

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 31 Número 1

Enero-junio 2021

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

- Engaño: mecanismos cerebrales y psicología de la salud  
*Said Enrique Jiménez Pacheco y Juan José Sánchez Sosa*
- Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México  
*Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Martha Adelina Torres Muñoz y Felipe González-Arratia Visoso*
- Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas  
*José Luis Barrera Gutiérrez, Diana Mejía Cruz y Ana Beatriz Moreno Coutiño*
- Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil  
*Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Cecilia Méndez Sánchez, Angélica Riveros Rosas y Mariana Gutiérrez Lara*
- Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática  
*Karen Guadalupe Duarte Tánori, José Ángel Vera Noriega y Daniel Fregoso Barrego*
- Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus 1  
*Laura Viviana Leal Guerrero, Edith Gerardina Pompa Guajardo y Martha Leticia Cabello Garza*
- Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa  
*Carlos Augusto Rodríguez Durán y Ana Beatriz Moreno Coutiño*
- Indicadores psicológicos y de pareja relacionados con la insatisfacción marital: estrategias de intervención  
*Claudia Sánchez-Bravo, Jorge Carreño-Meléndez y Cecilia Moto-González*
- Inhibición de respuesta como restricción y cancelación en individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad  
*Karla Paola Jiménez Cruz, Karla Edith González Alcántara y Cecilia Silva Gutiérrez*
- Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos  
*Josué Napoleón Huerta-Hernández, Michel A. Reyes-Ortega, Cecilia Elizabeth Sotelo-González, Morelia Erandení Gil-Díaz, Zúgary Lima-Téllez, Claudia Rebeca R. Gutiérrez-Cardona y Mayra Teresa Barrientos-García*
- Relación entre presión social y autoconcepto físico en jóvenes victorenses  
*Gisela Martínez Gallegos, Patricia Mayela Báez Mansur y Claudia Elizabeth Torres Limas*
- El rol del psicogastroenterólogo en los equipos de salud  
*Mariela González Tovar*
- Cáncer y salutogénesis: una revisión bibliográfica  
*Sergio I. Escamilla Sánchez*
- Propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana  
*Javier Núñez Hernández, Oscar Galindo Vázquez, Frank J. Penedo, German Calderillo Ruiz, Abelardo Meneses García, Ángel Herrera Gómez y Abel Lerma*
- Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino (FACT-Ox) en pacientes mexicanas  
*Oscar Galindo Vázquez, Mayra Cu-Menes, David Isla Ortiz, Salim Abraham Barquet Muñoz, Abel Lerma Talamantes y Abelardo Meneses García*

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 31, Número 1 • Enero-junio de 2021

*Psicología y Salud* es una publicación semestral, con tiraje de 100 ejemplares, editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana 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.

Editor responsable: Rafael Bullé-Goyri Minter.

ISSN impreso: 1405-1109 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Responsable de la última actualización de este número: Laila Meseguer Posadas,

fecha de última modificación, 26 de octubre de 2020.

Indizada en PsycINFO, CLASE, LATINDEX y CUIDEN.

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

# SUMARIO

Volumen 31, Número 1  
Enero-junio de 2021

Engaño: mecanismos cerebrales y psicología de la salud <i>Said Enrique Jiménez Pacheco y Juan José Sánchez Sosa</i> .....	5
Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México <i>Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Martha Adelina Torres Muñoz y Felipe González-Arratia Visoso</i> .....	15
Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas <i>José Luis Barrera Gutiérrez, Diana Mejía Cruz y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i> .....	25
Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil <i>Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Cecilia Méndez Sánchez, Angélica Riveros Rosas y Mariana Gutiérrez Lara</i> .....	37
Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática <i>Karen Guadalupe Duarte Tánori, José Ángel Vera Noriega y Daniel Fregoso Borrego</i> .....	51
Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus 1 <i>Laura Viviana Leal Guerrero, Edith Gerardina Pompa Guajardo y Martha Leticia Cabello Garza</i> .....	61
Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa <i>Carlos Augusto Rodríguez Durán y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i> .....	69
Indicadores psicológicos y de pareja relacionados con la insatisfacción marital: estrategias de intervención <i>Claudia Sánchez-Bravo, Jorge Carreño-Meléndez y Cecilia Mota-González</i> .....	81
Inhibición de respuesta como restricción y cancelación en individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad <i>Karla Paola Jiménez Cruz, Karla Edith González Alcántara y Cecilia Silva Gutiérrez</i> .....	93
Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos <i>Josué Napoleón Huerta-Hernández, Michel A. Reyes-Ortega, Cecilia Elizabeth Sotelo-González, Morelia Erandeni Gil-Díaz, Zugaray Lima-Téllez, Claudia Rebeca Gutiérrez-Cardona y Mayra Teresa Barrientos-García</i> .....	103
Relación entre presión social y autoconcepto físico en jóvenes victorenses <i>Gisela Martínez Gallegos, Patricia Mayela Báez Mansur y Claudia Elizabeth Torres Limas</i> .....	113
El rol del psicogastroenterólogo en los equipos de salud <i>Mariela González Tovar</i> .....	123
Cáncer y salutogénesis: una revisión bibliográfica <i>Sergio I. Escamilla Sánchez</i> .....	131
Propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana <i>Javier Núñez Hernández, Oscar Galindo Vázquez, Frank J. Penedo, German Calderillo Ruiz, Abelardo Meneses García, Ángel Herrera Gómez y Abel Lerma</i> .....	143
Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino (FACT-CX) en pacientes mexicanas <i>Óscar Galindo Vázquez, Mayra Cu Menes, David Isla Ortiz, Salim Abraham Barquet Muñoz, Abel Lerma Talamantes y Abelardo Meneses García</i> .....	155



# SUMMARY

Volume 31, Number 1  
January-June 2021

Deception: brain mechanisms and health psychology <i>Said Enrique Jiménez Pacheco and Juan José Sánchez Sosa</i> .....	5
Post-traumatic stress, anxiety, coping, and resilience in schoolchildren post 2017 earthquake in Mexico <i>Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Martha Adelina Torres Muñoz and Felipe González-Arratia Visoso</i> .....	15
Treatment based on compassionate mindfulness: A pilot study in drugs polyconsumers <i>José Luis Barrera Gutiérrez, Diana Mejía Cruz and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i> .....	25
Cognitive-behavioral intervention in child anxiety disorders <i>Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Cecilia Méndez Sánchez, Angélica Riveros Rosas and Mariana Gutiérrez Lara</i> .....	37
Contextual factors related to non-suicidal self-harm behaviors: A systematic review <i>Karen Guadalupe Duarte Tánori, José Ángel Vera Noriega and Daniel Fregoso Borrego</i> .....	51
Subjective constructions regarding mourning of a healthy body in adolescents with diabetes mellitus-1 <i>Laura Viviana Leal Guerrero, Edith Gerardina Pompa Guajardo and Martha Leticia Cabello Garza</i> .....	61
Evaluation of two psychological treatments for pregnant women with anxious symptomatology <i>Carlos Augusto Rodríguez Durán and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i> .....	69
Psychological and couple indicators related to marital dissatisfaction: Intervention strategies <i>Claudia Sánchez-Bravo, Jorge Carreño-Meléndez and Cecilia Mota-González</i> .....	81
Response inhibition as restraint and cancellation in individuals with normal weight, overweight, and obesity <i>Karla Paola Jiménez Cruz, Karla Edith González Alcántara and Cecilia Silva Gutiérrez</i> .....	93
Effectiveness evaluation of the DBT STEPS-A program in Mexican university students <i>Josué Napoleón Huerta-Hernández, Michel A. Reyes-Ortega, Cecilia Elizabeth Sotelo-González, Morelia Erandeni Gil-Díaz, Zugaray Lima-Téllez, Claudia Rebeca Gutiérrez-Cardona and Mayra Teresa Barrientos-García</i> .....	103
Relation between social pressure and physical self-concept in young people from Ciudad Victoria (México) <i>Gisela Martínez Gallegos, Patricia Mayela Báez Mansur and Claudia Elizabeth Torres Limas</i> .....	113
The psychogastroenterologist's role in the health teams <i>Mariela González Tovar</i> .....	123
Cancer and salutogenesis: A bibliographic review <i>Sergio I. Escamilla Sánchez</i> .....	131
Psychometric properties of the Brief COPE Inventory in a sample of informal primary caregivers of cancer patients in the Mexican population <i>Javier Núñez Hernández, Oscar Galindo Vázquez, Frank J. Penedo, German Calderillo Ruiz, Abelardo Meneses García, Ángel Herrera Gómez and Abel Lerma</i> .....	143
Psychometric properties of the Functionality Assessment Instrument in Cervical Cancer Treatment (FACT-Cx) in Mexican patients <i>Óscar Galindo Vázquez, Mayra Cu Menes, David Isla Ortiz, Salim Abraham Barquet Muñoz, Abel Lerma Talamantes and Abelardo Meneses García</i> .....	155

# Engaño: mecanismos cerebrales y psicología de la salud

## *Deception: brain mechanisms and health psychology*

Said Enrique Jiménez Pacheco<sup>1</sup> y Juan José Sánchez Sosa<sup>2</sup>

*Citación:* Jiménez Pacheco, S.E. y Sánchez Sosa J.J. (2021). Engaño: mecanismos cerebrales y psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 31(1), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2671>.

### RESUMEN

Aunque el engaño es ubicuo en las interacciones humanas (incluyendo las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes), en la psicología su estudio se ha efectuado por medio de autorreportes o metodologías no experimentales, principalmente, lo que limita la validez de los hallazgos y compromete su generalización. La presente investigación examina las aproximaciones actuales al estudio del engaño por parte de las neurociencias cognitivas, así como por la psicología y la economía experimental. Se subraya el papel que pueden tener los diseños experimentales y la relación de la conducta de engaño con ciertos mecanismos regulatorios del comportamiento para mejorar la validez y generalización de los hallazgos. También se discuten algunas razones por las que el engaño está presente en las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, sus causas y consecuencias más evidentes, y algunas de sus manifestaciones psiquiátricas más problemáticas.

**Palabras clave:** Engaño; Mentira; Economía del comportamiento; Trastornos psiquiátricos.

### ABSTRACT

*Deception is ubiquitous in human interactions (including relationships between health professionals and patients). In psychology, the study of deception has been carried out mainly through self-reports and non-experimental methodologies, which limits the validity of findings and limit their generalization. The present analysis examines the current research approaches to the study of deception by cognitive neurosciences, psychology and experimental economics. The analysis underlines the role of experimental designs and the link between deceptive behavior and regulatory behavioral mechanisms, so as to improve validity and generalizability of research findings. We propose some explanations to why deception is present in interactions between health professionals and patients, its most seemingly obvious causes and consequences, and some of its most problematic psychiatric manifestations.*

**Keywords:** Deception; Lie; Behavioral economics; Psychiatric disorders.

## INTRODUCCIÓN

El engaño es ubicuo en las relaciones humanas, en una interacción comunicativa de dos personas en la que una de ellas envía un mensaje y la otra lo recibe. El engaño se refiere al intento del remitente de enviar un mensaje cuya intención es inducir una creencia en el destinatario, considerada falsa por quien envía el mensaje (Vrij, Granhag y Porter, 2010). Algunos estudios sugieren que las personas dicen entre

<sup>1</sup> El autor con CVU: 478662, número del becario: 280385, y número de apoyo: 415001, agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento para este trabajo. Correo electrónico: said.ejp@gmail.com. Artículo recibido el 2 de diciembre de 2019 y aceptado el 18 de junio de 2020.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, correo electrónico: jujosaso@gmail.com.

una y dos mentiras al día; sin embargo, cuando se les pregunta directamente si mienten, la mayoría afirma no haber dicho una mentira en las últimas veinticuatro horas (Serota, Levine y Boster, 2010). A partir de sesgos de deseabilidad social, habría una distancia considerable entre las mentiras autorreportadas y las mentiras reales. En el contexto de las ciencias del comportamiento en general y de la psicología en particular, se han hecho múltiples intentos para cuantificar objetivamente el fenómeno del engaño. El presente análisis, en consecuencia, resume analíticamente el panorama de la investigación a partir de las neurociencias cognitivas, la psicología y la economía experimentales y la psicología de la salud, haciendo énfasis en los aspectos metodológicos en los dos primeros casos, y en el aspecto clínico en el último.

### Mecanismos cerebrales del engaño

En la actualidad, el estudio del engaño se ha hecho desde la perspectiva de la neurociencia cognitiva, facilitado por los avances en la neuroimagen funcional. Los principales hallazgos indican la participación de la corteza prefrontal, la ínsula y la corteza anterior del cíngulo, entre otras estructuras, en la coordinación de diversos procesos sociales, cognitivos y emocionales que conforman el engaño (Abe, 2011; Lisofsky, Kazzner, Heekeren y Prehn, 2014; Sip, Roepstorff, McGregor y Frith, 2008). De forma paralela con los hallazgos de las neurociencias cognitivas, la economía experimental ha revelado datos sólidos y tareas conductuales ecológicamente válidas para el estudio y la comprensión del engaño en circunstancias interactivas (Gneezy, 2005; Gneezy, Rockenbach y Serra, 2013). Estos antecedentes, así como el interés actual por combinar modelos basados en la teoría de juegos con la psicología contemporánea y los métodos neurocientíficos (Fehr y Camerer, 2007; Sanfey, 2007), han dado origen a por lo menos a dos posiciones claramente sintéticas de la neurociencia y la economía experimental basadas en la mencionada teoría de juegos para el estudio del engaño (Baumgartner, Fischbacher, Feierabend, Lutz y Fehr, 2009; Volz, Vogeley, Tittgemeyer, von Cramon y Sutter, 2015).

Dichas aproximaciones captan la naturaleza dinámica de la interacción social ya que, en efecto,

suponen interacciones reales y no simuladas. Los participantes no son forzados a dar determinadas respuestas, sino que estas ocurren de forma voluntaria; adicionalmente, dichas investigaciones representan de forma cuantificable las posibles consecuencias de tipos de comportamiento tales como engañar. Las características de las aproximaciones basadas en la economía experimental y la neurociencia cognitiva están ausentes en muchas de las propuestas actuales para el estudio del engaño, y representan probablemente las limitaciones más importantes de la investigación en el área (Abe, 2011; Lisofsky et al., 2014; Sip et al., 2008).

En la agenda del estudio científico del engaño uno de los tópicos pendientes es la clarificación de los contextos sociales que lo facilitan o inhiben (Abe, 2011); por consiguiente, existen numerosas investigaciones que abordan la influencia de la información social en la toma de decisiones y los correlatos neurales asociados (Amodio y Frith, 2006; Bhanji y Delgado, 2014). Algunos hallazgos especialmente interesantes apuntan a que la sola presencia de otra persona puede afectar el modo en que se procesan en el cerebro recompensas (por ejemplo monetarias) matemáticamente idénticas asociadas a diferentes intensidades de respuesta en el núcleo estriado si se comparten con un amigo, con un desconocido o con una computadora. Esas mismas intensidades coinciden con una experiencia subjetiva de mayor excitación cuando se juega con un amigo que con otros compañeros (Fareri, Niznikiewicz, Lee y Delgado, 2012).

Resultados igualmente interesantes emergen cuando una persona compite con otra de la propia red social (amigo), en comparación con alguien que se halla fuera de la misma (extraño). La respuesta de la corteza medial prefrontal es más intensa si se trata de un amigo que si se trata de un desconocido. Así, una persona puede ser conductualmente tan competitiva con un amigo, o incluso con más, a que si se trata de un desconocido (Fareri y Delgado, 2014). En este contexto, futuros estudios sobre el abordaje de los mecanismos cerebrales del engaño se pueden nutrir con el diseño de experimentos que manipulen variables sociales que representen contextos ecológicamente más válidos y que podrían elucidar patrones de actividad más cercanos a lo que ocurre naturalmente con una conducta deshonestas.

Otro aspecto que no se ha abordado en la investigación es la relación del engaño con algunos mecanismos fundamentales de la toma de decisiones, como la aversión a la pérdida. De forma independiente a la investigación científica sobre el engaño, pero cercanamente vinculado con el estudio sobre los correlatos neurales del comportamiento (Sanfey, 2007), el mecanismo de aversión a la pérdida se desarrolló en el contexto de la teoría del prospecto propuesta por Amos Tversky y el Premio Nobel de Economía Daniel Kahneman (Kahneman y Tversky, 1979; Tversky y Kahneman, 1992). La propuesta postula que el valor que los humanos otorgan a las pérdidas es mayor al valor que le dan a las ganancias (Kahneman y Tversky, 1984). Por ejemplo, el sufrimiento asociado a perder una cierta suma de dinero será mayor que el placer que se experimenta al ganar la misma suma (Kahneman y Tversky, 1979).

Hay algunos estudios orientados a la investigación de las bases neurales de la aversión a la pérdida (Canessa et al., 2013; Chib, De Martino, Shimojo y O'Doherty, 2012; Tom, Fox, Trepel y Poldrack, 2007), en los que la corteza ventromedial prefrontal y el núcleo estriado muestran un patrón de decremento en la actividad asociado con las pérdidas que es mayor que el incremento de la actividad asociado con las ganancias (Tom et al., 2007), de manera similar al comportamiento del valor que se propone en la teoría del prospecto. De forma análoga, la amígdala y la ínsula responden con un patrón específico a las ganancias y las pérdidas, aumentando o disminuyendo respectivamente y marcando de manera definida la magnitud de las pérdidas potenciales (Canessa et al., 2013).

Así, se puede hipotetizar que lo que impulsa a ejecutar un comportamiento engañoso es evitar una pérdida potencial; aunque el mecanismo de aversión a esta se ha estudiado principalmente en términos de decisiones que tienen consecuencias monetarias, es probable que las pérdidas se codifiquen no únicamente en esa dimensión, sino también en términos interpersonales o emocionales. En tal contexto, estudiar la relación entre el engaño y otros mecanismos regulatorios del comportamiento es un campo relevante y fértil para la investigación en las neurociencias y la psicología.

## Experimentos conductuales sobre el engaño

Como algunos autores han apuntado acertadamente, la economía y la psicología comparten intereses en una amplia gama de tópicos relativos a la conducta humana, los que abordan basándose en métodos de laboratorio semejantes (Ariely y Norton, 2007). Incluso áreas que parecerían tan distantes como la economía conductual y la psicología de la salud han sumado esfuerzos para afrontar problemas de relevancia social y de salud pública, como el VIH, la vacunación o la abstinencia a las metanfetaminas, por solo mencionar algunos ejemplos (Hanoch y Finkelstein, 2013).

Por lo tanto, no es de sorprender que, desde el punto de vista de la economía experimental, los hallazgos relacionados con el engaño sean vastos. La orientación clásica de la economía suponía que los humanos son egoístas y que, por lo tanto, mientras haya un beneficio al mentir o engañar, no tendrían problemas para hacerlo (Crawford y Sobel, 1982). Sin embargo, la evidencia experimental de la economía conductual reciente indica que el engaño es un asunto más complejo del que sugieren las propuestas tradicionales (Erat y Gneezy, 2012; Fischbacher y Föllmi-Heusi, 2013; Gneezy, 2005; Gneezy et al., 2013).

A la fecha, hay al menos tres paradigmas experimentales formales para estudiar el engaño a partir de la economía conductual (Gneezy et al., 2013), así como otros que evalúan el engaño, sin señalarlo formalmente, en el contexto de la experimentación sobre la confianza (Charness y Dufwenberg, 2006; Vanberg, 2008). Estos estudios incluyen, a saber:

- a. El juego de palabras corrientes entre remitente y destinatario (Gneezy, 2005).
- b. El experimento de tirar un dado de forma encubierta (Fischbacher y Föllmi-Heusi, 2013).
- c. El juego de informar sobre un número aleatorio entre 1 y 6 (Gneezy et al., 2013).
- d. Los juegos de confianza con promesas (Charness y Dufwenberg, 2006; Vanberg, 2008).

El primer paradigma experimental se planteó en un estudio de Gneezy (2005), muy destacado e



influyente en esta área, el cual plantea una interacción anónima entre dos personas con asimetrías en su información: un remitente y un receptor. El remitente tiene acceso a una matriz de pagos, mientras que el segundo la ignora, de modo que la asimetría de información ofrece una ventaja para el remitente y provee un incentivo para explotar la asimetría a su favor a través del engaño. Al remitente se le muestran dos opciones (A y B), con cantidades que representan pagos para él y su compañero en ambas; la opción A presenta una distribución predeterminada de pagos entre los jugadores, y una distribución diversa la B. El remitente debe enviar un mensaje al destinatario acerca de cuál de las dos opciones le hará ganar más dinero; ya que este último no tiene acceso a la matriz de pagos, la única información que recibe es la que le brinda el remitente.

Una vez que el remitente le ha dado el mensaje al destinatario sobre cuál de las dos opciones le hará ganar más dinero, este último tiene que tomar una decisión referente a si selecciona una u otra opción, y luego se le paga a ambos jugadores en función de la decisión tomada. El engaño se evalúa conductualmente cuando el remitente le dice al receptor que le conviene más la opción A, cuando en realidad la más favorable es la B. En la versión original de Gneezy (2005), a 75 participantes se les mostraron tres tratamientos o condiciones experimentales en las que se variaban los montos de las opciones señaladas. En la primera condición experimental, si el remitente mentía, él ganaba 1\$ y el destinatario perdía 1\$; en la segunda condición experimental, si el remitente mentía, él ganaba 1\$ y el receptor perdía 10\$; finalmente, en la tercera condición, si el remitente engañaba, él ganaba 10\$ y el destinatario perdía 10\$.

En la primera condición, en la que el remitente ganaba 1\$ si engañaba y el receptor perdía 1\$, 36% de los participantes (27/75) engañó, es decir, le dijo al receptor que le convenía más una opción que en realidad le perjudicaba. En la segunda condición, en la que el remitente ganaba 1\$ si engañaba y el destinatario perdía 10\$, el número de participantes que engañó disminuyó a 17% (13/75). Por último, en la tercera condición tres, en la que la ganancia de engañar era de 10\$ para el remitente y una pérdida de 10\$ para el receptor, el engaño subió a 52% (39/75). Cabe mencionar

que todas las comparaciones resultaron estadísticamente significativas.

Como revelan dichos porcentajes, y como discute Gneezy (2005), los incentivos, es decir, las ganancias asociadas con el engaño, parecen afectar el comportamiento de las personas, de modo que hay más engaño si se gana más por hacerlo (por ejemplo, 1\$ vs. 10\$). Sin embargo, el presente estudio revela dos fenómenos asociados que no se explican mediante la teoría del *homo economicus*, o sea, por la noción de que los seres humanos actúan de forma egoísta y sin consideración por el bienestar de los demás (Crawford y Sobel, 1982). Estos fenómenos son 1) que las personas no engañan tanto como la noción clásica pronostica, lo que indica que los remitentes tienen alguna consideración respecto a los pagos a los destinatarios en otras palabras, que no solo ven por su propio beneficio, y 2) que existe alguna aversión a mentir, es decir, que las personas se comportan como si hubiera una “desutilidad”, o un costo asociado con la decisión de engañar en sí misma (Gneezy, 2005; Gneezy et al., 2013). Más específicamente, en la tercera condición, en la que el remitente tiene la oportunidad de ganar más dinero al mentir (10\$), fue en la que hubo más participantes que engañaron (39/75), aunque solo representan 52% del grupo. ¿Qué ha ocurrido con el 48% restante? Gneezy (2005) propone que las personas son sensibles a sus ganancias al mentir, pero también consideran el tamaño de la pérdida que están ocasionando a la otra persona, de modo que en la condición 2, cuando el remitente gana 1\$ por mentir, pero el destinatario pierde 10\$, se encontró el número más reducido de engaños: 17% (13/75). En la primera condición, en la que el remitente gana 1\$ y la pérdida del receptor es 1\$, 64% de las personas se abstuvieron de mentir.

Para obtener datos que apoyaran la idea de que las personas tienen alguna aversión a mentir, Gneezy (2005) realizó experimentalmente una versión del llamado “juego del dictador”, que implica nuevamente la participación de dos personas: el dictador y el recipiente. El dictador decide entre dos distribuciones de pago, A o B, para él y su compañero (el recipiente). En esta versión del juego, el recipiente no toma ninguna decisión, sino que únicamente recibe la consecuencia de lo que el dictador ha seleccionado. En el trabajo de

Gneezy (2005), las distribuciones de los pagos se asignaron de forma equivalente al juego de engaño, esto es, en la primera condición el dictador ganaba 1\$ y el recipiente perdía 1\$; en la segunda condición el dictador ganaba 1\$ y el recipiente perdía 10\$, y en la tercera condición el dictador ganaba 10\$ y el recipiente perdía 10\$. Así, si el dictador escogiera con mayor frecuencia la opción que le beneficiaba a él en detrimento del recipiente, se consideraría como evidencia de que hay una aversión a mentir.

En los resultados de esta fase se mantuvo el patrón anterior, pero aumentó significativamente en la primera condición, en la que el dictador gana 1\$ y el recipiente pierde 1\$, de 36%; en la prueba de engaño pasó a 66% en el juego del dictador; es decir, 66% de los sujetos en el papel de dictadores escogieron la opción que les beneficiaba más. En la segunda condición, en que el dictador ganaba 1 y el recipiente ganaba 10\$, de 17% aumentó a 42% de quienes escogieron la opción que les beneficiaba más, en detrimento del recipiente. En la tercera condición, en la que el dictador ganaba 10\$ y el recipiente perdía 10\$, de 52% en el juego de engaño se pasó hasta 90% en el juego del dictador, o sea, los dictadores escogieron la opción que más les convenía a ellos en perjuicio de los recipientes.

La distancia entre los porcentajes de decisión de la opción más conveniente en el juego de engaño, en comparación con la decisión en el juego del dictador, es una cuantificación de la aversión a mentir que mostraron los participantes en dicho experimento, por lo que el autor concluye que al parecer las personas no son indiferentes al proceso por medio del cual obtienen determinado resultado; en otros términos, que entre dos pagos matemáticamente idénticos no habrá la misma preferencia entre ellos si para uno se tiene que mentir y para el otro no.

El segundo paradigma experimental para estudiar el engaño lo ilustra la prueba de tirar un dado de forma privada (Fischbacher y Föllmi-Heusi, 2013). Dicho experimento consiste en que los participantes tienen que lanzar un dado de forma encubierta sin que el experimentador conozca el verdadero resultado. Los participantes registran el valor que obtienen, y tienen incentivos para engañar debido a que se les dice que se les pagarán 1,

2, 3, 4 o 5 francos suizos dependiendo del número que obtengan al lanzar el dado, de modo que si las personas reportan haber obtenido un 5, el experimentador les paga 5 francos, pero si obtienen un 6, el pago correspondiente es de 0 francos.

Según Fischbacher y Föllmi-Heusi (2013), el paradigma experimental que proponen tiene tres ventajas en comparación con otros (Gneezy, 2005), a saber: 1) Debido a que el engaño no se puede detectar individualmente, los participantes tienen la libertad de comportarse como decidan y sin que haya una consecuencia asociada con su conducta; 2) El experimento es muy sencillo de poner en práctica, pues no le toma al participante más de 10 minutos, y 3) Se conoce *a priori* la distribución verdadera de los resultados del dado si los participantes son completamente honestos.

En este experimento se clasificaba como mentira la conducta de que los participantes reportaran un número distinto al obtenido al lanzar el dado. El estudio se diseñó de forma tal que no era posible distinguir el engaño individualmente, ya que el experimentador realmente no tenía forma de verificar el resultado, de modo que el escenario era propicio para que las personas reportaran con facilidad el número que mejores resultados económicos les diera, independientemente de lo que hubieran conseguido al lanzar el dado. Sin embargo, dado que se trataba de un dado normal, era viable conocer la distribución esperada respecto a los resultados logrados en condiciones de total honestidad; así pues, es posible calcular en qué medida los resultados reportados por los participantes se desviaban de la distribución esperada.

Como es posible anticipar, la cantidad de veces que los participantes reportaban haber obtenido un 5, ganando por tanto 5 francos, fue la opción que ocurrió más frecuentemente. La distribución verdadera esperada, si todas las personas fueran totalmente honestas, sería de 16.7% para cada una de las seis caras del dado (1/6); sin embargo, los resultados no se distribuyeron de forma homogénea. De 389 participantes, el porcentaje de personas que reportó haber obtenido un 5 fue de 35%; para 4, 27.2%; para 3, 12.6%; para 2, 11.6%; para 1, 7.2%, y el porcentaje de personas que reportó haber obtenido 6 y que por lo tanto nada se les pagó, fue de 6.4%.

Como se puede colegir de estos datos, números por debajo del 4 fueron significativamente menos reportados que el porcentaje de 16.7% esperado. Por su parte, los números 4 y 5 fueron significativamente más reportados que el 16.7% esperado. La distribución de los resultados parece indicar que las personas tendían a decir que habían obtenido un número mayor al logrado realmente. Adicionalmente, el hecho de que hubiera 6.4% de personas que afirmaron haber obtenido 0 (suponiendo que no mintieron para perder dinero) indica que hubo un porcentaje que sí dijo la verdad.

Respecto al tercer paradigma experimental para evaluar el engaño, esto es, informar sobre un número aleatorio entre 1 y 6, Gneezy et al. (2013), diseñaron una tarea para evaluar específicamente la aversión de los sujetos a mentir. El juego se realizaba en parejas (A y B). En un ensayo se asignaba aleatoriamente a cada pareja un número entre 1 y 6, que solamente conocía la pareja A; esta le decía a la B cuál era el número que se les había asignado, y luego B decidían si creer o no a A. Los pagos para A se incrementaban dependiendo del número que reportaban, y los pagos para B dependían de si creían en A y de si el número que les habían asignado coincidía con el estado real de las cosas.

El experimento mide la aversión a mentir, porque si la pareja A sólo estuviera interesada en su propio pago, tendría que reportar a la B que siempre se le asignaba el 6, pues así obtendría el mayor pago. Los investigadores indican que la ventaja de este arreglo con respecto a otros métodos es que el pago de A no depende de la reacción de B, y de igual forma afecta el resultado de éste. Los resultados revelaron que la mayoría de las ocasiones la pareja A reportaba valores mayores que el número asignado, lo que le hacía ganar más dinero; sin embargo, no reportaba a B el valor que les daba la ganancia máxima; en otras palabras, mentían, aunque solo en una pequeña proporción, y menos de 18% de los sujetos mintieron cuando las consecuencias para B eran las peores.

Finalmente están los experimentos basados en los juegos de confianza con promesas (Baumgartner et al., 2009; Baumgartner, Gianotti y Knoch, 2013; Vanberg, 2008). Existen algunas variantes en la puesta en práctica de estas tareas, pero la estructura general del juego es relativamente estándar. Se realiza entre dos jugadores: el inversor

y el destinatario. El inversor tiene originalmente 2\$ y el destinatario no tiene bienes. Este último envía una promesa al inversor respecto a que si decide invertir su presupuesto en él, le retribuirá con la mitad de la ganancia, la que es mayor que el monto original del inversor; así, este tiene incentivos para dar su dinero al destinatario, quien puede decidir si cumple su promesa y devuelve la mitad al inversor, o bien rompe su promesa y se queda con toda la ganancia. Los resultados mostraron que existen al menos dos tipos de jugadores en similar proporción: personas que hacen promesas y las cumplen, y personas que prometen para generar confianza en el destinatario y que después explotan dicha confianza.

### Psicología de la salud y engaño

El engaño y las mentiras también ocurren en el contexto clínico, ya sea en pacientes psiquiátricos o en general. Frecuentemente el engaño se utiliza como una forma de protección para uno mismo, por lo que es comprensible que ocurra en las interacciones entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos) y sus pacientes. Por ejemplo, si los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reportaran de forma precisa sus hábitos alimenticios o su adhesión al tratamiento, probablemente no sería necesaria la implementación de múltiples pruebas para monitorear constantemente el nivel de glucosa, la hemoglobina glucosilada o el estilo de vida (Russell-Minda et al., 2009). La realidad es que los pacientes y los clínicos (en muchos casos de forma no intencional) proporcionan a menudo información que no es precisa, o simplemente se engañan. Se ha descrito que los pacientes pueden tener creencias erróneas respecto a sus síntomas, y por lo tanto dar información falsa sobre su situación, y asimismo pueden ocultar detalles relacionados con sus comportamientos por vergüenza o para proteger a otras personas. Por su parte, los clínicos pueden mentir a un paciente o a su familia sobre la gravedad de una situación de salud con el fin de no desesperanzarlos, o bien de evitarles las emociones asociadas a una mala noticia (Wiley, 1998).

Así, el engaño forma parte de múltiples interacciones y, como en los siguientes ejemplos, es

parte central de varios trastornos psiquiátricos que los psicoterapeutas pueden observar en su práctica cotidiana.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por una inestabilidad generalizada en el funcionamiento cognitivo, conductual y, sobre todo, emocional de quien lo padece. En este trastorno son frecuentes las autolesiones, los intentos suicidas y las conductas impulsivas (American Psychiatric Association, 2013). Como estos pacientes oscilan entre los extremos de idealización y devaluación de las personas con las que tienen vínculos sociales o emocionales, y despliegan esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o percibido, es frecuente que utilicen el engaño como una estrategia para manipular y mantener cerca a personas que quisieran alejarse de ellas. También se han descrito pacientes con TLP que mienten a los profesionales de salud en cuanto a las tomas de medicamentos o a su estado emocional, a fin de evitar o de lograr hospitalizaciones para su beneficio (Wiley, 1998).

En otro ejemplo, el engaño parece ser parte fundamental del trastorno antisocial de la personalidad (TAP), que se caracteriza por una escasa capacidad de sentir empatía hacia otras personas y por el desafío o transgresión de las normas sociales (American Psychiatric Association, 2013). Cuando estos pacientes engañan, tienen poca consideración de las consecuencias que su conducta tendría en otras personas, y también pueden experimentar escasa culpa. Y como son impulsivos, pueden engañar de forma habitual para obtener gratificación inmediata. Se ha descrito que los sociópatas más habilidosos pueden mentir sin ser detectados, e inclusive experimentar placer por engañar a los demás (Board y Fritzon, 2005; Wiley, 1998). Los pacientes que abusan de sustancias son otro grupo que comúnmente miente. Suelen hacerlo respecto al uso de estas, sobre la cantidad que consumen (de alcohol, por ejemplo) y también lo que hacen para poder obtenerlas. Como habitualmente las drogas de las que se abusa son ilícitas, sus usuarios engañan para evitar consecuencias legales o como una forma de minimizar el estigma que pudieran experimentar por su consumo (American Psychiatric Association, 2013).

Un diagnóstico psiquiátrico particularmente problemático es el llamado “trastorno facticio”,

que se caracteriza porque los pacientes fingen de forma voluntaria o porque se provocan enfermedades o lesiones con el propósito de asumir el rol de enfermo y recibir así atención médica, lo que entraña un problema grave por el gasto que implican los tratamientos y otros recursos médicos que podrían otorgarse a pacientes que realmente los necesitan (Yates y Feldman, 2016). Probablemente, una de las manifestaciones más graves de este diagnóstico es el síndrome de Munchausen por proximidad, en el que una persona induce intencionalmente ciertos síntomas o enfermedades en otra persona –quien frecuentemente es un niño o alguien dependiente–, para así obtener atención o servicios. Lo anterior es una forma de abuso con posibles consecuencias letales, porque normalmente quien causa el problema es una persona muy cercana (como el padre o la madre) y quien lo recibe está prácticamente indefenso, como es el caso de un infante preverbal o de un adulto mayor (Wiley, 1998).

## CONCLUSIÓN

El presente análisis tuvo como objetivo reseñar de una forma sistemática y sintética el panorama actual de la investigación sobre el engaño en las neurociencias cognitivas, la psicología y la economía experimental, así como sus implicaciones para la psicología de la salud. Desde las neurociencias cognitivas, se vio que el engaño involucra la participación de la corteza prefrontal, la ínsula y la corteza anterior del cíngulo, entre otras estructuras, lo que implica que el engaño requiere la coordinación de diversos procesos cognitivos relacionados con toma de decisiones, las funciones ejecutivas y el procesamiento emocional.

Desde el punto de vista experimental, se señaló que las personas pueden engañar para obtener beneficios económicos o personales; sin embargo, los resultados de experimentos llevados a cabo con un buen control metodológico apuntan de forma reiterada a que, en general, las personas no son insensibles a las consecuencias que el engaño puede tener sobre los demás, y que en muchas ocasiones las personas prefieren renunciar a una ganancia que perpetrar un engaño. Finalmente, se dijo que el engaño puede ocurrir también en



las interacciones en los contextos clínicos, motivado por el intento de proteger el estado emocional de una persona que recibe una mala noticia, para ocultar una pobre adhesión terapéutica, o en

diagnósticos psiquiátricos en los que el engaño es parte central, los cuales representan un reto muy complejo para el sistema de salud en general y para el abordaje psicoterapéutico en particular.

## REFERENCIAS

- Abe, N. (2011). How the brain shapes deception: An integrated review of the literature. *The Neuroscientist*, 17(5), 560-574. <https://doi.org/10.1177/1073858410393359>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>.
- Amodio, D.M. y Frith, C.D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 7(4), 268-277. Doi: 10.1038/nrn1884.
- Ariely, D. y Norton, M.I. (2007). Psychology and experimental economics: a gap in abstraction. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 336-339. Doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00531.x.
- Baumgartner, T., Fischbacher, U., Feierabend, A., Lutz, K. y Fehr, E. (2009). The neural circuitry of a broken promise. *Neuron*, 64(5), 756-770. Doi: 10.1016/j.neuron.2009.11.017.
- Baumgartner, T., Gianotti, L.R.R. y Knoch, D. (2013). Who is honest and why: Baseline activation in anterior insula predicts inter-individual differences in deceptive behavior. *Biological Psychology*, 94(1), 192-197. Doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.05.018.
- Bhanji, J.P. y Delgado, M.R. (2014). The social brain and reward: Social information processing in the human striatum. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 5(1), 61-73. Doi: 10.1002/wcs.1266.
- Board, B.J. y Fritzon, K. (2005). Disordered personalities at work. *Psychology, Crime and Law*, 11(1), 17-32. Doi: 10.1080/10683160310001634304.
- Canessa, N., Crespi, C., Motterlini, M., Baud-Bovy, G., Chierchia, G., Pantaleo, G., Cappa, S.F. (2013). The functional and structural neural basis of individual differences in loss aversion. *Journal of Neuroscience*, 33(36), 14307-14317. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.0497-13.2013.
- Charness, G. y Dufwenberg, M. (2006). Promises and partnership. *Econometrica*, 74(6), 1579-1601. Doi: 10.1111/j.1468-0262.2006.00719.x.
- Chib, V.S., De Martino, B., Shimojo, S. y O'Doherty, J.P. (2012). Neural mechanisms underlying paradoxical performance for monetary incentives are driven by loss aversion. *Neuron*, 74(3), 582-594. Doi: 10.1016/j.neuron.2012.02.038.
- Crawford, V.P. y Sobel, J. (1982). Strategic information transmission. *Econometrica*, 50(6), 1431-1451. Doi: 10.2307/1913390.
- Erat, S. y Gneezy, U. (2012). White lies. *Management Science*, 58(4), 723-733. Doi: 10.1287/mnsc.1110.1449.
- Fareri, D.S. y Delgado, M.R. (2014). Differential reward responses during competition against in- and out-of-network others. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(4), 412-420. Doi: 10.1093/scan/nst006.
- Fareri, D.S., Niznikiewicz, M.A., Lee, V.K. y Delgado, M.R. (2012). Social network modulation of reward-related signals. *Journal of Neuroscience*, 32(26), 9045-9052. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.0610-12.2012.
- Fehr, E. y Camerer, C.F. (2007). Social neuroeconomics: the neural circuitry of social preferences. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(10), 419-427. Doi: 10.1016/j.tics.2007.09.002.
- Fischbacher, U. y Föllmi-Heusi, F. (2013). Lies in disguise-an experimental study on cheating. *Journal of the European Economic Association*, 11(3), 525-547. Doi: 10.1111/jeea.12014.
- Gneezy, U. (2005). Deception: The role of consequences. *American Economic Review*, 95(1), 384-394. Doi: 10.1257/0002828053828662.
- Gneezy, U., Rockenbach, B. y Serra G., M. (2013). Measuring lying aversion. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 93, 293-300. Doi: 10.1016/j.jebo.2013.03.025.
- Hanoch, Y. y Finkelstein, E.A. (2013). Health psychology meets behavioral economics: introduction to special issue. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(9), 929-931. Doi: 10.1037/hea0000009.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-292. Doi: 10.2307/1914185.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341-350.
- Lisofsky, N., Kazzner, P., Heekeren, H.R. y Prehn, K. (2014). Investigating socio-cognitive processes in deception: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 61(1), 113-122. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2014.06.001.

- Russell-Minda, E., Jutai, J.C., Speechley, M., Bradley, K., Petrella, R. (2009). Health technologies for monitoring and managing diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(6), 1460-1471.
- Sanfey, A.G. (2007). Social decision-making: insights from game theory and neuroscience. *Science*, 318(5850), 598-602. Doi: 10.1126/science.1142996.
- Serota, K.B., Levine, T.R. y Boster, F.J. (2010). The prevalence of lying in America: Three studies of self-reported lies. *Human Communication Research*, 36(1), 2-25. Doi: 10.1111/j.1468-2958.2009.01366.x.
- Sip, K.E., Roepstorff, A., McGregor, W. y Frith, C.D. (2008). Detecting deception: the scope and limits. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(2), 48-53. Doi: 10.1016/j.tics.2007.11.008.
- Tom, S.M., Fox, C.R., Trepel, C. y Poldrack, R.A. (2007). The neural basis of loss aversion in decision-making under risk. *Science*, 315(5811), 515-518. Doi: 10.1126/science.1134239.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1992). Advances in prospect theory: Cumulative representation of uncertainty. *Journal of Risk and Uncertainty*, 5(4), 297-323. Doi: 10.1007/BF00122574.
- Vanberg, C. (2008). Why do people keep their promises? An experimental test of two explanations 1. *Econometrica*, 76(6), 1467-1480. Doi: 10.3982/ECTA7673.
- Volz, K.G., Vogeley, K., Tittgemeyer, M., von Cramon, D.Y. y Sutter, M. (2015). The neural basis of deception in strategic interactions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9(February), 1-12. Doi: 10.3389/fnbeh.2015.00027.
- Vrij, A., Granhag, P.A. y Porter, S. (2010). Pitfalls and opportunities in nonverbal and verbal lie detection. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(3), 89-121. Doi: 10.1177/1529100610390861.
- Wiley, S.D. (1998). Deception and detection in psychiatric diagnosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 21(4), 869-893.
- Yates, G.P. y Feldman, M.D. (2016). Factitious disorder: A systematic review of 455 cases in the professional literature. *General Hospital Psychiatry*, 41, 20-28. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.05.002.



# Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México

## *Post-traumatic stress, anxiety, coping, and resilience in schoolchildren post 2017 earthquake in Mexico*

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes,  
Martha Adelina Torres Muñoz y Felipe González-Arratia Visoso<sup>1</sup>

*Citación:* González-Arratia L.F., N.I., Torres M., M.A. y González-Arratia V., F. (2021). Estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento y resiliencia en escolares tras el terremoto de 2017 en México. *Psicología y Salud*, 31(1), 15-24. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2672>.

### RESUMEN

Se examinan los síntomas de estrés postraumático, ansiedad (rasgo-estado), afrontamiento a riesgos extremos y resiliencia psicológica en escolares que experimentaron el terremoto de México del 19 de septiembre de 2017. El presente es un estudio descriptivo prospectivo (longitudinal) con 130 niños de 11 a 15 años de edad, evaluados al mes (tiempo 1) y a los seis meses (tiempo 2) de ocurrido el evento. En la primera evaluación se alcanzaron puntajes más altos en las variables valoradas; mientras que en la segunda hubo un descenso, no obstante lo cual un tercio de la muestra aún manifestaba síntomas de estrés. En el tiempo 1, las niñas reportan puntuaciones más altas en síntomas de estrés y ansiedad (rasgo-estado) que los niños, diferencias que desaparecieron en el tiempo 2. Es necesario continuar llevando a cabo acciones que permitan la recuperación de los individuos a mediano y largo plazo, así como generar las condiciones necesarias para minimizar el impacto psicológico de tales desastres.

**Palabras clave:** Adaptación psicológica; Prevalencia; Catástrofes naturales; Vulnerabilidad; Riesgo.

### ABSTRACT

*The present study examined symptoms of post-traumatic stress, anxiety (trait-state), coping with extreme risks, and psychological resilience in schoolchildren who experienced the earthquake occurred in Mexico on September 19, 2017. In this descriptive and prospective (longitudinal) study 130 boys and girls, between 11 and 15 years of age, were evaluated after a month (time 1) and after six months (time 2) since the earthquake. The first evaluation revealed higher scores in the assessed variables among girls and differences disappeared at the second measurement. One third of participants, however still remained showing symptoms of stress at time 2. It is necessary to continue carry out actions that allow the recovery of individuals in the middle and long terms, and promote conditions to minimize the psychological impact of such disasters.*

**Keywords:** Psychological adaptation; Prevalence; Natural catastrophes; Vulnerability; Risk.

---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta. Filiberto Gómez s/n, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca, Edo. de México, México, tel: (722)272-00-76, ext. 157, correos electrónicos: nigalf@yahoo.com.mx y nigonzalezarratia@uaemex.mx. Artículo recibido el 14 de agosto de 2019 y aceptado el 27 de febrero de 2020.



