, S. y van den Bemt, B.J. (2014). Effectiveness of a group-based intervention to change medication beliefs and improve medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 356-361. doi: 10.1016/j.pec.2013.12.002.

Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos

Adaptation and validation of the Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients

Lindsay Carrillo Valdez y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo¹

Citación: Carrillo-Valdez, L. y Ordaz-Carrillo, M.I. (2020). Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos. *Psicología y Salud*, 30(2), 287-296. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2664>.

RESUMEN

La conducta ante la enfermedad desempeña un papel fundamental en la búsqueda de atención médica para el diagnóstico y tratamiento, así como en las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para el paciente, especialmente cuando se trata de enfermedades que requieren vigilancia continua, como es el caso de los padecimientos hematológicos. La evaluación de la conducta ante la enfermedad permite el diseño de intervenciones multidisciplinarias orientadas a la adaptación al padecimiento, el aumento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la administración de los recursos destinados al cuidado de la salud; de allí la importancia del diseño y desarrollo de instrumentos de medición confiables y válidos, entre los que se encuentra el Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad. El objetivo del presente estudio fue adaptar y validar psicométricamente este instrumento para la población mexicana mediante un análisis factorial exploratorio. Se trabajó con jueces expertos y no expertos para la validación del contenido, y con 239 pacientes hematológicos de un hospital de la Ciudad de México para la validación psicométrica y el análisis factorial exploratorio. Se encontró una estructura de quince ítems y cuatro factores con una confiabilidad aceptable, por lo que se concluye que el citado instrumento es una medida que se puede aplicar a pacientes hematológicos; sin embargo, se recomienda revisar exhaustivamente los reactivos y llevar a cabo más estudios de validación psicométrica en la población meta.

Palabras clave: Conducta; Enfermedad hematológica; Validación psicométrica.

ABSTRACT

Patient behavior plays a fundamental role in the search for medical attention including diagnosis and treatment, as well as in physical, psychological and social consequences for the patient. This is especially important when it comes to illnesses that require close continuous monitoring such as the case of haematological diseases. The evaluation behavior in the face of illness allows for the design of multidisciplinary interventions aimed to the psychological adaptation to the disease, increased therapeutic adherence and less sequels and administration of health care resources. Thus it is important to develop valid and reliable measurement instruments for these purposes. One such instrument is the Behavioral Responses to Illness Questionnaire. The aim of the present study was to adapt and psychometrically validate this instrument for the Mexican population through exploratory factorial analysis. Expert and non-expert judges for the validation of content, and 239 haematological patients from a large public hospital in Mexico City participated. Results revealed a structure of fifteen items and four factors, with acceptable reliability. It is concluded that the

¹ División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de Los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, tels. (55)14-29-88-28 y (55)17-95-71-23, correos electrónicos: psicocarrillovz@gmail.com y psicmaeoc@gmail.com. Artículo recibido el 6 de mayo y aceptado el 14 de noviembre de 2019.

Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients is an applicable measure. However, it is recommended to further carry out a thorough review of the items, and more psychometric validation research with this target population.

Key words: Behavior; Haematological illness; Psychometric validation.

En los últimos años, la morbilidad y mortalidad por hematopatologías han aumentado significativamente en México, y desde 1998 las enfermedades oncohematológicas se posicionaron entre las principales causas de muerte. Incluso, a partir de 2011 y hasta 2016, el cáncer de órganos hematopoyéticos causó más fallecimientos que el cáncer de células germinales, en una proporción de 3 por cada 100 mil habitantes menores de 20 años de edad (Báez, 2015; Duque, 2002; Herrera, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; Licona, 2017; Martínez, 2009; Rosas, 2014). Una tendencia similar en cuanto a su prevalencia es la que presentan los padecimientos hematológicos benignos (Covarrubias, Sotelo y Hurtado, 2004; Federación de Hemofilia de la República Mexicana, 2016; Licona, 2017; Shamah et al, 2013); de allí la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos, así como de las intervenciones multidisciplinarias orientadas a la adaptación al padecimiento, el aumento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la administración de recursos destinados al cuidado de la salud.

La detección y el acceso al tratamiento, al igual que las consecuencias de cualquier padecimiento biológico, están determinados por las reacciones de los pacientes ante los primeros síntomas físicos de enfermedad, según señalaba Mechanic (1961), quien denominó a estas reacciones *conductas ante la enfermedad*, una serie de respuestas variadas y diferenciales, producto de la experiencia previa y el entrenamiento diferencial (cf. Galán, Blanco y Pérez, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Rodríguez et al., 2012; Sirri, Fava y Sonino, 2013; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Décadas más tarde se introdujo el término *conducta anormal de enfermedad*, que alude a respuestas de tipo desadaptativo y persistente que aparecen en los padecimientos crónicos (Atik y Paratepe, 2016; Bravo, 2014; Pilowsky, 1993; Prior

y Bond, 2017; Rivera, 2014), y posteriormente el concepto de conducta ante la enfermedad cobró tal relevancia que se desarrollaron modelos teóricos que explican las relaciones entre el enfermo, sus representaciones de enfermedad, sus reacciones y las consecuencias para su salud (Herzlich y Pierret, 1973; Larsen, 2009; Levanthal, Levanthal y Cameron, 2001; Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1997).

La evaluación de la conducta ante la enfermedad permite caracterizar patrones de respuesta entre los individuos que padecen una patología determinada, lo que a su vez posibilita la identificación de las maneras en que cada paciente reconoce al padecimiento, selecciona la atención médica, busca apoyo, se adhiere al tratamiento e incluso desarrolla síndromes médicos adicionales. Por tanto, medir las conductas ante la enfermedad de una forma confiable y válida facilita la comprensión general de la salud y enfermedad y fomenta el diseño de programas de intervención que favorezcan la adaptación a la enfermedad, el incremento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la economía de los recursos destinados al cuidado de la salud (Galán, Pérez y Blanco, 2001; Mechanic, 1961; Sirri et al., 2013; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Spence et al. (2005) y Sirri et al. (2013) señalan que se han diseñado algunas herramientas para medir la conducta ante la enfermedad. El más conocido es el *Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*, desarrollado por Pilowsky y Spence en 1975 (cf. Enríquez, Schneider y Rodríguez, 2010), que se basa en la Escala Whiteley de Hipocondría (Pilowsky, 1967). Consta de 62 ítems con opción dicotómica de respuesta y siete subescalas: hipocondría general, percepción psicológica y somática de la enfermedad, inhibición afectiva, distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad, y la propia Escala Whiteley de Hipocondría. Dicho cuestionario ha sido traducido y validado para población española. No obstante, a pesar de su nombre, evalúa principalmente variables cognitivas.

Por otro lado, las *Illness Attitude Scales (IAS)*, desarrolladas por Kellner (1986), resultan útiles para la detección de hipocondriasis; además de que consideran dimensiones como inquietud por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de

salud, creencias hipocondriacas, tanatofobia, fobia a la enfermedad y preocupaciones corporales. Cabe mencionar que las IAS han sido empleadas como sustituto del IBQ.

También destaca la Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB), de Rief, Ihle y Pigler (2003), que surge como un intento de medición del comportamiento real en lugar de las cogniciones o experiencias subjetivas. Esta escala incluye 26 ítems que miden la expresión conductual de la verificación del diagnóstico, la expresión de los síntomas, la medicación, las consecuencias de la enfermedad y el escaneo o exploración del cuerpo. Dicha escala ha mostrado susceptibilidad de cambio ante la ansiedad; no obstante, no se modifica por la somatización ni por la depresión (Enriquez, Schneider y Rodríguez, 2010).

Otros instrumentos importantes son el *Cuestionario de Conducta de Enfermedad* (CEE), elaborado en el Hospital "Morales Meseguer", de Murcia (España) (cf. Abad y Vicente, 1999; Galán et al., 2000), construido a partir de la investigación con pacientes que viven con dolor crónico. Consiste en diez factores: depresión-anhedonia, hipocondriasis, reproche social, implicación psicológica, depresión ansiosa, manipulación social, convicción de enfermedad, indefensión, instalación biográfica y apoyo social; mientras que el *Cuestionario de Salud Conductual*, de Millon, Green y Meagher (1992), evalúa ocho estilos de afrontamiento y seis actitudes psicógenas en seis subescalas: tensión crónica, estrés reciente, pesimismo premórbido, falta de esperanza en el futuro, alineación social y ansiedad somática.

Incluso se han diseñado instrumentos específicos, como el *Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Oncohematológicos* (CMAE-OH), de Arranz y Ulla (2008), que a través de 58 ítems, aplicados en forma de entrevista, evalúa las siguientes áreas: datos de organización sanitaria, datos médicos, datos sociodemográficos, situación clínica, apoyo social, bienestar percibido, historia psicopatológica previa, eventos vitales, así como recursos personales y afrontamiento. No obstante, los niveles de confiabilidad son muy bajos, mientras que su validez es limitada y cuestionable.

Es importante destacar que el número de instrumentos que miden la conducta ante la enfermedad es reducido y no existe suficiente evidencia

sobre sus propiedades psicométricas y adaptaciones a población mexicana diagnosticada con enfermedades hematológicas. Además, consideran otros aspectos del constructo y priorizan los componentes subjetivos.