## INTRODUCCIÓN

Desastres naturales como los terremotos son eventos súbitos e inesperados que pueden tener importantes consecuencias entre los habitantes de las zonas afectadas, siendo las más evidentes la pérdida de vidas humanas y las materiales y económicas. Sin embargo, también hay efectos psicológicos derivados de tales catástrofes que afectan, de manera directa o indirecta, la salud mental de las personas (Álvarez y Medina-Mora, 2018; Villamil, 2014), llevándolos a exhibir diversos síntomas conocidos como trastorno por estrés postraumático (TEPT por sus siglas en español).

El DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014) indica que el TEPT se caracteriza por una serie de síntomas que se caracterizan por tener una duración superior a un mes y que incluyen “la reexperimentación de volver a vivir el evento traumático (p. ej. recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, malestar psicológico intenso o prolongado), la evitación persistente de estímulos asociados al suceso y la alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (comportamiento irritable, hipervigilancia, problemas de concentración), los cuales causan malestar, dificultades para desenvolverse y relacionarse interpersonalmente” (APA, 2014).

Las investigaciones hechas en diversos países muestran una prevalencia de TEPT en población adulta expuesta a terremotos que varía de 10 a 74%. Diez semanas después del ocurrido en México en 1985 se reportó una prevalencia de 32%, mientras que, en el caso de los niños, las cifras oscilan en un rango de entre 18 y 70%. En Lorca (España), en el año 2014, en una investigación sobre desastres naturales realizada por Derivois, Mérisier, Cénat y Castelot (2014) se observó una prevalencia al mes de ocurrido un terremoto de 55.4%, y de 40.1% al año del mismo, donde se encontró que los niños fueron uno de los grupos más vulnerables (cf. También López y López, 2014; Tapia, Sepúlveda, Medina-Mora, Caraveo y De la Fuente, 1987).

Respecto al sexo, a nueve meses de vivir el terremoto de Chile en 2010 Caro y Cova (2012) indican que 10.2% de las mujeres manifestaron síntomas de TEPT, que en el caso de los hombres fue de 2.9%. Tolin y Foa (2006) señalan

que el TEPT es más frecuente en las mujeres y niñas que en los hombres y los niños, ya que posiblemente ellas tienden a experimentar eventos traumáticos más graves que ellos.

Del mismo modo, Derivois et al. (2014), en su estudio con niños y adolescentes después del sismo de Haití (2010), hallaron indicadores de TEPT más altos en las mujeres, y explican que el soporte social y la resiliencia pueden reducir los síntomas. Así, el sexo, la edad y la repetición del suceso traumático son factores asociados con la presencia de TEPT (Tolin y Foa, 2006).

De acuerdo con Kaya (2013), en la infancia la ansiedad es otra de las reacciones más frecuentes ante los desastres. La ansiedad es un estado de agitación e inquietud desagradable que se define por una anticipación del peligro, y que se concibe como rasgo, es decir, una propensión ansiosa relativamente estable que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, o bien como estado emocional transitorio y variable en su intensidad y duración que es vivenciada por el individuo como patológico en un momento particular (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). En 2010, en el terremoto de Chile, el número de consultas por los trastornos de ansiedad aumentó levemente en las regiones afectadas durante los meses posteriores al suceso (Bambarén, 2011).

No obstante, también se ha evidenciado que muchas personas, a pesar de estar expuestas a eventos traumáticos, no necesariamente desarrollan tales trastornos (Carr, Lewin, Webster y Kenardy, 1997), y que incluso pueden aprender de dichas experiencias, desenvolviéndose psicológicamente fuertes y socialmente exitosas. A estos individuos se les denomina *resilientes* y se caracterizan por una serie de atributos, como buscar activamente soluciones y mostrar capacidad de afrontamiento, la cual alude a dar las respuestas conductuales necesarias para hacer frente a las demandas del medio.

Según López y Marván (2004), las estrategias de afrontamiento en estos casos son dos: la activa, que se refiere a comportamientos de acción directa sobre el problema, y la pasiva, que alude a comportamiento de rechazo, de negación del evento, de retraimiento y de aceptación pasiva. Estos mismos autores señalan que los adultos que experimentaron el terremoto de México de 1985

enfrentaron la situación mediante la aceptación de las pérdidas, y en el caso del terremoto de Chile de 2010 quienes afrontaron los desastres con un estilo pasivo o con estrategias de evitación mostraron una resiliencia parcial (Villagrán, Reyes y Włodarczyk, 2010); además, se ha observado que los adolescentes que muestran estrategias de afrontamiento pasivas expresan una capacidad menor para resolver problemas (Salotti, 2006).

México es considerado como un país vulnerable a diversos fenómenos naturales, en donde son los sismos los que más defunciones han causado. Lo anterior implica importantes pérdidas económicas, un aumento imprevisto del gasto en el sector salud y elevados costos en la reparación de los daños, lo que afecta drásticamente a las poblaciones vulnerables (Abeldaño y González, 2018), por lo que es indispensable una adecuada preparación ante tales desastres.

El 19 de septiembre de 2017, en México ocurrió un terremoto de magnitud 7.1 en escala de Richter, localizado entre los estados de Puebla y Morelos, con epicentro localizado a 12 kilómetros al sureste de Axichiapan, Mor., y a 120 de la Ciudad de México, cuyo sitio de aceleración máxima registrada fue en Tlamacas, Estado de México, registrándose además múltiples réplicas, según lo informado por el Servicio Sismológico Nacional (2017). Específicamente en el Estado de México, se informó un saldo de 13 personas fallecidas, 800 viviendas destruidas, 1,500 de estas con diversos daños y 600 escuelas afectadas; entre los municipios que sufrieron más daños se encuentra precisamente Malinalco, lugar donde se llevó a cabo el presente estudio.

Estudios internacionales han mostrado que ha habido un importante aumento de daños ocasionados por los desastres naturales, lo que se debe a múltiples factores, entre los que se cuentan el crecimiento de la población en áreas costeras y de riesgo y variaciones climáticas extremas, tales como inundaciones y sequías. Lo anterior ha llevado a que a la fecha exista una vasta literatura sobre tales fenómenos (Pierro, 2018). Sin embargo, en México aún es escasa la investigación al respecto y, en consecuencia, la publicación de hallazgos; por consiguiente, no se han publicado los necesarios trabajos sobre el impacto y las conse-

cuencias psicológicas en niños y adolescentes tras el mencionado terremoto en los que se incluyan indicadores de estrés postraumático, ansiedad, afrontamiento ante los riesgos extremos y resiliencia, sobre todo porque se requiere analizar la capacidad de los individuos para sobreponerse y adaptarse después de una experiencia traumática. En virtud de que también la investigación ha mostrado que los efectos traumatizantes pueden perdurar un largo tiempo (Chemtob, Nakashima y Carlson, 2002, Domínguez, 2017), se requiere profundizar en estas variables para analizar si persisten o disminuyen los síntomas, lo que permitiría estimar la tasa de cambio en función del tiempo (Arnau y Ono, 2008).

La mayoría de los estudios sobre TEPT evalúan a los niños más de un mes después del evento traumático, lo que, de acuerdo con Roemer, Litz, Orsillo, Ehlich y Friedman (1998), reduce su confiabilidad, por lo que se debería realizar un seguimiento de las trayectorias de las respuestas, a lo que Tolin y Foa (2006) recomiendan efectuar estudios longitudinales a partir del evento y determinar los factores que hacen que algunos niños desarrollen trastornos postraumáticos más persistentes que otros (La Greca, Silverman, Vernberg y Roberts, 2002).

Así, los objetivos de la presente investigación fueron los de describir la sintomatología de estrés postraumático, ansiedad, estilos de afrontamiento frente a riesgos extremos y resiliencia psicológica en escolares que vivenciaron el terremoto de México del 19 de septiembre de 2017; comparar las observaciones de un mismo individuo en dos momentos distintos de tiempo —específicamente al mes y seis meses de ocurrido el terremoto—, para determinar si variaban significativamente en ambos momentos, y examinar si había diferencias significativas entre niños y niñas respecto a cada variable en esos dos momentos.

La importancia de esta investigación radica en que estos datos pueden ser útiles para la toma de decisiones que permitan atender la salud mental en niños en casos de desastres en el corto y el largo plazo, así como mostrar información científica para generar grupos de trabajo a fin de fomentar la resiliencia en las comunidades afectadas por dichos sucesos.

## MÉTODO

### Participantes

Este estudio, de tipo descriptivo prospectivo (longitudinal), implica dos o más momentos temporales en el que un mismo individuo es evaluado (Ato, López y Benavente, 2013). El primer tiempo, T1, ocurre al mes de ocurrido el evento, y el segundo, T2, a los seis meses. Los participantes en el T1 fueron 178 niños de ambos sexos, quienes participaron asimismo en un estudio transversal previo (González-Arratia, Torres, Aguilar, González-Arratia, González y Ruiz, 2019), de los cuales 85 fueron hombres y 93 mujeres. Debido a que es frecuente la pérdida en el número de participantes en este tipo de trabajos, en el T2 solo completó la segunda aplicación 73% de los 178 evaluados inicialmente, por lo que fue necesario hacer análisis subsecuentes de los datos (APA, 2014). Las variaciones en la tasa de respuesta entre el T1 y el T2 se debieron a diversas razones, entre las que destacan que la mayoría no se encontraba en la institución al momento de la segunda aplicación y, en menor medida, que algunos no aceptaron participar de nuevo en la investigación, lo que implicó que 48 casos quedaran incompletos en el T2, motivo por el cual se decidió excluirlos del estudio. De este modo, la muestra del presente estudio quedó constituida por un total de 130 participantes, de los cuales 64 fueron varones (49.2%) y 66 niñas (50.8%), con un rango de edad de 11 a 15 años ( $M = 13.03$ ,  $D.E. = .95$ ). Todos eran alumnos de nivel básico de una escuela pública ubicada en San Simón, municipio de Malinalco, que es una de las zonas del Estado de México que resultó con importantes daños después del mencionado sismo.

### Instrumentos

*Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS)* (Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001).

Se aplicó la versión validada en niños por Rincón et al. (2014). Contiene 17 síntomas que conforman el diagnóstico, y tres subescalas: Reexperimentación (cinco ítems), Evitación (siete) y Activación (cinco), que se califican en una escala de cinco puntos, que va de “nunca” a “nueve veces y más”, y que tiene una fiabilidad de 0.916. De acuerdo

con el punto de corte, se considera como alto TEPT un puntaje igual o superior a 24 y bajo con menos de 24 puntos.

*Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

Para evaluar la ansiedad se aplicó este cuestionario de autoevaluación. La escala A-E consta de veinte ítems y tres opciones de respuesta (“nada”, “algo” y “mucho”). La escala A-R, a su vez, contiene veinte ítems, y las respuestas expresan la frecuencia (“casi nunca”, “a veces” y “a menudo”). La puntuación mínima en cada escala es de 20 y la máxima de 60 puntos. Sus autores reportan fiabilidades de 0.91 y de 0.87 para la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, respectivamente.

*Escala de Resiliencia* (González-Arratia, 2016).

Esta escala consta de treinta y dos ítems y se califica en un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, donde el valor 1 indica “nunca” y el 5 “siempre”. Con una varianza total explicada de 40.33% y una consistencia interna medida con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.91, contiene tres dimensiones: factores protectores internos (PFI), factores protectores externos (FPE) y factor de empatía (FE).

*Escala de Afrontamiento frente a Riesgos Extremos* (López y Marván, 2004).

Este instrumento consta de veintiséis ítems y dos factores: factor 1, afrontamiento activo, con catorce ítems ( $\alpha = 0.79$ ), y factor 2, afrontamiento pasivo, con doce ítems ( $\alpha = 0.76$ ) con 31.65% de la varianza total.

Además, se elaboró una ficha de datos socio-demográficos, que incluye sexo, edad y escolaridad. Todos los instrumentos fueron identificados con fines de seguimiento.

### Procedimiento

Primeramente, se solicitó el consentimiento informado de los padres, el consentimiento de los participantes y la autorización de la institución, a quienes se explicó el objetivo de la investigación. Una vez obtenido el permiso, se programó la aplicación, que se realizó en las respectivas aulas y horarios académicos de manera colectiva. La estrategia utilizada fue la misma en ambas aplica-

ciones. Después, se procedió a realizar la evaluación, la cual estuvo a cargo de los mismos autores de este estudio.

Al momento de las aplicaciones se solicitó a los participantes que tuvieran presente el terremoto como evento y que posteriormente describieran su sintomatología (al responder a las escalas), con la intención de que fuera la misma situación y no un evento en particular. Se procedió a recolectar e identificar los instrumentos de ambas aplicaciones, y todas las respuestas fueron registradas en el T1 y T2, teniendo en cuenta que la información de ambas aplicaciones pertenecen al mismo participante.

El tiempo de las aplicaciones fue de aproximadamente 60 minutos para cada una. Cabe señalar que todos participaron de manera voluntaria y que las aplicaciones del T1 se llevaron a cabo en el mes de octubre y las de T2 en el mes de abril del año siguiente. Esta investigación se realizó bajo los estándares éticos que indica la APA (2014) y de manera acorde con lo que se establece en la Declaración de Helsinki. Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 20, considerándose una significancia de 0.05 en cada prueba.

## RESULTADOS

Con base en el puntaje total de la escala de TEPT, y según el criterio de Rincón et al. (2014), todos los participantes fueron clasificados con y sin síntomas de TEPT. En el caso del T1 se encontró una prevalencia del 50.77% ( $n = 66$ ) de la muestra con algún tipo de síntoma de estrés, mientras que en el T2 fue del 33.85% ( $n = 44$ ), de los cuales 23 fueron niños y 21 niñas.

Se muestran primeramente los datos obtenidos de la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, observándose diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de reexperimentación y activación y en el puntaje total, así como en afrontamiento pasivo y en las tres dimensiones de la Escala de Resiliencia. Hecho lo anterior, se examinó la magnitud del efecto de las diferencias a través del cálculo de la *d* de Cohen, encontrándose un efecto pequeño en afrontamiento de tipo pasivo y en reexperimentación, mientras que en la variable resiliencia la magnitud del efecto fue mayor (Tabla 1).

**Tabla 1.** Afrontamiento, ansiedad, estrés postraumático y resiliencia. Diferencias entre T1 y T2.

Variables	Dimensiones	T1 A un mes del sismo (N = 130)			T2 A seis meses del sismo (N = 130)			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
		Min- máx.	M	DE	Min- máx.	M	DE			
Afrontamiento	Activo	18-64	40.28	8.8	16-66	40.66	9.0	-35	.725	.060
	Pasivo	23-47	33.19	5.3	16-50	31.70	6.1	2.09	<b>.038*</b>	<b>0.26</b>
Ansiedad	Rasgo	21-55	35.88	6.5	23-73	34.57	7.4	1.49	.138	0.18
	Estado	20-48	32.07	6.4	21-50	30.77	6.4	1.53	.127	0.20
Síntomas de estrés postraumático	Reexperimentación	0-19	8.13	4.8	0-20	6.65	.3	2.20	<b>.029**</b>	0.29
	Evitación	0-24	9.14	5.8	0-24	7.99	6.2	1.45	.147	0.19
	Activación	0-20	7.37	5.2	0-20	5.46	4.5	3.12	<b>.002**</b>	<b>0.39</b>
	Puntaje total	0-58	24.75	14.0	0-61	20.02	14.4	2.41	<b>.017**</b>	<b>0.33</b>
Resiliencia	FPI	2-5	3.76	.58	1-3	2.05	.54	26.10	<b>.000**</b>	<b>3.05</b>
	FPE	2-4	3.94	.59	1-4	1.98	.65	24.53	<b>.000**</b>	<b>3.15</b>
	FE	1-5	3.66	.73	1-4	2.19	.74	15.64	<b>.000**</b>	<b>1.99</b>
Puntaje total		69-156	121.83	17.9	34-119	65.95	17.4	25.81	<b>.000**</b>	<b>3.16</b>

Con la finalidad de examinar las diferencias en función de la variable sociodemográfica de sexo, se realizó un análisis de *t* de Student de muestras independientes. En el caso de T1 se observan diferencias significativas en seis de las doce variables

evaluadas. Las variables significativas con puntajes promedios más altos fueron, en el caso de las niñas, ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y TEPT; en comparación con los niños y en la magnitud del efecto, tales diferencias resultaron ser signifi-



cativas. Respecto al T2, ninguna de las variables evaluadas alcanzó a ser significativa, por lo que

no se reportan diferencias respecto al sexo ni a la edad (Tabla 2).

**Tabla 2.** Afrontamiento, Ansiedad, Estrés Postraumático y Resiliencia. Diferencias según sexo a 1 mes y 6 meses del sismo.

Instrumento	Factores	T1 A un mes del sismo				<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen	T2 A seis meses del sismo				<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen
		Niños (n = 64)		Niñas (n = 66)				Niños (n = 64)		Niñas (n = 66)			
		M	DE	M	DE			M	DE	M	DE		
Afrontamiento	Activo	39.27	8.6	41.26	8.9	1.28	0.22	39.62	8.9	41.66	9.1	1.28	0.22
	Pasivo	32.88	5.0	33.50	5.6	-.66	0.11	31.12	6.0	32.25	6.2	1.04	1.36
Ansiedad	Rasgo	33.58	5.8	38.11	6.5	<b>4.17**</b>	<b>0.73</b>	35.82	8.3	33.36	6.1	1.91	0.33
	Estado	30.64	5.7	33.45	6.7	<b>2.54**</b>	<b>0.45</b>	31.10	6.5	30.45	6.3	.58	0.10
Síntomas de TEPT	Reexperimentación	6.65	4.7	9.57	4.4	<b>3.61**</b>	<b>0.64</b>	6.57	5.1	6.83	5.5	-.27	0.04
	Evitación	7.14	5.2	11.09	5.7	<b>4.09**</b>	<b>0.72</b>	7.81	6.3	8.16	6.1	-.32	0.05
	Activación	5.51	4.5	9.18	5.2	<b>4.27**</b>	<b>0.75</b>	5.73	4.6	5.21	4.5	.65	0.11
	Puntaje total TEPT	19.31	12.8	29.84	13.3	<b>4.58**</b>	<b>0.80</b>	20.12	14.5	20.21	14.4	-.03	0.006
Resiliencia	FPI	3.71	.64	3.76	.53	.048	0.08	2.05	.56	2.06	.52	-.02	0.018
	PFE	3.87	.63	4.01	.54	1.31	0.23	1.97	.61	1.98	.69	-.06	0.015
	FE	3.61	.75	3.71	.72	-.81	0.13	2.19	.78	2.18	.72	.12	0.013
Puntaje total		120.65	19.2	122.9	16.5	-.73	0.12	65.95	17.3	65.95	17.5	.00	0

\*\*  $p < .001$

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio revelan la presencia de síntomas de TEPT en el primer momento en que fueron evaluados los participantes, mismos que disminuyeron en la segunda aplicación, lo que coincide con los resultados de Kronenberg et al. (2010). Respecto a la primera evaluación, es importante considerar que la presencia de un nivel más alto de TEPT puede deberse a las reacciones iniciales normales ante la exposición directa o indirecta al suceso, pues es posible que surjan pesadillas, recuerdos, síntomas físicos, e insomnio, que son los síntomas propios del TEPT (APA, 2014; Caro y Cova, 2012).

En la segunda medición los TEPT disminuyeron; en particular, la dimensión Activación fue el criterio menos prevalente, lo cual está de acuerdo con lo hallado por López y López (2011); además, se tiene que tomar en cuenta que la prevalencia evaluada en este estudio fue significativamente menor que lo reportado en otras investigaciones (p. ej. Caro et al., 2012; Derivois et al., 2014; López y López, 2011), lo que puede ser un indicador de que un mayor porcentaje de participantes

de este trabajo tienen al parecer un mejor funcionamiento.

En el caso de la reexperimentación, las diferencias obtenidas entre el T1 y el T2 fueron significativas y que el tamaño del efecto de dichas diferencias se considera moderado, lo que podría explicarse en el sentido de que la frecuencia de esta sintomatología disminuyó a través del tiempo. Tales hallazgos concuerdan con los de otros estudios, como el de Piña, Torres, Prawd y Pérez (1987), quienes investigaron los TEPT en estudiantes de medicina a las dos semanas y ocho meses posteriores al terremoto de México. En su trabajo reportaron que, a pesar de que en la mayoría de los encuestados la sintomatología disminuyó a los ocho meses del evento, 10% de ellos aún padecía temor o angustia.

Merece la pena señalar que en el presente artículo los síntomas aún persistían a los seis meses posteriores del sismo en algunos casos, lo que también se ha evidenciado en estudios de seguimiento, que explican que puede haber condiciones crónicas relacionadas con el estrés después de la exposición a esos fenómenos (Chemtob et al., 2002; Goenjian et al., 2000, La Greca et al.,

2002). En esos casos pueden persistir en el largo plazo los efectos negativos en el pensamiento y el sentimiento de los niños traumatizados (Celebi, Metindongan y Wise, 2010), así como importantes consecuencias psicológicas que pueden ser de larga duración. Se ha reportado que muchos sobrevivientes de experiencias traumáticas sufren no solamente los síntomas relacionados, sino también depresión y abuso de sustancias (Cohen, Mannarino, Berliner y Deblinger, 2000; Palomares y Campos, 2018). Incluso las reacciones al trauma pueden manifestarse como problemas de conducta, o bien de salud, por lo que es indispensable analizar estos aspectos aun en ausencia de TEPT.

De ahí que sería pertinente continuar observando tales reacciones debido a que es posible que existan casos en los que, transcurrido un tiempo prolongado tras el suceso, aparezca algún tipo de sintomatología, por lo que hay la necesidad de vigilar a las personas expuestas en el caso de los desastres naturales, continuando su asesoramiento para así evitar problemas subsecuentes de salud mental (Maclean et al., 2016).

En cuanto a la ansiedad, si bien no se hallan diferencias estadísticas, en la mayoría de los participantes hay al parecer una recuperación (Chou et al., 2004), por lo que los TEPT disminuyen con el tiempo, sobre todo en personas que experimentan esos desastres naturales.

Estos hallazgos coinciden asimismo con los de Bonanno (2004), en el sentido de que por lo general el TEPT gradualmente regresa, en un periodo de varios meses, a los niveles previos al evento. Además, se ha reportado que la mayoría de los individuos no exhiben perfiles de síntomas crónicos, ya que en general muestran un funcionamiento saludable; dicho autor refiere que 85% de los individuos siguen un proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno, por lo que es relevante prestar atención al paso del tiempo entre el evento y la medición que se haga.

En el caso de la resiliencia, el tamaño del efecto de las diferencias fue elevado. Los datos mostraron una disminución en la segunda medición, lo que puede ser un proceso de recuperación natural, tal como lo señalan Bisson, Jenkins, Alexander y Bannister (1997). Al respecto, según Bonanno (2004), los individuos resilientes pueden experimentar perturbaciones transitorias en el

funcionamiento, para después mostrar un funcionamiento estable; de hecho, la mayoría se recupera de forma natural y en un tiempo breve recobra su nivel normal de funcionamiento (cf. Goenjian et al., 2000). Del mismo modo, estas diferencias pueden deberse a diversos factores, como el apoyo social y familiar con el que cuentan los menores, lo cual será necesario incluir en la siguiente medición y constatar si hay un patrón de rehabilitación en términos de resiliencia, de disfunción crónica o de retraso en la recuperación del trauma.

Se encontraron diferencias significativas en el afrontamiento a los desastres en función del tiempo: al mes de ocurrido el evento, los niños utilizan con mayor frecuencia un estilo de afrontamiento pasivo. Una de las posibles explicaciones de lo anterior es que el suceso era relativamente reciente, y que dicho estilo resultó ser un mecanismo de adaptación adecuado en ese momento. Además, es posible considerar que los participantes de este trabajo tendían a responder a los eventos traumáticos de manera fatalista, lo que es un patrón común en el contexto latinoamericano (Pole, Gone y Kulkami, 2008). Sin embargo, este resultado lleva a considerar la necesidad de realizar otros estudios sobre la eficacia del uso de un determinado estilo de afrontamiento tras un desastre, pues si bien en un momento puede ser útil una forma de enfrentar la situación, no necesariamente lo es en otro.

Respecto al sexo, no se presentaron diferencias entre los niños y las niñas, lo que fue consistente también a los seis meses. Desde una perspectiva desarrollista, puede ser que surjan diferencias conforme los niños crecen (Zwirs et al., 2007), por lo que se requiere continuar analizando esta importante variable según el modo en que se interpreta la situación, así como su asociación con la edad y el sexo.

Los resultados de este estudio sugieren continuar con el seguimiento, por lo que se recomienda que los servicios de salud mental deberían extenderse durante un tiempo considerable, más allá del periodo de crisis en los niños que aún continúan con un TEPT; en efecto, los participantes reportaron que no habían recibido hasta ese momento ningún tipo de intervención psicológica, lo que es un reto del sector salud para el apoyo a la población. Así, dada la relevancia de atender los síntomas psicológicos como resultado de vi-

venciar este tipo de desastres, se requiere poner en práctica acciones decisivas a través de dichas intervenciones. La literatura al respecto recomienda frecuentemente la terapia cognitivo-conductual (Palomares y Campos, 2018), y aunque se ha probado su eficacia, también sería recomendable diseñar programas para el desarrollo de la resiliencia ante los riesgos naturales. Del mismo modo, es indispensable contar con servicios de salud que cuenten con los mecanismos idóneos para responder en situaciones críticas y mediante planes de acción consecuentes con las necesidades de atención (Álvarez y Medina-Mora, 2018).

Una importante limitación de esta investigación es que únicamente se consideró la aplicación de instrumentos del tipo de autorreportes, por lo que se sugiere la inclusión de entrevistas clínicas a fin de verificar la presencia de los síntomas de TEPT. De ahí que el próximo paso será explorar la manera en que se recuperan los individuos tras un trauma, para después analizar las habilidades conductuales en situaciones de incertidumbre, y así indagar sobre cómo se encontraban los niños antes del suceso, y de esta manera tener una explicación más amplia sobre la resiliencia psicológica en la infancia, ya que, según los resultados, los participantes pudieron experimentar un cambio positivo; cabe señalar a pesar de la experiencia

traumática, la mayoría no manifestaba síntomas psicopatológicos.

Es necesario reconocer ciertos inconvenientes metodológicos en esta investigación, como el intervalo de tiempo transcurrido entre las mediciones, que fue relativamente corto, así como el hecho de que solo fueron dos puntos en el tiempo, lo que no permitió considerar el efecto de la edad sobre la prevalencia de TEPT. Sin embargo; las variaciones entre el T1 y T2 muestran que hubo una disminución de los síntomas, lo cual es posible atribuir al mero paso del tiempo, lo que implica la necesidad de considerar una siguiente medición para contar con una mayor evidencia empírica que permita explicar el fenómeno bajo estudio.

Finalmente, conviene señalar que las respuestas de los participantes ante los desastres naturales pueden estar asociadas no solo al TEPT, sino a otros trastornos, por lo que la ocurrencia de otro evento puede desencadenar el recuerdo perturbador y afectar el equilibrio emocional, por lo que es indispensable tomar en cuenta no solo el tipo de suceso, sino también la gravedad, la intensidad y la proximidad respecto al primero, pero también el apoyo percibido y los factores subjetivos debidos al trauma, los cuales podrán determinar la presencia de TEPT en la infancia.

## REFERENCIAS

- Abeldaño, R.A. y González, A.M. (2018). Desastres en México de 1900 a 2016: patrones de ocurrencia, población afectada y daños económicos. *Rev Panam Salud Publica*, 42e55. <https://doi.org/10.2633/RPSP.2018.55>.
- Álvarez I., D. y Medina-Mora, M.E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Pública Mex.*, 60(Supl. 1). 52-58.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, D.C.: Autor.
- Arnau, J. y Ono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41.
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Bambarén, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Revista Psicológica Herediana*, 6(1-2), 20-25.
- Bisson, J., Jenkins, P.L., Alexander, J. y Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial psychological debriefing for victims of burn trauma 1997. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81. Doi:10.1192/bjp.171.1.78.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Caro M., P.P. y Cova S., F.M. (2012). Relación entre estrés postraumático, afrontamiento y rumiación en estudiantes universitarios chilenos. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 121-130. Doi: 10.4067/S0717-95532012000300012.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Webster, R.A. y Kenardy, J. (1997). A synthesis of the findings from the Quake Impact Study: A two-year investigation of the psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *International Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 123-136.

- Celebi, E., Metindogan, A. y Wise, A. (2010). The effects of the 1999 Turkish earthquake on young children: Analyzing traumatized children's completion of short stories. *Child Development*, 81(4), 1161-1175.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. y Carlson, J.C. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related post-traumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Chou, F.H., Chou, P., Su, T.T., Ou-Yang, W.C., Chien, I.C., Lu, M.K. y Huang, M.W. (2004). Quality of life and related risk factor in a Taiwanese village population at 21 months after the earthquake. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(1), 358-364.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L. y Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223. Doi: 10.1177/08862600001501007.
- Derivois, D., Mérisier, G.G, Cénat, J.M. y Castelot, V. (2014). Symptoms of posttraumatic stress disorder and social support among children and adolescents after the 2010 Haitian earthquake. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 202-212. Doi: 20.1080/15325024.2013.789759.
- Domínguez T., B. (2017). Estrés postraumático, entre los efectos del sismo. *Gaceta Universitaria*, 5(106). Recuperado de <http://gaceta.unam.mx/estres-postraumatico-entre-los-efectos-del-sismo/>.
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. y Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384. Doi: 10.1207/s15374424JCCP3003\_9.
- Goenjian, A.K., Steinberg, A.M., Najarian, L.M., Fairbanks, L.A., Tashjian, M. y Pynoos, R.S. (2000). Prospective study of post-traumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.
- González-Arratia L.F., N.I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. México: Eón-Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia L.F., N.I., Torres M., M.A., Aguilar M., O., González-Arratia, V., González E., S. y Ruiz M., A.O. (2019). Afrontamiento frente a riesgos extremos y síntomas de estrés postraumático en mexicanos después que vivenciaron el sismo del 2017. *Ciencia ErgoSum*, 6(3), <https://doi.org/10.30878/ces.v26n3a3>.
- Kaya, E. (2013). Effects of disaster on children health. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(4), 455-464.
- Kronenberg, M.E., Hansel, T.C., Brennam, A.M., Osofsky, H.J., Osofsky, J.D. y Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: lessons learned about symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241-1259.
- La Greca, A.M., Silverman, W.R., Vernberg, E.M. y Roberts, M.C. (2002). *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- López G., J. y López S., C. (2014). Trastorno de estrés postraumático en escolares tras el terremoto de Lorca (España) en 2011. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 230-233.
- López V., E. y Marván, M.L. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*, 46, 216-221.
- Macleán, J.C., Popovici, I. y French, M.T. (2016). Are natural disasters in early childhood associated with mental health and substance use disorders as an adult? *Social Science & Medicine*, 151, 78-91.
- Palomares C., E. y Campos C., P.E. (2018). Impacto de los terremotos en la salud mental. *Ciencia*, 60(3), 48-55.
- Pierro, B. (2018). La ciencia de los desastres. *Pesquisa FAPESP*, Edición 264, febrero. Recuperado de <https://revistaspesquisa.fapesp.br/es/2019/07/29/la-ciencia-de-los-desastres/>.
- Piña B., B., Torres C., J.L., Prawda W., M. y Pérez R., G. (1987). *Efectos psicológicos causados por los sismos de 1985 en estudiantes de medicina*. Trabajo presentado en el Tercer Congreso Mexicano de Epidemiología, Tuxtla Gutiérrez, Chis., 6 de agosto de 1987.
- Pole, N., Gone, J.P. y Kulkami, M. (2008). Posttraumatic stress disorder among ethnoracial minorities in the United States. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 35-61.
- Rincón, P., Gysling, M., Jiménez, C., Lloyd, S., Navarro, M.F., Retamal, L., Cova, F., Valdivia, M., Paz, P-S.C., Melipillán, R. y Haquin, C. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas de TEPT para niños (CPSS) en población chilena afectada por el terremoto y tsunami del 27-F de 2010. *Terapia Psicológica*, 32(1), 57-64.
- Roemer, L., Litz, B.T., Orsilo, S.M., Ehlich, P.J. y Friedman, M.J. (1998). Increases in retrospective accounts of war-zone exposure over time, the role of PTSD symptom severity. *Journal of Trauma & Stress*, 11(3), 597-605. Doi: 10.1023/A:1024469116047.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Tesis para optar la licenciatura en Psicología. Buenos Aires: Universidad de Belgrano. Recuperado de [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207\\_salotti.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207_salotti.pdf).
- Servicio Sismológico Nacional (2017). *Reporte Especial del Grupo de Trabajo del Servicio Sismológico Nacional, UNAM. Sismo del día 19 de septiembre de 2017, Puebla-Morelos (M 7.1)*. México: SSN. Recuperado de [http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes-especiales/2017/SSNMX\\_rep\\_esp\\_20170919\\_Puebla-Morelos\\_M71.pdf](http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes-especiales/2017/SSNMX_rep_esp_20170919_Puebla-Morelos_M71.pdf).
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tapia, R., Sepúlveda, J., Medina-Mora, M.E., Caraveo, J. y De la Fuente, J.R. (1987). Prevalencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente a un desastre natural. *Salud Pública de México*, 29(5), 406-411.
- Tolin, D.F. y Foa, B.E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 32(6), 959-992.
- Villagrán, L., Reyes, C. y Wlodarczyk, A. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 32(3), 243-254.
- Villamil, V. (2014). La salud mental ante los desastres. *Salud Mental*, 37, 363-364.
- Zwirs, B., Burger, H., Schilpen, T., Wiznitzer, M., Fedder, H. y Buotelaar, J. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566. Doi: 10.1007/s10802-007-9112-9.



# Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas<sup>1</sup>

## *Treatment based on compassionate mindfulness: A pilot study in drugs polyconsumers*

José Luis Barrera Gutiérrez<sup>2</sup>, Diana Mejía Cruz<sup>3</sup>  
y Ana Beatriz Moreno Coutiño<sup>2</sup>

*Citación:* Barrera Gutiérrez, J.L., Mejía C., D. y Moreno Coutiño, A.B. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2673>.

### RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud refiere que el consumo de drogas psicoactivas es un problema relevante de salud pública en el mundo ya que genera graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ha habido un incremento en el consumo de drogas legales e ilegales entre los años 2011 y 2016, reportando dependencia a drogas el 0.6% de la población de 12 a 65 años. Se ha encontrado que la mayoría de los consumos de sustancias están relacionadas a factores emocionales como el estrés, los afectos negativos y la sintomatología depresiva y ansiosa. Como parte de las terapias de tercera generación, la de atención plena ha despertado un creciente interés desde 1990 en el campo científico en cuanto que se relaciona con mejoras en la satisfacción de vida, felicidad, reducción de depresión y ansiedad, entre otras psicopatologías (Pérez, 2006). De igual manera, ha sido llevada al campo de las conductas adictivas, demostrando eficacia y efectividad en el tratamiento del consumo de sustancias. El objetivo de esta investigación fue probar los efectos de un tratamiento psicológico basado en la atención plena compasiva sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, la felicidad, la compasión y el consumo de sustancias, para lo cual se utilizó un diseño intrasujetos, administrándose a cuatro pacientes con trastornos por consumo de sustancias en una intervención grupal de nueve sesiones. Se tomaron medidas basales, en el postratamiento y el seguimiento a un mes, calculándose el tamaño del efecto clínico de cada una de esas variables. Los resultados sugieren que la intervención de atención plena compasiva fue eficaz para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, la felicidad fluctuante y el patrón de consumo, e incrementar la felicidad duradera y la compasión.

**Palabras clave:** Atención plena; Compasión; Drogas; Felicidad; Sintomatología ansiosa-depresiva.

### ABSTRACT

*The World Health Organization points out that the use of psychoactive drugs is a relevant public health problem in the world because it leads serious individual, family, and social consequences. In Mexico, according to the National Survey of Drugs, Alcohol, and Tobacco consumption 2016-2017, there are increases in consumption of legal and illegal drugs between 2011 and 2016. Actual full drug dependence affects 0.6% of the total population aged 12 to 65 years. Most substance use seems*

<sup>1</sup> Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento al protocolo doctoral del primer autor a través del CVU: 323904, con número de becario 230035 y de beca 449025, del cual se desprende este estudio. Se extiende un agradecimiento especial a la M.C. Silvia Valle por las facilidades otorgadas en la realización de esta investigación en el Centro de Tratamiento Residencial y Ambulatorio, así como a la Psic. Andrea Romero Ovalle por su apoyo en las sesiones de tratamiento.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: moca99\_99@yahoo.com y psicopumatkd@hotmail.com. Artículo recibido el 15 de octubre de 2019 y aceptado el 30 de mayo de 2020.

<sup>3</sup> Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de febrero 818 Sur, 85000 Cd. Obregón, Son., México, correo electrónico: diana.mejia@itson.edu.mx.

*related to such emotional factors, as stress, negative affect, and depressive and anxious symptoms. As a part of third-generation therapies, mindfulness has received growing scientific interest since the 1990s because it is related to the improvements in life satisfaction and happiness, as well as to the reduction of depression and anxiety, among other disorders. Mindfulness has also been applied to the field of addictive behaviors and shown effectiveness at treating substance use. The objective of the present study was to test the effects of a psychological treatment based on compassionate mindfulness on anxious and depressive symptomatology as well as happiness, compassion, and substance use patterns. An within subjects design was used, to evaluate a group intervention of nine sessions to four patients with substance use disorder. Baseline, post-treatment and one month follow-up measures were taken, and the size of the clinical effect was computed for each variable. Results suggest that compassionate mindfulness intervention was effective in reducing anxious and depressive symptoms, fluctuating happiness, and consumption pattern, and increasing longer-lasting happiness and compassion.*

**Keywords:** Mindfulness; Compassion; Drugs; Happiness; Depressive anxious symptomatology.

## INTRODUCCIÓN

### Tratamientos para el consumo de sustancias

El consumo de drogas psicoactivas es un problema relevante de salud pública nacional e internacional; de acuerdo con los datos obtenidos por la United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC) (2020), se estima que cerca de 29.5 millones de personas padecen diversos problemas provocados por el uso de sustancias (cf. Secretaría de Salud y Asistencia Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017).

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), se reporta que 0.6% de la población de 12 a 65 años es dependiente de las drogas durante el último año, siendo más grave el problema en los hombres (2%), que en las mujeres (0.3%), en edades que oscilan entre 18 y 34 años (SSA, 2017).

Los programas de tratamiento para el consumo de sustancias incorporan típicamente una

multiplicidad de orientaciones, que van desde aproximaciones meramente farmacológicas hasta enfoques psicológicos con orientaciones diversas: tratamientos psicodinámicos, humanistas, sistémicos, cognitivo-conductuales de segunda generación o integrales. Sin embargo, no todos los tratamientos son eficaces (Allen, Litten y Fertig, 1995; Rojas, Real, García y Medina-Mora, 2011).

Autores como Pascual, Frías y Monterde (2004) han mostrado los siguientes criterios que un estudio debe tener para tener mayor eficacia: *a)* asignación aleatoria de los participantes a las condiciones de tratamiento y control; *b)* utilización de métodos de ciego y doble ciego; *c)* aplicación de las intervenciones por terapeutas capacitados; *d)* número fijo de sesiones, y *e)* periodos fijos de tiempo para que los pacientes puedan ser seguidos después del tratamiento. Las intervenciones llevadas a cabo mediante la terapia cognitivo-conductual (TCC) son las que cumplen con la mayoría de los criterios anteriormente mencionados. Desde este enfoque se han desarrollado numerosos programas de tratamiento contra el consumo de sustancias, reportándose resultados positivos (Carroll y Kiluk, 2017; Magill et al., 2019; Pirmial et al., 2019; Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005). En México, los programas que prestan atención al problema de las adicciones están basados, en su mayoría, en intervenciones y tratamientos con la citada orientación (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1988; Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2006; Barragán, González, Medina y Ayala, 2005; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2008; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2007; Oropeza, Medina-Mora y Sánchez-Sosa, 2007). Sin embargo, entre las limitaciones más importantes de dicho modelo se encuentran la falta de mantenimiento de los resultados a largo plazo y las recaídas en aproximadamente dos terceras partes de los usuarios bajo tratamiento (Gross y Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, y Fink, 2004; Hayes, 2004; Moreno 2012; Rojas et al., 2011; Zgierska et al., 2009).

Debido a lo anterior, resulta necesario continuar desarrollando nuevas y más eficaces aproximaciones para el tratamiento del consumo de sustancias. Actualmente, las terapias basadas en la atención plena (*mindfulness*) han probado ser muy eficaces en el tratamiento de diversas adicciones (Chiesa y Serretti, 2014; Karyadi, Vander-

Veen y Cyders, 2014; Schuman-Olivier, Hoepfner, Evins y Brewer, 2014; Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005).

### **Atención plena como tratamiento del consumo de sustancias**

Dentro de las estrategias mundiales para atender el abuso de sustancias se ha propuesto generar tratamientos basados en evidencia para asegurar que la abstinencia persista, y los concernientes a atención plena han demostrado eficacia y efectividad para tratar el problema (Brewer, Elwafi y Davis, 2013; Chiesa y Serretti, 2014; Karyadi, VanderVeen y Cyders, 2014; Marlatt y Kristeller, 1999; Oikonomou, Arvanitis y Sokolove, 2016; Schellhas, Ostafin, Palfai y De Jong, 2016; Schuman-Olivier, Hoepfner, Evins y Brewer, 2014; Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005; Zgierska et al., 2009).

Las personas que abusan de sustancias experimentan numerosos pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas desagradables que precipitan un uso más frecuente o más insistente. El consumo de sustancias y otras conductas adictivas sirven a menudo para evitar o controlar esas experiencias internas, así como la incomodidad asociada a ellas (Bowen, De Boer y Bergman, 2017; Stotts y Northrup, 2015).

Un objetivo general de las terapias de tercera generación (o TTG) es identificar y experimentar formas alternativas de relacionarse con esos eventos privados desagradables, formas que interrumpirían el vínculo aparentemente causal entre la angustia psicológica y física y el consumo de drogas. Por ejemplo, las habilidades de aceptación se utilizan para facilitar una mayor voluntad de vivir pese a los acontecimientos angustiosos, y las estrategias de regulación de emociones se pueden emplear para aumentar la conciencia emocional y reducir la vulnerabilidad ante las emociones abrumadoras (Hayes, 2004; Karyadi, VanderVeen y Cyders, 2014; Marlatt y Kristeller, 1999).

Las intervenciones de atención plena aumentan la conciencia de las contingencias ambientales naturales y ayudan a los consumidores de sustancias a advertir los factores desencadenantes y las consecuencias de una manera flexible y no reactiva. Idealmente, en este contexto nuevo y cons-

ciente es posible que se desarrollen las conductas necesarias para tomar decisiones y elecciones basadas en metas y valores personales importantes, en lugar de evitar o controlar el consumo de sustancias. En otras palabras, más que centrarse exclusivamente en la reducción y eliminación de conductas adictivas, las TTG ponen énfasis en la vida valiosa y significativa, buscando identificar los valores que posee el consumidor para dignificar el sufrimiento inevitable que implica el abandono de un comportamiento bien establecido de consumir sustancias, el cual servía como un escape de la angustia y de las consecuencias de la adicción (Stotts y Northrup, 2015).

Dados los antecedentes documentados sobre los beneficios registrados de las intervenciones basadas en la atención plena y su componente compasivo (Simkin y Black, 2014), en el presente estudio se efectuó una intervención piloto basada en la atención plena compasiva para reducir el consumo de sustancias, las sintomatologías ansiosa y depresiva y la felicidad fluctuante, así como para aumentar la felicidad duradera y la compasión en policonsumidores con tratamiento ambulatorio.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

A este efecto, se utilizó un diseño preexperimental intrasujetos ( $N = 4$ ), A-B-C prospectivo con línea base, con medición posterior a la intervención y seguimiento a un mes. Tal diseño es especialmente apropiado para los estudios de corte clínico, en los cuales se documentan el sentido y el tamaño del cambio ante la implementación sistemática de una variable independiente.

### **Participantes**

Participaron en el estudio cuatro pacientes de un centro de atención residencial en modalidad ambulatoria, del sexo masculino, mayores de edad, con trastorno por consumo de moderado a severo de múltiples sustancias, cuyas características socio-demográficas y criterios de inclusión y exclusión se muestran en las Tablas 1 y 2.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas.

Caso	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad (años)	Religión	Puntaje CAD 20	Puntaje EDA
1	18	Soltero	Desempleado	7	Católica	15	11
2	22	Soltero	Estudiante	14	Católica	11	3
3	27	Soltero	Empleado	9	Católica	14	3
4	33	Soltero	Empleado	14	Creyente	11	19

*Nota:* El Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20) es un autoinforme compuesto por veinte preguntas de respuesta dicotómica. Proporciona un índice cuantitativo del rango de problemas asociados con el abuso de drogas (De las Fuentes y Villalpando, 2001).