El *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) (Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad) desarrollado por Spence, Moss-Morris y Chalder (2005), se diferencia del resto de esos instrumentos en que permite medir respuestas conductuales ante la enfermedad a través de cuatro dimensiones: Conducta todo o nada, Conducta limitante, Búsqueda de apoyo emocional y Búsqueda de apoyo práctico; además, predice el desarrollo de síndromes somáticos secundarios al padecimiento de base. Aunque el BRIQ fue diseñado para enfermedades infecciosas, se han adaptado algunas de sus subescalas para padecimientos no agudos. Por ejemplo, Kindermans et al. (2011) retomaron y tradujeron al alemán las subescalas Conducta todo o nada y Conducta limitante para 132 pacientes con dolor crónico. Hou et al. (2011) adaptaron y aplicaron las mismas subescalas para a 126 pacientes con lesión cerebral traumática leve. Asimismo, Restall et al. (2014) aplicaron una adaptación de la subescala Conducta limitante a 1,950 mujeres con peso gestacional excesivo. No obstante, dichos autores no proporcionaron información sobre las propiedades psicométricas de la adaptación de la subescala utilizada.

Es evidente que las aplicaciones de este instrumento han sido escasas, no se han considerado la totalidad de dimensiones que lo conforman, y aquellos autores que ofrecen algunas propiedades psicométricas han empleado muestras pequeñas. Así, hasta hoy no se encontraron registros del desarrollo de la adaptación y validación para la población mexicana, y mucho menos para la población de pacientes hematológicos.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio instrumental de adaptación e identificación de propiedades psicométricas (Montero y León, 2007) fue adaptar a la población mexicana y validar psicométricamente el BRIQ en pacientes hematológicos de un hospital de la Ciudad de México mediante la propuesta metodológico-estadística de adaptación y validación psicométrica de Reyes y García (2008).

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con dos grupos de participantes. El grupo de validación de contenido por jueces estuvo conformado por 17 expertos: ocho hombres (47.05%) y nueve mujeres (52.95%) de entre 25 y 66 años de edad, con una edad promedio de 35 años y una desviación estándar de 9 años. Quince de ellos (88.24%) eran especialistas en medicina o medicina conductual con más de seis meses de experiencia en la atención y manejo de pacientes con diagnósticos hematológicos ($M = 11.57$; $D.E. = 9$ años), un experto en psicología con diez años de experiencia en clínica y salud biológica y un experto en lengua inglesa con ocho años de experiencia en la traducción de inglés-español. Todos los participantes refirieron el español como lengua nativa y el inglés como lengua extranjera. Asimismo, participaron cuatro jueces no expertos: cuatro hombres (75%) y una mujer (25%), pacientes de un hospital de la Ciudad de México, diagnosticados con enfermedades hematológicas, cuyas edades variaron de 22 a 44 años ($M = 29$ años; $D.E. = 9$ años), la mitad de los cuales habían sido diagnosticados con padecimientos oncohematológicos, y la otra mitad con enfermedades benignas.

El grupo de validación psicométrica estuvo conformado, de manera intencional no probabilística, por 239 pacientes del servicio de hematología de un hospital de la Ciudad de México, de los cuales 140 fueron mujeres y 99 hombres, con una edad promedio de 44 años y una desviación estándar de 17. En cuanto a su estado civil, 91 refirieron ser solteros, 94 casados, 29 vivían en unión libre, 4 eran divorciados, 14 viudos y 7 separados. Respecto al padecimiento hematológico, 112 tenían diagnóstico de padecimiento oncológico y 104 de padecimientos benignos, mientras que 23 se encontraban en fase de estudio o prediagnóstico. Por otro lado, 79 eran pacientes hospitalizados, 151 de consulta externa y 9 de quimioterapia ambulatoria. El tamaño de la muestra se determinó al exceder diez veces el número de reactivos (Nunnally y Bernstein, 1994) (cf. también Velasco et al., 2017).

Instrumento

Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ) (Spence et al., 2005).

Este instrumento consta de 21 ítems que se evalúan en una escala Likert, en la que se califica la frecuencia de las conductas a través de cuatro subescalas: Conducta todo o nada, Conducta limitante, Búsqueda de apoyo emocional y Búsqueda de apoyo práctico. Tiene una confiabilidad aceptable, de entre 0.81 y 0.89 en cada subescala. Además, se ha probado su validez predictiva en cuanto al desarrollo de síndrome de intestino irritable, medido por criterios Roma I y II, en poblaciones que habían padecido infección por *Campylobacter*.