La Escala de dependencia al Alcohol (EDA) es un instrumento de 25 reactivos que mide la dependencia de baja a severa (Ayala, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

**Tabla 2.** Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión	Exclusión	Eliminación
Sujetos de sexo masculino de 18 a 65 años de edad.	Padecer algún trastorno psiquiátrico diagnosticado mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000).	Deserción una vez iniciado el estudio.
Diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias, determinada por el psicólogo tratante del servicio de impresión diagnóstica.	Hallarse en tratamiento farmacológico, médico o psicológico al momento en que se inició la intervención y hasta tres meses antes.	Llenado incompleto de los instrumentos de evaluación.
Consumo de sustancias en los últimos tres meses.	Ser practicante de la meditación.	No someterse a prueba <i>antidoping</i> .
Aceptación a participar en el estudio y firma de la carta de consentimiento informado.	Faltar a alguna de las nueve sesiones de tratamiento.	

## Instrumentos

*Marcador biológico:* Prueba de orina DrugScreen-Dip Test para detectar cinco drogas (marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas y metanfetaminas) de AMEDICA® DrugScreen.

*Pruebas psicométricas:* Las pruebas utilizadas y sus propiedades psicométricas se describen en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Características psicométricas de instrumentos.

Nombre	Abreviatura	Validez	Confiabilidad	Número de reactivos
Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).	BAI	De constructo	Consistencia interna $\alpha = 0.83$	21
Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998).	BDI	Concurrente	Consistencia interna $\alpha = 0.87$	21
Escala de Compasión para Población Mexicana (López y Moreno, 2019).	ECOM	De constructo	Consistencia interna $\alpha = 0.90$	17
Escala de Felicidad Subjetiva Duradera y Escala de Felicidad Subjetiva Fluctuante (Barrera, Díaz, Sánchez-Sosa y Moreno, 2019).	EFSF y EFSF	De constructo	Confiabilidad compuesta $\Omega = 0.95$	16

## Procedimiento

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética del Instituto de Asistencia e Integración Social para llevar a cabo la intervención en una unidad especializada en el tratamiento de adicciones perteneciente a este organismo. Con la ayuda de un psicólogo adscrito a dicha unidad se realizó una entrevista inicial de manera individual, con una duración aproximada de 90 minutos, a los pacientes que asistían al servicio de consulta externa, con el propósito de obtener su historia clínica de consumo y un diagnóstico diferencial de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias (F.19), según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2005), y determinado por el psicólogo tratante del servicio de impresión diagnóstica.

Se entrevistó a un total de nueve pacientes, de los cuales cinco cumplían los criterios de inclusión en el estudio, a quienes se explicó la estructura del tratamiento, mismo que consta de nueve sesiones semanales con duración de dos horas cada una. Se les informó sobre la aplicación de una batería de instrumentos y de pruebas de orina para detectar drogas, después de lo cual se obtuvo su consentimiento informado. Del análisis estadístico se excluyó a un participante que no asistió a las

nueve sesiones de tratamiento, de modo que en este reporte solo se presentan los resultados de cuatro participantes.

Una semana antes de la primera sesión terapéutica, se citó a los participantes para una entrevista individual, llevada a cabo con la ayuda de una pasante de psicología, ciega al estudio, con el fin de recolectar los datos basales mediante los instrumentos previamente descritos y la prueba antidoping. De igual manera, al concluir la intervención de nueve sesiones, se hizo una evaluación post (B), y una más, de seguimiento, un mes después (C), mediante la aplicación de los inventarios y la prueba antidoping ya mencionados.

## Procedimiento clínico

La intervención se llevó a cabo de manera grupal en sesiones semanales, las cuales fueron instrumentadas por un psicólogo con entrenamiento en terapia de atención plena y compasión. El programa de intervención consistió en nueve sesiones, con duración de dos horas (Tabla 4). Cada sesión se administró en un espacio bien iluminado con asientos cómodos para el terapeuta y los pacientes. También se contó con una computadora y con dispositivos audiovisuales para las presentaciones PowerPoint durante las sesiones de tratamiento.

**Tabla 4.** Programa de intervención en salud de atención plena y compasión.

Sesión	Nombre	Objetivos
1	Psicoeducación en el consumo de sustancias psicoactivas.	Que el participante conozca el contenido del programa, además de proporcionarle información acerca de las drogas psicoactivas, los factores desencadenantes, sus efectos a corto y a largo plazo, las consecuencias de su uso agudo y crónico y la importancia de la adhesión al tratamiento.
2	Psicoeducación de atención plena y compasión.	Que el participante conozca los conceptos de atención plena y compasión y su importancia para contrarrestar la desregulación emocional (Nater, Skoluda y Strahler, 2013).
3	Filosofía para cesar el sufrimiento.	Que el participante conozca una forma de alivio al sufrimiento mediante el reconocimiento y el entendimiento de su origen y metodología para su cesación (Filosofía de la atención plena).
4	Conceptos básicos de atención plena compasiva.	Que el participante conozca y lleve a la práctica los conceptos básicos de la atención plena compasiva.
5	Práctica de la atención plena y la compasión en la vida cotidiana.	Que el participante identifique cómo practicar la atención plena compasiva a lo largo del día.
6	Atención plena y compasión en hábitos saludables.	Que el participante utilice la atención plena y la compasión para atender sus actividades del diario vivir, como el ejercicio o la alimentación; además, que reconozca el sufrimiento propio y ajeno para generar acciones, palabras y pensamientos que contribuyan a cambiar tales experiencias.

Continúa...



7	Acciones que favorecen el bienestar.	Que el participante conozca distintas acciones encaminadas a reconocer y abandonar las conductas y hábitos destructivos, y que genere y promueva acciones encaminadas al bienestar propio y el de los demás seres.
8	Comunicación atenta y compasiva.	Que el participante aplique la atención plena compasiva a las relaciones interpersonales.
9	Mantenimiento de la práctica: viviendo con atención plena y compasión.	Que el participante cuente con los elementos necesarios para mantener la práctica de la atención plena, aunada a algunos hábitos saludables, como el ejercicio físico o una alimentación saludable.

## Análisis estadístico

Se calculó el tamaño del efecto clínico de Cardiel (Parker y Vannest, 2009) para evaluar el cambio en sintomatología depresiva y ansiosa, patrón de consumo, felicidad fluctuante y felicidad duradera y compasión. Este cálculo se considera como el mejor análisis disponible para los diseños de caso único. A los cambios superiores a 0.20 / -0.20 se les supone como clínicamente significativos (CCO =  $\text{Postest} - \text{Pretest} / \text{Pretest}$ ).

Se obtuvo el promedio de respuesta en los inventarios de sintomatología ansiosa y depresiva, felicidad fluctuante, felicidad duradera y compasión de cada paciente a lo largo de las tres mediciones durante la maniobra terapéutica.

Además, se presenta el patrón de consumo de marihuana, cocaína y alcohol a lo largo de la intervención.

## RESULTADOS

En la Tabla 5 se muestra el cambio clínico entre las mediciones pretest, postest y seguimiento a un mes. Se encontraron cambios significativos posteriores al tratamiento en la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa y felicidad fluctuante en los cuatro pacientes. La felicidad duradera tuvo un incremento clínicamente significativo en tres de ellos, en tanto que la compasión solo se incrementó significativamente en un paciente. Durante el seguimiento se observó una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva y de la felicidad fluctuante en tres de los cuatro pacientes. La felicidad duradera y la compasión no mostraron cambios significativos en la evaluación del seguimiento, aunque se mantuvieron de los cambios producidos por la intervención.

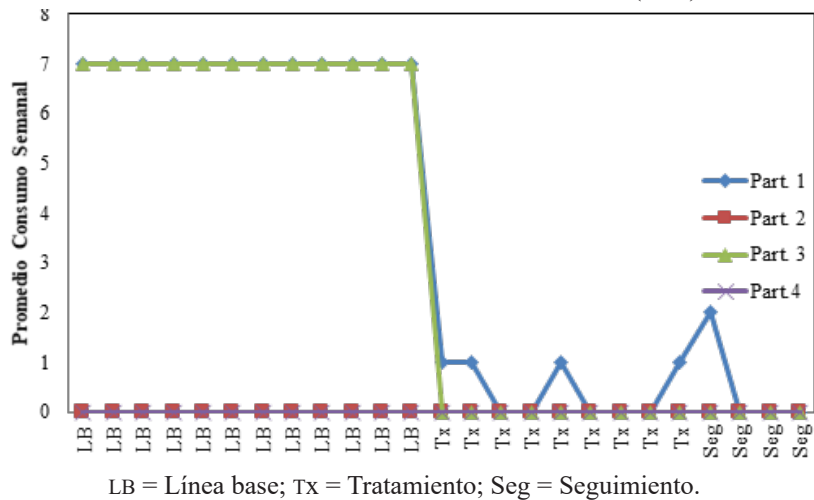
**Tabla 5.** Cambio clínico en las variables psicométricas.

Participante	Depresión		Ansiedad		Felicidad fluctuante		Felicidad duradera		Compasión	
	Post	Seg.	Post	Seg.	Post	Seg.	Post	Seg.	Post	Seg.
1	-.53	-.50	-.93	3.00	-.52	.08	.64	.07	-.12	-.05
2	-.60	-.75	-.13	-1.00	-.51	-.24	.34	.02	.32	.05
3	-.64	-1.00	-1.00	.00	-.35	-.53	.08	.06	.08	.03
4	-1.00	.00	-.97	-1.00	-.49	-.64	.33	.00	.09	.01

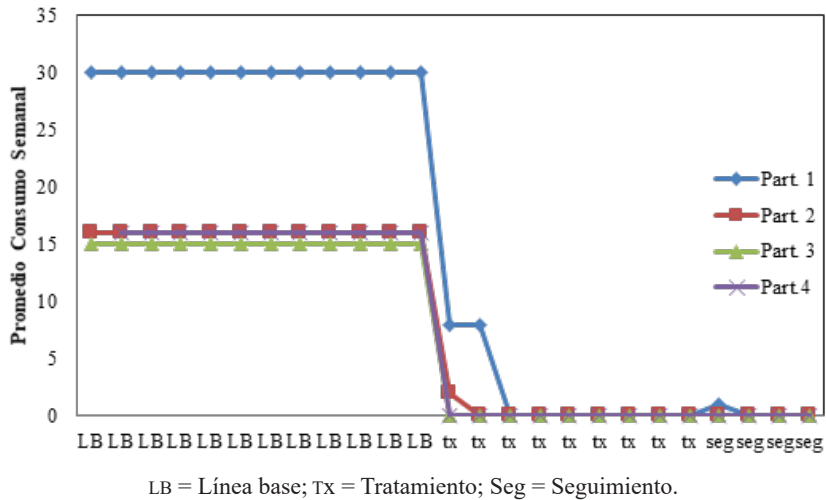
El consumo de marihuana previo al tratamiento se reportó mediante una línea base retrospectiva en dos de los cuatro usuarios (participantes 1 y 3); dicho patrón de consumo cesó durante el tratamiento para el participante 3, manteniéndose el cambio hasta un mes después del tratamiento. El participante 1 registró recaídas durante el tratamiento y en la fase de seguimiento, aunque sin recuperar el patrón de consumo reportado previo al tratamiento (Gráfica 1).

Los cuatro participantes reportaron consumo de cocaína y su disminución al finalizar el tratamiento; cabe señalar que durante este y en la fase de seguimiento los participantes 3 y 4 mantuvieron la abstinencia del consumo, el participante 1 tuvo recaídas esporádicas durante y después del tratamiento, mientras que el participante 3 sufrió una recaída en el tratamiento para el posterior logro de la abstinencia (Gráfica 2).

**Gráfica 1.** Patrón de consumo de marihuana (THC).



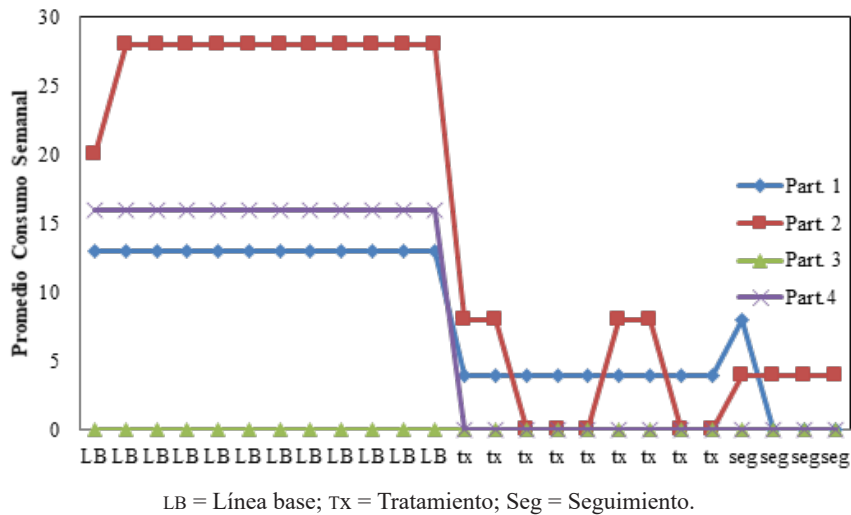
**Gráfica 2.** Patrón de consumo de cocaína (CO).



El consumo de alcohol disminuyó en los cuatro participantes a lo largo del tratamiento, y se mantuvo así durante el seguimiento. Los participantes

3 y 4 reportaron abstinencia en ambas fases. Los pacientes 1 y 2 tuvieron recaídas durante y después del tratamiento (Gráfica 3).

**Gráfica 3.** Patrón de consumo de alcohol (AL).



## DISCUSIÓN

En México, el consumo de drogas es un problema de salud pública que repercute en prácticamente todas las áreas de vida de la persona debido al deterioro físico y mental que ocasiona, por lo que es fundamental desarrollar programas de tratamiento que sean útiles para este tipo de usuarios.

Los tratamientos de atención plena para el consumo de sustancias han resultado muy eficaces en todo el mundo, aunque en México no hay estudios que aporten evidencias sobre su efectividad como tratamiento contra el consumo de sustancias, por lo que el presente es un estudio pionero.

Los hallazgos muestran un cambio clínico positivo en la disminución del consumo de sustancias, lo que señala que el modelo basado en la atención plena compasiva es una aproximación valiosa como tratamiento para policonsumidores. De acuerdo con los reportes y las pruebas antidoping utilizadas las personas que participaron en el modelo de atención plena compasiva disminuyeron el consumo de manera clínicamente significativa durante el tratamiento y en el seguimiento.

En la comparación de la línea base retrospectiva y el autorregistro durante el tratamiento y el seguimiento se encontraron diferencias en la disminución de la frecuencia de consumo, lo que trajo consigo que en el caso de los usuarios que tuvieran recaída, tal reincidencia fuera esporádica, y que además consumieran en una cantidad menor a su patrón usual de consumo previo al tratamiento.

Los resultados del presente estudio coinciden con diversas investigaciones hechas en otros países (Enkema y Bowen; 2017; Karyadi, VanderVeen y Cyders 2014; Schellhas, Ostafin, Palfai y Jong, 2016), en las que se sugiere una relación negativa entre el tratamiento en atención plena y las conductas de uso de sustancias, lo que subraya la eficacia del modelo de intervención en personas con un consumo problemático.

Dichos resultados están relacionados con la adquisición y puesta en práctica de los diversos componentes de la atención plena, tales como el mantenimiento y regulación de la atención, la conciencia no elaborativa y la postura de aceptación, así como el desarrollo del conocimiento básico de los principios budistas (Bishop et al., 2004).

Otro indicador de la eficacia del modelo de atención plena compasiva en la presente investigación fue la disminución clínicamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva una vez finalizado el tratamiento, la que mantuvo dicha disminución durante el seguimiento, coincidiendo así con los resultados de otras investigaciones en las que se muestran cambios significativos en el tratamiento de la ansiedad y depresión (Chiesa y Serreti, 2011; Matvienko-Sikar, Lee, Murphy y Murphy, 2016; Piet y Hougaard, 2011; Simkin y Black, 2014; Williams y Kuyken, 2012).

Los resultados obtenidos apoyan la literatura previa, que señala la relación entre la presencia de problemas emocionales y afectivos y el inicio y mantenimiento del consumo de drogas, donde la autorregulación emocional funge como un factor de protección ante el consumo de sustancias, ayudando así a disminuir la probabilidad de recaídas (Baker, Brandon y Chassin, 2004; Coorea et al., 2012; Stotts y Northrup, 2015).

Por último, en las variables de compasión y felicidad se observó un aumento de la compasión y la felicidad duradera, y una disminución de los niveles de felicidad fluctuante después de la intervención, efectos que se mantuvieron en la fase de seguimiento. Lo anterior sugiere, en primer término, que el tratamiento empleado es eficaz para dotar al paciente de los mecanismos compasivos de identificar el malestar propio y el del otro, y la motivación de ejecutar acciones encaminadas a ayudar por medio de conductas prosociales para así promover el bienestar (López y Moreno, 2019); en segundo lugar, muestra la reducción de una felicidad basada en circunstancias externas y el aumento de una que emerge a partir de elementos intrínsecos, que funcionan como factores protectores del consumo de sustancias (Dambrium y Ricard, 2011; Enkema y Bowen, 2017).

En conclusión, la atención plena compasiva resultó ser eficaz para reducir el consumo de sustancias, la sintomatología ansiosa y depresiva y la felicidad fluctuante, así como para acrecentar la compasión y la felicidad duradera, por lo que se sugiere incorporar en las mediciones basales y durante el tratamiento el monitoreo de frecuencia cardíaca y la respuesta galvánica, como correlatos biológicos que apoyen las técnicas entrenadas

durante el tratamiento, toda vez que son datos objetivos que apoyan las mediciones de autorreporte. Se sugiere también aumentar el número de participantes, disponer de un grupo control de intervención con entrevista motivacional y técnicas cognitivo-conductuales de segunda generación, las cuales han mostrado ampliamente su eficacia en el

tratamiento de adicciones; efectuar análisis estadísticos más robustos que logren integrar y controlar el efecto de posibles covariables; evaluar la eficacia de la intervención en pacientes con comorbilidad psiquiátrica, ya que en 70% de los trastornos por consumo de sustancias se presenta, y por último ampliar el seguimiento a tres y seis meses.

## REFERENCIAS

- Allen, J., Litten, R. y Fertig, J. (1995). NIDA-NIAAA Workshop: Efficacy of therapies in drug and alcohol addiction. *Psychopharmacology Bulletin*, 301, 655-669.
- Ayala V., H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa/UNAM.
- Ayala V., H., Echeverría, L., Sobell, M. y Sobell, L. (1988). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93.
- Baker, T.B., Brandon, T.H. y Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, D., González, J. y Martínez, M. (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta* (tomos I y II). México: CONADIC.
- Barragán T., L., González J., V., Medina-Mora, M.E. y Ayala V., H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Barrera G., J.L., Díaz A., D., Sánchez-Sosa, J.J. y Moreno C., A.B. (2019). Adaptación y validación de la estructura factorial de las Escalas de Felicidad Subjetiva Fluctuante (SFHS) y Felicidad Subjetiva Duradera (SA-DHS). *Psicología y Salud*, 29(2), 195-205.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Steer, R. y Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. Doi: 10.1093/clipsy.bph077.
- Bowen, S., De Boer, D. y Bergman, A.L. (2017). The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addictive Behaviors*, 64, 212-216.
- Brewer, J.A., Elwafi, H.M. y Davis, J.H. (2013). Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 366-379.
- Carroll, K.M. y Kiluk, B.D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 847-861. Doi: 10.1037/adb0000311.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441-453.
- Chiesa, A. y Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49, 492-512. Doi: 10.3109/10826084.2013.770027.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009- para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: CONADIC. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf).
- Correa F., V., Castro, Y., Heppner, W.L., Vidrine, J.I. y Costello, T.J. (2012). Mediators of the association of major depressive syndrome and anxiety syndrome with postpartum smoking relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 636-648.
- Dambrun, M. y Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review of General Psychology*, 15, 138-157.
- De las Fuentes, V.M. y Villalpando, J. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para la población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.

- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, M. y Tiburcio, M. (2008). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: CONADIC.
- Enkema, M.C. y Bowen, S. (2017). Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 1-7.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (versión en español). Madrid: Sheehan & Lecrubier.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for doping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Karyadi, K.A., VanderVeen, J.D. y Cyders, M.A. (2014). A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 1-10.
- López T., A. y Moreno C., A.B. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32.
- Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J.S. y Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drugs use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093-1105. Doi: 10.1037/ccp0000447.
- Marlatt, G.A. y Kristeller, J.L. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.): *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2007). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta*. México: UNAM.
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G. y Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health*, 31(12), 1415-1434.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18.
- Oikonomou, M.T., Arvanitis, M. y Sokolove, R.L. (2016). Mindfulness training for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1841-1850. Doi: 10.1177/1359105316637667.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Oropeza R., T., Medina-Mora, M.E. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 219-231.
- Parker, R.I. y Vannest, K.J. (2009). An improved effect size for single case research: Non-overlap of all pairs (NAP). *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367.
- Pascual L., J., Frías N., M.D. y Monterde H., B. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Pérez A., M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Piet, J. y Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Pirmial, B., Akhondi, M., Pirmial, K., Malekanmehr, P., Farzaneh, S., Deilaml, K. y Zahiroddin, A. (2019). A single-case experimental design to study the combination of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 6(1), 136-139.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rojas, E., Real, T., García S., S. y Medina-Mora, M.E. (2011). Revisión sistemática sobre el tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365.
- Schellhas, L., Ostafin, B.D., Palfai, T.P. y de Jong, P.J. (2016). How to think about your drink: Action-identification and the relation between mindfulness and dyscontrolled drinking. *Addictive Behaviors*, 56, 51-56.
- Schuman-Olivier, Z., Hoepfner, B.B., Evins, A.E. y Brewer, J.A. (2014). Finding the right match: mindfulness training may potentiate the therapeutic effect of nonjudgment of inner experience on smoking cessation. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 586-594.



- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública y Comisión Nacional contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco*. Ciudad de México: Autores.
- Simkin, D. y Black, N. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 487-534.
- Stotts, A.L. y Northrup, T.F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychology*, 2, 75-81. Doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.028.
- United Nations Office for Drugs and Crime (2020). *World Drug Report 2020*. New York: UNODC.
- Williams, M. y Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 359-360.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. y Walker, D.D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-228.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R. y Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266-294.



# Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil<sup>1</sup>

## *Cognitive-behavioral intervention in child anxiety disorders*

Alejandra Viridiana Gutiérrez García<sup>2</sup>, Cecilia Méndez Sánchez<sup>3</sup>,  
Angélica Riveros Rosas<sup>4</sup> y Mariana Gutiérrez Lara<sup>5</sup>

*Citación:* Gutiérrez García, A.V., Méndez Sánchez, C., Riveros Rosas, A. y Gutiérrez Lara, M. (2021). Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 31(1), 37-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>.

### RESUMEN

Los trastornos de ansiedad infantil han encabezado las estadísticas mundiales de prevalencia, por lo que se requiere hacer énfasis en la necesidad de diseñar y aplicar tratamientos eficaces y oportunos que puedan hacer frente a esta situación. En este trabajo se evaluó y diferenció la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en niños escolares, de entre 8 y 11 años de edad, bajo tratamiento farmacológico y diagnosticados con trastornos de ansiedad en un hospital público especializado de la Ciudad de México. El diseño utilizado fue de línea base A-B, con seguimiento para diez réplicas, cada una dividida en tres fases. Para identificar los efectos del tratamiento psicológico se llevó un registro del inicio de la ingesta de los medicamentos y de los lapsos en los cuales ocurrían esos efectos. En los resultados obtenidos se observó una reducción de la sintomatología en la gran mayoría de los pacientes, contingente con el inicio y desarrollo de la intervención, lo que denota un efecto positivo de este tipo de terapia en los trastornos de ansiedad infantil. No obstante, los resultados también muestran la necesidad de realizar más estudios con controles experimentales más rigurosos que contribuyan a identificar las condiciones y momentos en que resultan más favorables los tratamientos para atender condiciones clínicas específicas.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual; Niños escolares; Trastornos de ansiedad; Tratamiento farmacológico.

### ABSTRACT

*Anxiety disorders in children have frequently led the worldwide statistics of prevalence in mental health problems, hence the emphasis on designing and testing effective and opportune treatments. The present study evaluated and differentiated the effect of a cognitive behavioral treatment in schoolchildren, aged 8 to 11, diagnosed with anxiety disorders in a specialized public institution in Mexico City. The design involved a baseline A-B comparison scheme with ten clinical individual replications and follow-up. The protocol consisted of four phases: 1) Pre-evaluation, 2) Cognitive-behavioral treatment, 3) Post-evaluation, and 4) Follow-up. In an attempt to isolate the effects of the prescribed treatment time span and specific times of medication, these variables were recorded, as well as the periods in which they produced effects. Results showed that eight of ten participants showed reduction of symptoms, and the improvement was specifically contingent to the intervention. This type of therapy showed symptom improvement when applied to this disorder, as shown in phase II, in comparison to phase I, and maintained improvement in phase III. Nevertheless,*

<sup>1</sup> Este estudio se realizó como parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con beca de posgrado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

<sup>2</sup> Unidad Adolescentes Mujeres, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", San Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: alejandrargtzg@hotmail.com. Artículo recibido el 2 de agosto de 2019 y aceptado el 4 de febrero de 2020.

<sup>3</sup> Departamento de Psicología, Edif. 212, Cubículo 1, 2o Piso, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Av. Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131 Aguascalientes, Ags., México, correo electrónico: ceciliams2002@yahoo.com.mx.

<sup>4</sup> Facultad de Contaduría y Administración, División de Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México, Cubículo 31, Circuito Exterior s/n, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: ariveros@fca.unam.mx.

<sup>5</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Edif. C., Cubículo 36, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: marianagutierrezlara@gmail.com.

*further studies will be necessary to clarify under what conditions and moments is better to select both treatments as a whole, or only one of them, during care of specific clinical conditions.*

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy; School children; Anxiety disorders; Pharmacotherapy.

Desde hace algún tiempo ha llamado la atención que los trastornos de ansiedad ocurran generalmente en las etapas tempranas de la vida de una persona, aunque se observan cada vez más en la población infanto-juvenil (Beesdo-Baum y Knappe, 2012; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015) a través de síntomas tales como la preocupación persistente por el futuro, el desempeño académico o la imagen positiva ante los demás, entre otros, así como síntomas físicos como sudoración excesiva de manos, dolores de estómago y dificultades para dormir (American Psychiatric Association [APA], 2013; American Psychological Association, 2015; Reynolds y Richmond, 2012). Polanczyk et al. (2015) detectaron en un metanálisis que de 13.4% de los niños que presentan algún trastorno mental en el mundo, 6.5% de ellos cursa uno de ansiedad generalizada, ocupando este padecimiento el primer lugar de prevalencia en dicha población.

En México, en el año 2014 esta alteración resultó ser la cuarta causa de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, llegando a atenderse hasta 103 niños de entre 5 y 14 años de edad (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2014). La cantidad de niños atendidos con el mismo diagnóstico y en el mismo rango de edad disminuyó a 79 en el año 2017, ubicándose como el quinto padecimiento más frecuente; no obstante, esta disminución, se sigue manteniendo dentro de los primeros diez trastornos que se atienden en la institución (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2017).

Estos datos requieren poner la atención de las ciencias psiquiátricas y psicológicas en el diagnóstico y el tratamiento oportunos a fin de reducir su número y cronicidad en la etapa adulta. En lo general, se sabe que alrededor de 5% de los niños cumplen con los criterios para un diagnóstico de

trastorno de ansiedad, que en la mayoría de los casos comienza entre la segunda infancia y la adolescencia media; por ejemplo, alrededor de los 7 u 8 años en el caso del trastorno de ansiedad por separación, y entre los 10 o 12 años en el de ansiedad generalizada (Rapee, 2018).

Respecto al tratamiento, de acuerdo con la medicina basada en evidencia, o MBE, diversos hallazgos muestran que los tratamientos con un enfoque terapéutico cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) permiten la reducción de la sintomatología (Creswell, Waite y Cooper, 2014; Sawyer y Nunez, 2014; Seligman y Ollendick, 2011), especialmente cuando incluyen técnicas de respiración diafragmática profunda, imaginación guiada, solución de problemas y participación activa de cuidadores primarios entrenados y supervisados (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; James et al., 2013).

En nuestro país, las intervenciones TCC en niños con ansiedad documentadas han sido principalmente para tratar la fobia social, donde han tenido como resultado una reducción significativa de la sintomatología (Gil y Hernández, 2009; López, 2012; Peña y Ramos, 2009), aunque se ha cuestionado el que no se incluyan otros trastornos de ansiedad, que los hallazgos no sean recientes y que no sean generalizables al tratarse de estudios de caso único.

Algunas investigaciones señalan que cuando la TCC se acompaña de un tratamiento farmacológico cuidadosamente prescrito los resultados son notoriamente positivos en los trastornos de ansiedad, específicamente con el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), tales como la sertralina y la fluoxetina (Creswell et al., 2014; Ipser, Stein, Hawkridge y Hoppe, 2009; Sawyer y Nunez, 2014). A pesar de ser evidente el efecto positivo del consumo de fármacos asociados a la TCC, algunos autores destacan la preocupación relativa a los síntomas secundarios que se activan ante su ingesta, tales como los de ataxia, irritabilidad, desinhibición, agitación muscular, tensión y déficit de atención con hiperactividad (Black y Andreasen, 2015; Reid et al., 2015), considerándose en estudios recientes como tratamientos más invasivos por los efectos secundarios asociados. Por este motivo, se ha hecho énfasis en ciertas líneas de acción a seguir, las cuales requie-

ren comenzar por tratamientos que minimicen los síntomas secundarios, como el uso de la TCC como única alternativa, y solo cuando la psicoterapia genere una mejoría parcial acompañarla con el uso de fármacos (Creswell et al., 2014; Creswell y Waite, 2016). Este criterio aún no se considera de modo generalizado como parte de los protocolos de atención en las instituciones psiquiátricas especializadas de la Ciudad de México.

Por lo anterior, el objetivo del presente análisis fue evaluar la efectividad clínica de la TCC en niños de 8 a 11 años de edad con trastornos de ansiedad, todos ellos atendidos en el área de psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, al acompañarse, en distintos momentos, del tratamiento farmacológico.

## MÉTODO

### Diseño

Se realizó un diseño de línea base A-B con seguimiento para diez réplicas. Cada caso estuvo dividido en tres fases: Fase I: Evaluación; Fase II: Tratamiento Cognitivo Conductual, y Fase III: Posintervención o Seguimiento. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

### Participantes

En el estudio se incluyeron diez niños (nueve varones y una mujer) de 8 a 11 años de edad ( $\bar{x}$ = 9.5 años), pacientes del citado hospital; todos ellos se encontraban bajo régimen medicamentoso psiquiátrico indicado por su doctor tratante desde su ingreso a la institución por haber sido diagnosticados con trastorno de ansiedad. Todos los participantes tenían un nivel socioeconómico medio-bajo, cursaban la primaria en el año escolar correspondiente a su edad (un paciente en el sexto grado, cinco en el quinto, dos en el cuarto y dos en el tercero) y vivían con sus familiares, principalmente sus padres y hermanos (un participante vivía también con su abuela). Asimismo, participaron en el estudio los cuidadores primarios de los niños (principalmente la madre, ambos padres o la abuela); en el caso de la participante del sexo femenino, su madre sufría

una condición médica psiquiátrica particular, pues estaba diagnosticada con un cuadro de depresión mayor.

Los principales medicamentos que ingerían los participantes fueron sertralina, fluoxetina y metilfenidato o atomoxetina, estos últimos para nueve casos que presentaban comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o TDAH.

El reclutamiento de los pacientes se realizó en un periodo de ocho meses mediante un muestreo no probabilístico accidental con los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes del hospital, tener un diagnóstico de algún trastorno de ansiedad según el médico paidopsiquiatra tratante, tener entre 8 y 11 años de edad, contar con la firma del formato de consentimiento informado de los cuidadores de los niños y del asentimiento de estos. Por su parte, en los criterios de exclusión se consideró el sufrir un trastorno de base comórbido al de ansiedad, siendo el primero más predominante y de mayor importancia, así como el no acudir regularmente a las consultas con el médico paidopsiquiatra tratante.

Para el análisis de los resultados, y como una forma de controlar el tratamiento farmacológico, a los pacientes incluidos en el estudio se les asignó a tres grupos distintos según el momento en el que este surtía efecto (nueve de los diez pacientes tratados con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina [ISRS], cuyo impacto ocurría entre cuatro y seis semanas posteriores a su ingesta, y solamente un paciente con esquema farmacológico a base de metilfenidato y risperidona). Dichos grupos fueron, a saber: Grupo A. Pacientes en los que el efecto del ISRS surgió durante la Fase I (Evaluación). Grupo B. Pacientes en los que el efecto del ISRS surgió durante la Fase II (Tratamiento cognitivo-conductual). Grupo C. Pacientes cuyo efecto del medicamento (ISRS para dos pacientes, o metilfenidato y risperidona para un paciente) se mantuvo sin modificación a lo largo de las tres fases del proceso.

### Herramientas

La medición de la sintomatología ansiosa se llevó a cabo a través de un carnet de registro conductual diario (RCD) que los cuidadores llenaban con



base en la observación del menor. Este registro conductual se elaboró *ex profeso* para esta investigación. En dicho formato, diseñado como una manera práctica de contabilizar los momentos de ansiedad ocurridos y facilitar el recuerdo de los mismos, los cuidadores escribían la fecha del o los episodios de ansiedad y su descripción, así como la frecuencia con que sucedían.

Adicionalmente, en diferentes momentos del proceso, se utilizaron materiales adaptados a cada caso para lograr los objetivos terapéuticos, los cuales estaban orientados en todos los casos a reducir la sintomatología ansiosa mediante la adquisición de estrategias de tipo cognitivo-conductual, entre las que se hallan los juegos de estrategia y agilidad mental, específicamente graduados por orden de dificultad: “*Brick by Brick*” y “*Shape by Shape*” de la marca ThinkFun, “El Lince”, de la marca Montecarlo, “Torre de Hanoi”, construida con monedas de 50 centavos y de 1, 2, 5 y 10 pesos, y rompecabezas de madera para formar un cubo. Se utilizaron imágenes impresas de los personajes de la película *Intensa-Mente* y rostros de asaltantes obtenidas de Internet en papel blanco, negro o de color; además, hojas blancas, lápices, colores y disfraces (collar, diadema de reno, rebozo y peluca blanca). Estos materiales se seleccionaron específicamente según la sintomatología ansiosa que cada paciente manifestaba y sus respectivos estímulos disparadores.

Se empleó también una bitácora clínica diaria en la que la terapeuta tratante escribía la fecha de la sesión llevada a cabo con cada paciente, un resumen de la sesión, la técnica abordada y los datos clínicamente relevantes ocurridos durante el proceso.

## Procedimiento

Se siguió el protocolo institucional de derivación de casos, el cual consiste en una cita de primera vez en el hospital para la valoración médica y el inicio de la farmacoterapia, seguido de la asignación de citas médicas subsecuentes para observar la evolución. De manera particular, a aquellos casos que mostraban mejoría parcial o cuando esta no era notoria se les canalizaba al servicio de Psicoterapia de la misma institución.

Los casos canalizados que cumplían con los criterios de inclusión se incorporaban al estudio, implementado por una psicóloga especialista en TCC infantil en las instalaciones del propio hospital. El proceso de intervención tuvo una duración total de diecinueve sesiones de 60 minutos cada una y una periodicidad semanal. Como condición previa al inicio del tratamiento, a todos los candidatos que eran enviados para participar en la investigación se les proporcionaba el formato de consentimiento informado para ser firmado por el cuidador primario, y se obtenía asimismo el asentimiento del menor para participar en el estudio. Una vez que se les explicaba el procedimiento a seguir y se aclaraban sus dudas, se procedía a dar comienzo a la Fase I.

*Fase I:* Evaluación (tres sesiones: 1-3). En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada a los cuidadores primarios en ausencia del menor para identificar los factores que influían o se asociaban con las manifestaciones sintomatológicas, los momentos en los cuales el menor se mostraba ansioso, el cómo se comportaba, cuándo sucedía, cuáles eran los factores precipitantes, la evolución de los síntomas, el manejo que se iba a llevar a cabo y la fecha de inicio. Se les explicó y proporcionó el RCD para comenzar con el registro y la descripción de los episodios de ansiedad (este carnet se utilizó durante todas las sesiones hasta el alta del programa). La información registrada en el RCD durante la Fase I sirvió para que la terapeuta pudiera establecer la línea base de la frecuencia de los episodios de ansiedad, así como para identificar las condiciones en que sucedían, las formas en que se manifestaban y la evolución de las mismas.

Las sesiones segunda y tercera se hacían únicamente con el niño para, a través de una entrevista semiestructurada y varias actividades lúdicas, establecer el *rapport* e identificar los estímulos generadores de ansiedad con sus componentes cognitivos (creencias) asociados mediante preguntas como las siguientes: “¿Qué pasa por tu cabeza cuando te encuentras en... (situación específica)?”, “¿Qué te imaginas que puede suceder?”, “¿Reconoces algo que haya sucedido a partir de lo cual hayas comenzado a pensar en eso?” o “¿Cómo te das cuenta que estás ansioso?”, entre otras preguntas relacionadas para esclarecer los datos.

*Fase II:* Tratamiento cognitivo-conductual (catorce sesiones: 4-17). En la cuarta sesión se instrumentaron procedimientos de psicoeducación para los cuidadores primarios, sin la presencia de los niños, con contenidos sobre el padecimiento, las bases generales de la TCC a modo de resumen (por ejemplo, el papel de los pensamientos en la generación de emociones y la importancia del modelamiento para los niños). Al finalizar la sesión psicoeducativa se pedía a los cuidadores primarios que expresaran con sus propias palabras los aprendizajes adquiridos; de este modo la terapeuta identificaba la comprensión de la información y la necesidad de volver a explicar algún contenido si fuese necesario.

En las sesiones 5-14 se dedicaban los primeros diez minutos para trabajar de manera conjunta con el cuidador primario y el niño con el fin de identificar los sucesos ocurridos durante la semana respecto a los episodios de ansiedad, se revisaba el RCD y se anotaban todos los datos clínicamente relevantes en la bitácora clínica. Los cuarenta minutos siguientes se dedicaban exclusivamente al niño, durante los cuales se le entrenaba en el uso de estrategias expresamente orientadas al manejo de la ansiedad, según lo reportado en la literatura (Aydin, 2014; Beck, 2000; Creswell et al., 2014; Ellis y Grieger, 1981; James et al., 2013). Estas estrategias se elegían en función de las necesidades particulares de cada caso. Si bien fueron usadas con la mayoría, no todos las aprendían en el mismo número de sesión. En la bitácora clínica diaria, además de un breve resumen de la sesión y de los resultados obtenidos, se escribía la técnica empleada en cada caso.

Entre las estrategias utilizadas destacan la identificación de reacciones emocionales, especialmente la ansiedad y sus funciones principales. Lo anterior se efectuaba usando como ejemplos a los personajes de la película *Intensa-Mente* (Rivera, Docter y Del Carmen, 2015), de quienes se detallaban sus características y manifestaciones y los momentos en los que participaban, haciendo énfasis en “Temor” y en un personaje *ad hoc* inventado, “Ansiedad”, que tenía relación con aquel. Se les entrenaba también en el llamado “Circuito de falsa alarma” como un mecanismo que explica el funcionamiento de la ansiedad y de cómo los pensamientos negativos generan reacciones fisio-

lógicas para después actuar mediante la lucha o la huida. Se utilizó además la identificación de pensamientos positivos y negativos, realistas o no, y se les dotaba de estrategias para su modificación, tales como la experimentación, la búsqueda de evidencias para confirmar o descartar un pensamiento, o la búsqueda en la *web* para confirmar alguna información, entre otras. De igual forma, se les entrenaba en técnicas como la respiración diafragmática para disminuir la activación fisiológica propia de la ansiedad y de relajación autógena con sensaciones de frío y calor para regular la sudoración de las manos por medio de la imaginación guiada ante eventos disparadores de ansiedad. Igualmente, se recurrió al uso de las técnicas de modificación de pensamientos, como el uso del humor mediante el dibujo festivo del estímulo disparador de ansiedad, por ejemplo el “Monstruo de la Oscuridad”. También aprendieron la importancia de emplear la palabra “Alto” (“*stop*”) como una forma de detención del pensamiento, y el uso de autoafirmaciones positivas y de autoinstrucciones para sustituir sus pensamientos disfuncionales y mejorar así su regulación emocional. Por último, se emplearon técnicas de exposición, inundación y rol fijo usando disfraces y ejecutando acciones divertidas para experimentar la ansiedad que surge ante situaciones sociales, y así “descatastrofizar” las creencias relativas a la opinión y el juicio de los demás.

Los últimos diez minutos de cada sesión se dedicaban nuevamente al cuidador primario y al niño para el cierre de la misma, concluir los aprendizajes y encargar tareas para la casa, que generalmente consistía en aplicar la estrategia aprendida en al menos una situación cotidiana. Además, lo tratado con el niño durante la sesión se le explicaba brevemente al cuidador para que de este modo él pudiera monitorear su aplicación en casa.

*Fase III:* Seguimiento (dos sesiones: 18-19). Estas sesiones se programaron al mes y a los dos meses de haber concluido la Fase II a fin de verificar que los resultados obtenidos en la misma se mantuvieran a través del tiempo sin la presencia e intervención de la terapeuta tratante. Ambas sesiones se llevaron a cabo tanto con el cuidador como con el niño, y en ellas se revisaba el RCD, se monitoreaba la evolución mediante informes verbales y se resolvían las dudas o se les daba una

guía para afrontar situaciones en las que se habían tenido dificultades, buscando idear junto con el niño las estrategias que le permitieran recordar y practicar lo aprendido, como elaborar un fichero de las técnicas utilizadas. Al término de la segunda sesión de seguimiento se hacía el cierre general del proceso terapéutico y se procedía al alta de la intervención.

Como parte del análisis de los resultados, y de acuerdo con el diseño metodológico planteado por el estudio, se calculó la media aritmética de frecuencia ( $\bar{x}(f)$ ) durante la Fase I de cada uno de los casos por medio de la fórmula:  $\bar{x}(f) = \sum fr/n$ , donde  $\sum fr$  corresponde a la sumatoria de cada una de las frecuencias de episodios de ansiedad obtenidas en cada semana de la Fase I por el paciente, y  $n$  corresponde al total de semanas incluidas en esta misma fase. El resultado de lo anterior se comparaba con los episodios de ansiedad contabilizados por semana en las Fases II y III, y así se monitoreaban los cambios clínicos con base en la fórmula  $\bar{x}(f)$  empleada como punto de referencia.

Asimismo, se compararon cualitativamente la frecuencia de los episodios de ansiedad y su correspondencia con el procedimiento llevado a cabo en cada una de las sesiones, así como los momentos en los cuales se esperaba que los distintos medicamentos hicieran efecto en los pacientes.

## RESULTADOS

Todos los participantes concluyeron el proceso hasta consumarlo con su alta terapéutica. El análisis de los resultados se hace de acuerdo a los grupos establecidos según el tiempo en que los medicamentos ingeridos por los pacientes surtieron efecto.

*Grupo A.* (Efecto del ISRS durante la Fase I). Grupo conformado por seis casos, todos los cuales habían ingerido fluoxetina, hidroxicina, escitalopram o sertralina para contrarrestar los síntomas de ansiedad, o bien metilfenidato o atomoxetina para los de TDAH. Entre las características que exhibían estaba el temor a hacer el ridículo ante los demás, a la obscuridad o a ser asaltados, así como preocupaciones excesivas respecto al bienestar de sus familiares o a padecer una enfermedad orgánica.

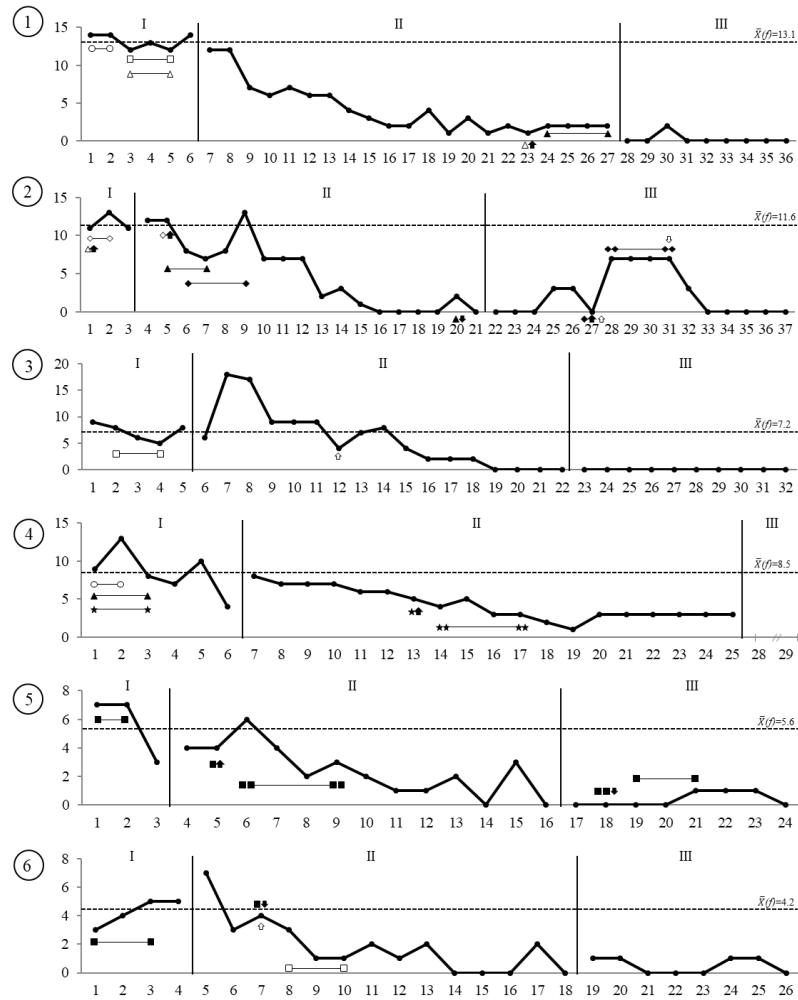
La Figura 1 muestra los resultados obtenidos por cada uno de los seis participantes de acuerdo

al número de semanas a lo largo de las tres fases del proceso y su respectiva frecuencia de ansiedad.

En dicha figura se ilustra con una línea punteada transversal la  $\bar{x}(f)$  calculada para cada uno de los participantes durante la Fase I a fin de que sea más sencillo apreciar si las frecuencias de episodios de ansiedad en las Fases II y III superaron o no este nivel.

En la imagen es posible observar una disminución gradual de la frecuencia de episodios de ansiedad a lo largo de las semanas, en comparación con la Fase I (línea base) de cada uno de los casos. En comparación con su respectiva  $\bar{x}(f)$ , los participantes mostraron una reducción de los síntomas en la mayor parte de las semanas, obteniendo cero o un episodio semanal de ansiedad durante la Fase III. Los participantes 1 y 4 mantuvieron una tendencia constante a la baja durante la Fase II, y el participante 1 durante la Fase III, sin superar en ninguna semana su  $\bar{x}(f)$ ; no obstante, ambos recibieron un aumento de dosis del medicamento (hidroxicina para el participante 1, y escitalopram [ISRS] para el participante 4) durante la Fase II, cuando la mejoría ya había sido registrada. A pesar de que los medicamentos surtieron efecto en la Fase I, el participante 1 aún manifestaba altos niveles de síntomas de ansiedad durante las primeras semanas de la Fase II. Conforme avanzaba la TCC, los síntomas comenzaron a mostrar una tendencia a la baja que se mantuvo en la Fase III, concluyendo el proceso en cero episodios semanales. Por su parte, el participante 4 mostró variabilidad en los síntomas aun después de haber tenido efecto el medicamento; conforme avanzaban las sesiones de intervención psicoterapéuticas, la ansiedad iba disminuyendo, mostrando una tendencia hacia el mantenimiento en un episodio durante las últimas semanas de la Fase II. Debido a una enfermedad médica de la madre, no fue posible registrar los episodios ansiosos durante la Fase III, por lo que se desconoce si los cambios se mantuvieron a través del tiempo.

Los participantes 2, 5 y 6 rebasaron el valor de la  $\bar{x}(f)$  durante las primeras semanas de la Fase II, aun cuando el medicamento que estaban ingiriendo había surtido efecto durante la Fase I. Por esta razón, al participante 2 se le indicó un incremento de dosis de fluoxetina, que se vinculó con el efecto de la dosis inicial de hidroxicina. En

**Figura 1.** Resultados obtenidos a través del proceso para el Grupo A.

*Nota:* Cada gráfica corresponde a un participante, cuyo número se señala en la esquina superior izquierda. El eje de las X en cada una representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues algunos participantes faltaban a las citas programadas debido a circunstancias personales. Por este motivo, todos cuentan con momentos de inicio y término distintos. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. Los diferentes íconos representan un medicamento específico, y para expresar las semanas durante las cuales surtió efecto se trazó una línea entre dos íconos iguales. Un ícono sin relleno significa el efecto de la dosis inicial de ingesta; un ícono relleno, el efecto de un primer aumento de dosis, y dos íconos iguales rellenos indican el efecto de un segundo aumento de dosis. La flecha rellena hacia arriba muestra el momento en el que se aumentó la dosis, y la flecha rellena hacia abajo indica su reducción; ambas se acompañan de un ícono específico del lado izquierdo, que representa el medicamento modificado. La línea punteada transversal indica la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$  obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \Sigma fr/n$ , en donde  $\Sigma fr$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en la misma. El seguimiento del caso número 4 muestra diagonales en el eje de las X (//) en virtud de que la madre no pudo registrar por haber sido hospitalizada.

○ Atomoxetina  
 □ Sertralina  
 △ Hidroxicina

★ Escitalopram  
 ◇ Fluoxetina  
 † Incremento de metilfenidato (efecto inmediato)

las semanas en que se esperaba el efecto de ambos medicamentos, hubo una tendencia al alta, que para la novena semana rebasó incluso el valor de la  $\bar{X}(f)$ ; sin embargo, en la semana siguiente, posterior al efecto de la fluoxetina, se registró una disminución de los síntomas que se mantuvo en una baja constante hasta el término del tratamiento psicoterapéutico. En la Fase III hubo un ligero

aumento: dos episodios de ansiedad en la cuarta y quinta semana del seguimiento, que probablemente puede explicarse por una recaída normal y esperada al término del proceso terapéutico. Sin embargo, hubo un incremento de la dosis de fluoxetina, cuyo efecto coincidió con un aumento aún mayor de los síntomas ansiosos. Luego de ello, concluyó el proceso en cero episodios semanales.

En cuanto al participante 5, tras el efecto de fluoxetina se observó una reducción de los síntomas, pero en las semanas posteriores, y en el inicio del tratamiento psicoterapéutico, hubo nuevamente un aumento gradual que incluso superó la  $\bar{X}(f)$ . A razón de esto, se le indicó un incremento de dosis del ISRS, observándose una reducción sintomatológica gradual que, si bien en la decimoquinta semana registró un ligero acrecentamiento que no superó el valor de la  $\bar{X}(f)$ , culminó la Fase II en cero episodios semanales y que se mantuvo durante las cuatro semanas posteriores en la Fase III. Debido a que la TCC ya estaba en curso, no es posible diferenciar si el fármaco por sí mismo hubiera podido obtener este alcance. Debido a la disminución de los episodios de ansiedad, se indicó una reducción del medicamento, apreciándose un ligero incremento, pasando de cero episodios a un episodio semanal durante tres semanas que no alcanzó el nivel de la  $\bar{X}(f)$ .

Respecto al participante 6, a pesar de experimentar el efecto de la sertralina, los síntomas se manifestaron en niveles elevados en las semanas subsecuentes, llegando a superar el nivel de la  $\bar{X}(f)$  por aproximadamente tres puntos durante la primera semana de la Fase II, pero al proporcionar la primera sesión de la intervención terapéutica, reflejada en la sexta semana, se registró una reducción considerable de los síntomas. Después de ello, se indicó una disminución en la dosis de medicamento, pero el curso de los síntomas se mantuvo con una tendencia a la baja, continuando con el proceso psicoterapéutico y concluyendo en cero o solo un episodio semanal, incluso durante la Fase III.

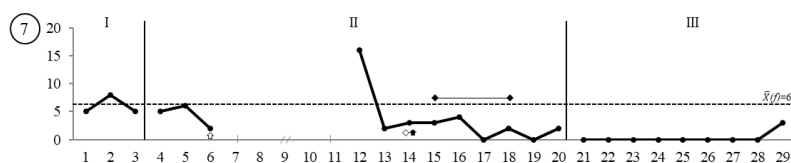
Por último, el participante 3 mostró variabilidad en la manifestación de los síntomas ansiosos al inicio de la Fase II, aun cuando el medicamento había surtido efecto en las semanas anteriores, observándose que superó el valor de la  $\bar{X}(f)$  a lo largo de las cinco semanas posteriores al inicio del tratamiento psicoterapéutico. A partir de la octava semana, y conforme avanzaba la TCC, los síntomas se redujeron hasta desaparecer en la Fase III.

De acuerdo con la bitácora clínica de la terapia tratante, se aprecia que la reducción de síntomas asociada al avance de la TCC, como ocurrió en los participantes 1, 3, 4 y 6, se vincula con el abordaje de la psicoeducación respecto a la ansiedad, el entrenamiento en respiración diafragmática y en autoinstrucciones y autoafirmaciones cognitivas positivas.

*Grupo B.* (Efecto del ISRS durante la Fase II). Este grupo estuvo conformado por solamente un caso (participante 7), quien ingería fluoxetina para contrarrestar los síntomas ansiosos, y metilfenidato para los síntomas de TDAH. El paciente manifestaba preocupaciones excesivas relacionadas al bienestar de su madre, el temor a ser asaltado y a exponerse a situaciones sociales, mostrando sudoración de manos y onicofagia.

La Figura 2 muestra la frecuencia de los episodios de ansiedad respecto a la semana que estaba cursando a lo largo de las tres fases planteadas. Entre las sesiones 6 y 12 se colocaron dos líneas diagonales en el eje de las abscisas para señalar el periodo durante el cual la madre no pudo registrar dicha frecuencia debido a la enfermedad que padecía. Al igual que lo ocurrido con el Grupo A, se señala con una línea horizontal punteada el valor correspondiente a su  $\bar{X}(f)$ , calculado en la Fase I.

**Figura 2.** Resultados obtenidos a través del proceso para el grupo B.



*Nota:* El número ubicado en la esquina superior izquierda de la gráfica corresponde al único paciente que conformó este grupo. El eje de las X representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues en algunas ocasiones faltó a las citas programadas debido a circunstancias personales. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. La flecha rellena hacia arriba, acompañada de un rombo sin relleno, corresponde a un primer aumento en la dosis de fluoxetina, y los rombos rellenos unidos por una línea entre sí significan el periodo semanal durante el cual ese incremento hizo efecto. La flecha hacia arriba sin relleno corresponde a un incremento en la dosis de metilfenidato (efecto inmediato). Las diagonales ubicadas en el eje de las X (//) señalan las semanas durante las cuales no se registró la frecuencia debido a una enfermedad de la madre. La línea punteada transversal indica la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$ , obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \sum f_i / n$ , en donde  $\sum f_i$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en esta misma fase.



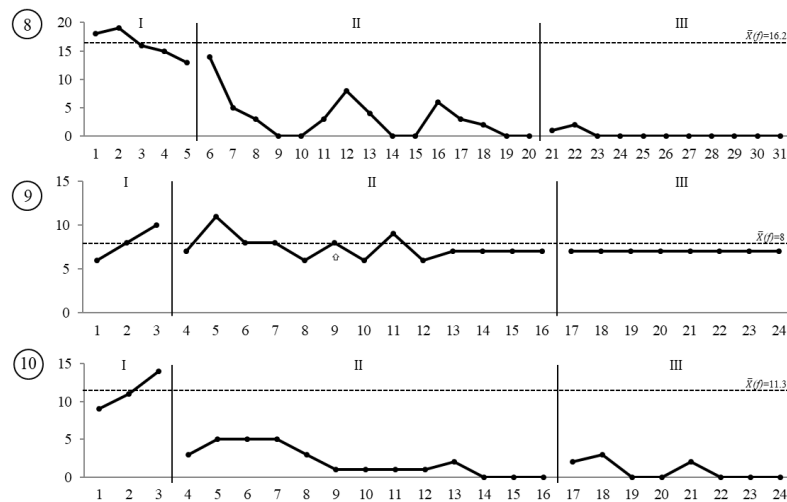
En la figura anterior es posible advertir que la frecuencia de ansiedad durante la línea base osciló entre cinco y ocho episodios semanales de ansiedad (con una  $\bar{X}(f)$  de 6), a pesar de que el paciente ya llevaba dos meses ingiriendo fluoxetina para contrarrestar los síntomas. Durante las tres primeras semanas de la Fase II se observa una reducción de los síntomas que no rebasó el nivel de la  $\bar{X}(f)$ , pero debido a la enfermedad de la madre y la falta de registros durante esas semanas no fue posible identificar su evolución. En la semana 12 se aprecia una complicación en los síntomas de ansiedad, rebasando por 10 puntos el valor de  $\bar{X}(f)$ , asociado a las condiciones médicas de la madre. Al retomar el tratamiento psicológico y particularmente el entrenamiento en respiración diafragmática y autoafirmaciones cognitivas positivas, los síntomas mostraron una disminución abrupta a un episodio, manteniéndose en una frecuencia menor de cuatro episodios de ansiedad semanal, sin superar el valor de la  $\bar{X}(f)$ , y llegando en la Fase III a cero episodios (si bien en la última sesión de esta fase hubo tres episodios registrados, no superaron el valor de la  $\bar{X}(f)$ ). Cabe señalar que el aumento de las dosis de fluoxetina le fue indicado luego de haberse reducido considerablemente los síntomas, por lo

que la disminución puede atribuirse a la TCC y no al tratamiento farmacológico.

**Grupo C.** (Efecto del medicamento sin modificación a lo largo de las tres fases del proceso). Este grupo estuvo conformado por tres casos (participantes 8, 9 y 10). Los medicamentos ingeridos para contrarrestar los síntomas de ansiedad fueron la fluoxetina y la sertralina; en el caso del paciente 8, había suspendido la ingesta de sertralina un año antes por indicación de su médico psiquiatra; además de tomar metilfenidato para los síntomas de TDAH, ingería risperidona. El paciente 10 tenía tres meses tomando sertralina antes del proceso. La paciente 9 mostró el efecto de la fluoxetina dos semanas antes del inicio de la Fase I. Todos ellos manifestaban temor a la separación de su cuidador primario, preocupaciones respecto al bienestar propio y el de sus seres queridos y miedo a ser asaltado, así como ansiedad por su desempeño académico.

La Figura 3 ilustra la frecuencia de ansiedad obtenida en cada una de las semanas en las distintas fases del proceso. Al igual que en los Grupos A y B, la línea punteada transversal representa el valor de la  $\bar{X}(f)$  calculado desde la Fase I de cada uno de los participantes.

**Figura 3.** Resultados obtenidos a través del proceso para el grupo C.



*Nota:* Cada gráfica corresponde a un participante, cuyo número se señala en su esquina superior izquierda. El eje de las X en cada una representa el número de semana a lo largo del proceso, más no el número de sesión llevada a cabo, pues algunos participantes faltaban a las citas programadas debido a circunstancias personales. Por este motivo, todos tienen momentos de inicio y término distintos. El eje de las Y representa la cantidad de episodios de ansiedad ocurridos por semana. El caso 9 únicamente presentó un incremento de la dosis de metilfenidato (efecto inmediato), mostrado mediante la flecha ascendente sin relleno. El resto se mantuvo en dosis estables del medicamento. La línea punteada transversal ubicada en cada gráfica corresponde a la media de frecuencias  $\bar{X}(f)$ , obtenida mediante la fórmula  $\bar{X}(f) = \Sigma fr/n$ , en donde  $\Sigma fr$  significa la sumatoria de los episodios de ansiedad obtenidos durante las semanas correspondientes a la Fase I, y  $n$  el número total de semanas en esta misma fase.

Es posible observar en la figura que los tres participantes exhibían una alta frecuencia de episodios ansiosos en la línea base. En el participante 8, la tendencia pareciera que disminuía, a pesar de que un año antes le habían indicado suspender la sertralina. En su gráfica, es posible observar que, cuando inició la TCC, los síntomas se redujeron de manera considerable, y si bien durante algunas semanas la frecuencia fue fluctuante, en ninguna rebasó el valor de la  $\bar{x}(f)$ , concluyendo la Fase III en cero episodios semanales de ansiedad. Por el contrario, la línea base de los participantes 9 y 10 iba en aumento, no obstante el efecto del ISRS; en el caso 10, es notoria la reducción de síntomas a partir del inicio de la TCC, y si bien en la Fase III hubo variabilidad de dos y tres episodios ansiosos por semana, no alcanzó el valor de la  $\bar{x}(f)$ . En cuanto al caso 9, a partir de la TCC se observa una fluctuación de la frecuencia de la ansiedad durante las primeras semanas, llegando incluso al valor de la media, y en ocasiones a rebasarlo; sin embargo, en las últimas semanas de la Fase II y en toda la Fase III se vio que los síntomas se mantuvieron por debajo de la media. En este caso, es importante tomar en consideración el trastorno depresivo mayor que la madre de la paciente cursaba durante el proceso, pues si bien la paciente acudió a todas las sesiones programadas, llenaba el RCD minutos antes de ingresar, según recordaba, además de que no realizaba las tareas de casa indicadas por la terapeuta tratante, lo que dificultó que los síntomas disminuyeran como se hubiera esperado.

De acuerdo con lo reportado en la bitácora clínica de la terapeuta tratante, los elementos de la intervención cognitivo-conductual que se vinculan con la reducción sintomatológica de los participantes de los tres grupos corresponden a la psicoeducación impartida tanto a los cuidadores primarios como a los niños, así como a la descatastrofización de los errores académicos.

De forma global, nueve de los diez participantes mostraron una reducción de los síntomas de ansiedad y, según el reporte verbal dado a la terapeuta por los cuidadores primarios y por los niños, en los momentos en los cuales empezaban a sentirse ansiosos procedían a respirar de modo diafragmático y profundo, hacían uso de los ejercicios de imaginación, cambiaban sus pensamientos negativos por positivos y empleaban el humor

para descatastrofizar la ocurrencia de los eventos negativos. En otras ocasiones, empleaban técnicas de reexperimentación para fundamentar sus creencias y así comenzar a reestructurarlas. Todo ello lo aplicaban en sus situaciones habituales, mostrando una regulación emocional mayormente funcional y adaptativa, lo que sugiere que incluso después de dos meses de haber concluido la Fase II del procedimiento llevado a cabo, los resultados alcanzados se mantenían e incluso se generalizaban a su vida cotidiana. El participante 9 fue un caso particularmente complejo debido a la condición mental de su cuidadora primaria, por lo que no disponía de redes de apoyo que enfatizaran el uso y la práctica de las estrategias aprendidas, lo que propició que los síntomas solamente se estabilizaran, pero sin reducirse.

## DISCUSIÓN

Este estudio permitió observar la efectividad clínica de la TCC en combinación con el tratamiento farmacológico en diez niños escolares de 8 a 11 años de edad con trastornos de ansiedad.

Debido a que los participantes eran pacientes de un hospital psiquiátrico se encontraban bajo tratamiento farmacológico a base de sertralina, fluoxetina, escitalopram e hidroxicina prescrito por un paidopsiquiatra, así como atomoxetina o metilfenidato para los nueve casos que presentaron comorbilidad con TDAH; sin embargo, en todos los participantes únicamente se observó una mejoría parcial en su padecimiento, pues a pesar de ya haber tenido efecto el medicamento durante la Fase I o meses atrás, o bien por no haberlo ingerido, todavía mostraban una frecuencia elevada de los síntomas que generaban un malestar emocional importante, una variabilidad en su manifestación y, en algunos casos, incluso su incremento. De este modo, se hace evidente lo que Sawyer y Nunez (2014) señalan al respecto de la mejoría parcial como resultado de que se empleen únicamente tratamientos basados en la medicación, lo que hace suponer que los síntomas de los pacientes se hallaban aún por arriba de lo obtenido en su media de frecuencias durante la línea base; no obstante, dichos medicamentos no lograron eliminar por completo su malestar psicológico.

En razón de lo anterior, se eligió la TCC como complemento, la cual ha mostrado eficacia en diversos estudios para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil (Creswell et al., 2014; Sawyer y Nunez, 2014; Seligman y Ollendick, 2011), observándose por tanto que los pacientes experimentaron más cambios contingentes al inicio y evolución del proceso psicoterapéutico, toda vez que se instrumentaron estrategias como la psicoeducación respecto a la ansiedad, el entrenamiento en respiración diafragmática y las autoinstrucciones y autoafirmaciones cognitivas positivas, así como la reestructuración cognitiva, en particular la descatastrofización de los errores académicos, por lo que los pacientes mejoraron su condición, registrándose un decremento mayor de los síntomas. De acuerdo con el reporte verbal, los pacientes y sus cuidadores indicaron abordar estas técnicas de manera voluntaria cuando la situación así lo requería, necesitando a veces la guía de sus familiares, o bien haciéndolas por sí solos, lo que da cuenta de una generalización de los aprendizajes al contexto cotidiano, objetivo que se buscaba mediante el entrenamiento durante las sesiones psicoterapéuticas.

Lo anterior sustenta las bases teóricas de Ellis y Grieger (1981) y Beck (2000), quienes afirman que, al modificar creencias irracionales o distorsionadas sustituyéndolas por otras más realistas y basadas en hechos, la ansiedad perturbadora disminuye en frecuencia, intensidad y duración hasta llegar a niveles adaptativos. Así, cuando los niños comenzaron a sustituir sus creencias, el malestar emocional, en efecto, comenzó a reducirse. Estos hallazgos son además congruentes con los de James et al. (2013), Aydín (2014) y Creswell et al. (2014), en el sentido de que los síntomas ansiosos se reducen considerablemente cuando se implementan dichas técnicas.

Sin embargo, en dos de los participantes se observó que, pese al abordaje cognitivo-conductual, la disminución de los síntomas se vinculó asimismo con el tratamiento farmacológico, pues a pesar de seguir el mismo eje terapéutico, la reducción ocurrió inmediatamente después del inicio o del aumento de las dosis del medicamento, insuficiente sin embargo para eliminar los síntomas por completo; por ello, no es posible asegurar que, de no llevarse a la par un tratamiento psicoterapéu-

tico, dejando al paciente solamente con aquel, los resultados hubieran alcanzado niveles muy bajos o inexistentes de episodios semanales de ansiedad durante la Fase III. Todo lo anterior sugiere que la combinación del tratamiento farmacológico y la TCC puede ser más efectiva para mejorar los síntomas (Creswell et al., 2014; Ipser et al., 2009; Sawyer y Nunez, 2014).

Los resultados de este estudio hacen posible analizar el efecto de los medicamentos, el curso de la TCC y la manifestación de los síntomas en los pacientes, por lo que llama la atención que a dos de ellos se les aumentara la dosis del ISRS cuando ya se había registrado una mejoría y no superaban el valor de su media de frecuencias. Además, si bien en ocasiones los pacientes presentaron ligeros incrementos de episodios ansiosos en la Fase III, no se considera un agravamiento debido a que no superaron sus medias de frecuencias, considerando que el objetivo del proceso terapéutico y de cualquier tipo de tratamiento para la ansiedad es reducirla mas no eliminarla, pues como apuntan Reynolds y Richmond (2012) esta tiene elementos funcionales que permiten a la persona mantenerse fuera de peligro y proteger su vida, por lo que será importante considerar con sumo cuidado de qué elementos se dispone para considerar una modificación de las dosis farmacológicas. En ello radica la importancia de contar con herramientas sensibles que hagan posible el monitoreo constante de la manifestación y evolución de los síntomas, empleadas tanto por el médico psiquiatra como por el terapeuta tratantes para una toma de decisiones más acertadas en aras del bienestar del paciente.

El RCD usado en este estudio cumplió con el objetivo de ser una herramienta útil para el monitoreo de los síntomas a lo largo de las tres fases del proceso, pues facilitó a los cuidadores primarios la tarea de registrarlos; sin embargo, es una herramienta subjetiva y sensible a la deseabilidad social, lo que puede sesgar la información arrojada. Tal fue el caso de la cuidadora de la participante 9. Debido a su condición psiquiátrica se esperaba que su apego al registro de los síntomas de su hija no fuera el adecuado y lo dejara a la memoria, llenándolo minutos antes de iniciar la sesión, por lo que los resultados que proporcionó no fueron confiables. Se intentó disminuir tal sesgo por medio de la capacitación que previamente

se daba a los cuidadores respecto a la ansiedad, su manifestación y el llenado del RCD, brindada desde la primera consulta y a lo largo de todas las sesiones. Aun así, se recomienda que en estudios posteriores se agreguen al RCD otros instrumentos válidos y confiables que favorezcan la objetividad de los resultados.

Es importante considerar también el momento de inicio y la combinación de ambos tratamientos, pues los participantes de los grupos B y C empezaron el tratamiento psicoterapéutico cuando el efecto del medicamento había sucedido semanas o meses antes de la Fase I, por lo que los pacientes tuvieron que tolerar todavía su malestar emocional en espera de un servicio psicoterapéutico, y así los resultados de estos grupos en la Fase III, en comparación con los del Grupo A, fueron los mismos. Por consiguiente, de acuerdo con este análisis, se sugiere comenzar con el proceso psicoterapéutico basado en TCC al inicio del tratamiento farmacológico, o incluso cuando este surta efecto, de modo que el paciente se pueda beneficiar de ambos abordajes sin mantener su sintomatología durante más tiempo. Así, con base en su evolución y el monitoreo de síntomas, puede considerarse un aumento de las dosis farmacológicas. Con algunos pacientes, sobre todo aquellos cuyos síntomas ansiosos se manifiestan en menor intensidad, magnitud y frecuencia, puede considerarse empezar la TCC en cuanto que sus métodos son menos invasivos, después observar los resultados y valorar si es conveniente el inicio de la farmacoterapia, tal como lo indican Creswell y Waite (2016) en su propuesta de elección de tratamientos

para la ansiedad. Sin embargo, es probable que este protocolo no pueda ponerse en práctica en los pacientes del hospital en que se llevó a cabo este estudio debido a que en su gran mayoría manifiestan trastornos graves, razón por la que son admitidos en la institución.

Asimismo, si bien es de destacarse que los medicamentos ayudaban a los pacientes a reducir sus síntomas, es importante considerar con sumo cuidado su prescripción en virtud de la preocupación que hay respecto a sus efectos secundarios, tales como ataxia, irritabilidad, agitación muscular, tensión y síntomas de TDAH (Black y Andreasen, 2015; Reid et al., 2015), los cuales fueron reportados también por los pacientes a lo largo de las sesiones terapéuticas, sin olvidar los costos que implican y que afectan la economía familiar y la hospitalaria.

El presente estudio también permitió identificar que la TCC es eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil incluso al reducirse la ingesta de medicamento, así como para lograr cambios cuyo efecto clínico permanece hasta dos meses después de término del tratamiento psicológico. Sin embargo, esto no es suficiente para generalizar los hallazgos, por lo que se recomienda que en futuros estudios se implemente de manera inmediata a la primera ingesta del medicamento prescrito por el médico psiquiatra a fin de evaluar su efectividad y corroborar los resultados. Se sugiere también prolongar la Fase III con el propósito de valorar el mantenimiento de los cambios durante más de dos meses, que fue el periodo utilizado en este estudio.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). *Anxiety*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/anxiety/>.
- Aydin, A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 25(3), 181-189.
- Beck, J. (2000). Introducción. En J. Beck: *Terapia cognitiva* (pp. 17-30). Barcelona: Gedisa.
- Beesdo-Baum, K. y Knappe, S. (2012). Development epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457-478. Doi: 10.1016/j.chc.2012.05.001.
- Black, D. y Andreasen, N. (2015). Psicofarmacología y terapia electroconvulsiva. En D. Black, N. Andreasen, J. R. Palacios M. y J. L. Morales S. (Eds.): *Texto Introductorio de Psiquiatría* (Trad. J. Palacios) (s.pp.). México: El Manual Moderno.

- Creswell, C. y Waite, P. (2016). Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health*, 19(3), 65-69.
- Creswell, C., Waite, P. y Cooper, P. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. Doi: 10.1136/archdischild-2013-303768.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva* (v. 1). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gil B., F. y Hernández G., L. (2009). Tratamiento cognitivo conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (2014). *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre*. México: Autor.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (2017). *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre*. México: Autor.
- Ipsler, J., Stein, D., Hawkrige, S. y Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD005170), 555-628. Doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2.
- James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A. y Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD004690), 1-104. Doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3.
- López F., A. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual en el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro* (Tesina de Licenciatura). México: UNAM.
- Peña, A. y Ramos, L. (2009). *Ansiedad infantil: Presentación de un caso y su tratamiento*. Tesis Licenciatura en Psicología. México: UNAM.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. y Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Rapee, R.M. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención (Trad. M. Irarrázaval y M.T. Stefan). En J. M. Rey (Ed.): *Libro electrónico de IACAPAP de salud mental en niños y adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Reid, A., McNamara, J., Murphy, T., Guzick, A., Storch, E., Geffken, G. y Bussing, R. (2015). Side-effects of SSIRs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 140-147. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.10.006.
- Reynolds, R.C. y Richmond, O.B. (2012). *CMASR-2: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada* (Trad. G. Vélez). México: El Manual Moderno.
- Rivera, J. (Prod.) y P. Docter, y R. Del Carmen (Dir.) (2015). *Intensa-Mente* [Película]. Richmond, CA: Pixar Animation Studios y Walt Disney Pictures.
- Sawyer, M. y Nunez, D. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 11(1), 65-71.
- Seligman, L. y Ollendick, T. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238. Doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003.





# Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática

## *Contextual factors related to non-suicidal self-harm behaviors: A systematic review*

*Karen Guadalupe Duarte Tánori, José Ángel Vera Noriega y Daniel Fregoso Borrego<sup>1</sup>*

*Citación:* Duarte Tánori, K.G., Vera Noriega, J.Á. y Fregoso Borrego, D. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2675>.

### RESUMEN

Las conductas autolesivas implican hacerse daño sin la intención de llegar al suicidio, y son comportamientos que se consideran como un problema que va en aumento entre la población adolescente; de hecho, en México los datos estadísticos estiman que 10% de los adolescentes se autolesionan; no obstante, la investigación de los factores de riesgo contextuales que propician tales conductas se ha considerado inadecuada y limitada. *Objetivo:* Con la finalidad de recabar las variables y teorías actuales para abordar el problema, el propósito de esta revisión fue analizar la bibliografía especializada sobre los factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicida en adolescentes. *Método:* Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Scopus, EBSCO, Dialnet Plus y SciELO, considerando los artículos publicados de enero de 2015 a abril de 2019, y empleando las palabras clave *self-injury, self-harm, adolescents, teenagers, risk factors, autolesión, adolescentes y factores de riesgo*, ubicadas tanto en el título como en el resumen. Se seleccionaron diez trabajos que cumplieron los criterios de inclusión en la base bibliográfica. *Resultados:* Entre las variables estudiadas en los distintos artículos, relacionadas con la familia se encontraron como significativas la muerte de los padres, un historial de abuso y los conflictos familiares, mientras que en las vinculadas a la escuela la variable significativa fue la victimización en el acoso escolar.

**Palabras clave:** Conductas autolesivas; Factores de riesgo; Adolescente.

### ABSTRACT

*Self-harm behaviors involve doing harm to oneself without the intention of reaching suicide. These are behaviors considered as an increasing problem among adolescent populations. In Mexico, statistical data estimate that 10% of adolescents harm themselves. However, research on contextual risk factors on self-harm behaviors has been considered inadequate and limited. Objective: In order to gather current variables and theoretical explanations to address the problem, the purpose of this review was to analyze the research literature on contextual factors related to non-suicidal self-harm behaviors in adolescents. Method: An exhaustive search was carried out in the following databases: Scopus, EBSCO, Dialnet Plus and SciELO, including articles published from January 2015 to April 2019. The keywords self-injury, self-harm, adolescents, teenagers, risk factors, self-harm, adolescents, and factores de riesgo, were located in the title and summary. Ten papers that met the criteria for inclusion in the bibliographic database were selected. Results: The main variables significantly documented in the articles as related to family life were: parental death, history of abuse, and family conflicts. In relation to the school the most significant variables was victimization through bullying*

**Keywords:** Self-harm behaviors; Risk factors; Adolescents.

<sup>1</sup> Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C., Carretera Gustavo Enrique Astiazarán Rosas Núm. 46, Col. La Victoria, 83304 Hermosillo, Son., México, tel. (662)848-16-64, correos electrónicos: kareng\_18@hotmail.com, avera@ciad.mx y daniel\_fregoso14@hotmail.com. Artículo recibido el 12 de noviembre de 2019 y aceptado el 7 de abril de 2020.

Los comportamientos autolesivos son aquellos que implican provocarse lesiones deliberadas y directas en la superficie corporal sin la intención de llegar al suicidio; se consideran socialmente inaceptables (Chapman, Gratz y Brown 2006; Chartrand, Bhaskaran, Sareen, Katz y Bolton, 2015; Lewis y Heath, 2015) y se realizan de forma repetitiva (Nicolai, Wielgus y Mezulis, 2016). Entre los métodos comunes de autolesión se encuentra el cortarse, quemarse y golpearse (Meza, Owens y Hinshaw, 2016), los que se consideran como alternativas para manejar situaciones o emociones intolerables (Santos, 2011).

A pesar de que las autolesiones son comportamientos que se han estudiado principalmente en muestras clínicas, constituyen un problema que ha aumentado considerablemente en la población general (Gratz, 2006; DeRiggi, Moumne y Heath, 2016), pero sobre todo entre los adolescentes (Nicolai et al., 2016; Ougrin, Banarsee, Dunn-Torooasian y Majeed, 2011).

Obtener datos certeros de las personas que se autolesionan de manera continua es una tarea ardua. Santos (2011) apunta que tal dificultad puede deberse a que es común el que las personas que lo hacen lo mantengan en secreto durante un tiempo prolongado; por otro lado, la definición de conducta autolesiva varía, lo que crea confusión, y por último los instrumentos de medición no son similares en las diversas investigaciones. Pese a ello, algunos estudios brindan informes estadísticos sólidos como los encontrados por Muehlenkamp y Gutiérrez (2007), que indican que la prevalencia de dicha conducta a lo largo de la vida va de 13 a 23.2%. En México, los datos estadísticos estiman que 10% de los adolescentes se autolesionan (Nicolai et al., 2016), y asimismo que la prevalencia es de 17.1% en relación al periodo de tiempo, con la definición de cinco eventos en un año (Albores et al., 2014).

Los estudios sobre el comportamiento autolesivo han examinado los factores de riesgo que llevan a los individuos a realizar conductas de este tipo; sin embargo, se ha considerado que los mismos no han sido adecuados y que la atención que se le ha dado a los factores contextuales es limitada (Gratz, 2006; Santos, 2011).

Debido a que los adolescentes pasan una considerable parte de su tiempo en distintos contextos

sociales vinculados a sus procesos de identidad y pertenencia, las variables sociales a las que se exponen influyen de un modo particular en su salud mental, por lo que el estudio de los contextos es fundamental para comprender los cambios en la tasa de las referidas conductas (Landstedt y Gillander, 2010). Entre los factores contextuales que se han estudiado y reconocido como relevantes en el problema de la autolesión no suicida se encuentra el ambiente familiar en la forma de escaso apego, conflictos frecuentes, relaciones familiares pobres (Obando, Trujillo y Prada, 2018) y la propia estructura familiar (Landstedt y Gillander, 2010). También hay evidencia de que la victimización escolar y otros tipos de violencia, como la física, la sexual y el acoso, son factores contextuales de riesgo que propician la ocurrencia de conductas de autolesión en los adolescentes, pero se necesitan más investigaciones acerca de estos y otros elementos (Landstedt y Gillander, 2010).

Los artículos que dan cuenta de los factores contextuales suelen centrar su atención en el abuso sexual, pero omiten otras variables de este tipo; sin embargo, el abuso sexual no es el único componente que se correlaciona con las autolesiones no suicidas (Gratz, Conrad y Roemer, 2002), y al ser la adolescencia una etapa de cambios en la que el individuo debe aprender estrategias que pueda usar de forma efectiva al alcanzar la adultez, el estudio de los factores relacionados con el mencionado comportamiento es fundamental (Castro y Kirchner, 2018).

A fin de recabar las variables y teorías actuales para abordar el citado problema, el propósito de la presente revisión fue examinar los artículos que analizan los factores contextuales relacionados con las conductas de autolesión no suicida en adolescentes.

## MÉTODO

### Procedimiento

Para tal propósito, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de estudios publicados durante el periodo de enero de 2015 a abril de 2019 en las bases de datos Scopus, EBSCO, Dialnet Plus y SciELO y otra información personal y directa, al considerarse

que el referido problema en Latinoamérica surge de un contexto empobrecido y de un sistema público de educación carente de recursos materiales, así como de tiempo y capacitación suficientes.

Los términos de búsqueda se dividieron en tres grupos, utilizando para ello las palabras en inglés “*self-injury or self-harm*”, “*adolescents or teenager*” y “*risk factors*”, y en español los términos “*autolesión*”, “*adolescentes*” y “*factores de riesgo*”, empleando los operadores booleanos *AND* y *OR*. Dichos términos se buscaron como parte del resumen o *abstract* y de las palabras clave en las tres bases de datos; sin embargo, al no existir estos términos en el tesoro de EBSCO, se emplearon las siguientes sinonimias: “*self-injurious behavior*”, “*adolescence*” y “*teenagers*”. Del mismo modo, se efectuó una búsqueda manual entre las referencias de los documentos que cumplían con los criterios de selección para encontrar posibles investigaciones que no hubiesen sido detectadas en la búsqueda en las bases de datos.

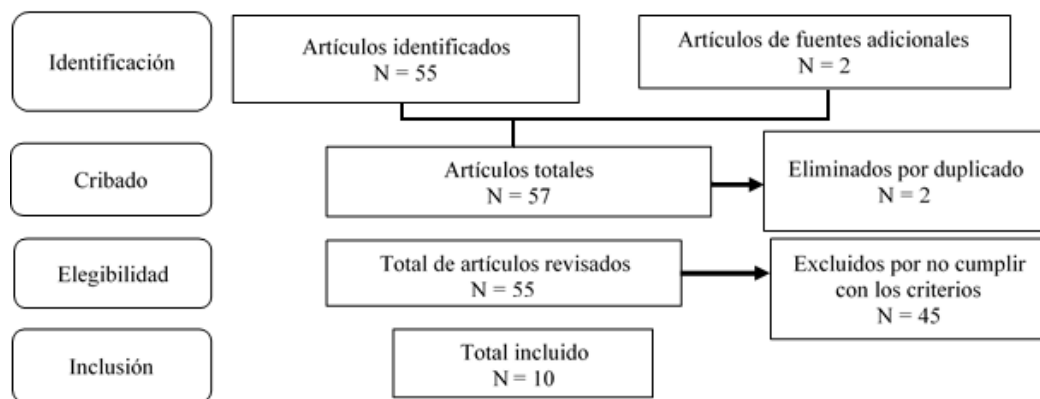
Se tomaron los siguientes criterios de inclusión: *a)* que los trabajos abordaran las autolesiones no suicidas, por lo que se descartaron los artículos que hablaran de las autolesiones como factor de riesgo para el intento de suicidio o el sui-

cidio consumado; *b)* que la muestra utilizada estuviera constituida por adolescentes; *c)* que los artículos brindaran información sobre los factores contextuales relacionados con los comportamientos de autolesión, y *d)* que estuvieran publicados en revistas vinculadas a las bases bibliográficas.

La búsqueda inicial arrojó 28 resultados en la base de datos EBSCO, de los cuales se recuperaron cuatro; en Scopus se encontraron 16 resultados, de los que se seleccionaron cuatro, y Dialnet PLUS arrojó ocho resultados, ninguno de los cuales entró en esta revisión. Salvo en Dialnet PLUS, donde la búsqueda en español arrojó dos artículos de los ocho totales, y SciELO, en que se hallaron tres artículos, de los cuales ninguno cumplió con los criterios, todos los encontrados lo fueron a través de los conceptos empleados en idioma inglés. Mediante una búsqueda manual se encontraron dos documentos más. Así, se recuperaron diez artículos en total, los que fueron revisados.

La recolección de datos se llevó a cabo con base en los lineamientos de la metodología Elementos de informes preferidos para la revisión sistemática y el metanálisis (PRISMA) (Urrútia y Bonfill, 2010). El proceso de revisión sistemática se presenta en la Figura 1.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de proceso de exclusión e inclusión.



## RESULTADOS

En los estudios de autolesión en adolescentes se han podido apreciar dos grupos de población: los que forman parte de la población general y los que constituyen una muestra clínica. Con el propósito de identificar diferencias entre ambos tipos de

muestras, se abordan aquí como dos grupos separados.

Se presentan primeramente los artículos en los que la muestra utilizada pertenecía a la población general. Entre los estudios sobre la autolesión en adolescentes se han reportado hallazgos relacionados con los factores de riesgo contextua-

les, como los encontrados en la base de datos de Scopus; en estos descubrimientos se encuentran los de Giletta et al. (2015), quienes a través de un modelo de trayectoria analizan las variables de autolesión, depresión, apoyo de amigos, victimización entre pares y tipo de amistad en una muestra de 565 adolescentes chinos de décimo grado, utilizando para ello un diseño de investigación longitudinal de dos años con tres meses de duración, con corte explicativo. En ese trabajo, que emplea un modelo de trayectoria conocido en inglés como *path analysis*, se halló que la victimización entre pares es un poderoso antecedente para que se desarrollen conductas de autolesión no suicida.

Kang et al. (2018) estudiaron la relación entre el maltrato infantil y la autolesión no suicida, mediada por la tolerancia a la angustia, en una muestra de 3,555 adolescentes de China con edades de entre 12 y 19 años. Se hicieron análisis de chi cuadrada y correlaciones de Pearson, y además diversos análisis de grupo múltiple siguiendo tres pasos. Los resultados mostraron que solamente el abuso emocional estaba indirectamente relacionado con la autolesión a través de la intolerancia a la angustia, toda vez que en las familias que abusan emocionalmente los padres descuidan e invalidan las emociones de los hijos, mientras que en las familias cálidas, tolerantes y armoniosas se responde empáticamente hacia las emociones de los mismos, lo que subraya la importancia del ambiente familiar en el desarrollo del adolescente.

Wang, You, Lin, Xu y Leung (2016) abordaron el estudio de varios factores de riesgo con el propósito de identificar los subgrupos heterogéneos de adolescentes con distintas trayectorias de comportamientos autolesivos, así como los factores de riesgo personales y contextuales en la trayectoria de las autolesiones no suicidas. Tales factores fueron la depresión, la ansiedad, la autocrítica, las relaciones inestables y la crítica de los padres. La muestra se constituyó por 5,423 adolescentes que se encontraban estudiando en una de las ocho escuelas secundarias seleccionadas de Hong Kong. El diseño del estudio fue transversal, llevándose a cabo una prueba *t* para muestras independientes mediante un análisis de crecimiento de clases latente para determinar si había diferentes trayectorias de desarrollo en la población. Los resultados indicaron que los adolescentes que informaron de

factores de riesgo tanto personales como contextuales fueron significativamente más propensos a desarrollar las mencionadas conductas de autolesión no suicida, pues se encontró que niveles altos de depresión, ansiedad, relaciones inestables y críticas de los padres se asociaron significativamente a un incremento de la posibilidad de experimentar autolesiones; además, entre los subgrupos formados, el de alta fluctuación de conductas de autolesión mantuvo un nivel persistentemente elevado de esos comportamientos.

Otro estudio que analizó los factores relacionados con la familia fue el realizado por Hu, Li, Glauert y Taylor (2017), cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo que predijeran el ingreso hospitalario por conductas autolesivas, para lo cual consideraron las variables de desventaja social temprana, trastornos de salud mental de los padres y muerte parental. Los autores utilizaron un diseño transversal explicativo con la información obtenida a través de una vinculación de datos creados por la base de datos de registro de nacimiento de Australia, país en que las agencias gubernamentales recogen de manera rutinaria los datos relacionados con la salud. La vinculación de los datos proporciona la información necesaria para vincular los registros que pertenecen a una misma persona. Se seleccionaron los casos de adolescentes de entre 10 y 19 años, hospitalizados por algún tipo de autolesión, los cuales sumaron un total de 7,151 individuos. A partir de una regresión logística, se encontró que invariablemente la muerte del padre o de la madre tenía efectos significativos como factor de riesgo para la autolesión no suicida, aunque en el caso de la muerte de la madre el efecto era mucho mayor.

Garisch y Wilson (2015) evaluaron la prevalencia y la correlación de las conductas de autolesión no suicida con las variables personales y contextuales, como depresión, ansiedad, autoestima, uso adaptativo de las emociones, preocupación sexual, impulsividad, acoso escolar y abuso. El estudio transversal causal se llevó a cabo en una muestra de adolescentes de Nueva Zelanda. Se realizaron correlaciones de Pearson para valorar la relación entre autolesión y cada una de las variables y paneles de regresión cruzada para evaluar la relación de cada variable a través del tiempo. En relación con los factores contextuales, los



resultados indicaron que las autolesiones se asociaban con un historial considerable de abuso, y además que el acoso escolar puede ser un predictor distal de tal conducta.

Por otro lado, un trabajo de Stanford, Jones y Hudson (2017) tuvo como objetivo estudiar la superposición de los factores de riesgo en los comportamientos autolesivos de estudiantes de secundaria australianos, entre los que se seleccionaron depresión, ansiedad, autoestima, dificultades conductuales y de atención, estrategias de afrontamiento y satisfacción con la vida, además de variables contextuales como relaciones de apoyo, acoso escolar y prácticas religiosas, para así conformar perfiles psicológicos que hicieran posible identificar a los adolescentes más propensos a autolesionarse. Mediante un análisis de clúster no jerárquico, se generaron seis grupos con diferentes perfiles psicológicos. Los resultados obtenidos reafirman los de estudios anteriores, pues se encontró que ser víctima de acoso escolar es un factor de riesgo importante, especialmente en personas con perfiles impulsivos.