Se empleó la versión traducida y adaptada del BRIQ, producto del proceso de validación de contenido por jueces expertos, así como de la re-traducción y adecuación a un lenguaje culturalmente relevante, la cual se compone de 19 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert (1, "Para nada"; 2, "Pocos días"; 3, "Algunos días"; 4, "La mayoría de los días, y 5, "Todos los días).

Procedimiento

Para la validación por jueces expertos se estableció contacto con ellos de manera personal en sus centros y espacios de trabajo, y se les informó los fines de la investigación y la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos obtenidos. A cada uno de los jueces se entregó formatos de adaptación para evaluar la exactitud de la traducción y la adaptación de los ítems en función de la versión original en inglés, y a continuación se obtuvieron los porcentajes del acuerdo entre jueces de cada uno de los ítems. Si un ítem obtenía un porcentaje menor de 80%, se modificaba con base en las propuestas de los expertos. Asimismo, se consideraron las sugerencias de redacción y de estilo propuestas por el grupo de jueces. Al no obtener el porcentaje de acuerdo adecuado, se conformó un segundo grupo de jueces con el fin de conseguir un porcentaje mayor de 80% para cada ítem.

Por otro lado, el grupo de jueces no expertos fue contactado en el área de hospitalización del servicio de hematología del citado hospital. Se so-

licitó su participación voluntaria y se les entregó los formatos. En dicha aplicación se obtuvieron el tiempo requerido para la aplicación de la prueba, la dificultad percibida, así como las observaciones y sugerencias respecto al lenguaje empleado. Después se revisaron los reactivos, la retraducción y la adecuación cultural que derivó en la versión adaptada de la escala.

Para la validación psicométrica del cuestionario, se localizó a los pacientes en la sala de espera de la consulta externa, en el área de hospitalización del servicio de hematología y en la de quimioterapia ambulatoria del servicio de oncología, a quienes se invitó a participar en el estudio. Una vez obtenido su consentimiento, se les entregó la versión adaptada del instrumento y se les proporcionó las instrucciones para su llenado. Los pacientes que refirieron problemas de visión o de fatiga por la enfermedad o el tratamiento recibieron apoyo, y se les leyó cada reactivo y las opciones

de respuesta. Al finalizar la aplicación, se les agradeció el haber participado. Una vez obtenidos los datos, se llevó a cabo la validación psicométrica culturalmente relevante, que incluye el análisis de las propiedades de distribución discriminación, confiabilidad y estructura factorial de los reactivos de la escala (Reyes y García, 2008).

RESULTADOS

Se hizo el análisis de frecuencias de cada uno de los reactivos, a partir del cual se halló que todas las opciones de respuesta mostraron frecuencias, y luego se calculó la asimetría, la curtosis y la prueba z de Kolmogorov-Smirnov. Tal como se muestra en la Tabla 1, se encontró que todos los reactivos presentaron una distribución sesgada, por lo que para los análisis siguientes se utilizó la estadística no paramétrica.

Tabla 1. Análisis de la propiedad de distribución de los reactivos del BRIQ adaptado.

Reactivo	Análisis de distribución de frecuencia					Asimetría	Curtosis	Prueba de normalidad	
	Frecuencia en porcentaje por opción de respuesta							z	p
	Opción de respuesta								
	1	2	3	4	5				
BRIQ1	4	6	8	13	69	-1.741	1.946	6.304	.000**
BRIQ2	16	11	16	25	35	-.567	-1.090	3.566	.000**
BRIQ3	26	18	36	13	7	.224	-.774	3.127	.000**
BRIQ4	13	19	30	15	23	-.019	-1.072	2.655	.000**
BRIQ5	35	22	23	10	10	.590	-.773	3.142	.000**
BRIQ6	42	18	23	10	7	.713	-.591	3.868	.000**
BRIQ7	36	20	25	11	8	.565	-.765	3.326	.000**
BRIQ8	32	13	15	13	27	.092	-1.583	3.062	.000**
BRIQ9	35	11	18	12	24	.170	-1.534	3.358	.000**
BRIQ10	8	13	28	22	29	-.380	-.869	2.652	.000**
BRIQ11	8	16	21	23	32	.001	-1.639	3.085	.000**
BRIQ12	29	16	21	23	32	-.439	-.977	2.925	.000**
BRIQ13	56	15	12	6	11	1.154	-.056	5.143	.000**
BRIQ14	47	18	12	12	13	.747	-.897	4.107	.000**
BRIQ15	44	18	16	11	11	.721	-.823	4.028	.000**
BRIQ16	42	8	13	15	21	.282	-1.570	4.175	.000**
BRIQ17	41	19	14	13	13	.638	-1.001	3.728	.000**
BRIQ18	26	26	21	8	20	.412	-1.149	3.088	.000**
BRIQ19	25	18	24	10	23	.164	-1.315	2.331	.000**