El trabajo de Heerde et al. (2015) tuvo como objetivo analizar los factores protectores y de riesgo relacionados a la incidencia y la persistencia de las conductas autolesivas mediante un estudio longitudinal. La muestra estuvo conformada por adolescentes entre 13 y 15 años estudiando el séptimo y noveno grado en el estado de las ciudades de Washington (Estados Unidos) y Victoria (Australia). Para comparar las medias y frecuencias de los factores de riesgo entre las muestras, se efectuaron pruebas *t* de Student, análisis de chi cuadrada y un modelo de regresión logística multivariante para investigar los mencionados factores protectores y de riesgo. Los componentes analizados fueron, a saber: síntomas de depresión, comportamientos antisociales, impulsividad, uso de alcohol, victimización en acoso escolar, control parental y conflictos familiares. Los resultados mostraron que todas las variables tuvieron correlaciones significativas de los comportamientos autolesivos, y además que los estudiantes de Victoria alcanzaron niveles más altos de riesgo de victimización por acoso escolar, impulsividad, manejo familiar deficiente y consumo de tabaco, que los estudiantes de Washington, siendo también los que

presentaron una mayor incidencia y persistencia de tales conductas.

Entre los estudios en los que la población estaba conformada por una muestra clínica, se encontraron los siguientes factores contextuales asociados a la autolesión.

Por ejemplo, el maltrato infantil fue investigado por Titelius et al. (2017) examinando la relación entre dicho maltrato y las autolesiones no suicidas, así como la variable de regulación emocional. La muestra incluyó a 53 adolescentes con edades de entre 12 y 18 años que formaban parte de un programa de un hospital psiquiátrico infantil de Estados Unidos. Los análisis realizados fueron correlaciones de Pearson y *path analysis*. Los resultados mostraron que el maltrato físico y emocional se asociaba de manera significativa con las autolesiones, no así el abuso sexual.

Del mismo modo, Peh et al. (2017) estudiaron el maltrato infantil en relación con la desregulación emocional. En su estudio participaron 108 adolescentes recluidos en un hospital psiquiátrico de Singapur, con una media de edad de 17 años. Se analizaron las variables de maltrato infantil, autolesiones, desregulación emocional y depresión, y los resultados indicaron que la desregulación emocional puede ser un mecanismo que vincula la exposición al maltrato y la conducta autolesiva en los adolescentes, por lo que se considera que esta última funciona como una conducta que revela la incapacidad para regular las emociones como resultado del maltrato sufrido en la infancia. Los resultados se obtuvieron asimismo utilizando un análisis de correlación y un *path analysis*.

Por último, Klassen, Hamza y Stewart (2017) estudiaron una muestra de 541 adolescentes con acceso a servicios de salud mental en veinte comunidades de Ontario, abordando las variables de conducta autolesiva, uso de sustancias, depresión, agresión, preocupación del cuidador y violencia en el barrio. Mediante una entrevista semiestructurada, se obtuvo información cualitativa y cuantitativa, y los datos se analizaron mediante la regresión logística multinomial. Los resultados revelaron que las mujeres que manifestaban síntomas depresivos intensificados y sufrían violencia en su barrio corrían un mayor riesgo de autolesionarse.

## DISCUSIÓN

La presente revisión permitió conocer algunos aspectos importantes del estado actual de la investigación de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo y la prevalencia de conductas de autolesión en adolescentes. Los resultados obtenidos hacen posible constatar que las muestras clínicas han recibido una mayor atención en el estudio de los factores contextuales, lo que coincide con lo encontrado por Gratz (2006) y DeRiggi et al. (2016), quienes afirman que el análisis de las mencionadas conductas se ha centrado en poblaciones clínicas. Lo anterior supone un problema en la investigación del fenómeno, ya que la mayoría de datos de que se dispone están focalizados particularmente en esas poblaciones, lo que dificulta el estudio de un problema que va en aumento entre la población adolescente escolarizada (Ulloa, Contreras, Paniagua y Victoria, 2013).

Por otro lado, ninguno de los artículos revisados se llevó a cabo en países latinoamericanos, lo que respalda las afirmaciones de Castro et al. (2016), quienes señalan que el comportamiento autolesivo no suicida es un problema que no ha recibido la atención necesaria en la investigación, lo que incluye a México. En efecto, no hay trabajos que estudien cuestiones tales como los instrumentos confiables para detección de esas conductas y las variables asociadas al fenómeno, especialmente en la población general.

Entre los factores contextuales que han recibido aún menos atención se encuentran los relacionados con la comunidad; de hecho, solamente se le abordó en uno de los artículos revisados, al contrario de los factores relacionados con la familia y a la escuela, analizados con mayor frecuencia y con resultados significativos. Es posible que lo anterior se deba a que la familia es un ambiente esencial en el desarrollo en virtud de que es el entorno primario de interacción (Castro et al., 2016) y provee la formación necesaria para que el menor forme parte de la sociedad (Curtis, 2015; Klemerra, Brooks, Chester, Magnusson y Spencer, 2016). A pesar de que las conductas de autolesión han mostrado estar generadas por variables sociales, la falta de interés por estudiar la comunidad, así como los factores de riesgo y protección asociados a la colonia o el barrio, puede deberse a que

no se ha encontrado evidencia de que las habilidades sociales que permiten obtener la aceptación y la pertenencia al grupo sean un factor protector para evitar aquellas entre los adolescentes (Obando et al., 2018).

Considerando la información plasmada en los resultados de los artículos analizados, es posible afirmar que la relación con los padres y la interacción familiar son factores importantes para desarrollar comportamientos de autolesión, de manera que investigar tales factores hará posible una prevención e intervención más efectivas sobre el mencionado fenómeno (Adrian et al., 2018; Berndt, 1979; Ren et al., 2018).

Otro factor que se ha aborda con particular interés en las investigaciones revisadas es el relacionado con el acoso escolar, y en particular con la victimización; lo que ocurre dentro de las instituciones educativas no solo debiera estar enfocado a la adquisición de conocimientos académicos, sino también a los procesos de socialización que tienen lugar en la escuela, pues es un espacio de socialización en el que los niños y adolescentes pasan una parte considerable del tiempo interactuando con sus pares y profesores (Gallegos, Casapia y Rivera, 2018; Madjar et al., 2017). Así, constituye un contexto vital para obtener información sobre el comportamiento autolesivo.

Las formas de autolesión que los adolescentes presentan en América Latina se asemejan a las que se encuentran en América del Norte y Europa; sin embargo, factores como la pobreza y la inseguridad se han subestimado en aquella, pues es posible que la presencia de estas circunstancias sociales aumente el riesgo de desarrollar tales conductas (Hilton, 2016; Klonsky y Lewis, 2014).

De acuerdo al objetivo planteado, los factores estudiados para explicar las conductas de autolesión en cada uno de los contextos fueron los siguientes: en el caso de la familia, se detectaron el maltrato infantil, los trastornos de salud mental de los padres (Wang et al., 2016), la muerte parental, un historial de abuso, el control parental y los conflictos familiares (Stanford et al., 2018). En el escenario escolar, las variables analizadas fueron el apoyo familiar, el tipo de amistad (Giletta et al., 2015) y la victimización debida al acoso escolar (Giletta et al., 2015; Hu et al., 2017; Garisch y Wilson, 2015; Stanford et al., 2018), resultando

significativa solamente esta última (Giletta et al., 2015; Hu et al., 2017; Garisch y Wilson, 2015; Stanford et al., 2018).

A pesar de que en la investigación de los factores relacionados a los comportamientos autolesivos se han abordado diversos entornos del adolescente en la investigación, aún el público en general no comprende bien la problemática, por lo que un entendimiento más profundo del asunto mediante un consenso sobre la terminología empleada en las publicaciones (Silva y Van Camp, 2014) y la construcción de estudios empíricos y teóricos que permitan reconocer otros factores de riesgo y variables que se asocian a la aparición, evolución y mantenimiento de las conductas de autolesión (Obando et al., 2018) podrían ser un considerable apoyo para prevenir e intervenir en las poblaciones de riesgo (Silva y Van Camp (2014).

En definitiva, estudiar los multicitados comportamientos y los factores de riesgo implicados hará posible comprender el sentido de estas conductas, así como diseñar estrategias y seleccionar tratamientos apropiados para cada individuo (Ougrin et al., 2011). Por consiguiente, el estudio de las autolesiones no suicidas podrá proporcionar un fundamento teórico en lo que a la ciencia psicológica respecta, explorando, describiendo,

definiendo y delimitando la conducta misma, sus causas y efectos, para esclarecer y proporcionar guías para la toma de decisiones relacionadas con los diagnósticos, así como permitir el desarrollo del estado del arte y técnicas de investigación novedosas (Ordóñez, 2018), ya que, según se ha visto en esta revisión, la mayor parte de literatura científica proviene de estudios clínicos y de otros que aportan información del fenómeno, pero que dejan de lado muchos factores contextuales y los rasgos de personalidad.

Aun revisando el problema de autolesión en bases de datos de calidad, generalmente son escasas las investigaciones científicas (55), pero solo 10 intentan extrapolar el problema para entender los factores que funcionen como posibles causas. Por ello, los hallazgos de esta revisión pretenden dar pie y motivar el estudio más acucioso del fenómeno en cuestión al tratarlo como uno de tipo multifactorial y multicausal, en el que desempeñan un importante papel elementos contextuales tales como la compleja socialización en ambientes académicos, las configuraciones e interacciones familiares, e incluso los probables factores de riesgo y de protección asociados al uso del espacio público.

## REFERENCIAS

- Adrian, M., Berk, M., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E. y Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and practice*, 49(4), 274-281. Doi: 10.1037/pro0000200.
- Albores, L., Méndez, J., García, A., Delgadillo, D., Chávez, C. y Martínez, O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes en la Ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- Berndt, T. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology*, 15, 608-616. Doi: 10.1037/0012-1649.15.6.608.
- Castro, E., Benjet, C., Juárez, F., Jurado, S., Gómez, M. y Valencia, A. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas del Inventory of Statements About Self-injury en estudiantes mexicanos. *Actas de Investigación Psicológica*, 6, 2544-2551. Doi: 10.1016/j.aippr.2016.08.004.
- Castro, K. y Kirchner, T. (2018). Coping and psychopathological profile in nonsuicidal-self-injuries in Chilean adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 147-160. Doi: 10.1002/jclp.22493.
- Chapman, A., Gratz, K. y Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. Doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005.
- Chartrand, H., Bhaskaran, J., Sareen, J., Katz, L. y Bolton, J. (2015). Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 276-283. Doi: 10.1177/070674371506000606.
- Curtis, A. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*, 7, Article 2.
- DeRiggi, M., Moumne, S. y Heath, N. (2016). Non-suicidal self-injury in our schools: A review and research-informed guidelines for school mental health professionals. *Canadian Journal of School Psychology*, 32(2), 122-143. Doi: 10.1177/0829573516645563.

- Gallegos, M., Casapia, Y. y Rivera, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de Arequipa. *Interacciones*, 4(2), 143-151. Doi: 10.24016/2018.v4n2.106.
- Garisch, J. y Wilson, M. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-11. Doi: 10.1186/s13034-015-0055-6.
- Giletta, M., Abela, J., Prinstein, M., Gibb, B., Barrocas, A. y Hankin, B. (2015). Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in Mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 265-279. Doi: 10.1037/a0038652.
- Gratz, K. (2006). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. Doi: 10.1093/clipsy.bpg022.
- Gratz, K., Conrad, S. y Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
- Heerde, J., Toumbourou, J., Hemphill, S., Herrenkohl, T., Patton, G. y Catalano, R. (2015). Incidence and course of adolescent deliberate self-harm in Victoria, Australia, and Washington State. *Journal of Adolescent Health*, 57(5), 537-544. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.07.017.
- Hilton, C. (2016). Unveiling self-harm behavior: What can social media site Twitter tell us about self-harm? A qualitative exploration. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1690-1740. Doi: 10.1111/jocn.13575.
- Hu, N., Li, J., Glauert, R. y Taylor, C. (2017). Influence of exposure to perinatal risk factors and parental mental health related hospital admission on adolescent deliberate self-harm risk. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 791-803. Doi: 10.1007/s00787-017-0948-4.
- Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F. y You, J. (2018). Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: A three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(10), 2220-2230. Doi: 10.1007/s10964-018-0877-7.
- Klassen, J., Hamza, C. y Stewart, S. (2017). An examination of correlates for adolescent engagement in nonsuicidal self-injury, suicidal self-injury, and substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 28(2), 342-353. Doi: 10.1111/jora.12333.
- Klemra, E., Brooks, F., Chester, K., Magnusson, J. y Spencer, N. (2016). Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. *International Journal of Public Health*, 62(6), 631-638. Doi: 10.1007/s00038-016-0900-2.
- Klonsky, E. y Lewis, S. (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-injury*. New York: Oxford University Press.
- Landstedt, E. y Gillander, K. (2010). Deliberate self-harm and associated factors in 17 year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), 17-25. Doi: 10.1177/1403494810382941.
- Lewis, S.P. y Heath, N.L. (2015). Nonsuicidal self-injury among youth. *The Journal of Pediatrics*, 166(3), 526-530. Doi: 10.1016/j.jpeds.2014.11.062.
- Madjar, N., Ben, S., Elia, R., Fellner, N., Rehavi, M., Rubin, S. y Shoval, G. (2017). Non-suicidal self-injury within the school context: Multilevel analysis of teacher's support and peer climate. *European Psychiatry*, 41, 95-101. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.11.003.
- Meza, J., Owens, E. y Hinshaw, S. (2016). Response inhibition, peer preference and victimization, and self-harm: Longitudinal associations in young adult women with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 323-334. Doi: 10.1007/s10802-015-0036-5.
- Muehlenkamp, J. y Gutierrez, P. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82. Doi: 10.1080/13811110600992902.
- Nicolai, K., Wielgus, D. y Mezulis, A. (2016). Identifying risk for self-harm: Rumination and negative affectivity in the prospective prediction of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 46(2), 223-233. Doi: 10.1111/sltb.12186.
- Obando, D., Trujillo, Á. y Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología Clínica*, 23(3), 189-200. Doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21278.
- Ordóñez, G. (2018). Discriminación, pobreza y vulnerabilidad: los entresijos de la desigualdad social en México. *Región y Sociedad*, 30(71), 1-30. Doi: 10.22198/rys.2018.71.a377.
- Ougrin, D., Banarsee, R., Dunn-Toroosian, V. y Majeed, A. (2011). Suicide survey in a London borough: primary care and public health perspectives. *Journal Public Health Oxford England*, 33(3), 385-391. Doi: 10.1093/pubmed/fdq094.
- Peh, C., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M., Sambasivam, R., Zhang, Y. y Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 67, 383-390. Doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.013.
- Ren, Y., Lin, M., Liu, Y., Zhang, X., Wei, J., Hu, W. y You, J. (2018). The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self-injury among Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1246-1257. Doi: 10.1002/jclp.22587.
- Santos, D. (2011). *Autolesión: Qué es y cómo ayudar*. México: Edición de Autor.
- Silva, L. y Van Camp, I. (2014). Non-suicidal self-injury in Latin America. *Salud Mental*, 37(2), 153-157.

- Stanford, S., Jones, M. y Hudson, J. (2017). Appreciating complexity in adolescent self-harm risk factors: psychological profiling in a longitudinal community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 916-931. Doi: 10.1007/s10964-017-0721-5.
- Titelius, E., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K. y Semour, K. (2017). Emotional dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 27(3), 323-331. Doi: 10.1080/10926771.2017.1338814.
- Ulloa, R., Contreras, C., Paniagua, K. y Victoria, G. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Mental*, 36(5), 417-420.
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 132(11), 507-511. Doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015.
- Wang, B., You, J., Lin, M., Xu, S. y Leung, F. (2016). Developmental trajectories of nonsuicidal self-injury in adolescence and intrapersonal/interpersonal risk factors. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 392-406. Doi: 10.1111/jora.12273.





# Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus 1

## *Subjective constructions regarding mourning of a healthy body in adolescents with diabetes mellitus-1*

Laura Viviana Leal Guerrero<sup>1</sup>, Edith Gerardina Pompa Guajardo<sup>1</sup>  
y Martha Leticia Cabello Garza<sup>2</sup>

*Citación:* Leal Guerrero, L.V., Pompa Guajardo, E.G. y Cabello Garza, M.L. (2021). Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus 1. *Psicología y Salud*, 31(1), 61-67. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2676>.

### RESUMEN

El propósito de esta investigación fue conocer una realidad social poco explorada desde el enfoque psicoanalítico: las construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. El estudio se llevó a cabo mediante un diseño metodológico de enfoque cualitativo, no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo. Desde el paradigma psicoanalítico e interpretativo, está fundamentado en la fenomenología hermenéutica. Se realizaron entrevistas a profundidad a la población estudiada, constituida por cinco adolescentes con la referida enfermedad de entre 12 a 14 años de edad, adscritos a la Asociación Mexicana de Diabetes. Para la recolección de datos se utilizó la observación no participante en campamentos de verano, así como la entrevista a profundidad, el registro de opiniones y el análisis del discurso. Ser diagnosticado con diabetes en la adolescencia implica un doble duelo: la confrontación de las consecuencias orgánicas y los duelos propios de la adolescencia. El inconsciente social contribuye a estigmatizar ciertas enfermedades y, por consiguiente, a quienes las padecen, ocasionándoles dolor psíquico y desestabilidad en sus proyectos de vida. A través de la convivencia con la diabetes, los adolescentes perciben tener beneficios con la enfermedad, a la que adjetivan a través metáforas, manifestando una gran resistencia a renunciar a la misma.

**Palabras clave:** Adolescencia; Diabetes mellitus tipo 1; Investigación cualitativa; Duelo; Construcciones subjetivas.

### ABSTRACT

*The purpose of the present study was to probe an unexplored social reality from a psychoanalytic approach. The main objective is to analyze subjective constructions associated to mourning of a healthy body in adolescents suffering from diabetes mellitus 1. The study's methodology involved a qualitative, non-experimental, transversal, exploratory and descriptive approach. Our psychoanalytic and interpretative paradigm was based on the hermeneutical phenomenology. In-depth interviews were conducted in participants which consisted of five adolescents with DM 1, between 12 and 14 years of age, registered in the Mexican Diabetes Association. Data were collected through non-participant observation during the association's summer camps, as well as in-depth interviews that registered opinions, and discourse analysis. Being diagnosed with diabetes in adolescence implies double mourning: coping with the organic consequences of the disease in addition to usual losses of adolescence. Social unconscious contributes to stigmatize certain diseases and, therefore,*

---

<sup>1</sup> Facultad de Filosofía y Letras, Dr. Canseco 110, Col. Mitras Centro, Ciudad Universitaria, 64460 San Nicolás de los Garza, N.L., México, correos electrónicos: [clnicapsicoanalitica1@outlook.com](mailto:clnicapsicoanalitica1@outlook.com) y [edithpompag@gmail.com](mailto:edithpompag@gmail.com). Artículo recibido el 9 de noviembre de 2018 y aceptado el 23 de mayo de 2019.

<sup>2</sup> Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social, Alondra 120, Col. Cuauhtémoc, 2o Sector, 66450 San Nicolás de los Garza, N.L., México, correo electrónico: [marthacabello1@gmail.com](mailto:marthacabello1@gmail.com) (correspondencia).

*to those who suffer them, causing psychic pain and a destabilization of life projects. Through coexistence with diabetes, adolescents perceive benefits regarding the disease, they assign adjectives through metaphors while showing great resistance to renouncing to it.*

**Keywords:** Adolescence; Diabetes mellitus type 1; Qualitative research; Mourning; Subjective constructions.

**H**ablar de la adolescencia es abordar una metamorfosis del sujeto en la que surgen cambios físicos propios de la pubertad, así como cambios psíquicos y emocionales ante los que se viven constantes pérdidas —en relación con el cuerpo— con los objetos internos y externos. La adolescencia es casi por definición un periodo de transición. El adolescente se encuentra en un proceso de cambio en el que vive el duelo por el cuerpo infantil perdido, por el rol y la identidad infantil y por los padres de la infancia (Fernández, 1981). Al buscar su identidad, el adolescente tiende a integrarse a grupos, expresa estados de ánimo inestables, fantasea, evoluciona sexualmente; en fin, sufre tan variados cambios que incluso sería anormal que mantuviera el equilibrio estable durante el proceso.

A lo antes apuntado podría considerársele una adolescencia “normal”. Mas, ¿qué sucede cuando a esa transición de cambios se suma una enfermedad crónica degenerativa como la diabetes? Una vez diagnosticados, los adolescentes requieren tener un control estricto de su dieta alimenticia, un alto nivel de autocontrol y disciplina, cuidados diversos que implican un cambio radical en sus vidas al convertirse en insulino dependientes y sufrir por ello diversas restricciones. En este caso ya no se está hablando de cualquier adolescente, sino de un adolescente *enfermo*. Cualquier enfermedad crónica degenerativa implica que las personas que las padecen se vean obligadas a emprender drásticas transformaciones en su vida, en la que se manifiesta no solamente un malestar físico, sino además un malestar psíquico que envuelve tanto al enfermo como a su familia.

Se puede precisar el problema que se suscita mediante cifras. La Federación Internacional de Diabetes (FID) (2015) estima que aproximadamente 425 millones de personas en el mundo su-

fren la enfermedad, y que el número de enfermos aumentará en 2040 a más de 642 millones. Las estimaciones de la diabetes tipo 1 en adolescentes y jóvenes también muestra aumentos inexplicables en varias regiones, y se calcula que actualmente hay más de medio millón de menores con este padecimiento (FID, 2015).

En el continente americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes. México ocupa el quinto lugar mundial de personas en esta condición, esto es, doce millones (FID, 2015). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) (Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2012, 2016), 0.68% de adolescentes ya ha sido diagnosticado con diabetes, lo que representa alrededor de 155 mil individuos en este rango de edad. En el estado de Nuevo León la cifra es de 698,018, equivalente a 14.6%; es decir, tres de cada diez neoleoneses padecen esta enfermedad (INSP, 2016).

La diabetes mellitus tipo 1 (DM 1 en lo sucesivo) es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir la que necesita. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero su aparición ocurre normalmente en niños y jóvenes adultos. Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina diariamente para controlar sus niveles de glucosa en la sangre.

La DM 1 en los adolescentes muestra un panorama crítico debido a que atraviesan una serie de cambios propios de la etapa, a los que se añaden los propios de la enfermedad, de modo que a partir del diagnóstico sobrevienen una serie de cambios adicionales ante los cuales los adolescentes deben adoptar y asumir diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, de su contexto familiar y social y de la forma como se ha presentado el diagnóstico. Esta situación puede ser o no disruptiva, lo que dependerá de las construcciones subjetivas que el adolescente elabore ante la pérdida de un cuerpo sano.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la DM 1 tiene importantes efectos psíquicos ya que genera en los adolescentes —sobre todo en relación con la representación del cuerpo y los procesos de duelo— una aflicción por el sentimiento de la pérdida

de la salud. Es entonces cuando los adolescentes se encuentran en ese doble duelo: el propio de la adolescencia y el de la pérdida del cuerpo sano. El psicoanálisis concibe al sujeto como dividido, inconsciente, atravesado por el lenguaje; dicha concepción permite definir a partir de allí un cuerpo, que será singular para cada individuo.

En este sentido, el psicoanálisis habla sobre una significación simbólica del cuerpo, de la imagen corporal y del órgano que se enferma. Si bien Freud (1917) teorizó desde el plano psíquico, da a entender en su teoría que el aparato psíquico no es algo desprendido del cuerpo, sino que, por el contrario, tiene su anclaje en lo biológico.

En este proceso de enfermar, el cuerpo biológico, quien detenta la afección, es un espacio íntimo de experiencias donde las enfermedades se instalan y donde los cambios corporales que se suscitan a lo largo de este proceso suelen provocar reacciones emocionales de pérdida en las personas: pérdida del cuerpo infantil en la adolescencia, pérdida de la capacidad reproductora en la menopausia, pérdida “de la propia impermanencia”, al decir de Alizade (2000).

La enfermedad crónica no es un entorno suficientemente bueno para desarrollar convenientemente una adolescencia (Lachal, 2002). Malka, Togora, Chocard, Faure y Duverger (2007) afirman que la enfermedad crónica trastorna las relaciones, y que los efectos de la enfermedad inciden en el narcisismo del adolescente. Su cuerpo, en pleno proceso de sexuación, es sitiado por la enfermedad crónica. Desde esta perspectiva, se asume que, identificando los conflictos psíquicos por los que atraviesa el adolescente enfermo de diabetes, se puede generar conocimiento, primeramente para conocer por medio de su narrativa lo que está viviendo y, con base en ello, crear una propuesta de intervención psicológica que dote al paciente de las herramientas necesarias para el control adecuado de su enfermedad.

Si bien existen varias teorías relacionadas con el duelo, la de Kübler-Ross (1969) señala que la negación, la rabia/ira, la negociación, la depresión y la aceptación son etapas que ayudan a comprender el proceso que atraviesa un enfermo terminal al vislumbrar su propia muerte o, mejor dicho, la pérdida de la propia vida. Hay una misteriosa presencia de la subjetividad en los enfermos

crónicos, presencia que determina un no saber cómo responder a la queja permanente que los caracteriza al no saber qué hacer con ellos mismos (Gallo, 2002).

De acuerdo a Foucault (2000), la enfermedad no solo implica una situación reconocida por el propio enfermo como observador objetivo y por el médico como científico, sino que además plantea la necesidad de enfocar el enorme espectro de significados que circulan entre las personas que rodean al enfermo. La cuestión está en ver cómo se construye la concepción de la desviación en ese entorno y qué consecuencias tiene. Al reconocer la enfermedad en una persona, las demás moldean sus conductas frente a ella, y con esto modifican su propia subjetividad. La enfermedad cobra así una materialidad distinta a la del simple mal, convirtiéndose en un estado *social*. Como tal, dicho estado varía con la cultura y con los significados que se le atribuyan.

Por otra parte, el enfermo crónico parece enamorado de su mal; a pesar de quejarse, no se encuentra dispuesto a abandonar su enfermedad porque esta se ha convertido en su “compañera inseparable”, como un elemento que lo representa ante el otro. Quien posee una enfermedad crónica está tan bien educado acerca de su enfermedad que el problema no es orientarle para que el tratamiento tenga éxito, sino cómo descentrar su ser de la identificación con el mal (Gallo, 2002).

De acuerdo a lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue conocer las construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con DM 1 mediante un diseño de investigación cualitativo y desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica.

## MÉTODO

Tal diseño se eligió en función del objeto de estudio, que son los adolescentes; el nivel de comprensión, en el enfoque cualitativo, se alcanzó sobre la representación subjetiva que tiene el adolescente de su padecimiento. Este trabajo da cuenta de un estudio no experimental, exploratorio y descriptivo, que a través de un diseño narrativo-interpretativo busca conocer esa realidad social tan escasamente investigada por el psicoanálisis, con

el propósito principal de analizar las construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con DM 1.

### Participantes

Se empleó una muestra por conveniencia compuesta por adolescentes diagnosticados con DM 1 que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 12 y 14 años de edad, estar incorporados a la Asociación Mexicana de Diabéticos, y ser pacientes con un diagnóstico no mayor a dos años. Se excluyeron los adolescentes con DM 2 o con diabetes gestacional. La muestra final estuvo constituida por cinco adolescentes: tres mujeres y dos hombres.

### Instrumentos

Las técnicas de recolección de datos fueron las entrevistas a profundidad, la observación no participante y el registro de opiniones durante una estadía en un campamento de verano.

### Procedimiento

Antes de llevar a cabo el trabajo de recolección de información, se les leyó la carta de consentimiento en que se informaba a los padres de los adolescentes los objetivos de la investigación, la colaboración que se esperaba de ellos y el asentimiento informado de los participantes. Se les pidió asimismo su autorización para grabar las entrevistas, así como expresar su consentimiento para utilizar los resultados con fines de investigación.

Durante la entrevista a profundidad, en la que el entrevistado se expresa libremente sobre sus sentimientos y pensamientos sin un orden predefinido para tratar los temas, se sigue el discurso del entrevistado con preguntas pertinentes que no están previamente estructuradas sino retomadas del propio discurso del sujeto, lo que lo lleva a profundizar en él. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas fielmente, y se utilizó el software Atlas ti 7 para el análisis de los datos. Se inició el trabajo de análisis seleccionando segmentos de la entrevista y creando las citas y las codificaciones del material significativo. La mayoría de los códigos fueron emergiendo conforme se avanzaba en

el análisis de las entrevistas. Después se hicieron las familias de códigos o categorías. Una vez terminada la codificación y tras leer repetidamente las entrevistas, se identificaron los elementos repetitivos que hicieran posible construir las categorías de análisis, que consistieron en la construcción subjetiva y en sus subcategorías (estigma social, prejuicios ante la enfermedad, representación subjetiva ante la enfermedad y proyecto de vida). Las entrevistas a profundidad se efectuaron de forma individual en los cubículos de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

### Guía de entrevista

La entrevista contiene preguntas como las siguientes, las que, como se dice antes, atienden lo que expresa libremente el participante: “Cuéntame un poco sobre ese momento en que te dijeron que tenías diabetes; ¿y luego qué pasó?; ¿te has puesto a pensar por qué enfermaste?; cuéntame cómo era tu vida hace dos años; ¿ha cambiado tu forma de pensar, sentir o vivir desde el momento en que te diagnosticaron la enfermedad?; cuéntame cómo es para ti tener una enfermedad como la diabetes; ¿cómo representas la diabetes en tu vida?; ¿cambió el trato que te daban los demás?; ¿cómo piensas que te perciben los otros?; ¿cambiaron tus planes a futuro después de que te diagnosticaron la diabetes?; ¿hay alguna otra cosa que quieras agregar que te parezca importante sobre todo lo que hemos platicado?”.

Al concluir la entrevista se integra la interpretación cualitativa de la construcción subjetiva de los adolescentes y se triangulan los datos con la observación no participante y los registros de opinión. La observación no participante es otra de las técnicas utilizadas en esta investigación, la cual participa en los procedimientos para obtener información del objeto de estudio empleando los sentidos con determinada lógica relacional de los hechos, y como instrumento de investigación utilizado sistemáticamente para obtener información a través de los principios del método científico al buscar la validez y confiabilidad de los datos obtenidos.

Se efectuaron las observaciones en los campamentos de verano de Teotepec, ubicados en la



sierra de Arteaga (Coahuila), y organizados por la Asociación Mexicana de Diabetes. Durante siete días se hizo una observación no participante, directa y colectiva a 67 adolescentes, así como a médicos residentes de endocrinología, quienes estaban a cargo de los monitoreos, el control de las dosis de insulina y el conteo de carbohidratos, así como otros especialistas en diabetes.

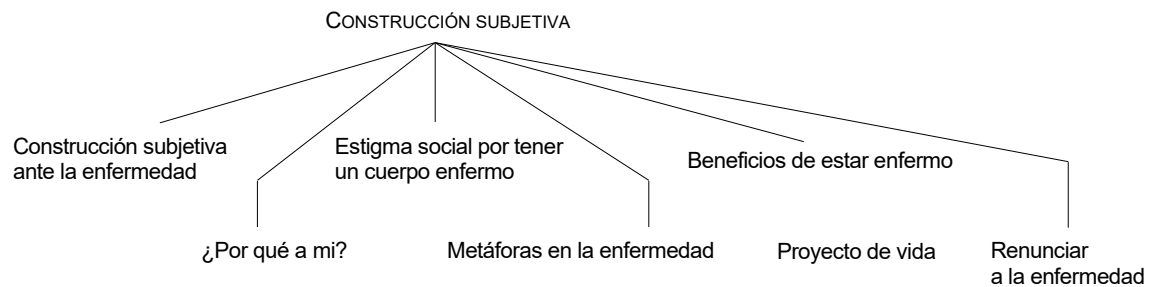
La última técnica para la recolección de datos fue el registro de opinión que los especialistas y los propios adolescentes hacían en diversos momentos de su estancia en el campamento, con el objetivo de incluir las vivencias de los propios actores enmarcadas en las pláticas informales. Por último, se hizo la triangulación de la observación no participante, los registros de opinión y las entrevistas en profundidad.

## RESULTADOS

La categoría que se analizó fue la llamada “construcción subjetiva”. En esta se muestra la manera en que los adolescentes viven y piensan la enfermedad, la cual se dividió en siete códigos: Construcción subjetiva, ¿Por qué a mí?, Estigma social por tener un cuerpo enfermo, Metáforas de la enfermedad, Beneficios de estar enfermo, Proyecto de vida y Renunciar a la enfermedad. Dicha categoría provino de los objetivos específicos de la investigación que, como ya se dijo, converge en determinadas subcategorías de análisis.

Lo anterior se muestra en el siguiente diagrama:

**Figura 1.** Representación gráfica de la categoría construcción subjetiva.



El diagnóstico de diabetes implicó para los adolescentes la confrontación de las consecuencias orgánicas y psicológicas propias de una enfermedad llena de significaciones subjetivas; cada adolescente había vivido de maneras diferentes este proceso, según lo atravesaba su subjetividad al concebirse como enfermo.

Los adolescentes manifestaban la primera etapa del duelo: la negación, desde el momento en que supieron que padecían una enfermedad crónica y permanente (Suris, Michaud y Viner, 2004)). Fue entonces que habían empezado a experimentar dolor psíquico por la concientización de las pérdidas ya sufridas y las que faltaban.

En ese sentido es posible hablar de un doble duelo, pues se valora más la salud cuando ya se ha perdido. Experimentaban el malestar físico y la disrupción psíquica que surge al ver los cambios entre su estilo de vida anterior (carente de prohibiciones) y los que debían llevar en el futuro. Se percibían de un modo diferente, pues la diabetes implica una alimentación restrictiva y una rutina

de chequeo que no hacían sus pares. Al transcurrir el tiempo los adolescentes diabéticos constatan que la enfermedad es para siempre y una parte esencial de sus vidas.

Hay otro doble duelo, manifestado en la rebeldía con la cual responden a sus temores y ansiedades por no saber lo que le ocurre a su cuerpo desde dos vertientes: la propia de su desarrollo y la de la enfermedad.

No obstante, a través de la convivencia con la diabetes los adolescentes perciben tener ciertos beneficios y ganancias debidos a la enfermedad, al grado de expresar que “no se arrepienten de tener diabetes”, como la unión familiar resultante del diagnóstico, la pérdida de peso y la mejora de sus hábitos alimenticios y de su condición física.

La diabetes impacta en el narcisismo propio de la adolescencia, ese sentimiento de “indefensión” desde la mirada de un Otro lleno de estigmas que desencadenan prejuicios. En el inconsciente social existe un entramado complejo de significaciones y patrones previos que operan en un nivel

preconsciente; en ese proceso, los otros contribuyen a estigmatizar enfermedades como la diabetes y, por ende, a quien la padece, lo que aumenta sus sentimientos de inferioridad y vulnerabilidad.

La imagen del cuerpo es eminentemente inconsciente; sin embargo, cuando se asocia al lenguaje consciente, es cuando se utilizan metáforas y metonimias. En este estudio se apreció que los adolescentes utilizaban metáforas referidas a su enfermedad como respuesta a la estigmatización por parte de los demás, incluyendo familiares.

Finalmente, en relación al proyecto de vida, dado que los participantes se hallaban en esta etapa y estaban apenas formando su identidad y preguntándose quiénes eran y a qué aspiraban, sus discursos iban principalmente dirigidos al deseo surgido tras la enfermedad. La mayoría de los entrevistados tenían planeado ser psicólogos como primera opción, sin descartar la posibilidad de estudiar nutrición; cabe mencionar que el interés por dichas profesiones apareció después del diagnóstico de diabetes. En este sentido, se hallaron elementos muy similares, como terminar sus estudios y ejercer una profesión para ayudar a otros que viven la misma situación. El proyecto de vida implica para ellos un rompimiento de expectativas; al ser la enfermedad un obstáculo, genera sentimientos de tristeza, frustración, angustia y miedo; contrariamente a lo que cabría esperar. Todos los adolescentes entrevistados manifestaron una gran resistencia, consciente o inconsciente, a renunciar a su enfermedad porque esta les generaba ciertas ganancias, pues el síntoma le da un asiento a la angustia, así como un nombre, y puede subsanar lo indeterminado que dicho malestar genera, quedando velada por la enfermedad que le da un nombre al sujeto. Es como un síntoma, pero real. En este caso, el padecimiento también funciona así, como un síntoma que le da un nombre al sujeto. Si bien al enfermar de diabetes los adolescentes se encuentran en una forma de pérdida, el ubicar lo perdido les permite salir del riesgo del dolor inconsciente; es decir, ahora saben lo que perdieron.

## DISCUSIÓN

El sujeto que enferma produce cambios corporales, tiene la necesidad de transitar por diversos duelos,

por las distintas pérdidas que ocasionan los tratamientos, por ese cuerpo dañado, por sus ideales narcisistas y por un modo de vida que ya no será igual al de los demás adolescentes.

El duelo, como proceso de trabajo y elaboración psíquico, permite la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida ante la enfermedad.

Las rutinas y cuidados que la diabetes mellitus requiere ponen en juego la relación familiar al crear conflictos entre padres e hijos; pues estos últimos se dicen hartos de la presión y la sobreprotección de los primeros.

Algunos de los participantes en el estudio tendían a no seguir las indicaciones en cuanto al consumo de alimentos cuando convivían con otros adolescentes. Esta pulsión de muerte se propiciaba cuando mostraban enojo contra sus padres, como una forma de castigo hacia ellos.

Durante los tratamientos deben enfrentarse a las repercusiones psíquicas y sociales de la enfermedad, y por tanto a la experiencia de pérdida ya descrita anteriormente. En la experiencia del tiempo subjetivo la persona hace una parada psíquica y se percata de que hay un antes y un después. Tendrá que hacerse cargo de los cambios desencadenados por la diabetes y adquirir una responsabilidad para asumir el autocontrol y una "responsabilidad de sí".

Los adolescentes, frente al desconcierto de lo irremediable, de los procesos de un doble duelo, de los estigmas sociales que viven día a día, necesitan hablar y ser escuchados; necesitan poner en palabras su dolor, en las que es frecuente la utilización de la metáfora para intentar apropiarse de ese sentir donde reina el dolor y el goce, y donde al enfermo le faltan las palabras.

Es por ello que se considera fundamental abrir el espacio a la palabra del adolescente con un cuerpo enfermo y hacer un acompañamiento como clínica de la escucha de la palabra, mediante la cual, en cuanto sujeto, pueda recuperar su lugar y construir un saber sobre lo acontecido a su cuerpo. Esta práctica clínica está en estrecha relación con el psicoanálisis y procura abrir espacios al síntoma como fuente de saber.

La diabetes golpea al narcisismo propio de la adolescencia, ese sentimiento de indefensión desde la mirada de un Otro pleno de estigmas que desembocan en prejuicios. En el inconsciente so-

cial existe un entramado complejo de significaciones y patrones previos que operan en un nivel preconscious en ese proceso en el que los otros contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y a quienes las padecen, lo que acrecenta los sentimientos de inferioridad y vulnerabilidad.

Por otro lado, los adolescentes en estudio se identifican con la diabetes, es decir, se apropian de la enfermedad, lo que implica un acomodamiento del yo a la enfermedad que los conduce a descubrir que, mediante la diabetes, pueden llegar a obtener ciertas gratificaciones: al tener un cuerpo enfermo, ya no deben hacer ningún esfuerzo para ser reconocidos y recibir aprecio o amor.

Según lo antes dicho, los adolescentes se resisten a “soltar” la enfermedad; a pesar de sus quejas, no están dispuestos a renunciar a ella, que es el elemento básico que lo representa para un otro. En este sentido, la enfermedad ya no es vida como un cuerpo extraño que debe extirparse del organismo y del ser, sino como una forma de representación en la que el sujeto no está dispuesto a curarse.

Uno de los resultados más significativos, aunque poco esperados del estudio, es que en la totalidad de los casos manifestaron no querer curarse, lo que se interpreta como que dejar de estar enfermos significa perder todo aquello que lograron obtener en poco tiempo; quizá lo que no consiguieron del Otro en tantos años de conflicto psíquico, lograron a través de la diabetes que ese Otro atendiera sus demandas: ahora tienen un lugar y son reconocidos por ello. El malestar físico los libra del malestar psicológico, y así logran hacer ese llamado al Otro y finalmente ser atendidos, de manera que lo que no fue en un momento tramitado en palabras se convierte en actos que se repiten constantemente. No desear desprenderse de ese beneficio representa la pérdida real del objeto amado, simbolizado en la respuesta recibida por el otro social.

Finalmente, si bien este estudio no permite establecer generalizaciones de los resultados obtenidos, es una aproximación válida para intentar comprender “algo más” de lo que ocurre con esta enfermedad.

## REFERENCIAS

- Alizade, A.M. (1999). Duelos del cuerpo. *Memorias del Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas “Los duelos y sus destinos. Depresiones hoy”*. Asunción (Paraguay): Asociación Psicoanalítica de Paraguay.
- Doltó, F. (1991). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.
- Federación Internacional de Diabetes (2015). *Atlas de la diabetes de la FID (7a ed.)*. Bruselas: FID. Recuperado en <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
- Fernández, O. (1981). El trabajo de duelo durante la adolescencia. En S. Quiroga (Comp.): *Adolescencia: de la metapsicología a la clínica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (1983). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud: *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallo, H. (2002). Cuerpo y enfermedad: Una aproximación psicoanalítica. *Desde el Jardín de Freud*, 2, 120-127.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*. Cuernavaca (México): INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016). Informe final de resultados*. Cuernavaca (México): INSP.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Scribner.
- Lachal, C. (2002). La construcción de la subjetividad y el enlace a la adolescencia. *Campo Psicosomático*, 25(1), 25-47.
- Malka, J., Togora, A., Chocard A.-S., Faure, K. y Duverger, P. (2007). Réflexion sur l’impact psychique de la maladie somatique chronique chez l’adolescent. *Neuropsychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescence*, 55(3), 149-153.
- Suris, J.C., Michaud, P.A. y Viner, R. (2004). The adolescent with chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice*, 89, 938-942.



# Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa<sup>1</sup>

## *Evaluation of two psychological treatments for pregnant women with anxious symptomatology*

Carlos Augusto Rodríguez Durán y Ana Beatriz Moreno Coutiño<sup>2</sup>

*Citación:* Rodríguez D., C.A. y Moreno C., A.B. (2021). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 31(1), 69-79. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2677>.

### RESUMEN

*Introducción:* La sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas tiene una prevalencia de entre 15 y 50% y puede provocar complicaciones en este periodo. Los programas basados en la atención plena y el tratamiento cognitivo-conductual son dispositivos terapéuticos eficaces para combatir esta problemática. *Objetivo:* En un hospital de la Ciudad de México, evaluar el efecto de dos intervenciones psicológicas para reducir los síntomas de ansiedad en mujeres embarazadas: atención plena compasiva y terapia cognitivo-conductual, de ocho sesiones individuales cada intervención y con una duración de 90 minutos cada módulo. *Método:* Se implementó un diseño intrasujetos con evaluaciones en el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento de tres meses. La asignación de las participantes a cada tratamiento fue aleatoria. Seis participantes finalizaron su tratamiento y los seguimientos. Se utilizaron como instrumentos psicométricos un inventario de ansiedad, una escala de atención plena y una escala de compasión. *Resultados:* Se calculó el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel. Ambos tratamientos fueron eficaces para reducir la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas. Las participantes que asistieron al modelo de atención plena compasiva lograron aumentar sus niveles de atención plena y de compasión. *Discusión:* Una limitación del estudio fue el pequeño número de participantes. Se sugiere que estos modelos continúen siendo probados en el ámbito hospitalario para recabar más evidencia sobre estos tratamientos psicológicos.

**Palabras clave:** Ansiedad; Embarazo; Terapia cognitivo-conductual; Atención plena; Compasión.

### ABSTRACT

*Introduction:* Anxious symptomatology in pregnant women affects between 15% and up to 50% of them and can cause obstetric complications in this period. Programs based on mindfulness and cognitive behavioral therapies have shown to be effective therapeutic devices to cope with this problem. *Objective:* To evaluate the effects of two psychological interventions for the reduction of anxiety symptoms in pregnant women: a) compassionate mindfulness and b) cognitive behavioral therapy, with participants randomly assigned to each treatment. Treatments were given through eight individual sessions lasting 90 minutes per module. *Method:* An anxiety inventory, a mindfulness scale, and a compassion scale were used as measurement instruments through a within-subject design with evaluations at pretreatment, posttreatment and a 3-month follow-up. Six participants completed treatments and follow-ups. *Results:* Cardiel's clinical objective change formula on data revealed that both treatments were effective in reducing anxious symptoms in pregnant women. Participants exposed to the compassionate mindfulness model increased their levels of mindfulness

<sup>1</sup> El autor con CVU: 547237, número del becario: 298881, y número de apoyo: 449439, agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento para este trabajo.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, Ciudad de México, México. Correos electrónicos: carlosreduran@hotmail.com y moca99\_99@yahoo.com. Artículo recibido el 3 de octubre de 2019 y aceptado el 16 de abril de 2020.