** $p \leq .01$

La discriminación se analizó mediante la comparación de grupos extremos (primero y cuarto cuartiles)

respecto al puntaje total de la escala. Se empleó una prueba U de Mann-Whitney y una correlación

entre el total de la prueba y cada uno de los ítems, tal como se muestra en la Tabla 2. Se eliminaron

los reactivos con correlaciones bajas ($r < .30$); los demás discriminaron significativamente.

Tabla 2. Análisis de la propiedad de discriminación de los reactivos del BRIQ adaptado.

Reactivo	Comparación de grupos extremos				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p	Correlación reactivo total
BRIQ1	1505	3275	-1.736	.083	.124
BRIQ2	1695	3525	-.414	.679	-.039
BRIQ3	683	2453	-5.970	.000**	.484**
BRIQ4	803	2573	-5.278	.000**	.470**
BRIQ5	1130	2900	-3.496	.000**	.327**
BRIQ6	1018	2788	-4.315	.000**	.426**
BRIQ7	637	2407	-6.261	.000**	.487**
BRIQ8	787	2557	-5.465	.000**	.415**
BRIQ9	468	2238	-7.233	.000**	.539**
BRIQ10	539	2309	-6.720	.000**	.560**
BRIQ11	322	2092	-8.151	.000**	.620**
BRIQ12	497	2267	-6.999	.000**	.565**
BRIQ13	603	2373	-6.841	.000**	.533**
BRIQ14	904	2674	-4.988	.000**	.346**
BRIQ15	832	2602	-5.317	.000**	.354**
BRIQ16	1321	3091	-2.540	.011*	.210**
BRIQ17	930	2700	-4.733	.000**	.306**
BRIQ18	523	2293	-6.848	.000**	.578**
BRIQ19	416	2186	-7.405	.000**	.554**

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación oblicua con el propósito de conocer la estructura de la escala. Se encontraron cuatro soluciones que explican 46.48% de la varianza.

Para corroborar la pertinencia del análisis, se calculó la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .78$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(120) = 1159.99$, $p < .01$), lo que permite concluir que la matriz de correlaciones era la adecuada. Después se calculó la confiabilidad total de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor aceptable ($\alpha = .78$). En cuanto a la confiabilidad por factor, los coeficientes alfa hallados fueron, para el factor 1, .67; para el factor 2, .77; para el factor 3, .76, y para el factor 4, .66. Los nuevos factores podrían definirse como fatiga, conducta limitante, apoyo social y sobre esfuerzo.

En la Tabla 3 se muestra las cargas factoriales de cada uno de los reactivos.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación oblicua del BRIQ adaptado.

Reactivo	Factor			
	1	2	3	4
BRIQ12	-.714	-.044	-.055	-.009
BRIQ10	-.560	-.023	-.110	-.125
BRIQ19	-.446	-.272	-.069	-.149
BRIQ15	-.132	-.904	-.063	-.094
BRIQ17	-.057	-.841	-.006	-.163
BRIQ13	-.164	-.548	-.061	-.118
BRIQ3	-.255	-.374	-.011	-.123
BRIQ5	-.233	-.007	-.661	-.053
BRIQ18	-.274	-.008	-.622	-.067
BRIQ4	-.109	-.046	-.604	-.112
BRIQ7	-.016	-.030	-.583	-.148
BRIQ11	-.334	-.040	-.540	-.090
BRIQ6	-.030	-.169	-.065	-.646
BRIQ14	-.021	-.105	-.044	-.642
BRIQ8	-.023	-.169	-.173	-.607

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue adaptar para la población mexicana y validar psicométricamente el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) en una muestra hematológica de un hospital de la Ciudad de México. La versión final obtenida mostró una confiabilidad aceptable pero baja ($\alpha = .78$), si se considera lo señalado por Reidl (2013) respecto al tamaño del coeficiente de confiabilidad, ya que se dirige a una población específica de un campo aplicado de la psicología, y a que los resultados de su administración hacen posible la identificación de necesidades de intervención, al igual que la toma de decisiones para el diseño y desarrollo de un plan de tratamiento.

En el análisis factorial exploratorio se encontró una estructura de cuatro factores, al igual que en la escala original; no obstante, los reactivos no se agruparon de la misma manera; además, su consistencia interna es aceptable pero baja, y solamente explica 46.48% de la varianza; es decir, 53.52% se debe a factores no considerados en el instrumento, lo que indica que el constructo es multidimensional y, por tanto, requiere una revisión exhaustiva de los ítems y dimensiones que conforman la escala. Probablemente, es necesario abarcar otros factores de la conducta ante la enfermedad que sí incluyen autores como Pilowsky y Spence (1975), Rief et al. (2003) y Arranz y Ulla (2008).

Por otro lado, la eliminación de los ítems 1, 2, 9 y 16 se relaciona tanto con las características de la población meta como con factores culturales. Así, se eliminó el reactivo 1, referido al cuidado que brinda la familia, debido a que la mayoría de los participantes dieron puntuaciones altas, lo que indica que para la muestra la familia era la principal fuente de apoyo durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad hematológica, lo que concuerda con lo que sostienen Gutiérrez, Díaz y Román (2016), ya que, independientemente de los cambios sociales, demográficos y tecnológicos que han impactado la estructura y función de esta entidad en distintas zonas del mundo, en México la familia sigue siendo una institución de referencia a la que se acude para buscar apoyo y resolver problemas. Para los mexicanos, el apoyo de la familia en situaciones

difíciles –como una enfermedad crónica– se considera como necesario e incluso obligatorio, y es el más accesible en comparación con otras fuentes de ayuda (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

En cuanto al reactivo 2, los participantes se inclinaron por darle puntuaciones altas debido a que el mexicano tiene motivaciones específicas para continuar llevando a cabo sus actividades cotidianas a pesar de estar enfermo. De acuerdo con Díaz-Guerrero (1999), para el mexicano no resulta sencillo admitir la disminución de su capacidad de trabajo. Para él, la manutención de su familia, la obtención de bienes materiales, la necesidad de ofrecer seguridad y la posibilidad de acceder a un estatus social mayor a través del trabajo revisten una gran importancia. El mexicano valora, ante todo, la responsabilidad (cf. Mendoza, 2010).

A su vez, el reactivo 9, que denota la ejecución de ejercicios físicos, tampoco mostró propiedades discriminantes, lo que seguramente está relacionado con las características del paciente hematológico, que por su mismo padecimiento, o bien por el tratamiento, tiene indicaciones médicas de evitar la actividad física, por lo menos durante un tiempo, debido a sus potenciales efectos adversos (Janssen-Cilag, S.A., 2016; Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca, 2010).

Cabe señalar que el reactivo 16 fue eliminado por no corresponder al objetivo de la escala de medir la conducta objetiva ante la enfermedad sobre los factores subjetivos que conforman el constructo.

Finalmente, en cuanto a la extensión de la escala, se convierte en una herramienta breve de evaluación que incluye reactivos con propiedades psicométricas aceptables. Aunque resulta práctico, se tiene que considerar que las propiedades psicométricas no alcanzaron niveles óptimos y que ya no es posible comparar la nueva versión con la original. Por tanto, los resultados solo pueden ser generalizables a la población estudiada.

Es importante resaltar que las propiedades psicométricas, aunque aceptables, no tienen valores óptimos. Además, al circunscribir el estudio a un solo escenario es importante señalar que se puede haber incurrido en la descripción de las características de la muestra, y no necesariamente en

la obtención de propiedades psicométricas. También es necesario considerar que un nuevo factor, denominado *fatiga*, merece especial atención debido a que los pacientes hematológicos experimentan cansancio y fatiga exacerbados debido a la condición médica y al tratamiento (Janssen-Cilag, S.A., 2016).

Los presentes resultados muestran que es necesario revisar exhaustivamente los reactivos que conforman la escala con el fin de formular nuevas propuestas que enriquezcan sus subescalas. Por

supuesto, se necesitan también más aplicaciones en los diversos escenarios en los que se desenvuelve el paciente hematológico. Solo de esta manera se estará en condiciones de determinar si se trata de una prueba confiable y válida que contribuya a la identificación de patrones conductuales y la detección de necesidades de intervención psicológica que favorezcan la adaptación a la enfermedad, la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la economía de los recursos destinados al cuidado de la salud.