*and compassion. Discussion: As a limitation, in this study the number of participants was small. It is suggested that these models continue to be tested in hospital settings to gather further evidence regarding these psychological treatments.*

**Keywords:** Anxiety; Pregnancy; Cognitive-behavioral therapy; Mindfulness; Compassion.

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada trece personas en el mundo sufre de ansiedad, y sus trastornos más comunes son las fobias específicas y las sociales. Estos trastornos se desarrollan a partir de un complejo conjunto de factores de riesgo, los cuales incluyen la genética, la química del cerebro, la personalidad y los eventos de vida (World Health Organization, 2020). La ansiedad es pues un problema de salud pública, por lo que se considera importante desarrollar intervenciones psicosociales que puedan resolver eficazmente este padecimiento (Clark y Beck, 2013).

La ansiedad se puede definir como la percepción psicológica de una amenaza futura, y se manifiesta fisiológica, afectiva, cognitiva y conductualmente (Rygh y Sanderson, 2004). Es también un estado de activación del sistema nervioso central y del sistema nervioso autónomo que prepara al organismo para afrontar situaciones de peligro (Barrondo, Martínez y González, 2008).

Internacionalmente, la prevalencia de la ansiedad en mujeres embarazadas se encuentra en un rango que va de entre 15 y 30% (Fairbrother, Jansen, Antony, Tucker y Young, 2016; Silva, Nogueira, Clapis y Leite, 2017). En México, un estudio descriptivo estimó esa prevalencia en 50.5% de las pacientes embarazadas, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se estudió a 103 mediante la Escala de Ansiedad de Goldberg (Aceves, Ureña, Contreras, Magaña y Romero, 2013).

La ansiedad conlleva respuestas psicológicas como la percepción de temor, intranquilidad, angustia y preocupación (Cano, Dongil, Salguero y Wood, 2013), así como un aumento de la tensión

muscular, respiración, presión arterial y frecuencia cardíaca (Hoehn-Saric, 1998). Algunas investigaciones señalan que cuando esta sintomatología aparece en el transcurso del embarazo, se asocia con complicaciones obstétricas (Leonetti y Martins, 2007), bajo peso del producto al nacer, nacimiento prematuro (Ding et al., 2014), mayor duración del parto (Reck et al., 2013) y afectaciones en el neurodesarrollo fetal (Glover, Ahmed-Salim y Capron, 2016).

Por lo anterior, se considera primordial atender a las mujeres embarazadas que exhiban una sintomatología ansiosa mediante tratamientos psicológicos basados en evidencia, a fin de prevenir el desarrollo de problemas de ansiedad y reducir los riesgos en la salud de la madre y el bebé (Lemon, Vanderkruik y Dimidjian, 2015).

## Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) es una forma de psicoterapia empíricamente validada que ha demostrado ser efectiva en diferentes trastornos psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad, así como en los de personalidad (Beck, 2005). De acuerdo con Kingdon y Dimech (2008), se puede aplicar de forma individual o grupal y es efectiva en diferentes grupos de edad, en la comparación directa con otras intervenciones y en el mantenimiento de beneficios al término del tratamiento.

La TCC se ha evaluado como una intervención psicológica para una amplia gama de trastornos de ansiedad (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). Incluye la combinación de los siguientes componentes: psicoeducación, automonitoreo, reestructuración cognitiva y técnicas de regulación fisiológica, como la relajación muscular progresiva y la respiración profunda (Clark y Beck, 2013). Asimismo, se ha reportado que la TCC y la farmacoterapia son igualmente eficaces para el tratamiento de corto plazo de los trastornos de ansiedad; sin embargo, la primera se percibe como menos aversiva para los participantes, pues las tasas de abandono son menores y se reduce el riesgo de recaídas en comparación con la farmacoterapia sola (Epp, Dobson y Cottraux, 2009).

Una revisión sistemática de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para las mujeres embarazadas diagnosticadas con trastornos de ansiedad (Marchesi et al., 2016) sugiere que la TCC debiera ofrecerse a estas como primera opción debido a su eficacia para tratarlos.

Un estudio piloto examinó la efectividad de la TCC grupal en diez mujeres diagnosticadas con ansiedad en su etapa perinatal. Las participantes completaron seis sesiones semanales con duración de dos horas cada una. Como resultado hubo una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva al término del tratamiento. Aunado a lo anterior, las participantes reportaron una mayor aceptación y complacencia con la intervención. Estos hallazgos sugirieron que la TCC es eficaz para disminuir la ansiedad en mujeres embarazadas (Green, Haber, Frey y McCabe, 2015).

### Atención plena y compasión

La atención plena es una alternativa psicoterapéutica que forma parte de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, formalmente definida por Hayes (2004) en la revista *Behavior Therapy*, con lo que se implantó una nueva propuesta enriquecida que trae mejoras en la atención a la salud (Pérez, 2012). El entrenamiento en atención plena es una práctica milenaria conservada a lo largo de generaciones entre los budistas, aunque en las últimas décadas ha sido conceptualizada como una habilidad psicológica, de manera que se ha implantado en contextos clínicos hospitalarios. De hecho, en numerosos países se ha integrado a la mayor parte de los modelos psicoterapéuticos actuales (Miró, 2012).

Atención plena es la traducción de la palabra inglesa *mindfulness*, la cual proviene a su vez de *sati*, una palabra pali, un idioma índico o prácrito, que se puede traducir como “estar atento”, “mantenerse consciente”, “tener conciencia plena” o “presencia plena”, la cual se refiere a que la persona se concentra en la tarea que está realizando en ese momento sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo, lo que le genera energía, claridad y alegría (Brown y Ryan, 2003).

La práctica de la atención plena no estaría completa si se deja de lado el cultivo de la compasión, término que se deriva del sánscrito *karuna* y que entraña un sincero deseo de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás, así como la acción que se pone en práctica para conseguirlo (Simón y Germer, 2011). La definición de la compasión está integrada por dos partes: una motivacional, que implica la aspiración verdadera que abarca a todo ser, incluido uno mismo, por lo que no se trata de sacrificarse a costa del bienestar de los demás; la segunda parte, que involucra las acciones concretas que se emprenden, que son motivadas por la aspiración compasiva y que formarán parte de las causas que implantarán un cambio en la experiencia propia y en la de los demás (Hartig, 2013). La compasión, al ser una parte fundamental de la filosofía que sustenta la atención plena, puede ser entrenada en cualquier persona con la ayuda de prácticas meditativas (Bornemann y Singer, 2013).

Asimismo, los tratamientos basados en atención plena mejoran la salud mental al incidir en variables tales como la regulación emocional, el estrés y la sintomatología ansiosa. Estos resultados se han encontrado en diversos grupos etarios (adultos y de tercera edad), así como en personas con trastorno de ansiedad generalizada, de pánico y de ansiedad social (Goldin y Gross, 2010; Helmes y Ward, 2017; Hoffman et al., 2012; Koszycki et al., 2016).

Recientes estudios clínicos experimentales sugieren que la práctica de la atención plena en mujeres embarazadas disminuye los niveles de estrés, ansiedad y depresión, al mismo tiempo que aumenta los estados afectivos positivos. Las participantes han reportado buena adherencia a este modelo de intervención. Al disminuir el número de nacimientos complicados, la atención plena puede reducir la duración de la hospitalización sin generar gastos extras para la paciente ni para el hospital; otra ventaja es que dicha intervención puede llevarse a cabo individual o grupalmente (Goodman et al., 2014; Guardino, Dunkel-Schetter, Bower, Lu y Smalley, 2014; Matvienko-Sikar, Lee, Murphy y Murphy, 2016; O’Leary, Dockray y Hammond, 2016).

En específico, las intervenciones basadas en la atención plena que integran componentes centrados en la autocompasión también han reportado resultados prometedores para el tratamiento de sintomatología ansiosa en las mujeres embarazadas (Pereira et al., 2016).

Aunque la ansiedad durante el embarazo es común y puede causar problemas de salud física y mental en la futura madre, así como en el desarrollo del producto, se ha prestado poca atención a este importante problema, por lo que hay escasas investigaciones y se ha dejado a las mujeres embarazadas con pocas opciones de tratamientos psicológicos basados en evidencia (Lemon et al., 2015). De acuerdo a lo anterior, es importante que las mujeres embarazadas de nuestro país cuenten con servicios de salud psicológica enfocados específicamente a la reducción de la ansiedad en esa etapa (Pimentel, Morales, Sánchez y Meza, 2013).

Por consiguiente, el objetivo del presente análisis fue probar la eficacia de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa mediante comparaciones intrasujetos, llevándose a cabo un estudio piloto para conocer el efecto de los modelos de intervención basados en la atención plena compasiva (APC en lo sucesivo) y la TCC en mujeres embarazadas en un hospital general de la Ciudad de México.

## MÉTODO

### Participantes

En el área de consulta externa del hospital, se invitó a cuarenta mujeres embarazadas a participar en un curso-taller y realizar una evaluación inicial. El principal criterio de inclusión fue que presentaran sintomatología ansiosa en los siguientes niveles: algo, bastante o mucha ansiedad; no se aceptaron mujeres que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico. En total, dieciocho mujeres que cumplieron los criterios de inclusión completaron la preevaluación, por lo que fueron asignadas mediante un método aleatorio simple a los dos grupos de tratamiento (nueve al modelo APC y nueve al de TCC). Seis participantes (tres en APC y tres en TCC) concluyeron los ocho módulos de estas intervenciones, realizaron la evaluación tras el tratamiento y se sometieron al seguimiento a los tres meses.

Las razones por las cuales las restantes mujeres no continuaron en el estudio fueron las siguientes: horarios de trabajo inflexibles, largas distancias que dificultaban llegar a tiempo a las sesiones, cambio de hospital para continuar sus controles médicos y problemas económicos. En la Tabla 1 se resumen los datos sociodemográficos de las seis participantes que concluyeron el tratamiento.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de las participantes n = 6.

Participante	Edad	Estado civil	Escolaridad	Edad gestacional	Enfermedad psiquiátrica
1 TCC	39	Unión libre	Licenciatura	21 semanas	No
2 TCC	34	Soltera	Licenciatura	24 semanas	No
3 TCC	37	Soltera	Licenciatura	24 semanas	No
1 APC	32	Casada	Preparatoria	21 semanas	No
2 APC	36	Casada	Doctorado	22 semanas	No
3 APC	25	Soltera	Licenciatura	23 semanas	No

### Diseño

El diseño empleado en el estudio fue intrasujetos, con medidas repetidas de las variables dependientes en pretratamiento, postratamiento y seguimiento (Barlow, 2009; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Instrumentos

*Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida, versión Beta (IMADIS)* (Jurado, en prensa).

Este instrumento cuenta con un valor de confiabilidad medida por el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de

0.96, y validez concurrente con el Inventario de Ansiedad de Beck ( $r = .70$ ). Está constituido por 21 reactivos con opciones de respuesta que van de 1, “Nunca”, a 5, “Siempre”.

*Escala de Atención Plena (MAAS) (Brown y Ryan, 2003).*

Adaptada y validada para población mexicana (por López et al., 2015), esta escala tiene un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .89 y validez concurrente con el Cuestionario de Cinco Facetas de la Atención Plena ( $r = .45$ ) (Baer, 2011). Cuenta con quince reactivos con opciones de respuesta que van de 1, “Casi siempre”, a 6, “Casi nunca”.

*Escala de Compasión (ECOM) para Población Mexicana (Tello y Coutiño, 2019).*

Este instrumento tiene un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .90 y una validez estructural. Los indicadores de bondad de ajuste presentan niveles adecuados. La escala consta de 17 reactivos con opciones de respuesta que van de 1, “Nunca”, a 7, “Siempre”.

## Procedimiento

Se reclutó a mujeres embarazadas que asistían al servicio de consulta externa del hospital. Por medio de una invitación personal en forma de tríptico, se les explicó el objetivo, la duración y los beneficios de participar en los tratamientos psicológicos. A quienes estuvieron interesadas se les citó a una sesión de evaluación mediante un pase que contenía los siguientes datos: nombre y teléfono del psicólogo, así como día y fecha de la consulta. Los procedimientos de evaluación e intervención se llevaron a cabo en un aula ubicada dentro del hospital, lugar que contaba con iluminación adecuada, dos sillas, una mesa y los materiales para llevar a cabo las intervenciones (pantalla con bocinas y computadora), asegurándose así que todas las participantes fueran expuestas a las mismas condiciones ambientales.

Las actividades realizadas en la sesión de evaluación fueron las siguientes: medición de los signos vitales al inicio y al final de la sesión, aplicación de entrevista inicial semiestructurada, aplicación de los instrumentos psicométricos señalados antes, evaluación de los criterios de inclusión,

firma de una carta de consentimiento informado, evaluado por el Comité de Ética del hospital, y asignación aleatoria de cada participante a los tratamientos psicológicos (TCC o APC). La duración promedio de estas sesiones fue de 90 minutos.

Los tratamientos se implementaron respectivamente en ocho módulos, con duración aproximada de 90 minutos. Un psicólogo con entrenamiento tanto en APC como en TCC, y teniendo un rol directivo, hizo ambas intervenciones, para esto llevó a cabo exposiciones teóricas y ejercicios prácticos. La integridad del tratamiento fue evaluada por medio de registros efectuados por una psicóloga observadora independiente, quien calificó cada sesión mediante una lista cotejable de actividades a realizar por parte del terapeuta. En la psicoeducación, ambos tratamientos utilizaron los componentes de ansiedad en el embarazo y desregulación emocional que a continuación se describen:

a) *Ansiedad y embarazo*: Se explicaron los factores que inciden en la ansiedad (Sierra, Ortega y Zubeidat 2003), la frecuencia de la ansiedad en el embarazo (Aceves et al., 2013), la asociación entre sintomatología ansiosa elevada y las complicaciones obstétricas (Leonetti y Martins, 2007), los daños provocados por la ansiedad en el desarrollo fetal (Ding et al., 2014) y el desequilibrio fisiológico (Reck et al., 2013).

b) *Desregulación emocional*: Se explicó asimismo cómo se relaciona la mente con el cuerpo y que la respuesta fisiológica del miedo genera un desequilibrio en las funciones de los sistemas nerviosos central y autónomo (eje simpático-medular-adrenal y eje hipotalámico-hipofisario-adrenal), lo que provoca procesos de estrés y ansiedad en las personas y, sobre todo, afecta la salud de las mujeres embarazadas y del producto (Barrondo et al., 2008; Leonetti y Martins, 2007; Reck et al., 2013).

## Modelo de la APC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa

### 1. Introducción al modelo de atención plena compasiva.

Definición y beneficios de la atención plena compasiva: Se explicó que la atención plena compasiva es la capacidad de permanecer en el momento



presente, sin juzgar, con aceptación, sin generar aversión o apego a los eventos mentales, y con el reconocimiento y aspiración de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás (Paquini y Couñiño, 2017).

## 2. Atención plena.

a) Entrenamiento en el entendimiento de la causalidad. Mediante ejemplos y preguntas de reflexión, se abordó la causalidad y la responsabilidad de los actos; se explicó que a cada acción (ya sea un pensamiento, palabra o conducta) le corresponde una reacción.

b) Entrenamiento en la percepción de la interdependencia: Se señaló que la interdependencia es la característica de la realidad que afirma la codependencia y la interrelación de todos los fenómenos.

c) Entrenamiento en la percepción de la impermanencia: Se explicó que la impermanencia es una de las características de la realidad, ya que todos los fenómenos compuestos se encuentran en constante cambio.

d) Entrenamiento en el reconocimiento de la vacuidad: Se expuso que cada fenómeno compuesto, incluyendo pensamientos, palabras y acciones, carece de existencia inherente.

## 3. Compasión.

a) Sufrimiento: Se detalló que el sufrimiento es una condición presente en la vida de todas las personas. La principal causa del sufrimiento es el apego, así como la aversión y la ignorancia, o el no saber cómo aliviar nuestro sufrimiento.

b) Compasión: Se señaló que la compasión es un sincero deseo de aliviar nuestro sufrimiento y el del prójimo, y se describieron las acciones que se ponen en práctica para conseguirlo (Simón y Germer, 2011).

c) Acciones virtuosas: Se expuso que la atención plena y la compasión son un equilibrio que permite practicar virtudes, las cuales se pueden definir como acciones que producen beneficios a algún ser vivo y que nos liberan a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento.

## 4. Meditación.

a) Meditación formal en la atención plena: Se entrenó en las técnicas de meditación *Shamata*, o

mente en calma, que se compone de tres habilidades: la postura, la respiración y la motivación adecuada. Cada sensación, pensamiento y emoción se reconocen y aceptan gentilmente, sin juzgarse, y luego se liberan, mientras la atención regresa a la respiración.

b) Meditación formal en la compasión: Se llevó a cabo generando mentalmente la aspiración de liberar a los seres del sufrimiento, para lo cual se utilizaron las técnicas guiadas de amor bondadoso, o *Metta Bhavana* (Hangartner, 2013), y una meditación de intercambio de uno mismo con los demás, o *Tonglen* (Ricard, 2009).

c) Meditación informal de la atención plena: Se enseñó a cada participante a dirigir y mantener intencionalmente la atención a la experiencia presente y en situaciones de la vida cotidiana. Se realizaron meditaciones al comer, caminar, lavarse las manos y encender la luz.

d) Meditación informal de la compasión: Se explicó que la compasión correcta implica realizar acciones que alivien el sufrimiento en el momento en el que se detecta. Se practicó el reconocimiento diario del sufrimiento y el anhelo de liberarse de él, generando acciones, palabras o pensamientos que contribuyen a cambiar la experiencia.

## Modelo de la TCC para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa

### 1. Introducción al modelo cognitivo-conductual.

Se explicó el modelo cognitivo-conductual de la experiencia de la ansiedad y preocupación (Borkovec, 2006) abordando los estímulos provocadores de tales respuestas para notar las sensaciones, pensamientos e imágenes asociadas. La experiencia de la ansiedad se divide en el estímulo disparador, y luego en tres diferentes áreas: la cognitiva, la fisiológica y la conductual (Rygh y Sanderson, 2004).

### 2. Relajación.

Se explicó a las participantes que el fin de la relajación es reducir los síntomas fisiológicos de la ansiedad, y de este modo contribuir a la reducción de las preocupaciones. Las técnicas ocupadas fueron las siguientes:

a) Tensión-relajación: Sentadas en una silla, realizaron ejercicios de tensión-relajación en catorce



grupos musculares, para lo que utilizaron las técnicas de profundización de la relajación mediante la respiración lenta, regular y diafragmática, al final de lo cual se puso en práctica la respiración relajada.

b) Relajación mediante recuerdo: Consiste en concentrarse en los grupos musculares y en liberar la tensión existente en los mismos mediante el recuerdo de las sensaciones de relajación logradas en las prácticas anteriores.

c) Relajación suscitada por señal: Se hacen cuatro o cinco respiraciones lentas, se repite la palabra *relajación* u otra similar al espirar, y al hacer esto se libera toda la tensión en el cuerpo, concentrándose la participante en las sensaciones de relajación.

d) Relajación diferencial en posición sentada y de pie: Consiste en tensar solamente aquellos músculos directamente requeridos por una posición o actividad. La tensión de los músculos no requeridos se reduce al máximo. Se hace cuando no se está activo, cuando se está mínimamente activo, y cuando se está claramente activo.

e) Relajación rápida: Se lleva a cabo cuatro veces en las siguientes condiciones: sentada, de pie, no activa y activa. La relajación rápida combina las estrategias de relajación aprendidas en los módulos anteriores. Se practica diez veces al día en las situaciones normales de la vida cotidiana y lleva un registro de la práctica de relajación.

### 3. Reestructuración cognitiva.

a) Primer paso: Se incrementa la conciencia de la actividad cognitiva durante los episodios de preocupación y se emplea un registro de estos, haciéndose una diferenciación entre los hechos concretos y la interpretación de una experiencia. Se reconocen las distorsiones cognitivas más comunes en pensamientos y suposiciones.

b) Segundo paso: Se desafían las distorsiones cognitivas mediante la técnica de descubrimiento guiado a través del método socrático para cuestionar y alterar las distorsiones cognitivas y, por consiguiente, las respuestas emocionales.

c) Tercer paso: Se generan puntos de vista alternativos, como imaginar el evento angustiante desde la perspectiva de una tercera persona, cambiar los roles con alguien que pueda pasar la misma situación, ver el evento en un contexto más

amplio, así como imaginar lo peor y lo mejor en un escenario más realista.

d) Cuarto paso: Ante un episodio de ansiedad, se crea una respuesta racional que pueda ser evaluada por experiencias de la vida real. Se enseña a la participante cómo usar un formato de respuesta racional para crear una interpretación más adaptativa del evento y para solidificar el cambio en las cogniciones.

### 4. Mantenimiento y prevención de recaídas.

a) Prevención de recaídas: Se utilizan las llamadas “metáfora del viaje” y la “montaña del cambio”. Se explica la diferencia entre caída y recaída, dejándose como tarea de mantenimiento practicar de modo regular las técnicas aprendidas en las situaciones normales y estresantes de su vida cotidiana.

### Postratamiento y seguimiento.

A cada participante se le hicieron mediciones postratamiento y de seguimientos de tres meses, evaluándose las mismas variables psicológicas del pretratamiento.

### Análisis estadístico

Las variables psicométricas se midieron en escalas de intervalo y se evaluaron mediante el índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), el cual compara la diferencia entre la puntuación postest y pretest dividida entre el pretest; indica deterioro o mejoría clínica. Para esta variable se evaluó el pretratamiento, el postratamiento y el seguimiento a los tres meses.

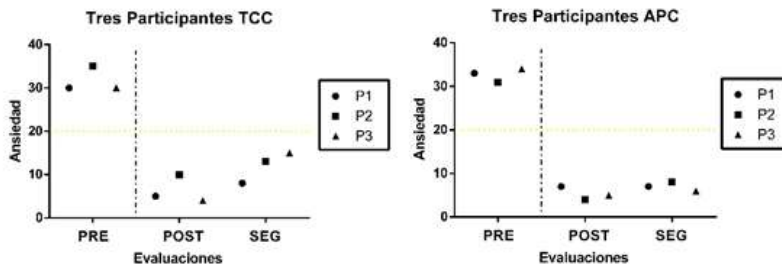
## RESULTADOS

La Figura 1 señala los niveles de sintomatología ansiosa en la escala MAAS, medidos en las evaluaciones de pretratamiento, postratamiento y seguimiento. La gráfica izquierda muestra la disminución de esta variable en tres participantes del modelo de TCC; asimismo, la gráfica derecha muestra la reducción de dicha variable en tres participantes del modelo de APC. Es importante mencionar que, de acuerdo con los indicadores en esta escala (poca ansiedad [1-29], algo de ansiedad [30-34], bastante ansiedad [35-41] y mucha an-

siedad [42-93]), las participantes pasaron de tener “algo de ansiedad” en el pretratamiento a “poca ansiedad” en el postratamiento y el seguimiento. Finalmente, se puede notar en el seguimiento una

mayor tendencia a mantener la reducción de la ansiedad en las participantes que asistieron al programa de APC, en contraste con las participantes del programa de TCC.

**Figura 1.** Niveles de sintomatología ansiosa.



La Tabla 2 describe los porcentajes obtenidos por cada participante, mediante el CCO, en la variable de ansiedad. Las tres participantes que asistieron al modelo de TCC disminuyeron sus niveles de sintomatología ansiosa, y fue así como lograron una mejora clínica significativa en términos de re-

ducción del porcentaje en el postratamiento y en el seguimiento. De igual manera, las tres mujeres en el modelo de APC también obtuvieron una mejora clínica al reducir sus porcentajes de ansiedad de manera significativa.

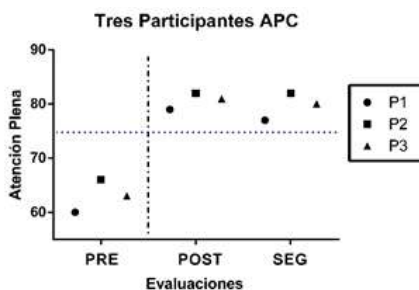
**Tabla 2.** CCO en la variable Ansiedad.

Tratamiento	Participantes	Ansiedad	
		Post-pre/pre	Seg-pre/pre
TCC	P1	-83%	-73%
	P2	-71%	-62%
	P3	-86%	-50%
APC	P1	-78%	-78%
	P2	-87%	-74%
	P3	-85%	-82%

En la Figura 2 se grafican los niveles de atención plena de acuerdo con la escala IMADIS en las tres participantes que asistieron al programa de APC. La participante 1 obtuvo 60 puntos en el pretratamiento, aumentó a 79 en el postratamiento y disminuyó a 77 puntos en el seguimiento. La participante 2 alcanzó 66 puntos en el pretratamiento,

aumentó a 82 en el postratamiento y mantuvo el mismo número en el seguimiento. Finalmente, la participante 3, quien obtuvo 63 puntos en el pretratamiento, aumentó su puntuación a 81 en el postratamiento, y se mantuvo en el seguimiento con 80 puntos.

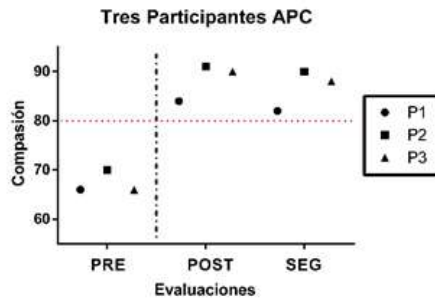
**Figura 2.** Niveles de atención plena.



La Figura 3 muestra las puntuaciones en bruto de la escala ECOM. Se aprecia en ella que las participantes que asistieron al programa de APC aumentaron sus niveles en esta variable. La participante 1, de tener 66 puntos en el pretratamiento, aumentó a 84 en el postratamiento y disminuyó a 82 en el

seguimiento. La participante 2 obtuvo 70 puntos en el pretratamiento, alcanzó 91 en el postratamiento y 90 en el seguimiento. Por último, la participante 3 obtuvo 66 puntos en el pretratamiento, aumentó en el postratamiento a 90 y se mantuvo en el seguimiento con 88 puntos.

**Figura 3.** Niveles de compasión.



La Tabla 3 analiza el CCO en los porcentajes obtenidos en las variables de atención plena y compasión. Las tres mujeres que asistieron al modelo de APC aumentaron sus porcentajes en el postratamiento

y obtuvieron una mejora clínica significativa en dichas variables, resultados que se mantuvieron en el seguimiento.

**Tabla 3.** CCO en atención plena y compasión.

Tratamiento	Participantes	Atención plena		Compasión	
		post-pre/pre	seg-pre/pre	post-pre/pre	seg-pre/pre
APC	P1	31%*	28%*	27%*	24%*
	P2	24%*	24%*	30%*	28%*
	P3	28%*	26%*	36%*	36%*

\* Cambio clínicamente significativo cuando es mayor a 20%

## DISCUSIÓN

En esta investigación se pudo observar que tanto la terapia cognitivo-conductual como la de atención plena y compasión lograron favorecer la disminución de sintomatología ansiosa en las seis mujeres embarazadas que concluyeron la intervención. Sin embargo, en los seguimientos a tres meses se pudo notar una tendencia a mantener una mayor reducción de la ansiedad en las participantes en el programa de APC. Ambos tratamientos pueden considerarse benéficos para mujeres embarazadas con características similares a las que participaron en esta investigación.

Además, este hallazgo concuerda con estudios preliminares, donde tanto la TCC (Green et al., 2015) como la APC (Matvienko-Sikar et al., 2016) lograron cambios clínicos en mujeres em-

barazadas con sintomatología ansiosa. Asimismo, las participantes que recibieron el modelo de APC lograron aumentar sus niveles de atención plena y de compasión. Estudios como el de Goodman et al. (2014), corroboran los beneficios del entrenamiento en atención plena al incidir en estados afectivos positivos, así como en la disminución de niveles de estrés y ansiedad en mujeres embarazadas.

Entre las limitaciones del presente trabajo puede cuestionarse que el tamaño de la muestra fue demasiado pequeño, aunque esto se debió a las dificultades que tuvieron las participantes para asistir o continuar con los tratamientos psicológicos. Sin embargo, en estudios posteriores sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra para lograr una mayor validez externa, así como generar grupos controles o de comparación para aumentar la validez interna. Se propone que en

futuras investigaciones se indague en variables tales como los indicadores fisiológicos asociados a la respuesta de estrés-ansiedad, la adherencia al tratamiento y la evaluación de los componentes de cada modelo de intervención.

Esta investigación preliminar permitió implementar dos servicios de salud mental de bajo costo y alta eficacia para reducir la sintomatología

ansiosa en mujeres mexicanas embarazadas. Por lo anterior, sería conveniente que estos dos modelos de tratamiento continúen siendo probados para que en un futuro puedan ser proporcionados a un mayor número de mujeres a fin de que disminuyan los riesgos asociados a la ansiedad durante el embarazo.

## REFERENCIAS

- Aceves K., G.S., Ureña B., E.C., Contreras M., E.D., Magaña M., A.S. y Romero M., A.R. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), 25-27. Doi: 10.1016/S1405-8871(16)30082-7.
- Baer, R.A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 241-261. Doi: 10.1080/14639947.2011.564842.
- Barlow, D.H. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pearson.
- Barrondo S., M., Martínez P., A.S. y González M., P. G.-P. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano: Medicina y Humanidades*, 1714, 9-14.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. Doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953.
- Borkovec, T.D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. En C. L. Graham Davey y A. Wells (Eds.): *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 273-287). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013). What do we (not) mean by training. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science*. Leipzig (Alemania): Max Planck Society.
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cano V., A., Dongil C., E., Salguero, J.M. y Wood, C.M. (2013). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*, 102, 4-27.
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Clark, D. y Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
- Díaz, M., Ruiz, M.Á. y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales*. Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
- Ding, X.-X., Wu Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H. y Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 159, 103-110.
- Epp, A., Dobson, K. y Cottraux, J. (2009). Applications of Individual cognitive-behavioral therapy to specific disorders efficacy and indications. En G. O. Gabbard (Ed.): *Textbook of psychotherapeutic treatments*. American Psychiatric Association.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M.M., Tucker, E. y Young, A.H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155.
- Glover, V., Ahmed-Salim, Y. y Capron, L. (2016). Maternal anxiety, depression, and stress during pregnancy: Effects on the fetus and the child, and underlying mechanisms. En N. Reissland y B. S. Kisilevsky (Eds.): *Fetal development* (pp. 213-227). New York: Springer.
- Goldin, P.R. y Gross, J.J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91. Doi: 10.1037/a0018441.
- Goodman, J.H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. y Freeman, M. (2014). Calm Pregnancy: Results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373-387.
- Green, S.M., Haber, E., Frey, B.N. y McCabe, R.E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 631-638.
- Guardino, C.M., Dunkel-Schetter, C., Bower, J.E., Lu, M.C. y Smalley, S.L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health*, 29(3), 334-349.

- Hangartner, D. (2013). Human suffering and the four immeasurables: A Buddhist perspective on compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion: bridging practice and science* (pp. 152-164). Munich: Max Planck Society.
- Helmes, E. y Ward, B.G. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health, 21*(3), 272-278.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hoehn-Saric, R. (1998). Psychic and somatic anxiety: Worries, somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(s393), 32-38.
- Hoffman, C.J., Ersner, S.J., Hopkinson, J.B., Nicholls, P.G., Harrington, J.E. y Thomas, P.W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 30*(12), 1335-1342.
- Jurado, S. (en prensa). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida Versión Beta*. México: UNAM.
- Kingdon, D. y Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: The state of the art. *Psychiatry, 7*(5), 217-220.
- Koszycki, D., Thake, J., Mavounza, C., Daoust, J.-P., Taljaard, M. y Bradwejn, J. (2016). Preliminary investigation of a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder that integrates compassion meditation and mindful exposure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22*(5), 363-374.
- Lemon, E.L., Vanderkruik, R. y Dimidjian, S. (2015). Treatment of anxiety during pregnancy: Room to grow. *Archives of Women's Mental Health, 18*(3), 569-570. Doi: 10.1007/s00737-015-0514-3.
- Leonetti, L. y Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 15*(4), 677-683.
- López M., E., Hernández P., M.R., Méndez S., L., Gutiérrez G., J.J., Araujo D., D., Nuñez G., A., Cervantes S., L.K., Nava A., S., Bautista G., L.E. y Hölzel, B.K. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia. Avances de la Disciplina, 9*(1), 13-27.
- Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B.D., Tonna, M. y De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 190*, 543-550.
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G. y Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health, 31*(12), 1415-1434.
- Miró B., M.T. (2012). Mindfulness y auto-observación terapéutica. En M. T. Miró B. (Ed.): *Mindfulness en la práctica clínica* (pp. 15-50). Bilbao (España) Desclée de Brouwer.
- O'Leary, K., Dockray, S. y Hammond, S. (2016). Positive prenatal well-being: Conceptualising and measuring mindfulness and gratitude in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health, 19*(4), 665-673.
- Paquin E., M.S. y Coutinho A., M. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud, 27*(2), 167-178.
- Pereira A., T., Xavier, S., Bento, E., Azevedo, J., Marques, M., Soares, M.J., Freitas, V., Pinto, A.M., Roque, C. y Macedo, A. (2016). Mindfulness, self-compassion and depressive symptoms in pregnant women. *European Psychiatry, 33*, S420.
- Pérez Á., M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 291-310.
- Pimentel N., D., Morales C., F., Sánchez B., C. y Meza R., P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y Reproducción Humana, 27*(2), 98-105.
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. y Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and child-birth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women's Mental Health, 16*(5), 363-369.
- Ricard, M. (2009). *El arte de la meditación*. Barcelona: Urano, S.A.
- Rygh, J.L. y Sanderson, W.C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York: The Guilford Press.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade, 3*(1), 11-60.
- Silva M., M.J., Nogueira D., A., Clapis M., J. y Leite E., P.R.C. (2017). Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51*.
- Simón, V. y Germer, C. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Tello A., L. y Coutinho A., B.M. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud, 29*(1), 25-32.
- World Health Organization (2020). *Mental health. Facts y statistics*. Geneve: WHO.





# Indicadores psicológicos y de pareja relacionados con la insatisfacción marital: estrategias de intervención<sup>1</sup>

## *Psychological and couple indicators related to marital dissatisfaction: Intervention strategies*

*Claudia Sánchez-Bravo, Jorge Carreño-Meléndez y Cecilia Mota-González<sup>2</sup>*

*Citación:* Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J. y Mota González, C. (2021). Indicadores psicológicos y de pareja relacionados con la insatisfacción marital: estrategias de intervención. *Psicología y Salud*, 31(1), 81-92. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2678>.

### RESUMEN

El objetivo de aislar indicadores es proporcionar una herramienta útil que hace posible generar estrategias de intervención psicológica que resultan del desarrollo de protocolos de investigación, pues la práctica psicológica ha enfrentado cuestionamientos acerca de la efectividad de los tratamientos empleados. En este trabajo se exponen algunos indicadores relacionados con la satisfacción e insatisfacción marital en pacientes que asisten a una institución de salud no psiquiátrica, lo que permite al equipo de salud institucional definir guías para detectar a aquellos que padecen problemas psicológicos paralelos a su problema de salud, para así canalizarlos a los servicios de salud mental institucional a fin de que reciban una atención integral.

**Palabras clave:** Insatisfacción marital; Comunicación; Poder; Autoestima; Tipos de afrontamiento.

### ABSTRACT

*The objective of isolating indicators is to provide a useful tool that allows generating psychological intervention strategies founded on sound research protocols, in the context that psychological practice has faced questions about the effectiveness of its treatments. This article exposes indicators related to marital satisfaction/dissatisfaction in patients attending a non-psychiatric health institution in order to provide the health team indicators to detect patients who have psychological problems parallel to their health problems, so as to refer them to institutional mental health services and obtain comprehensive care.*

**Keywords:** Marital dissatisfaction; Communication; Power; Self-esteem; Types of confrontation.

### ANTECEDENTES

El propósito de este trabajo es exponer los resultados encontrados en el desarrollo de una línea de investigación clínica basada en la atención psicológica de las parejas enviadas al Servicio de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución que atiende problemas de alto riesgo reproductivo por sufrir, de manera paralela o reactiva al problema reproductivo, problemas de pareja que ameritan

<sup>1</sup> Los autores agradecen al Instituto Nacional de Perinatología, y en especial a la Dirección de Investigación, su apoyo para el desarrollo de los protocolos de investigación. Artículo recibido el 26 de noviembre de 2019 y aceptado el 30 de mayo de 2020.

<sup>2</sup> Coordinación de Psicología y Calidad, Instituto Nacional de Perinatología, Torre de Investigación, Primer piso, Prado Sur s/n, Lomas Virreyes, 11000 Ciudad de México, México, tel. (55)55-20-99-00, exts. 313 y 147, correos electrónicos: clausanbra@yahoo.com, jocame2000@yahoo.com y motaceci@hotmail.com.

intervención psicológica. Tal intervención ha permitido desarrollar la presente línea de investigación al observar, estudiar y aislar indicadores de riesgo individuales y de pareja que desembocan en la insatisfacción marital. El contenido de este trabajo muestra los indicadores encontrados en la investigación llevada a cabo hasta ahora para alcanzar una mayor especificidad en la intervención psicológica con dichas parejas, pues la generación de estrategias de intervención es un objetivo central de la atención integral en las instituciones de salud.

En efecto, proporcionar atención psicológica en dichas instituciones es parte de una estrategia integral, independientemente del problema de salud de las personas que acuden a ellas, quienes pueden padecer problemas psicológicos que atrasen su recuperación física, entorpezcan la adherencia terapéutica y compliquen su calidad de vida. Por tanto, la atención psicológica debe ser de alta profesionalización y formar parte con pleno derecho de los servicios institucionales.

En el servicio de Psicología del INPer, los dos niveles de abordaje son el asistencial y el de investigación clínica, pues las líneas de investigación derivan del trabajo asistencial mediante el método de observación clínica de los procesos psicoterapéuticos en grupo con orientación psicodinámica. Durante el proceso, el terapeuta, mediante su intervención, organiza los contenidos de la sesión, y los resultados de los protocolos desarrollados dan sustento al trabajo clínico para obtener una mayor especificidad en las estrategias de intervención.

En este trabajo se ofrecen los resultados de tres estudios de los pacientes que tenían como conflicto psicológico principal los problemas de pareja, detectados a su ingreso o durante el curso del tratamiento institucional. La importancia de estudiar a las parejas radica en lo reportado en diversas investigaciones (cf. Carreño, Watty, Ibarra y Sánchez, 2018), las cuales muestran, por un lado, que la insatisfacción marital conlleva un mayor riesgo de generar violencia familiar, alcoholismo, farmacodependencia, problemas en la relación con los hijos o insatisfacción laboral, todo lo cual afecta la calidad de vida de las personas y el cuidado de su salud; por otro lado, la satisfacción

marital consiste en la relación interpersonal que proporciona una sensación de mayor bienestar psicológico (Arias, 2003). Así, abordar psicológicamente los problemas de estas parejas durante el tratamiento médico permite prevenir y evitar complicaciones innecesarias.

## Definiciones

Los indicadores que se han identificado en los resultados de esta línea de investigación sobre los problemas de pareja son los siguientes: variables de clasificación de la satisfacción e insatisfacción marital; los indicadores individuales estudiados son el rol de género, autoestima y estrategias de afrontamiento; mientras que los indicadores de pareja abordados son comunicación y estilo de comunicación marital, y estrategias y estilos de poder en la pareja. El objetivo final es construir perfiles con los indicadores relacionados con la satisfacción e insatisfacción marital y que se consideran de riesgo o de protección.

Así, la satisfacción e insatisfacción marital fue la variable de clasificación.

### 1) *Satisfacción marital*

La satisfacción marital se define como el sentimiento de bienestar y percepción positiva que un individuo hace de sí mismo y de su pareja. Es fuente de satisfacción, cubre necesidades y compensa carencias, lo que le permite a aquel vivir en un estado de paz y equilibrio (Ocampo, 2007; Valdez, 2009; Valdez, Maya, Aguilar y González, 2012). La evaluación subjetiva de la relación se enfoca en aspectos emocionales, de interacción, funcionalidad, felicidad, placer y estabilidad, que son indicadores del funcionamiento de la pareja (Armenta, 2013; Valdez, Sánchez, Bastida, González y Aguilar, 2012). La satisfacción marital se asocia a la convivencia familiar, la intimidad, el apego y la atracción mutua (Torres et al., 2012).

### 2) *Insatisfacción marital*

La insatisfacción marital se define como el sentimiento de malestar y percepción negativa que un individuo hace de sí mismo y de su pareja, y se relaciona con conductas como ira, depresión y ansiedad (Arias, 2003; Bayramia, Heshmatib y

Karamic, 2011; Renshaw, Blais y Smith, 2010), lo que le provoca un estrés crónico (Randall y Bodenmann, 2009) que complica los conflictos hasta provocar una relación disfuncional (Arias, 2003). Aislar sus factores proporciona una mayor claridad sobre los elementos que afectan las relaciones de pareja.

### 3) *Rol de género*

Es una construcción cultural que tiene que ver con las conductas atribuidas a los hombres y las mujeres (Stoller, 1968). La polarización de los roles de género de los cónyuges debida a la asignación rígida de los mismos se relaciona con la insatisfacción marital y altera la vida cotidiana (Herrera, 2000; Díaz-Loving et al., 2010), lo que interfiere con la salud psicológica de la familia (Aguilar, Valdez y González-Arratia, 2012). En un estudio sobre el rol de género realizado a tres generaciones (abuelos, padres e hijos) se encontraron similitudes e inconformidades en todas ellas debido al manejo inapropiado de los roles masculino y femenino que establece la sociedad. En las parejas jóvenes se observó que el conflicto se establece por no saber cómo defender sus intereses sin sacrificar la estabilidad de la propia pareja, en la que el rol establecido al hombre es el de proveedor; mientras que la mujer debe dedicarse al hogar y al cuidado de los hijos (Esquila, Zarza, Villaña y Van Barneveld, 2015). Fonseca y Quintero (2008) afirman la necesidad de redefinir los roles, de modo que al redefinirse el rol femenino, se redefina el masculino.

### 4) *Autoestima*

Es la valoración, traducida en sentimientos, opiniones y comportamientos, de las percepciones, del autoconcepto, la autoimagen y el juicio de valía que tiene el sujeto de sí mismo en forma consciente. Una autoestima disminuida afecta a la persona en su enfrentamiento con la realidad, como si fuese una lente a través de la cual interpreta los sucesos externos, lo que influye en sus respuestas, que van en un sentido devaluatorio, lo que perturba la dinámica de pareja (Cardenal, 1999). En un estudio hecho en 759 mujeres iraníes se encontró una correlación positiva entre la satisfacción marital y la autoestima (Yadalijamaloye, Naseri, Shoshtari, Khaledian y Ahrami, 2019).

### 5) *Estrategias de afrontamiento*

Son las respuestas que lleva a cabo una persona para cambiar o controlar las circunstancias estresantes de una situación y reducir así las emociones negativas que las acompañan; son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que sirven para manejar las demandas externas e internas. No son solo las situaciones las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que se hace de ellas (Lazarus y Folkman, 1991). Pueden ser activas o evitativas, y estar dirigidas a la resolución de problemas o a la regulación de la respuesta y el control emocional ante el problema (Zavala, Rivas, Andrade y Reidl, 2008).

### 6) *Comunicación y estilos de comunicación marital*

La comunicación y el estilo de comunicación marital acrecientan la satisfacción marital por el intercambio de información acerca de sentimientos, pensamientos, actitudes, temores y percepción hacia la pareja, así como del funcionamiento de la relación familiar (Martínez, 2003). Las relaciones no pueden existir a menos que dos personas se comuniquen entre sí; cuando la comunicación es adecuada, la relación se mantiene; de lo contrario, se deteriora o empobrece (Guerrero, Andersen y Affi, 2007). La comunicación y el estilo de comunicación marital son determinantes para el bienestar, la satisfacción, la calidad de vida y la salud (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007). Weiner (2000) encontró que la percepción que tiene del otro uno de los miembros de la pareja afecta la forma en que ambos interactúan y se comunican; así, cuando están de acuerdo con el rol que cada uno tiene, la comunicación es satisfactoria (Debeljuh y Las Heras, 2010). Entre las parejas mexicanas la satisfacción marital sucede porque solucionan sus problemas a través de una comunicación adecuada (Díaz-Loving y Rivera, 2010; Flores, 2011; Nina, 2011, 2013; Wilson y Morgan, 2004). En cuanto al estilo de comunicación que utilizan, Madanes (2001) halló una correlación elevada entre el estilo positivo de comunicación y la satisfacción marital (Armenta y Díaz-Loving, 2008; Montes, 2009; Roca, 2003).

### 7) *Estrategias y estilos de poder en la pareja*

El poder es cualquier tipo de conducta que se ejerce para lograr que los otros hagan lo que una per-

sona quiere (Bentley, Galliher y Ferguson, 2007). En la pareja, el manejo de poder puede ser una fuente de desequilibrio, conflicto e insatisfacción. Todas las reglas de la vida matrimonial son expresiones de poder en cuanto que establecen normas y negociaciones con combinaciones diversas, lo que marca el tipo de funcionamiento y lo funcional o disfuncional, satisfactoria o insatisfactoria que es la vida matrimonial. Es importante dilucidar cómo se ejerce el poder; por ejemplo, si los dos miembros de la pareja participan en las decisiones o si estas son unilaterales, o bien si hay imposición del poder o este se ejerce considerando la opinión del otro, ya que no es atributo de un solo cónyuge (Rivera y Díaz-Loving, 2002).

En la relación entre el ejercicio del poder y la satisfacción marital se han examinado las tácticas de poder realizadas en una situación de conflicto, hallándose que las tácticas inflexibles que uno impone al otro se asocian con una satisfacción marital más pobre (Falbo y Peplau, 1980).

El poder debe ir acompañado de derechos y obligaciones (Miranda y Ávila, 2008), y su empleo es equilibrado cuando se le utiliza en beneficio de la pareja y no como una ventaja personal o como un arma para atacar al otro, lo que altera negativamente el funcionamiento de la pareja y de la familia (Villegas y Mallor, 2012).

El ejercicio de poder implica estrategias y estilos específicos. Las estrategias son el contenido de las acciones utilizadas por las personas para influir sobre otros; es un proceso activo del poder que se ejerce. Los estilos de poder son, a su vez, la forma en la que se demanda a la pareja que haga lo que se quiere, pues el tono y la forma de la expresión afecta de un modo u otro la relación (Díaz-Loving, Rivera, Verde, Villanueva y López, 2012).

### **Incidencia**

Los registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) muestran que en 2013 hubo 108,727 divorcios, 99,509 en 2012 y 91,285 en 2011, observados con mayor frecuencia en parejas con edades de 33 a 35 años. De cada diez matrimonios, en seis hay divorcio.

### **Sintomatología**

El Servicio de Psicología del INPer atiende a pacientes que manifiestan problemas psicológicos paralelos al problema reproductivo. Además de proporcionarles tratamiento psicológico, se desarrollan líneas de investigación como parte de los requerimientos institucionales; una de ellas está enfocada a atender los problemas de pareja, para lo cual se estudian las variables psicológicas y de pareja que se detectan en el proceso psicoterapéutico.

### **Impacto emocional**

Cuando la insatisfacción de pareja se convierte en una forma de relación y no en un hecho aislado que ocurre frecuentemente en toda relación es consecuencia de los problemas acumulados a lo largo del tiempo, los que invaden cada vez más las áreas que componen el mundo de la pareja y que dañan profundamente la vida afectiva de las personas, dejando serias consecuencias en los ámbitos individual, familiar y social. Dichos problemas son complejos y multicausales y sus orígenes son poco claros o confusos, por lo que es difícil para la pareja identificar cuándo o de dónde surgen: ¿El problema es propio o es de la pareja? ¿Es parte de la historia personal de la propia persona o de la del otro? ¿Se generó en la relación o fuera de ella? En el proceso psicoterapéutico se deben explorar y trabajar los indicadores que se han aislado en las investigaciones previas.

### **Indicadores psicosociales asociados**

Las muestras elegidas fueron conformadas a lo largo de tres años y en tres estudios diferentes, en los que participó un promedio de 150 parejas en cada uno, esto es, un total 450 parejas, distribuidas en tres protocolos. El tratamiento estadístico para mujeres y hombres se analizó de manera independiente. En dichos estudios se aplicaron medidas de tendencia central para la descripción de los factores sociodemográficos controlados. La distribución de las muestras fue similar: 40% de las parejas ingresaron a la institución por embara-



zo (Sánchez, Carreño, Belmont, Meza y Badillo, 2016), 55 % por infertilidad y 5% por problemas en el climaterio o de tipo ginecológico (Carreño, Sánchez, Morales, Pimentel y Díaz, 2016). El promedio de edad de las mujeres fue de 32 años, con un rango de 22 a 56 años, y el de los hombres de 35 años, con un rango de 22 a 59 años. En cuanto a su escolaridad (medida en años), las mujeres tuvieron un promedio de 12 años y los hombres de 13. Atendiendo a su estado civil, 61.5% estaban casados y 38.5% vivían en unión libre. La ocupación de las mujeres se distribuyó de la siguiente manera: 81 se dedicaban al hogar, 9 eran empleadas, 8 estaban subempleadas y 6 eran profesionistas; respecto a la de los hombres, 61 eran empleados, 30 estaban subempleados y 13 eran profesionistas. El promedio de años de relación de pareja fue de 7 años. En ningún estudio se encontró una asociación con los factores sociodemográficos controlados.

## Diagnóstico

### *Valoración de la sintomatología*

Con las pacientes que tienen problemas de pareja se trabaja en dos niveles: el asistencial y el de investigación clínica.

En el nivel asistencial, el abordaje es el siguiente: *a)* se hace una entrevista psicológica a la pareja (si desea recibir atención psicológica) para tener un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento; *b)* los planes de tratamiento están basados en el diagnóstico psicológico, y *c)* en el nivel de investigación clínica, las líneas de investigación se establecen según los problemas observados en el trabajo psicoterapéutico, y así, en un círculo virtuoso, se determinan los factores de estudio y las estrategias de intervención.

## Tratamiento psicológico

### *Criterios para prescribir el tratamiento*

El tratamiento está indicado cuando la pareja es enviada al servicio de psicología por manifestar problemas que no ha podido resolver y que afectan su calidad de vida y el cuidado de su salud, por lo que la atención psicológica es fundamental como parte de una atención integral institucional.

### *Tipos de tratamiento*

Los planes de tratamiento son, a saber: 1) Inclusión en el grupo de psicoterapia de grupo de problemas de pareja: es la inclusión de la pareja en el grupo psicoterapéutico de parejas. Los grupos tienen un enfoque psicodinámico, en los que la pareja goza de un espacio para expresar y analizar sus conflictos para poder resolverlos. 2) Inclusión en un grupo psicoterapéutico de parejas y tratamiento psiquiátrico (cuando se requiere): refiere al ingreso de la pareja a un grupo psicoterapéutico y su envío a valoración y tratamiento psiquiátrico derivado del diagnóstico. 3) Inclusión en el grupo psicoterapéutico de parejas y terapia sexual (cuando se requiere): es el envío de la pareja al grupo psicoterapéutico y a sesiones de terapia sexual solo si la pareja lo requiere por referir algún tipo de disfunción sexual.

## Estudios realizados

Los indicadores se analizaron a través de la estadística inferencial para la identificación de los indicadores de mayor peso; dichos estudios fueron descriptivos, comparativos, correlacionales, transversales y retrospectivos, con un diseño no experimental de dos grupos: uno de mujeres y otro de hombres, cada uno dividido a su vez en dos: con satisfacción marital y con insatisfacción marital, los cuales se analizaron según el sexo. La unidad de observación fue la satisfacción/insatisfacción marital en hombres y mujeres. Las muestras se capturaron mediante un muestreo no probabilístico por cuota y de observaciones independientes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: *a)* parejas que ingresaran a la institución solicitando atención médica; *b)* con un rango de edad abierto, exceptuando las parejas de adolescentes; *c)* con educación primaria como mínimo; *d)* con al menos un año de relación de pareja, y *e)* sin un diagnóstico previo de retardo mental o de trastorno psicótico grave.

El trabajo reporta los perfiles que se construyeron con la combinación de los indicadores relacionados, los que se dividieron en individuales y de pareja.

## VARIABLES DE CLASIFICACIÓN

**Sexo:** Es la condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son hombres o mujeres (Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, 2005).

**Satisfacción marital/Insatisfacción marital:** Se evaluaron mediante el Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (Cañetas, Rivera y Díaz-Loving, 2002). Este instrumento, validado por Rivera, Cruz del Castillo, Arnaldo y Díaz-Loving (2004), fue diseñado para la valoración que hacen los cónyuges de los aspectos de su vida matrimonial. Consta de 85 afirmaciones que se responden en un formato tipo Likert.

## INDICADORES INDIVIDUALES

**Rol de género.** Se midió mediante la Escala de Femenidad-Masculinidad de Lara (1993). Validada en población mexicana, consta de 60 reactivos tipo Likert y mide aspectos y estereotipos de la cultura mexicana en cuatro dimensiones: *masculinidad*: características instrumentales dirigidas a la acción, metas, dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad; *feminidad*: características de relación, necesidad de involucrarse con los sentimientos, dóciles, expresivos, protectores y orientados a la crianza; *machismo*: características masculinas polarizadas, adopción rígida del rol, restricción de emociones, dificultades en el manejo de sus sentimientos, lo que impide que los demás los expresen; basan sus relaciones en el control, el poder y la competencia; son arrogantes y consideran las opiniones divergentes como una declaración de enemistad, y *sumisión*: características femeninas polarizadas, dependientes, con necesidad de mostrar su fuerza frente a las adversidades, abnegación y capacidad de soportar el sufrimiento, el cual exhiben. Las características de las cuatro dimensiones pueden estar presentes en hombres y en mujeres.

**Autoestima.** Evaluada a través del inventario de Autoestima de Coopersmith. Este instrumento ha sido estandarizado y validado para población mexicana para medir el juicio personal de valía. Consta de 25 reactivos, con dos intervalos, menor a 17 (nivel bajo) y de 18 a 23 puntos (autoestima normal) (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

**Tipos de afrontamiento.** Valorados mediante la Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1991), ya validada en población mexicana, cuenta con 67 reactivos tipo Likert. Mide ocho tipos de afrontamiento: *confrontativo* (acciones directas para alterar la situación), *distanciamiento* (esfuerzos para separarse de la situación), *autocontrol* (esfuerzos para controlar los sentimientos y las acciones), *soporte o búsqueda de apoyo social* (acciones para sentirse la persona contenida en su grupo social), *responsabilidad* (aceptación de responsabilidad), *escape-evitación* (evitación de la gente y de la situación problema), *resolución de problemas* (esfuerzos para cambiar la situación con una aproximación reflexiva) y *revaluación positiva* (creación de un significado positivo basado en los recursos personales). El promedio mayor obtenido es la clasificación que se asigna (Zavala et al., 2008).

## INDICADORES DE PAREJA

### Comunicación y estilo de comunicación marital

Se midieron con las Escalas de Comunicación y de Estilo de Comunicación Marital (Nina, 1991). La primera de ellas, validada en población mexicana, con 86 reactivos tipo Likert, evalúa seis dimensiones: *sentimientos*, *emociones* y *disgustos* (divulgación de estos tres elementos al otro), *familia extendida* (información acerca de la familia del cónyuge, su propia familia, y la influencia e interacción de ellos en su relación), *vida sexual* (información sobre el ejercicio de su vida sexual, su satisfacción o molestia), *relación marital* (información sobre aspectos de la interacción de pareja, tiempo dedicado al otro y a la relación), *trabajo* (información sobre el trabajo que cada uno desempeña de manera individual) e *hijos* (información sobre el cuidado e interacción de los hijos, reglas y responsabilidades hacia ellos).

La segunda de dichas escalas, validada asimismo en población mexicana, consta de dos partes: “Cómo percibo yo mi estilo de comunicarme con mi pareja”, que consta de 23 reactivos, y “Cómo percibo a mi pareja en su estilo de comunicarse conmigo”, conformada por 25 reactivos. El estilo de comunicación es la forma en cómo se transmite el mensaje, y son cuatro: *positivo* (actitud abierta, se quiere escuchar al otro para com-

prenderlo, hay intercambios de información e ideas, expresándolas de manera amable, educada y afectuosa); *negativo* (estilo conflictivo, rebuscado, confuso ante situaciones de conflicto, por lo que la comunicación es inadecuada); *reservado* (con escasa expresividad, creando barreras, asumiendo un rol pasivo y desfavoreciendo la comunicación), y *violento* (comunicación hostil, con agresiones verbales o físicas, lo que afecta la relación y propicia la ruptura).

### *Estrategias de poder*

La Escala de Estrategias de Poder (ESPO) (Rivera, Díaz-Loving y Manrique [2000]) evalúa las utilizadas en población mexicana; está constituida por catorce factores, representa las estrategias positivas y negativas y mide las acciones de poder, que pueden ser destructivas o integradoras para la relación, las que denotan el medio a través del cual se ejerce el poder. Con un total de 126 reactivos (Rivera, 2000), incluye los siguientes factores: *Autoritarismo* (desaprobación de la pareja, enojo, gritos, exigencias); *Afecto positivo* (amable, cariñoso[a]); *Equidad-reciprocidad* (intercambio en términos benéficos, justicia, tolerancia, apoyo); *Directo racional* (convence con argumentos racionales, expone, sugiere, analiza, explica); *Imposición manipulación* (se dirige al otro en forma represiva, inflexible, prohíbe, restringe, reprime, condena); *Descalificar* (actúa de forma hostil si no es gratificado[a], perjudica, humilla, devalúa); *Afecto negativo* (utiliza emociones afectivas dolorosas, hirientes, para lastimar si no es gratificado[a], castiga, atemoriza); *Coerción* (uso de la fuerza física y de la amenaza para lograr sus fines, ordena, impone); *Agresión pasiva* (actúa de modo contrario a lo que su pareja desea o valora, descalifica, no colabora, es indiferente, rechaza); *Chantaje* (hace uso de justificaciones que pretenden responsabilizar al otro y culparlo, indefenso, incapacitado, temeroso, triste); *Afecto petición* (actúa de forma respetuosa y halagadora para que se atiendan sus deseos, comprensión, importancia, atención, apoyo); *Autoafirmación* (pide abiertamente, directo, decidido, informativo); *Sexual* (se divide en afecto sexual positivo, que es cuando uno de los integrantes de la pareja emplea el aspecto sexual y amoroso para complacer al otro y como una forma de obtener su meta, y autori-

tario sexual, en que retira sus afectos sexuales y emotivos si no se cumplen sus deseos, evitando acercamientos sexuales); *Dominio* (punitivo, muy directo sobre lo que le molesta, antipático, descalificador, violento).

### *Estilos de poder*

La Escala de Estilos de Poder (ESPO), con 92 reactivos, evalúa los estilos de poder negativos y positivos, agrupados en ocho factores, cada uno de los cuales refleja la forma de ser y la forma en la que se dirige a su pareja: *Autoritario* (hace uso de conductas directas, autoafirmativas, tiránicas, controladoras, inflexibles y hasta violentas, con las que intenta someter al otro); *Afectuoso* (se dirige a su pareja con comportamientos aceptables; es amable, respetuoso, cariñoso, cordial y expresivo); *Democrático* (hay un compromiso con la pareja para recibir beneficios mutuos, seguro, directo, comunicativo, equitativo); *Tranquilo-conciliador* (manera sublime de manejar la situación sin que se perciba la influencia o el control sobre el otro, amable, accesible, flexible, paciente, conciliador); *Negociador* (pide a la pareja para que decidan los dos, recíproco, controlado, empático, tolerante, negociante); *Agresivo-evitante* (ejerce el poder a través del distanciamiento, actitud evasiva y negligente, superficial, confuso, irresponsable, inaccesible); *Laissez-faire* (otorga libertad, permisivo, comprometido, abierto), y *Sumiso* (resistencia pasiva, basada en el descuido, desgano, necedad y olvido, sin enfrentamientos directos, callado, distraído, desordenado, indirecto) (Rivera y Díaz-Loving, 2002).

## RESULTADOS

### **Satisfacción/Insatisfacción marital**

Se encontró 40% de mujeres satisfechas y 60% de insatisfechas, y 55% de hombres satisfechos y 45% de insatisfechos (cf. Sánchez y Watty, 2017).

### **Indicadores relacionados**

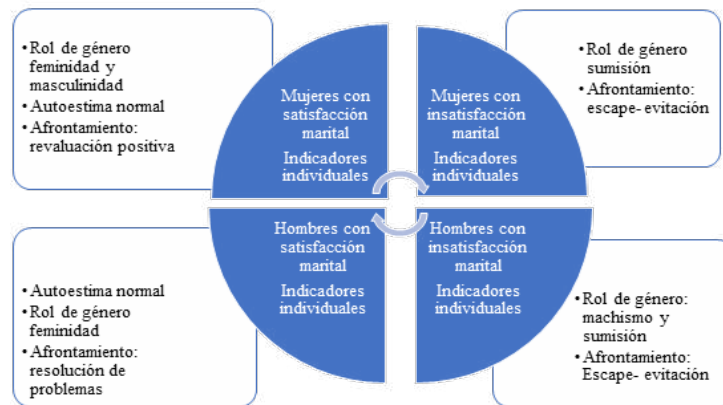
De los resultados obtenidos de los perfiles con factores individuales y de pareja se aislaron los factores de riesgo de mujeres y hombres con insa-

tisfacción marital, y con los elementos protectores relacionados con la satisfacción marital.

De los indicadores individuales se construye el primer perfil explicativo de cada grupo, en el que se observa que los factores individuales de riesgo, relacionados con la insatisfacción marital, son el desempeñar preferentemente un papel de género polarizado, que son los extremos patológicos de la feminidad y de la masculinidad –esto es, la sumisión en las mujeres y el machismo en los hombres (Aguilar, Valdez y González-Arratia, 2012)–, combinado en ambos sexos con una forma de afrontamiento de escape-avoidancia; en cuanto

a los factores protectores relacionados con satisfacción marital, la relación se establece en ambos sexos con poseer preferentemente características de la masculinidad en las mujeres y de la feminidad en los hombres, lo que indica que asumir las características que tradicionalmente se atribuyen al otro sexo desemboca en una distribución más saludable de los roles. Se construye el perfil con la combinación de un estilo de afrontamiento de reevaluación positiva en las mujeres, de resolución de problemas en los hombres, y una autoestima normal en ambos (Sánchez et al., 2018) (Figura 1).

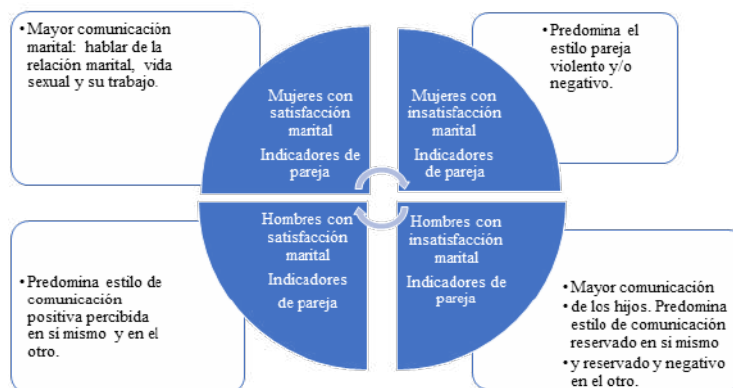
**Figura 1.** Indicadores individuales: rol de género, autoestima y estilos de afrontamiento.



Con los indicadores de pareja, se construye el segundo perfil con las dimensiones de la comunicación marital. Los resultados muestran que las mujeres con insatisfacción marital tienen una pobre comunicación en aspectos relativos a la relación marital, la vida sexual y el trabajo (Jones y Fletcher, 1996), y que en ellas sí produce un efecto. En cambio, en los hombres con insatisfacción marital únicamente la dimensión de comunicación acerca de los hijos tiene una alta puntuación, de

lo que se infiere que los hombres consideran que la crianza de los hijos corresponde a las mujeres. En los estilos de comunicación en las mujeres, el estilo violento y negativo percibido de su pareja se relaciona con la insatisfacción marital; en los hombres con un estilo reservado percibido en él mismo y en su pareja, también se relaciona con el estilo negativo, y la satisfacción marital con el estilo positivo percibido de su pareja (Sánchez y Watty, 2017) (Figura 2).

**Figura 2.** Indicadores de pareja: comunicación y estilos de comunicación marital.

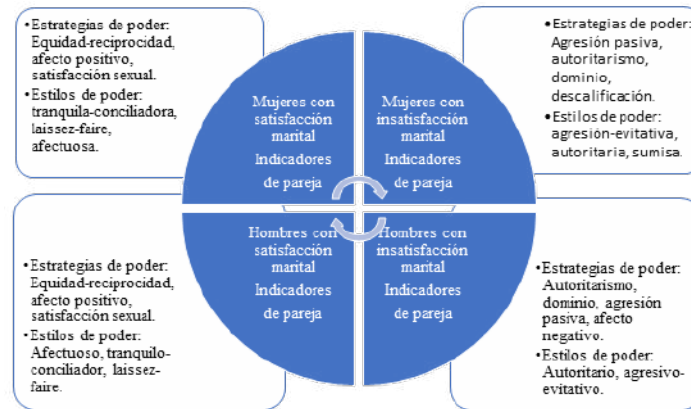




El tercer perfil se construyó con las estrategias y los estilos de poder. Las estrategias que utilizan las mujeres insatisfechas tienen que ver con dominar al otro, con la descalificación y la agresión pasiva; esta última también se relaciona con los hombres insatisfechos, pues además del afecto negativo, recurren a actos coercitivos para inducir culpas en la pareja, amenazándola y usando el poder para dominarla y presionarla. En cuanto a los

estilos utilizados por mujeres y hombres con insatisfacción marital, predominan los autoritarios, que ejercen una agresión-evitativa, y en la mujer también la sumisión. Las mujeres y hombres con satisfacción marital utilizan estrategias como la equidad-reciprocidad, el afecto positivo y la satisfacción sexual, así como los estilos afectuosos, tranquilos y conciliadores, dándole libertad al otro (Sánchez y Hernández, 2018) (Figura 3).

**Figura 3.** Indicadores de pareja: estrategias y estilos de poder.



### Protocolo de actuación del personal de salud ante los problemas psicológicos asociados con la salud reproductiva

Es fundamental la atención psicológica a los pacientes que asisten a una institución de salud, pues la atención a la salud mental de la población —en especial a la de mayor riesgo por tener algún padecimiento de salud, crónico o agudo— debe ser parte de la atención integral, misma que contribuirá considerablemente a que la recuperación sea más pronta o a que su calidad de vida mejore y no se complique por problemas psicológicos paralelos o reactivos a sus problemas de salud. Las instituciones de salud no psiquiátricas deben disponer de mecanismos para detectar si los pacientes, desde su ingreso, requieren atención psicológica como parte de la atención institucional, por lo que deben disponer de un servicio brindado por psicólogos especializados que puedan aplicar a esos pacientes tratamientos eficaces que contribuyan a la misión de la institución, además de desarrollar protocolos de investigación que hagan posible una atención psicológica basada en resultados, pues un problema de la atención psicológica es la falta de especificidad en el abordaje de los distintos problemas de salud mental.

### Recomendaciones

En cuanto a la atención a los pacientes en las instituciones de salud pública, es importante que instituyan servicios psicológicos que incorporen tanto psicólogos especializados en psicoterapia, como psiquiatras para los tratamientos combinados, como una forma de atención integral, pues lo importante no es solo elaborar diagnósticos de los pacientes que lo ameriten, sino hacer planes de tratamiento que les permitan su abordaje psicoterapéutico. La derivación de pacientes a los servicios de psicología en las instituciones de salud pública tiene innegables beneficios en el corto y mediano plazo, pues los problemas resueltos del paciente mediante el trabajo psicológico efectuado durante la estancia de aquel en la institución contribuirá enormemente a su pronta recuperación al favorecer su adherencia terapéutica y mejorar su condición psicológica a través del trabajo psicoterapéutico de alta especialidad, lo que abre la posibilidad de mejorar su calidad de vida al asumir la responsabilidad de su propia salud física y psicológica.



## REFERENCIAS

- Aguilar, Y., Valdez M., J.L. y González-Arratia, N. (2012). Satisfacción con los roles de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1440-1453.
- Arias G., F. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(1), 67-92.
- Armenta, C. (2013). *Aspectos contextuales individuales y de interacción como precursores de la satisfacción marital en parejas mexicanas*. Tesis inédita de doctorado. México: UNAM.
- Armenta, C. y Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y satisfacción: analizando la interacción de pareja. (Communication and satisfaction: Analyzing the couple's interaction.). *La Psicología Social en México*, XIII, 173-178.
- Bayramia, M., Heshmatib, R. y Karamic, R. (2011). Anxiety: Trait-state, sensation seeking, and marital satisfaction in married women. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 30, 765-770.
- Bentley, C., Galliher, R. y Ferguson, T. (2007). Associations among aspects of interpersonal power and relationship functioning in adolescent romantic couples. *Sex Roles*, 57, 483-495.
- Cañetas, E., Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2000). Desarrollo de un instrumento multidimensional de satisfacción marital. *La Psicología Social en México*, VIII, 266-274. (Validado por Rivera, 2002).
- Cardenal, V. (1999). *El autoconcepto y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Málaga (España): Aljibe.
- Carreño, J., Sánchez, C., Morales, F., Pimentel, D. y Díaz, F. (2016). La autoestima, la ansiedad y la depresión en mujeres y hombres de tres eventos reproductivos adversos. *La Psicología Social en México*, XVI, 333-338.
- Carreño, J., Sánchez, C., Mota, C., Caballero, LL. y Rivas, J. (2018). Indicadores sociodemográficos de la autoestima, la depresión y la ansiedad en parejas infértiles. En R. Díaz-Loving, I. Reyes y F. López R. (Eds.): *Aportaciones actuales de la psicología social* (pp. 1395-1410). México: AMEPSO.
- Carreño, J., Watty, A., Ibarra A., C. y Sánchez, C. (2018). Papel de género, autoestima y depresión en mujeres y hombres bajo tratamiento para lograr la reproducción: un análisis por sexo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 567-574. Doi: 10.24205/03276716.2018.1072.
- Cienfuegos, J. (2004). *Evaluación del conflicto satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: Un estudio comparativo*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Debeljuh, P. y Las Heras, M. (2010). *Mujer y liderazgo*. México: LID Editorial Mexicana.
- Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (2010). Relaciones sustentables: el papel del amor y otras especias en la promoción de parejas positivas. En R. Díaz-Loving y S. Rivera A. (Eds.): *Antología psicosocial de la pareja* (pp. 737-761). México: Porrúa.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Velasco, P., Villanueva, B., López, B. y Herrera, O. (2010). Funcionamiento familiar y satisfacción marital. *La Psicología Social en México*, XV, 175-182.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Verde, A., Villanueva, G. y López, C. (2012). Valores y manejo del conflicto como determinantes del funcionamiento familiar. *La Psicología Social en México*, XIV, 725-731.
- Esquila A., A., Zarza S., S., Villafaña, G. y Van Barneveld, H. (2015). La identidad y rol de género en la relación de pareja: un estudio generacional sobre la permanencia en el matrimonio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1507-1538.
- Estévez, E., Murgu, S., Moreno, D. y Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.
- Falbo, X. y Peplau, L. (1980). Power strategies in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 618-628.
- Flores, M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de Investigación Psicológica*, 1, 216-232.
- Fonseca, C. y Quintero, M. (2008). *Temas emergentes en los estudios de género*. México: Porrúa.
- Guerrero, K., Andersen, A. y Afifi, A. (2007). *Close Encounters: communication in relationship*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Médica de Género Integral*, 16(6), 568-573.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013*. México: INEGI.
- Jones, F. y Fletcher, B. (1996). Taking work home: a study of daily fluctuations in work stressors, effects on moods and impacts on marital partners. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 69, 521-537.
- Lara, A. (1993). *Inventario de masculinidad y femineidad*. México: El Manual Moderno.
- Lara, C., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, 247-255.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.

- Madanes, C. (2001). *Terapia familiar estratégica (Strategic family therapy)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, N. (2003). *Estudio correlacional de la inteligencia emocional y la satisfacción marital en una muestra en parejas de la ciudad de Toluca*. Tesis inédita de licenciatura. Toluca (México): UAEM.
- Miranda, P. y Ávila, R. (2008). Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de matrimonio. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 57-77.
- Montes B., B. (2009). Patrones de comunicación, diferenciación y satisfacción en la relación de pareja: Validación y análisis de estas escalas en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 25, 288-298.
- Nina, E. (1991). *Comunicación marital y estilos de comunicación: Construcción y validación*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- Nina, E. (2011). ¿Qué nos mantiene juntos? Explorando el compromiso y las estrategias de mantenimiento en la relación marital. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 197-220.
- Nina, E. (2013). El estudio del matrimonio desde la psicología social. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 18(2), 59-78.
- Ocampo, J. (2007). *La elección y satisfacción en la relación de pareja*. Tesis inédita de Maestría. Toluca (México): UAEM.
- Randall, A. y Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.
- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Madrid: Santillana.
- Renshaw, K., Blais, R. y Smith, T. (2010). Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Journal of Research in Personality*, 44, 328-334.
- Rivera A., S. (2000). *Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja: una aproximación etnopsicológica*. Tesis inédita de doctorado México: UNAM.
- Rivera A., S., Cruz del C., C., Arnaldo, O. y Díaz-Loving, R. (2004). Midiendo el conflicto en la pareja. *La Psicología Social en México*, x, 229-236.
- Rivera A., S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Porrúa.
- Rivera A., S., Díaz-Loving, R. y Manrique M., L. (2000). Construcción y validación de la Escala de Estrategias de Poder. *La Psicología Social en México*, VIII (pp. 88-94). México: AMEPSO.
- Roca, C.M. (2003). *Efectos de los estilos de comunicación y los estilos de negociación en la satisfacción de pareja*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Sánchez, C., Carreño, J., Belmont A., I., Meza M., P. y Badillo, G. (2016). Estudio comparativo de factores psicológicos de la pareja ante un embarazo de alto riesgo. *La Psicología Social en México*, XVI, 325-331.
- Sánchez, C., Carreño, J., Mota, C., Nava D., K., Hernández, P. y Villareal A., M. (2018). Indicadores relacionados con insatisfacción marital: rol de género, autoestima y afrontamiento en parejas mexicanas. En R. Díaz-Loving, I. Reyes L. y F. López R. (Eds.): *Aportaciones actuales de la psicología social* (pp. 511-527). México: AMEPSO.
- Sánchez, C. y Hernández R., M. (2018). La satisfacción marital y el manejo del poder en la pareja: prevención para la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 72-82. Doi: 10.2405/0326716.2018.1048.
- Sánchez, C. y Watty, A. (2017). Profiles using indicators of marital communication, communication styles, and marital satisfaction in Mexican couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 361-376. Doi: 10.1080/0092623X.2016.1168332.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender*. New York: Science House.
- Torres, M., Valdez M., J.L., Aguilar, Y., Maya, M., González-Arratia, I., González, C. y Vázquez, M. (2012). Satisfacción marital en grupos de apoyo para la estabilidad conyugal. *La Psicología Social en México*, xv, 495-503.
- Valdez M., J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: Octavio Antonio Colmenares y Vargas.
- Valdez M., J.L., Maya, M., Aguilar, M. y González-Arratia, L. (2012). Expectativas sobre la relación de pareja en hombres y mujeres jóvenes. En R. Díaz-Loving, I. Reyes L. y F. López R. (Eds.): *Aportaciones actuales de la psicología social* (pp. 250-255). México: AMEPSO.
- Valdez M., J.L., Sánchez, S.G., Bastida, G.R., González, L. y Aguilar, M. (2012). Significado y función del amor como estrategia de sobrevivencia. En R. Díaz-Loving, I. Reyes L. y F. López R. (Eds.): *Aportaciones actuales de la psicología social* (pp. 244-249). México: AMEPSO.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). La dimensión estructural y evolutiva en las relaciones de pareja. *Acción Psicológica*, 9(2), 97-110.
- Weiner, B. (2000). Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective. *Educational Psychology Review*, 12, 1-14.
- Wilson, S. y Morgan, W. (2004). Persuasion and families. En A. L. Vangelisti (Ed.): *Handbook of family communication* (pp. 447-471). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Yadalijamaloye, Z., Naseri, E., Shoshtari, M., Khaledian, M. y Ahrami, R. (2019). Relationships between self-esteem and marital satisfaction among women. *Psychology and Behavioral Sciences*, 2(3), 124-129. Doi: 10.11648/j.pbs.20130203.17.
- Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008) Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182.

# Inhibición de respuesta como restricción y cancelación en individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad

## *Response inhibition as restraint and cancellation in individuals with normal weight, overweight, and obesity*

Karla Paola Jiménez Cruz, Karla Edith González Alcántara  
y Cecilia Silva Gutiérrez<sup>1</sup>

*Citación:* Jiménez Cruz, K.P., González Alcántara, K.E. y Silva Gutiérrez, C. (2021). Inhibición de respuesta como restricción y cancelación en individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*, 31(1), 93-102. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2679>.

### RESUMEN

La información sobre si la inhibición de la respuesta es una variable asociada al sobrepeso y la obesidad es poco concluyente y contradictoria. Para aclarar dicha relación, la presente investigación tuvo como objetivos indagar si hay diferencias entre individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad en la ejecución de las dos tareas más utilizadas para evaluar inhibición de respuesta, así como observar si se producen resultados diferentes cuando la inhibición se mide como cancelación o como restricción de la respuesta. Se controlaron los niveles de depresión y ansiedad en una muestra no probabilística e intencional de 100 jóvenes (50 hombres y 50 mujeres) de entre 18 y 29 años, agrupados de acuerdo a su índice de masa corporal. Se aplicaron dos tareas para evaluar la inhibición de la respuesta: *Go/No-Go* (restricción) y *Stop Signal* (cancelación). Los resultados mostraron que los participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad lograron puntuaciones similares en ambas tareas. Se concluye que las personas con sobrepeso y obesidad no presentan dificultades en la inhibición de respuestas ante estímulos neutros.

**Palabras clave:** Impulsividad; Índice de Masa Corporal; Go/No-Go; Stop Signal Task.

### ABSTRACT

*Information on whether response inhibition is a variable associated with overweight and obesity is inconclusive and contradictory. To clarify this relationship, the present study aimed at documenting differences between individuals with normal weight, overweight, and obesity on performance in the two most used tasks to assess response inhibition. An additional objective sought to explore if different results occur when the inhibition is measured as cancellation or restriction of the response. Depression and anxiety levels were controlled in a probabilistic intentional sample of 100 young participants (50 men and 50 women) between 18 and 29 years old, grouped according to their body mass index. Two tasks were used to evaluate response inhibition: Go/No-Go task (restriction) and Stop Signal Task (cancellation). The findings show that normal weight, overweight and obese participants, present similar scores in both response inhibition tasks. It is concluded that people with overweight and obesity do not present difficulties in the inhibition response to neutral stimuli.*

**Keywords:** Impulsivity; Body Mass Index; Go/No-Go; Stop Signal Task.

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Edificio E, Cubículo 208, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)56-22-82-22, ext. 41161, correos electrónicos: karlapao.ola@gmail.com, karlaedith@comunidad.unam.mx y csilva@posgrado.unam.mx. Artículo recibido el 5 de diciembre de 2019 y aceptado el 30 de mayo de 2020.

El sobrepeso y la obesidad son los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, y sus consecuencias a largo plazo son negativas e incluyen un deterioro de la salud emocional y comorbilidades médicas importantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Pasco, Williams, Jacka, Brennan y Berk, 2013), así como estigmatización social (Puhl, Luedicke y Heuer, 2013).

En México, los resultados del año 2018 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA-NUT) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018) mostraron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años o más fue de 75.2%, habiendo más hombres (42.5%) que mujeres (36.6%) con sobrepeso, pero más mujeres (40.2%) que hombres (30.5%) con obesidad, lo que coloca al país en el segundo lugar de obesidad en el mundo, solo superado por Estados Unidos (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2017), por lo que es necesario conocer los factores que contribuyen a su aparición.

Aunque el sobrepeso y la obesidad se deben a un alto consumo calórico (OMS, 2020), es posible que la conducta de sobreingesta de calorías esté asociada a una deficiencia del control inhibitorio (Smith, Hay, Campbell y Trollor, 2011), que se refiere a la habilidad para suprimir acciones o respuestas inapropiadas o que no son necesarias (Bartholdy, Dalton, O'Daly, Campbell y Schmidt, 2016; Chambers, Garavan y Bellgrove, 2009).

Tal posibilidad se ha planteado en cuanto que un control inhibitorio deficiente dificulta restringir conductas en general, y no solo las relacionadas con el consumo excesivo de alimentos (Bari y Robbins, 2013). Si fuera así, una inhibición deficiente podría desempeñar un importante papel en el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad (Bartholdy et al., 2016; Batterink, Yokum y Stice, 2010; Chambers et al., 2009; Volkow, Wang y Baler, 2011).

Algunas investigaciones reportan que hay relación entre la inhibición y la obesidad. Por ejemplo, Mobbs, Iglesias, Golay y Van der Linden (2011) al evaluar con la tarea *Go/No-Go* (que contenía estímulos vinculados con la comida y el cuerpo) a un grupo de adultos con obesidad (hombres y mujeres de alrededor de 40 años) encontra-

ron que este tenía más dificultades en los procesos de inhibición que otro de adultos con normopeso. También Houben, Nederkoorn y Jansen (2014) reportan una relación negativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la inhibición de respuesta al evaluarla en mujeres con una media de edad de 26.17 años mediante la tarea *Stop Signal Task* (SST en lo sucesivo), conformada por estímulos relacionados con la comida.

Adicionalmente, los resultados de Chamberlain, Derbyshire, Leppink y Grant (2015) en la SST mostraron que hombres y mujeres de 18 a 29 años con obesidad obtuvieron puntajes más altos que individuos con normopeso, incluso ante estímulos neutros. Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs y Jansen (2006), a su vez, valoraron a mujeres de aproximadamente 40 años, observando respuestas de inhibición menos efectivas en la última parte de la tarea SST cuando presentaban obesidad, lo que sugiere que podrían tener dificultades para mantener el control inhibitorio aunque no mostraran un deterioro general.

Sin embargo, en otras investigaciones no se halla tal relación. Por ejemplo, Fields, Sabet y Reynolds (2013), al evaluar la inhibición de respuesta con una tarea tipo SST, no encontraron diferencias entre adolescentes de 14 a 16 años (hombres y mujeres) con normopeso y con obesidad. Tampoco Lawyer, Boomhower y Rasmussen (2015) observaron diferencias en la inhibición en una SST entre personas (hombres y mujeres de 18 a 30 años) con y sin obesidad. Loeber et al. (2012) tampoco encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres de 18 a 65 años empleando una prueba *Go/No-Go*, e incluso los resultados de un metaanálisis de Lavagnino et al. (2016) demuestran que si bien algunos datos muestran que hay deficiencias en la inhibición en personas con obesidad, no son comunes a todos los estudios.

Tal incongruencia en los resultados podría atribuirse a diferentes factores que no han sido considerados en las investigaciones previas. Por ejemplo, se han utilizado indistintamente tareas para evaluar el control inhibitorio no obstante que evalúan componentes distintos de la inhibición. La tarea *Go/No-Go* mide la inhibición de una respuesta planificada —es decir, la restricción de una fuerte tendencia a responder ante una señal que indica no hacerlo—, en tanto que la SST valora



la inhibición de una acción ya iniciada —o sea, la cancelación de una respuesta continua cuando se presenta una señal que indica no responder (Schar et al., 2007; Winstanley, 2011); por lo tanto, las tareas involucran componentes diferentes de la inhibición.

Además, no se ha tenido control sobre estados afectivos como la ansiedad y la depresión, que son reportados consistentemente como variables que presentan comorbilidad con la obesidad (De Wit et al., 2010; Garipey, Nitka, y Schmitz, 2010) y que podrían influir en los resultados al afectar en la ejecución de las tareas (Ardila y Ostrosky, 2012). Asimismo, algunas investigaciones se han centrado en evaluar solo a mujeres, o bien analizan a hombres y mujeres como un grupo homogéneo, cuando se sabe que en lo relativo al control inhibitorio hay diferencias entre los sexos (Yuan, He, Qinglin, Chen y Li, 2008), y finalmente la literatura previa ha evaluado poblaciones con rangos de edad muy amplios, lo cual podría afectar asimismo los resultados.

Por tal motivo, y dado que las investigaciones publicadas no son concluyentes, el objetivo del presente estudio fue conocer si hay diferencias entre individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad en la ejecución de las dos tareas más utilizadas para evaluar inhibición de respuesta, y observar si se producen resultados diferentes cuando la inhibición se mide como cancelación o como restricción de la respuesta. Para ello, se tomaron en cuenta las variables que pueden afectar el control inhibitorio y que no se han controlado en los estudios previos: los niveles de depresión y ansiedad, la edad y el sexo, de modo que la información obtenida podría enriquecer los resultados de estudios previos y contribuir al esclarecimiento

de la relación que el control inhibitorio mantiene con el sobrepeso y la obesidad.

## MÉTODO

### Participantes

Para este estudio se evaluó inicialmente a 305 adultos jóvenes; sin embargo, para evitar que los niveles de ansiedad y depresión pudieran influir en los resultados al afectar la ejecución de las tareas, se excluyeron los casos que mostraban niveles severos de ansiedad o depresión, medidas con el Inventario de Ansiedad de Beck (puntuación total  $\geq 31$ ) y el Inventario de Depresión de Beck II (puntuación total  $\geq 29$ ), respectivamente.

De igual forma se eliminaron los datos de los participantes con un IMC menor o igual a 18.4 al caer en la categoría de bajo peso (World Health Organization [WHO], 2000). Por último, dado que estudios previos sobre la inhibición de respuesta y la obesidad han evaluado a grupos con rasgos de edad muy amplios y tratado a los participantes de ambos sexos como si formaran parte de un mismo grupo, lo cual impide comparar los resultados, se decidió igualar a los participantes en cuanto a su edad ( $\pm 1$  año) y sexo.

Así, los análisis se realizaron con los datos de 100 adultos jóvenes residentes de la Ciudad de México (50 hombres y 50 mujeres), con edades de 18 a 29 años, con IMC comprendido entre 18.59 y 39.04 (Tabla 1), que se categorizaron en tres grupos de peso: normopeso (IMC entre 18.5 y 24.9), sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9) y obesidad (IMC mayor o igual a 30) (WHO, 2000). En la Tabla 1 se describen las características de los participantes.

**Tabla 1.** Datos generales y número de participantes por categoría de peso.

Datos generales	Hombres n = 50		Mujeres n = 50		Total N = 100	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Edad	22.18	3.35	21.20	2.94	21.69	3.18
IMC	26.64	4.63	26.19	4.42	26.42	4.51
<b>Categorías por peso</b>						
Normopeso	n = 21		n = 21		n = 42	
Sobrepeso	n = 14		n = 20		n = 34	
Obesidad	n = 15		n = 9		n = 24	

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal; M = Media; D.E. = Desviación estándar.

## Instrumentos y tareas

Se emplearon las adaptaciones para población mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) y del Inventario de Depresión de Beck II (González, Reséndiz y Reyes, 2015) para evaluar la ansiedad y la depresión, respectivamente, y excluir a los individuos con niveles severos en estas dos variables.

Adicionalmente se incluyó un cuestionario de datos sociodemográficos del que se obtuvieron la edad, el sexo, la escolaridad, y el autorreporte de peso y talla para calcular el IMC (puesto que se ha visto que hay una buena relación entre dicho autorreporte y las medidas reales de las personas) (Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón, 2006).

La batería, a la vez, estuvo conformada por dos tareas para evaluar la inhibición de respuesta: *Go/No-Go Task*, que evalúa la inhibición como restricción (Fillmore, Rush y Hays, 2006), y la *Stop Signal Task*, que mide la inhibición como cancelación (Logan, Schachar y Tannock, 1997).

### *Go/No-Go Task*

La tarea *Go/No-Go* involucra situaciones en las que una dificultad en el control inhibitorio promueve la comisión de errores debido a que el participante debe dar una respuesta motora ante la presentación de ciertos estímulos, pero debe frenarla ante otros (Noreña y Sánchez, 2015). Esta tarea mide la inhibición de una respuesta planificada o, en otras palabras, la restricción de la tendencia a responder ante una señal que indica no hacerlo (Schachar et al., 2007). Utiliza dos señales: Go, que indica que se requiere emitir una respuesta, y No-Go, que señala que debe inhibirse la respuesta (Winstanley, 2011).

La tarea consistió en presentar a los participantes una serie de ensayos, solicitándoles que presionaran la barra espaciadora del teclado tan pronto como apareciera un rectángulo verde en la pantalla (señal Go), pero abstenerse de presionarla cuando fuera un rectángulo azul (señal No-Go). En cada ensayo, los rectángulos verde o azul tenían una orientación vertical u horizontal; mientras que los rectángulos verticales tenían una probabilidad de 80% de ser verdes y 20% de

ser azules, los horizontales tenían, a su vez, una probabilidad de 80% de ser azules y 20% de ser verdes.

La orientación funcionó como una pista que señala la probabilidad de que se presente una señal Go o una No-Go; entre el inicio de una pista y el comienzo de una señal hay un cierto tiempo que asegura la asincronía de la presentación de estímulos.

La orientación vertical –pista para la señal Go– generaba respuestas predominantes que aceleraban el tiempo de reacción, ante lo cual los participantes debían restringir la respuesta predominante con el fin de inhibirla si se presenta una señal No-Go.

Cada ensayo consistió de lo siguiente: *a*) presentación de un punto de fijación por 800 ms; *b*) una pantalla en blanco por 500 ms; *c*) una pista (rectángulo vertical u horizontal) para una de las cinco asincronías de la presentación de estímulos (100, 200, 300, 400 o 500 ms); *d*) una señal Go (color verde) o No-Go (azul), que permanecía visible hasta que el participante respondía después de transcurridos 1000 ms, y *e*) un intervalo entre ensayos de 700 ms.

En cada ensayo se presentó una combinación entre pistas (vertical u horizontal) y señales (Go o No-Go), siendo aleatoria la presentación de estas combinaciones. Se aplicaron 50 ensayos en los que se cumplieron todas las condiciones y proporciones.