REFERENCIAS

- Abad, M.A. y Vicente, A. (1999). Conductas de enfermedad y modos de enfrentamiento ante la enfermedad en pacientes heroínómanos En M. E. Medina, C. M. García y A. Romero (Comps.): *La psicología como profesión. Enfoques actuales* (pp. 247-260). Murcia: Universidad de Murcia.
- Arranz, P. y Ulla, S. (2008). Diseño y validación de un Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Onco-Hematológicos (CMAE-OH). *Psicooncología*, 5(1), 7-25.
- Atik, D. y Paratepe, H. (2016). Scale development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Médica Mediterránea*, 32, 135-142.
- Báez, C. (2015). *Estudian incremento de la mortalidad por leucemia linfoblástica en México*. Recuperado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3628-incrementa-la-mortalidad-por-leucemia-linfoblastica-aguda-en-mexico>.
- Bravo M., C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords): *Medicina conductual. Teoría y práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Covarrubias, R., Sotelo, N. y Hurtado, J.G. (2004). Púrpura trombocitopénica autoinmune. Informe de 108 casos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(2), 119-127.
- Díaz-Guerrero, R. (1999). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Duque R., J. (2002). Factores ambientales, neoplasias hematológicas y mecanismos moleculares. *Gaceta Médica de México*, 138(S1), 13-14.
- Enríquez B., H., Schneider, R. y Rodríguez J., T. (2010). Creencias de salud, empleo de servicios médicos y comportamiento hacia la enfermedad. En H. Enríquez B., R. E. Schneider y J. T. Rodríguez (Eds.): *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales* (pp. 313-332). México: Médica Panamericana.
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana (2016). *Nuestra historia. 25 años trabajando por nuestra comunidad*. México: FHRM. Recuperado de <http://www.hemofilia.org.mx/web16/nuestra-historia/>.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M.A. (2000). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Galán, A., Pérez, M.A. y Blanco, A. (2001). La conducta de enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema*, 13(1), 63-67.
- Gutiérrez, R., Díaz, K.Y. y Román R., P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>.
- Herrera, A. (2016). *Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la fatiga relacionada al cáncer*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- Herzlich C. y Pierret, J. (1973). *The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press*. New York: Academic Press.
- Hou, R., Moss-Morris, R., Peveler, R., Mogg, K., Bradley, B.P. y Belli, A. (2011). When a minor head injury results in enduring symptoms: a prospective investigation of risk factors for postconcussional syndrome after mild traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 28, 1719-1725.
- Instituto de las Mujeres (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México*. México: INMUJERES. Recuperado de <http://inmujeres.gob.mx>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero) Datos nacionales*. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf.

- Janssen-Cilag, S.A. (2016). *Cansancio/fatiga*. Recuperado de <http://cancerenlasangre.com>.
- Kellner, R. (1986). *Abridged manual of the Illness Attitudes Scale*. Albuquerque, NM: University of New Mexico.
- Kindermans, H.P.J., Roelofs, J., Goossens, M.E., Huijnen, P.J., Verbunt, J.A. y Vlaeyen, J.W.S. (2011). Activity patterns in chronic pain: Underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The Journal of Pain*, 12(10), 1049-1058. doi: 10.1016/j.jpain.2011.04.009.
- Larsen, P.D. (2009). Illness behavior. En P. D. Larsen y I. M. Lubkin (Eds.): *Chronic illness. Impact and intervention* (pp. 25-42). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. y Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. Baum., S. E. Taylor y J. E. Singer (Eds.): *Handbook of Psychology and Health, v. IV: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Licon, I. (2017). "Leucemia y linfoma no-Hodgkin, frecuentes en población mexicana". *Punto por Punto*, 15 de junio. Recuperado de <http://www.puntoporpunto.com/opinion/hablemos-de-cancer-sin-miedo/leucemia-y-linfoma-no-hodgkin-frecuentes-en-poblacion-mexicana/>.
- Martínez, R. (2009). *Reporte de experiencia profesional* (Tesis inédita de maestría). México: UNAM.
- Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mendoza, J. (2010). Permanencia y evolución de la cultura laboral en México. El marco de referencia o modelo mental de trabajadores en organizaciones mexicanas. *Innovaciones de Negocios*, 7(1), 105-137.
- Millon, T., Green, C. y Meagher, R. (Eds.) (1992). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- 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.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89-93.
- Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1975). Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2017). Patterns of 'abnormal' illness behavior among healthy individuals. *American Journal Health Behavior*, 41(2), 139-146. doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.4>.
- Reidl M., L.M. (2013). Confiabilidad en la medición. *Investigación en Educación Médica*, 2(6), 107-111. doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72695-4](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72695-4).
- Restall, A., Taylor, R.S., Thompson, J.M.D., Flower, D., Dekker, G.A., Kenny, L.C., Poston, L. y McCowan, L.M.E. (2014). Risk factors for excessive gestational weight gain in a healthy, nulliparous cohort. *Journal of Obesity*. Article ID 148391. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/148391>.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. Un ejemplo. En Asociación Mexicana de Psicología social (edit.) *La Psicología Social en México XII* (pp.625-630). México: AMEPSO.
- Rief, W., Ihle, D. y Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 405-444.
- Rivera F., L.M. (2014). Medicina conductual y hematología. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords.): *Medicina conductual. Teoría y práctica* (pp. 333-350), México: Qartuppi.
- Rodríguez, R., García, H., Barbero, J., Bajo, M.A., Sánchez, R., Del Peso, G., González, E. y Selgas, R. (2012). Propiedades psicométricas preliminares de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes onco-hematológicos (CMAE-OH) adaptado a pacientes renales en diálisis (CMAE-RD). *Psicooncología*, 9(2-3), 369-391.
- Rosas J., H. (2014). *Reporte de experiencia profesional* (Tesis inédita de maestría). México: UNAM.
- Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca (2010). *Cuidados físicos para el paciente de cáncer*. Salamanca (España): Autor. Recuperado de <http://www.hematosalamanca.es/index.php/pacientes-y-familiares/vida-despues-del-cancer/71>.
- Shamah-Levy T., Villalpando, S., Mundo R., V., De la Cruz G., V., Mejía R., F. y Méndez, I. (2013). Prevalencia de anemia en mujeres mexicanas en edad reproductiva, 1999-2012. *Salud Pública de México*, 55(S2), 190-198. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5115>.
- Sirri, L., Fava, G.A y Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 74-81. doi: 10.1159/000343508.

- Spence, M., Moss-Morris, R. y Chalder, T. (2005). The Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ): A new predictive measure of medically unexplained symptoms following acute infection. *Psychological Medicine*, 35, 583-593. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291704003484>.
- Velasco R., E., Duarte A., R.E., Riveros R., A., Sánchez-S., J.J. y Reyes L., I. (2017). Validación de la Escala de Gravedad de Fatiga en población general de la Ciudad de México. *Evaluar*, 17(2), 113-125. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/18725>.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Predictive factors for quality of life, anxious, and depressive symptoms in Mexican patients with prostate cancer

Marcos Espinoza Bello, Oscar Galindo Vázquez, Miguel Ángel Jiménez Ríos, Abel Lerma Talamantes, Nancy Ariadna Acosta Santos, Miguel Ángel Álvarez Avitia and Ángel Herrera Gómez

Assessment of stigma toward cancer patients: A psychometric approach

Julia C. Penagos-Carzo and Sheila Pintado Cucarella

Coping, family functioning, and health-related quality of life in Venezuelan cancer patients' caregivers

Neilú Hernández, Anthony Salas and José Javier Altuve

Intervention program to promote communication about sexuality in parents of children with intellectual disability

Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez and María Vianey Rodríguez Gutiérrez

Perceived usefulness of health education for adolescents undergoing cardiac catheterization and their informal primary caregivers

Julieta Beatriz Candelario-Masca, Rodrigo Hiroshi González-Luna, Alejandro Flores-Arizmendi and Angélica Riveros-Rosas

Exploratory study of perceived health risks in Mexican population

Esperanza López-Vázquez, Rosa Lilia Castillo-López and Zayra García-Chimalpopoca

Presence, severity and frequency of symptoms in post-menopause women patients of the National Institute of Perinatology

Evangelina Aldana Calva and Cecilia Mota González

Psychoeducation for adherence to antiretroviral treatment: The hourglass metaphor

Roberto Nerio-Mejía, Juan José Sánchez-Sosa and Angélica Riveros-Rosas

Loneliness and health: How do they relate and differ in terms of age and schooling?

Daniela J. Cruz-Vargas, Rozzana Sánchez-Aragón and Vanesa Castro-Torres

Communication and negotiation as predictors of the use of the condom in incarcerated men

Ricardo Sánchez-Medina, Anabel de la Rosa-Gómez, David Javier Enriquez-Negrete and Dulce María Velasco-Hernández

Longitudinal study of lifestyles in students of a private university of Metropolitan Lima

Cecilia Chau Pérez-Aranibar and Mariela Tavera Palomino

Psychometric properties of the Children Psychological Well-being Scale in Colombian population

Stefano Vinaccia-Alpi, Nazanin Abed, Andrea Ortega-Bachara, Rosangela Raleigh, César Andrés Gómez-Acosta, María Alejandra Vieira, Yuli Jiménez, Lina López-Pico and Brayan Vinosco

Psychometric properties of the Medication Adherence Report Scale-Asthma in asthmatic Mexican adults

Isaías Vicente Lugo González and Cynthia Zaira Vega Valero

Adaptation and validation of the Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients

Lindsay Carrillo Valdez and Maetzin Itzel Ordaz Carrillo