En esta tarea, la cantidad de errores (responder ante una señal No-Go cuando se presenta una pista para Go) indicaba si el participante lograba o no inhibir su respuesta (Fillmore et al., 2006).

### *Stop Signal Task (SST)*

Consiste en una serie de ensayos en los que aparecen estímulos ante los que se responde de manera continua, y de otros ensayos en la que se presenta una señal *Stop* que indica que no se debe responder, por lo que se debe inhibir la respuesta ya planificada (Logan et al., 1997).

La tarea mide la inhibición de una acción ya iniciada, es decir, implica la cancelación de una respuesta continua cuando se presenta una señal que indica no responder, como un sonido (Schachar et al., 2007).

La tarea consta de dos fases: una de práctica, con un bloque de 32 ensayos, y una de prueba, con tres bloques de 64 ensayos cada uno. En el presente trabajo, en ambas fases, cada ensayo constaba de lo siguiente: *a*) la presentación de un punto de fijación (un círculo blanco) en el centro de la pantalla en negro; *b*) después de 250 ms, aparecía el estímulo primario (una flecha horizontal blanca); *c*) la flecha permanecía en la pantalla hasta que el participante respondía, o bien después de 1250 ms, que es el máximo tiempo de reacción que asigna el programa; *d*) había un intervalo de 2000 ms antes de que comenzara el siguiente ensayo.

Los estímulos eran flechas que podían apuntar a la derecha o la izquierda, y el participante debía presionar la tecla D si la flecha apuntaba hacia la izquierda, o la tecla K si apuntaba a la derecha, siempre y cuando no se mostrara la señal *Stop* (un sonido) una vez que la flecha aparecía. En caso de que se presentara el sonido, la respuesta planificada debía cancelarse.

En los ensayos con señal *Stop*, el sonido era presentado después de la flecha con un retraso variable de la señal *Stop* (SSD, por sus siglas en inglés). El SSD inicial fue de 250 ms y se ajustaba continuamente mediante un proceso de seguimiento: cuando la inhibición era exitosa, el SSD aumentaba 50 ms; cuando no lo era, el SSD decrecía 50 ms. Entre mayor fuera el SSD, más difícil era inhibir la respuesta planeada (Verbruggen, Logan y Stevens, 2008; Winstanley, 2011).

En esta tarea, el tiempo de reacción para la señal *Stop* (SSRT, por sus siglas en inglés) es el indicador de inhibición de respuesta: a medida que el SSRT es mayor, hay menos capacidad para inhibir la respuesta (Fillmore et al., 2006; Logan et al., 1997; Verbruggen et al., 2008; Winstanley, 2011).

*Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)* (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988).

Adaptado para población mexicana por Robles et al. (2001), es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología ansiosa, ya que permite detectar síntomas en la población general y clínica.

Consta de 21 reactivos en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de 0 (poco o nada) a 3 (severamente). Con base en

el puntaje total puede clasificarse la sintomatología ansiosa del participante como mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) o severa (31-63). Este instrumento se utilizó en este trabajo para excluir de los análisis a los participantes con ansiedad severa.

*Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II)* (Beck, Steer y Brown, 1996).

Originalmente elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), es uno de los instrumentos autoaplicables más utilizados para evaluar los síntomas de depresión. En 1996, Beck, Steer y Brown publicaron una nueva versión, el IDB-II, misma que fue adaptada a estudiantes y población general por González et al. (2015).

El instrumento consta de 21 ítems en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va de 0 a 3; mayores puntajes indican mayor intensidad de la sintomatología depresiva. Con base en los puntos de corte, la puntuación total obtenida permite clasificar en depresión mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) o severa (29-63). En la presente investigación se le empleó para excluir de los análisis a los participantes con depresión severa.

## Procedimiento

Las evaluaciones se llevaron a cabo vía internet por medio de la plataforma Inquisit Web, versión 4, por Millisecond, un proveedor de software que permite aplicar tareas neuropsicológicas, instrumentos psicométricos, cuestionarios a distancia y datos en línea mediante una computadora.

Inicialmente, en el Inquisit Web se conformó con la batería aplicada, que constaba de un formato de consentimiento informado (elaborado de acuerdo con las políticas regulatorias de la declaración de Helsinki en cuanto al cumplimiento de los principios éticos de participación voluntaria y gestión de datos confidenciales), el cuestionario de datos sociodemográficos, el IAB, el IDB, la tarea *Go/No-Go* y la tarea *Stop Signal Task*. El tiempo aproximado para contestar la batería fue de 20 minutos.

Una vez conformada la batería en la plataforma, a través de las redes sociales y en los propios salones de clase se invitó a participar a los

alumnos de una universidad pública y de una privada. En ambos casos se describían los objetivos de la investigación, y a quienes se mostraran interesados se les indicaba el vínculo que los dirigiría a la plataforma en la que se encontraba la batería de pruebas.

Los participantes podían acceder al vínculo únicamente desde una computadora conectada a internet<sup>2</sup> y en el horario que desearan.

Cuando accedían al vínculo primero se les presentaba el formato de consentimiento informado; si decidían participar, podían continuar respondiendo los siguientes apartados de la batería; si no, podían salir de la plataforma en ese momento. Al finalizar, se les proporcionaba un correo electrónico al que podían escribir dudas o comentarios. Luego, Inquisit Web envió los datos obtenidos de cada participante a una base, la cual se descargó de la plataforma, y después transferida a una base de datos de SPSS para su análisis estadístico.

Inicialmente se probaron los supuestos para pruebas paramétricas con el propósito de conocer si las variables de interés tenían una distribución normal y si había homogeneidad de varianza entre grupos. Tras no cumplir con esos supuestos, se hicieron pruebas Kruskal-Wallis para conocer las

diferencias entre los grupos con diferentes IMC y entre mujeres y hombres.

## RESULTADOS

### Diferencias entre participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad

Los resultados muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas al evaluar la inhibición de respuesta como restricción ni como cancelación (Tabla 2), y que las personas con exceso de peso no difirieron de aquellas con normopeso, independientemente de la tarea empleada; es decir, si la inhibición se evaluaba como la restricción de una respuesta planificada o como la cancelación de una acción ya iniciada.

### Diferencias entre mujeres y hombres con normopeso, sobrepeso u obesidad

Al comparar a los hombres y mujeres con normopeso, sobrepeso y obesidad, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la inhibición de respuesta en ninguna de las tareas empleadas (Tabla 3).

**Tabla 2.** Diferencias entre las personas con peso normal, sobrepeso y obesidad.

Variable	Grupos	Prueba de Kruskal-Wallis			
		Rango promedio	Mediana	Estadísticos de contraste	
				$\chi^2$	$p$
<b>Tarea Go/No-Go</b>					
Tasa de error para ensayos con pista V y estímulo NG	Normopeso	50.18	0.00	0.62	0.73
	Sobrepeso	49.10	0.00		
	Obesidad	53.04	0.00		
<b>Tarea SST</b>					
Estimación del tiempo de reacción para la señal stop (SSRT)	Normopeso	48.31	257.09	2.55	0.27
	Sobrepeso	56.76	264.89		
	Obesidad	45.46	250.99		

Nota: V = Vertical; NG = No-Go; SSRT = Stop Signal Reaction Time; SST = Stop Signal Task.

<sup>2</sup> Las características del software de Inquisit impiden acceder desde una tableta o un teléfono celular.

**Tabla 3.** Diferencias entre mujeres y hombres con normopeso, sobrepeso u obesidad.

Variable	Grupo	Prueba de Kruskal-Wallis			
		Rango promedio	Mediana	Estadísticos de contraste	
				$\chi^2$	$p$
<b>Tarea Go/No-Go</b>					
Tasa de error para ensayos con pista v y estímulo NG	Mujer normopeso	51.31	0.00	1.76	0.88
	Mujer sobrepeso	51.78	0.00		
	Mujer obesidad	53.78	0.00		
	Hombre normopeso	49.05	0.00		
	Hombre sobrepeso	45.29	0.00		
	Hombre obesidad	52.60	0.00		
<b>Tarea SST</b>					
Estimación del tiempo de reacción para la señal Stop (SSRT)	Mujer normopeso	50.38	259.44	4.82	0.43
	Mujer sobrepeso	50.80	261.10		
	Mujer obesidad	44.67	244.07		
	Hombre normopeso	46.24	244.00		
	Hombre sobrepeso	65.29	267.02		
	Hombre obesidad	45.93	257.90		

Nota: v = Vertical; NG = No-Go; SSRT = Stop Signal Reaction Time; SST = Stop Signal Task.

## DISCUSIÓN

En este estudio no se encontraron diferencias en la inhibición de respuesta entre los participantes con peso normal, sobrepeso y obesidad en la restricción de una respuesta planificada ni en la cancelación de una acción iniciada.

Los datos obtenidos son congruentes con los de otros trabajos que tampoco encontraron una asociación entre la obesidad y una baja capacidad de inhibición de repuesta como restricción (Loeber et al. 2012) ni como cancelación (Fields et al., 2013; Lawyer et al., 2015), pero no coinciden con los de otras investigaciones que la han evaluado como cancelación (Chamberlain et al., 2015; Houben et al., 2014; Nederkoorn et al., 2006) y como restricción (Mobbs et al., 2011), las cuales han hallado diferencias en la inhibición entre personas obesas y con normopeso.

La comparación de la ejecución de mujeres y hombres con normopeso, sobrepeso y obesidad no mostró diferencias significativas en la inhibición de respuesta en ninguna de las tareas empleadas. Cabe mencionar que no es del conocimiento de las presentes autoras algún estudio que evalúe las diferencias en la inhibición de respuesta com-

parando hombres y mujeres con diferentes IMC, toda vez que en la mayoría de estos se ha evaluado solo a mujeres, o bien a hombres y mujeres como un grupo homogéneo, sin hacer por consiguiente comparaciones entre sexos.

El que no se hayan encontrado diferencias entre los grupos se puede deber a diferentes razones que vale la pena considerar para proseguir la investigación; por ejemplo, el tipo de inhibición de respuesta que se ha abordado tanto en esta investigación como en los estudios previos, así como los tipos de estímulos contenidos en las tareas. En cuanto a lo primero, las tareas SST y Go/No-Go evalúan la inhibición motora, que se refiere a la capacidad para suprimir comportamientos no necesarios o inapropiados (Chambers et al., 2009). Sin embargo, no es el único tipo de inhibición de respuesta ya que también existe la inhibición de respuesta de índole afectiva (Verdejo y Bechara, 2010), basada en la dificultad para demorar la obtención de gratificación o recompensas y que puede valorarse mediante paradigmas de descuento temporal (Bari y Robbins, 2013).

Cuando se han estimado las deficiencias en la inhibición afectiva se ha observado que muestra cierta asociación con el sobrepeso (Fields et al.,



2013; Lawyer et al., 2015). Es posible entonces, que no sea la inhibición de respuesta motora la que esté relacionada con el exceso de peso sino la afectiva, pero esto es solamente una conjetura que habría que corroborar.

Por otro lado, se ha planteado que los tipos de estímulos empleados en las tareas desempeñan un papel importante en los resultados obtenidos, y que es posible que únicamente se observen deficiencias en el control inhibitorio motor en las personas obesas cuando las tareas se conforman con estímulos relacionados con alimentos (Bartholdy et al., 2016; Houben et al., 2014). Sin embargo, Loeber et al. (2012) hallaron que los participantes obesos y los normopeso muestran índices de inhibición de respuesta similares en las tareas con estímulos neutros y en aquellas con estímulos relacionados con alimentos, por lo que los datos sobre el tipo de estímulos tampoco son concluyentes. También vale la pena considerar la posibilidad de que la habilidad para inhibir algunos comportamientos ocurra solo cuando el individuo intenta llevar una dieta para bajar de peso o para mantener un peso saludable (Lavagnino et al., 2016).

El aporte principal de esta investigación es que incluso al emplear las dos tareas más utilizadas para evaluar la inhibición de respuestas y controlar variables tales como los niveles de ansiedad y depresión severos, el sexo y la edad, no se observaron asociaciones entre la inhibición de respuesta motora y el sobrepeso en población mexicana, específicamente; es importante señalar que las investigaciones revisadas se llevaron a cabo en Europa y Estados Unidos. Así, estos resultados constituyen solamente un primer acercamiento al fenómeno, eliminando la influencia de aquellas variables que pudieran afectarlo. Sin embargo, se

debe tomar en cuenta que los análisis se realizaron en grupos pequeños que no mostraban una distribución normal.

En futuras investigaciones sería recomendable incluir un grupo de personas con el llamado trastorno por atracón, ya que es probable que sea una variable que influya en los resultados, y que por ello estos sean contradictorios. También habría que considerar aplicar tareas que no únicamente contengan estímulos neutros, e incluir también estímulos relacionados con la comida y la alimentación, a fin de saber si la capacidad de inhibición es diferente con cada tipo de estímulo.

Los resultados del presente estudio se deben tomar con cautela ya que, por un lado, los datos no se distribuyeron normalmente, por lo que no son generalizables a la población y, por otro lado, aunque las aplicaciones en línea tienen la ventaja de que eliminan el error en la calificación y la conformación de bases de datos, también elevan la probabilidad de que factores externos intervengan en la ejecución.

En conclusión, en este estudio se corroboró que la inhibición de respuesta motora (de restricción y de cancelación) no se relaciona con el sobrepeso ni con la obesidad cuando se emplean estímulos neutros, pues no hubo diferencias en la ejecución de las tareas entre los individuos con normopeso, sobrepeso y obesidad, independientemente del tipo de tarea utilizada, incluso controlando los niveles de ansiedad y de depresión de los participantes, ni tampoco se observaron diferencias entre hombres y mujeres.

Finalmente, con base en la literatura revisada, es posible que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con el descuento temporal, pero no con la incapacidad para inhibir conductas.

## REFERENCIAS

- Ardila, A. y Ostrosky S., F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. México: UNAM.
- Bari, A. y Robbins, T.W. (2013). Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108(1), 44-79. Doi: 10.1016/j.pneurobio.2013.06.005.
- Bartholdy, S., Dalton, B., O'Daly, O.G., Campbell, I.C. y Schmidt, U. (2016). A systematic review of the relationship between eating, weight and inhibitory control using the stop signal task. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 64, 35-62. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.02.010.
- Batterink, L., Yokum, S. y Stice, E. (2010). Body mass correlates inversely with inhibitory control in response to food among adolescent girls: an fMRI study. *Neuroimage*, 52(4), 1696-1703. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.05.059.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G.K. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Chamberlain, S.R., Derbyshire, K.L., Leppink, E. y Grant, J.E. (2015). Obesity and dissociable forms of impulsivity in young adults. *CNS Spectrums*, 20(5), 500-507. Doi: 10.1017/S1092852914000625.
- Chambers, C.D., Garavan, H. y Bellgrove, M.A. (2009). Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(5), 631-646. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.08.016.
- De Wit, L.M., Fokkema, M., Van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P. y Penninx, B.W.J.H. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1057-1065. Doi: 10.1002/da.20738.
- Fields, S.A., Sabet, M. y Reynolds, B. (2013). Dimensions of impulsive behavior in obese, overweight, and healthy-weight adolescents. *Appetite*, 70(1), 60-66. Doi: 10.1016/j.appet.2013.06.089.
- Fillmore, M.T., Rush, C.R. y Hays, L. (2006). Acute effects of cocaine in two models of inhibitory control: implications of non-linear dose effects. *Addiction*, 101(9), 1323-1332. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01522.x.
- Garipey, G., Nitka, D. y Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407-419. Doi: 10.1038/ijo.2009.252.
- González D., A., Reséndiz, A. y Reyes L., I. (2015). Adaptación del IDB-II en México. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.033.
- Houben, K., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2014). Eating on impulse: The relation between overweight and food-specific inhibitory control. *Obesity*, 22(5), E6-E8. Doi: 10.1002/oby.20670.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: Presentación de resultados*. Cuernavaca (México): INSP. Recuperado de [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).
- Lavagnino, L., Arnone, D., Cao, B., Soares, J.C. y Selvaraj, S. (2016). Inhibitory control in obesity and binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis of neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 714-726. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.06.041.
- Lawyer, S.R., Boomhower, S.R. y Rasmussen, E.B. (2015). Differential associations between obesity and behavioral measures of impulsivity. *Appetite*, 95, 375-382. Doi: 10.1016/j.appet.2015.07.031.
- Loeber, S., Grosshans, M., Korucuoglu, O., Vollmert, C., Vollstädt-Klein, S., Schneider, S. y Kiefer, F. (2012). Impairment of inhibitory control in response to food-associated cues and attentional bias of obese participants and normal-weight controls. *International Journal of Obesity*, 36(10), 1334-1339. Doi: 10.1038/ijo.2011.184.
- Logan, G.D., Schachar, R.J. y Tannock, R. (1997). Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science*, 8(1), 60-64.
- Mobbs, O., Iglesias, K., Golay, A. y Van der Linden, M. (2011). Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder. Investigation using a mental flexibility task. *Appetite*, 57(2011), 263-271. Doi: 10.1016/j.appet.2011.04.023.
- Nederkoorn, C., Smulders, F.T., Havermans, R.C., Roefs, A. y Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite*, 47, 253-256. Doi: 10.1016/j.appet.2006.05.008.
- Noreña, D. y Sánchez, I. (2015). La impulsividad en los síndromes prefrontales: una perspectiva neuropsicológica. En J. L. Celma (Ed.): *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo* (pp. 71-92). Barcelona: Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent. Recuperado de [https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases\\_teoricas\\_y\\_clinica\\_comportamiento\\_impulsivo.pdf](https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2020). Obesidad y sobrepeso. *Nota Descriptiva no. 311* [en línea]. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Organization for Economic Cooperation and Development (2017). *Obesity update 2017*. Paris: OECD. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- Osuna R., I., Hernández P., B., Campuzano J., C. y Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48(2), 94-103.
- Pasco, J.A., Williams, L.J., Jacka, F.N., Brennan, S.L. y Berk, M. (2013). Obesity and the relationship with positive and negative affect. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(5), 477-482. Doi: 10.1177/0004867413483371.
- Puhl, R.M., Luedicke, J. y Heuer, C.A. (2013). The stigmatizing effect of visual media portrayals of obese persons on public attitudes: does race or gender matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805-826. Doi: 10.1080/10810730.2012.757393.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

- Schachar, R., Logan, G.D., Robaey, P., Chen, S., Ickowicz, A. y Barr, C. (2007). Restraint and cancellation: multiple inhibition deficits in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 229-238. Doi: 10.1007/s10802-006-9075-2.
- Smith, E., Hay, P., Campbell, L. y Trollor, J.N. (2011). A review of the association between obesity and cognitive function across the lifespan: Implications for novel approaches to prevention and treatment. *Obesity Reviews*, 12, 740-755. Doi: 10.1111/j.1467-789x.2011.00920.x.
- Verbruggen, F., Logan, G.D. y Stevens, M.A. (2008). STOP-IT: Windows executable software for the stop-signal paradigm. *Behavior Research Methods*, 40(2), 479-483. Doi: 10.3758/BRM.40.2.479.
- Verdejo G., A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
- Volkow, N.D., Wang, G.J. y Baler, R.D. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 37-46. Doi: 10.1016/j.tics.2010.11.001.
- Winstanley, C.A. (2011). The utility of rat models of impulsivity in developing pharmacotherapies for impulse control disorders. *British Journal of Pharmacology*, 164(4), 1301-1321. Doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01323.x.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series 894*. Geneva: WHO.
- Yuan, J., He, Y., Qinglin, Z., Chen, A. y Li, H. (2008). Gender differences in behavioral inhibitory control: ERP evidence from a two choice oddball task. *Psychophysiology*, 45, 986-993. Doi: 10.1111/j.1469-8986.2008.00693.x.

# Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos

## *Effectiveness evaluation of the DBT STEPS-A program in Mexican university students*

Josué Napoleón Huerta-Hernández<sup>1</sup>, Michel A. Reyes-Ortega<sup>2</sup>,  
Cecilia Elizabeth Sotelo-González<sup>1</sup>, Morelia Erandeni Gil-Díaz<sup>3</sup>,  
Zugary Lima-Téllez<sup>1</sup>, Claudia Rebeca Gutiérrez-Cardona<sup>1</sup>  
y Mayra Teresa Barrientos-García<sup>1</sup>

*Citación:* Huerta Hernández, J.N., Reyes Ortega, M.A., Sotelo González, C.E., Gil-Díaz, M.E., Lima Téllez, Z., Gutiérrez Cardona, C.R. y Barrientos García, M.T. (2021). Evaluación de la efectividad del programa DBT STEPS-A en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 31(1), 103-112. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2680>.

### RESUMEN

El programa DBT STEPS-A es una adaptación para implementar en la escuela habilidades derivada de la terapia dialéctica conductual estándar. En este estudio se evaluó su impacto en universitarios de una institución privada de la ciudad de Puebla (México). Participaron 70 mujeres y 19 varones de entre 18 y 25 años de edad, distribuidos en cuatro grupos: TAU consistió en una materia de educación socioemocional no estandarizada que imparte la universidad; TAU + DBT STEPS-A, la suma de dicha materia más el programa DBT STEPS-A; DBT STEPS-A, exclusivamente el programa, y un grupo control. Como medidas se aplicaron en tres momentos las escalas DERS-E, DASS 21 y GHQ-12. El análisis de datos se realizó por medio de las pruebas estadísticas Kruskal-Wallis y Friedman. Se realizaron comparaciones intergrupales de los puntajes previos y posteriores a la aplicación de dichas escalas. Los resultados sugieren que los grupos se encontraban en igualdad de condiciones antes de la implementación de los tratamientos. En la comparación intragrupal utilizando la prueba de Friedman, los grupos TAU + DBT STEPS-A y DBT STEPS-A tuvieron diferencias estadísticamente significativas, mostrando disminución en las dimensiones ansiedad y depresión de la escala DASS 21, así como modificaciones en el puntaje total de la escala DERS-E; asimismo, en las subdimensiones de aceptación y metas y en los puntajes totales de la escala GHQ-12 en el grupo TAU + DBT STEPS-A. Por el contrario, no hubo diferencias en las comparaciones entre los demás grupos del estudio, ni tampoco por género.

**Palabras clave:** Terapia dialéctica conductual; Regulación emocional; Educación socioemocional; Entrenamiento en habilidades emocionales; Estudiantes universitarios.

### ABSTRACT

*The program DBT STEPS-A is an school-based adaptation to implement the skills derived from standard dialectic-behavioral therapy. The present study aimed to measure the effects of such intervention on students of a private university in Puebla, Mexico. A total of 89 students participated, 70 women and 19 men aged of 18 to 25 years with an average of 20. Participants were assigned to four groups-conditions: 1. TAU was a non-standardized subject on socio-emotional education provided*

<sup>1</sup> Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Calle 21 Sur 1103, Barrio de Santiago, 72410 Puebla, Pue., México, tel. (222)229-94-00, correo electrónico: josuenapoleon.huerta@upaep.mx. Artículo recibido el 5 de agosto de 2019 y aceptado el 10 de junio de 2020.

<sup>2</sup> Instituto de Ciencia y Terapia Conductual Contextual de la Cd. de México, Canadá 177, Col. San Lucas, Del. Coyoacán, 04030 Ciudad de México, México, tel. (55)55-49-18-69, correo electrónico: michel.reyes@dbt-mexico.mx.

<sup>3</sup> Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Av. Gral. Francisco J. Múgica s/n, Col. Felicitas del Río, 58004 Morelia, Mich., México, tel. (443)322-35-00, correo electrónico: moregil@hotmail.com.

by the university; 2. TAU+DBT STEPS-A, that subject plus the DBT STEPS-A program; 3. DBT STEPS-A alone, and a 4. a control group. The scales DERS-E, DASS 21, and GHQ-12 were used at three different moments. The data analysis was done through the Kruskal-Wallis and Friedman statistical tests. Intergroup comparisons of the scores were made before and after the implementation of the programs. The results suggest that all groups were equal comparable conditions before the treatments. Within group comparisons, using the Friedman test revealed that the TAU+DBT STEPS-A and DBT STEPS-A groups got a greater number of statistically significant improvement on depression and anxiety symptoms in the DASS 21 scale. These groups also showed improvement in the total scores of the DERS scale and the acceptance and goals subdimensions. Statistically significant differences were found for the total scores of the GHQ 12 scales, but not between men and women in the whole sample.

**Keywords:** Dialectical behavior therapy; Emotional regulation; Socioemotional learning; Emotional skills training; College students.

## INTRODUCCIÓN

Los estudiantes universitarios son un segmento de la población expuesto a diversos estresores sociales y a los propios del desarrollo de esta etapa de vida, tales como la adaptación al contexto universitario, el cambio de residencia –que en muchos ocasiones significa alejarse de los padres y del lugar de origen por primera vez–, la búsqueda de sentido de pertenencia a un grupo social, relaciones de pareja novedosas, preocupaciones por el aspecto físico o problemas de tipo académico que pueden traducirse en un bajo rendimiento o en la deserción escolar (Lara, Saldaña, Fernández y Delgado, 2015). El estrés que experimentan los jóvenes puede variar de leve a grave. Los problemas no graves generalmente afectan el rendimiento académico y están relacionados directamente con las competencias emocionales (Suberviola, 2012), en tanto que los problemas graves, menos frecuentes, pueden inducir depresión, ansiedad y conductas de riesgo, como autolesiones, conducta suicida o abuso de sustancias (Mazza et al., 2016).

A los estresores ambientales se hallan asociados ciertos conflictos emocionales, de los cuales entre 20 y 36% pueden cumplir los criterios diag-

nósticos de un trastorno de salud mental (Auerbach et al., 2016; Melo, Van Oudenhove y López, 2012), problemas conductuales como el aumento significativo del consumo de alcohol y tabaco (Alvear et al., 2015; Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, 2011) y autolesiones (Castro et al., 2017; Klonsky, 2007). Las autolesiones no suicidas (ANS), entendidas como cortes realizados sobre la piel u otras formas de autolesión intencional sin fines suicidas conscientes, son comportamientos comunes entre la población universitaria asociados a problemas de regulación emocional que funcionan como intentos de autorregularse (Klonsky, 2007; Swannell, Martin, Page, Hasking, y St. John, 2014; Titelius et al., 2017). Adicionalmente, debido a su condición etaria, los estudiantes universitarios se ubican dentro del grupo poblacional con mayor índice de suicidio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015; Suicide Prevention Resource Center, 2004).

Los trastornos mentales son frecuentes en la población estudiantil, y si bien la mayoría de los estudiantes con estos padecimientos son conscientes de la necesidad de tratamiento, la mayoría de ellos no lo reciben durante al menos dos años (Zivin, Eisenberg, Gollust y Golberstein, 2009). De acuerdo con el American College Health Association (ACHA) (2011), las características de depresión, ideación suicida, autolesión no suicida y trastorno límite de la personalidad son problemas importantes de salud mental entre los estudiantes universitarios. Aproximadamente un tercio de ellos informa haber experimentado depresión en el último año, y se ha encontrado que casi la mitad de esta población puede ser diagnosticada con al menos un problema de salud mental (Blanco et al., 2008).

A partir de los índices de psicopatología identificados en la población universitaria, Baa-der et al. (2014) sugieren realizar intervenciones en aspectos psicoeducativos de orientación y atención en la salud mental. En México, en un estudio realizado por Jiménez, Wagner, Rivera y González-Forteza (2015) en una muestra de estudiantes universitarios de Michoacán y Ciudad de México,



recomiendan llevar a cabo acciones de información, sensibilización y capacitación para atender problemas de depresión y salud mental en los ámbitos educativos.

De acuerdo con Cooper (2005), la implementación de tratamientos con apoyo empírico en estudiantes universitarios podría tener un efecto significativo en la salud pública en el largo plazo; sin embargo, considera que existe una falta crítica de estudios sobre la efectividad de tales tratamientos en esta población, por lo que se requiere continuar trabajando en la implementación de programas que estén encaminados a dotar a los estudiantes de estrategias en un plano comportamental (Osornio y Palomino, 2009) y con mediciones sobre su efectividad (Zivin, Eisenberg, Gollust y Golberstein, 2009).

Por otra parte, la terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un modelo de psicoterapia que ha demostrado efectividad documentada para disminuir conductas de riesgo similares a las halladas en población universitaria (Tarrier, Taylor y Gooding, 2008). De acuerdo al modelo biosocial sobre el que se fundamenta (Crowell, Beauchine y Linehan, 2009; Linehan, 1993), comportamientos como la suicidalidad o el abuso de sustancias son consecuencias de las dificultades para regular las propias emociones, lo que ubica la desregulación emocional como una variable causal de diversos problemas de salud mental y subclínicos (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme y Barlow, 2014; Reyes, 2013, 2016). Por el contrario, la regulación emocional implica la capacidad de ser consciente y entender las emociones, adaptando flexiblemente las conductas con base en el contexto, los propios fines y las demandas del ambiente, siendo el de la DBT el modelo psicoterapéutico de mayor efectividad documentada para atender problemas de desregulación emocional (Barlow et al., 2015; Gratz y Roemer, 2004; Linehan, 1993; Reyes y Tena, 2016; Stoffers et al., 2012).

En un estudio realizado por Pistorello, Fruzzetti, Maclane, Gallop e Iverson (2012) se analizó la efectividad de la terapia dialéctico-conductual en 63 estudiantes que manifestaban intencionalidad suicida al principio del estudio. Los resultados revelaron que la DBT, en comparación con una condición control, produjo una disminución signifi-

cativa en las tendencias suicidas, la depresión, las ANS y el uso de medicamentos psicotrópicos. La mayoría de los efectos del tratamiento también se observaron en el seguimiento.

Cabe mencionar que la DBT está compuesto por tres elementos: psicoterapia individual, entrenamiento de habilidades en grupo y apoyo telefónico, de los cuales se han hecho, entre otras adaptaciones, adecuaciones para la población adolescente (Linehan, 2014; Miller, Rathus, DuBose, Dexter-Mazza y Goldklang, 2007), las familias de estos (Rathus y Miller, 2014) y el contexto escolar (Mazza et al., 2016).

El programa DBT STEPS-A (*Dialectic-Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents*, por sus siglas en inglés), que es la adaptación al contexto escolar, cuenta con una forma de trabajo estructurada, orientada a que los participantes aprendan habilidades que les sean de utilidad para regular sus emociones, resolver problemas y manejar de forma efectiva el malestar provocado por las diversas situaciones que pueden llegar a experimentarse en la vida. Datos acerca de la implementación del programa DBT STEPS-A en Estados Unidos e Irlanda indican una disminución en conductas suicidas, autolesiones, depresión y ansiedad, así como también mejoría en los problemas concernientes a la regulación emocional (Mazza y Dexter-Mazza, 2018). Los resultados sugieren que es un programa efectivo para prevenir autolesiones y conductas suicidas, así como para mejorar otros aspectos de la salud mental.

Por todo lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa DBT STEPS-A como estrategia de prevención y atención a los problemas relacionados con la salud mental en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra, aleatoriamente designada, estuvo conformada por 89 estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Puebla (México). Los participantes, que se encontraban en un rango de entre 18

a 23 años de edad ( $X = 20$ , D.E. = 1.77) y procedían de diversas licenciaturas, se dividieron en cuatro grupos: 1) TAU, conformado por 39 participantes ya inscritos en una materia que imparte la misma institución; 2) DBT STEPS-A, constituido por 7 estudiantes que participaron voluntariamente y que fueron asignados por los directores de carrera interesados en el proyecto; 3) TAU + DBT STEPS-A, constituido por 32 participantes que, además de haber sido asignados por la universidad a la materia TAU, decidieron participar voluntariamente en el programa DBT STEPS, y 4) Grupo control, conformado por 11 estudiantes asignados por los directores de carrera y que accedieron a participar voluntariamente en la investigación.

## Diseño

Este fue un estudio con enfoque cuantitativo, diseño cuasiexperimental, con alcance descriptivo, con tres grupos experimentales que completaron las sesiones de acuerdo a lo establecido por cada programa, y un grupo control que solo participó en los momentos de medición. Como variable independiente se consideró la intervención de los programas DBT STEPS-A y TAU, como variables dependientes los resultados arrojados por los instrumentos DERS-E, GHQ-12 y DASS 21.

## Instrumentos

*Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS-E) (Gratz y Roemer, 2004).

Adaptada y validada en población mexicana por Marín, Robles, González y Andrade (2012), tiene como fuente de constructo la depresión, la ansiedad y las conductas desadaptativas. Se compone por cuatro factores: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas, falta de conciencia emocional y de claridad emocional, en un total de 24 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van de “Casi nunca” (0-10%) a “Casi siempre” (91-100%).

*Cuestionario de Salud General* (GHQ-12) (Goldberg y Hillier, 1979).

Es un instrumento para el autorreporte del grado de bienestar. Originalmente consta de 60 pregun-

tas en cuatro áreas psiquiátricas: depresión, disfunción social, ansiedad e hipocondría, así como funciones intelectuales y fisiológicas. En su adaptación para población mexicana (Solís, Meda, Moreno y Juárez, 2016), el cuestionario se compone de doce reactivos, en los que puntuaciones de 12 o más indican que la persona podría estar sufriendo un trastorno emocional.

*Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS 21) (Lovibond y Lovibond, 1995).

Consta de tres subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés mediante 21 reactivos. Las respuestas en dicho instrumento se miden a través de cuatro opciones: 0, “No ha ocurrido”; 1, “Ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo”; 2, “Ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo”, y 3, “Ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo” (cf. Ruiz, García, Suárez y Odriozola, 2017).

## Procedimiento

Para la adecuada implementación del programa DBT STEPS-A se llevaron a cabo sesiones de capacitación a cargo de un entrenador regional con trece años de experiencia clínica, diez de ellos desde el modelo DBT; un supervisor de los facilitadores con doce años de experiencia clínica, tres de ellos desde el modelo DBT; así como con cuatro facilitadoras del programa, tres de ellas con estudios de posgrado en psicología y experiencia clínica. Finalmente, los facilitadores del grupo TAU fueron profesores asignados por la universidad que ya impartían esa materia.

Se invitó a los participantes a acudir de forma voluntaria al taller DBT STEPS-A a través de los directores de carrera. Por otro lado, el Grupo TAU se eligió por conveniencia, ya que la institución imparte una materia con objetivos similares a los del referido taller, resaltando que la elección de ese grupo fue hecha aleatoriamente por el sistema de inscripciones de la universidad. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado, así como una carta de responsabilidad en la que se señalaba la importancia de acudir un mínimo de 85% a las sesiones del programa. La presente investigación fue analizada y aprobada por el comité de bioética de la institución en la que se efectuó.

Para la implementación del programa cada facilitador explicó los objetivos de la investigación y de cada programa, se encargó de entregar las cartas de compromiso, dio la orientación de cada programa, aclaró las dudas de los estudiantes y obtuvo las firmas de las cartas de consentimiento informado. Los cuatro grupos completaron las treinta sesiones que indica el programa, mientras que el grupo control solo participó en los momentos de medición.

En un inicio, el total de participantes que conformó la muestra experimental fue de 95, de los cuales seis fueron dados de baja por abandonar el tratamiento o por incumplir los compromisos del programa; cuatro de ellos pertenecían al grupo TAU + DBT STEPS y dos al DBT STEPS, resultando finalmente un total de 89 participantes, incluidos quienes solamente formaban parte del grupo control.

### Grupos de intervención

#### 1) TAU

Materia de formación humanista incluida dentro del plan de estudios, cuyo objetivo es promover el desarrollo personal en los estudiantes. Este grupo se encontraba ya conformado por la propia institución. Las sesiones tenían una duración de una hora y media y se efectuaban dos veces por semana. La evaluación se llevaba a cabo mensualmente, y se realizaban diversas actividades dentro de las sesiones, tales como el análisis de diversos temas a revisarse en la materia, grupos de discusión sobre aprendizajes logrados en clase y puestos en práctica en la vida cotidiana y asignación de tareas.

#### 2) DBT STEPS-A

Entrenamiento de habilidades de DBT, que constó de treinta sesiones divididas en cuatro módulos: a) conciencia plena, b) tolerancia al malestar, c) regulación emocional y d) efectividad interpersonal. Las sesiones del taller tuvieron una duración de hora y media, a razón de dos veces por semana, y la evaluación se lleva a cabo mediante un examen escrito predeterminado por el manual. Las actividades en las sesiones consisten en grupos de discusión, juego de roles, intercambio de aprendizajes y experiencias, asignación de tareas para practicar las habilidades en casa, así como también el uso de tarjetas de diario en las que se

reportan las herramientas utilizadas durante la semana.

#### 3) TAU + DBT STEPS-A

En este grupo experimental se trabajó con los contenidos y procedimientos correspondientes a los formatos de los dos programas. Por lo que, para trabajar en este grupo, los participantes asistían dos días a la semana a las sesiones del programa TAU, y en la misma semana dos días al programa DBT.

#### 4) Grupo control

Con este grupo se trabajó únicamente en los momentos en que se aplicaban los instrumentos para recabar los datos derivados de las tres mediciones.

## RESULTADOS

Para realizar los análisis se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, específicamente las de Kruskal-Wallis y de Friedman, debido a que los datos de la muestra no mostraron una homogeneidad de varianzas ni una distribución normal. A cada uno de los grupos se les hicieron tres mediciones, las cuales se llevaron a cabo en diversos momentos del tratamiento (sesión 1, sesión 15 y sesión 30). Con el propósito de evitar la fatiga en los participantes al contestar los instrumentos, se dejó el espacio de tiempo suficiente entre cada medición, esperando que esos intervalos fuesen de utilidad para prevenir que los datos obtenidos se vieran influidos por las aplicaciones anteriores. Las tres mediciones proporcionaron información sobre el comportamiento de las variables a lo largo de las sesiones. Los análisis estadísticos se efectuaron con el objetivo de hacer comparaciones entre los diferentes grupos y las diversas mediciones.

Se compararon los puntajes totales de los cuatro grupos correspondientes a la primera medición de las escalas DASS 21 ( $\chi^2[1] = 6.25$ ,  $p = .100$ ), DERS-E ( $\chi^2[1] = 5.85$ ,  $p = .119$ ) y GHQ 12 ( $\chi^2[1] = 5.26$ ,  $p = .154$ ), utilizando para ello la prueba estadística de Kruskal-Wallis; esta comparación intergrupala permitió identificar que no había diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los instrumentos. Dichos resultados sugieren que los grupos se encontraban en

igualdad de condiciones antes de la implementación de los tratamientos. De igual forma, se hizo una comparación con la prueba Kruskal-Wallis de los datos obtenidos de la tercera medición de las escalas DASS 21 ( $\chi^2[1] = 12.47, p = .005$ ), DERS-E ( $\chi^2[1] = 21.46, p = .000$ ) y GHQ 12 ( $\chi^2[1] = 27.96, p = .000$ ), en la cual se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos. En cuanto a los resultados obtenidos por medio de la comparación intragrupal utilizando la prueba de Friedman, se observó que los grupos que obtuvieron un mayor número de diferencias estadísticamente significativas fueron en la modalidad de TAU + DBT STEPS-A y DBT STEPS-A; los grupos TAU y el grupo control no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa con este análisis.

*Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21).* Se realizó el análisis utilizando la prueba no paramétrica de Friedman, el cual indicó que en el grupo con la modalidad de TAU + DBT STEPS-A hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de la escala ( $\chi^2[2] = 7.32, p = .026$ ); específicamente, se encontraron diferencias en las subdimensiones de depresión ( $\chi^2[2] = 8.53, p = .014$ ) y ansiedad ( $\chi^2[2] = 8.33, p = .016$ ), por lo que, de acuerdo con los puntajes de las medianas derivados de las tres mediciones realizadas (sesión 1, sesión 15 y sesión 30), los puntajes de ansiedad y depresión disminuyeron; en la subdimensión de estrés en este grupo no hubo diferencias estadísticamente significativas. Los participantes del grupo que recibieron la modalidad DBT STEPS-A registraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales ( $\chi^2[2] = 7.71, p = .021$ ) y también en dos de las subdimensiones de la escala: depresión ( $\chi^2[2] = 5.82, p = .050$ ) y ansiedad ( $\chi^2[2] = 5.84, p = .050$ ). En cuanto a la subdimensión de estrés, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En esta escala, los dos grupos restantes (TAU y control) no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

*Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en Español (DERS-E).* El análisis de datos efectuado mediante la comparación de las tres medicio-

nes utilizando la prueba estadística de Friedman señala que en el grupo TAU + DBT STEPS-A hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales ( $\chi^2[2] = 26.22, p = .000$ ), así como también en las subdimensiones de no aceptación ( $\chi^2[2] = 16.4, p = .000$ ), metas ( $\chi^2[2] = 23.41, p = .000$ ) y conciencia ( $\chi^2[2] = 8.86, p = .012$ ). Los puntajes de las medianas correspondientes a cada una de las subdimensiones indican que fueron mayores en la medición efectuada en la sesión 1 del tratamiento, en comparación con los obtenidos en las sesiones 15 y 30. Dichos puntajes refieren que los participantes experimentaron una variación en los niveles de estas variables a medida que avanzaron en el tratamiento.

De igual forma, el grupo en la modalidad DBT STEPS-A reportó diferencias estadísticamente significativas en los puntajes totales de la escala ( $\chi^2[2] = 6.74, p = .034$ ), al igual que en las subdimensiones de no aceptación ( $\chi^2[2] = 8.66, p = .013$ ) y metas ( $\chi^2[2] = 5.85, p = .050$ ). En este grupo, la subdimensión de conciencia no mostró diferencias estadísticamente significativas, las cuales brindan información sobre el comportamiento de las variables a lo largo de las sesiones del tratamiento; así, los niveles de las variables se modificaron en relación a la primera y la tercera mediciones.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones en los cuatro grupos en la subdimensión claridad de la escala DERS-E.

*Cuestionario de Salud General de 12 Ítems (GHQ 12).* En la escala GHQ 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres momentos de medición en los puntajes totales de la escala, específicamente en el grupo TAU + DBT STEPS-A ( $\chi^2[2] = 21.86, p = .000$ ). Los puntajes de las medianas en cada una de las tres mediciones indican la manera en la cual el nivel de esta variable se modificó desde la primera sesión cuando se le contrasta con las sesiones 15 y 30. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de los puntajes en los demás grupos del estudio (véanse Tablas 1 y 2).

**Tabla 1.** Puntajes de la prueba no paramétrica estadística de Friedman para comparar las mediciones de los participantes del grupo con modalidad de tratamiento TAU + DBT STEPS-A.

TAU + DBT STEPS-A (n = 32)					
Variable	1ª Medición	2ª Medición	3ª Medición	$\chi^2$	p
	Md	Md	Md		
DASS 21 Total	12	8	7	7.32	.026
DASS 21 Depresión	2	1	1	8.53	.014
DASS 21 Ansiedad	4	2	1	8.33	.016
DERS-E Total	46	38	38	26.22	.000
DERS-E No aceptación	14	12	11	16.01	.000
DERS-E Metas	11	9	8	23.41	.000
DERS-E Conciencia	11	12	10	8.86	.012
GHQ 12 Total	9	5	4	21.86	.000

**Tabla 2.** Puntajes de la prueba estadística no paramétrica de Friedman para comparar las tres mediciones de los participantes del grupo con modalidad de tratamiento DBT STEPS-A.

DBT STEPS-A (n = 7)					
Variable	1ª Medición	2ª Medición	3ª Medición	$\chi^2$	p
	Md	Md	Md		
DASS 21 Total	12.18	7	4	7.71	.021
DASS 21 Depresión	2	1	0.0	5.85	.050
DASS 21 Ansiedad	4	2	1	5.84	.050
DERS-E Total	46	35	30	6.74	.034
DERS-E No aceptación	16	11	9	8.66	.013
DERS-E Metas	13	9	6	5.85	.050

## DISCUSIÓN

La presente investigación reporta los principales datos obtenidos de un estudio con diseño cuasiexperimental utilizando DBT STEPS-A en estudiantes universitarios. El grupo que tuvo mayores diferencias estadísticamente significativas fue el que recibió TAU + DBT STEPS-A, seguido del grupo DBT STEPS-A, rechazándose así la hipótesis de investigación. En ambas intervenciones se observó una disminución de los puntajes en las medianas de algunas de las subdimensiones de los instrumentos en los tres momentos de medición.

En relación con las subdimensiones de las escalas que no mostraron diferencias estadísticamente significativas, tales como la de estrés del DASS 21, las de conciencia y claridad de la DERS-E, o en el caso de la escala GHQ 12, para la cual solo un grupo reportó cambios (TAU + DBT STEPS-A),

es conveniente considerar diversos elementos de las modalidades en los grupos que pudieron llegar a influir en dicho resultado. En la escala DERS-E, en los casos de la subdimensión de claridad, la cual no se modificó en ninguno de los grupos, o la de conciencia, en la que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo que recibió DBT STEPS-A. Será pertinente centrarse en DBT STEPS-A y en las características de los ítems que conforman estas subdimensiones, y establecer una relación con los módulos que conforman DBT STEPS-A; en particular los módulos de atención plena y regulación emocional del programa, a fin de que en próximas implementaciones de DBT STEPS-A se consideren estos aspectos.

En contraste con los resultados anteriormente reportados, debe señalarse que en sendos estudios hechos en Estados Unidos e Irlanda (este último utilizó DBT STEPS-A como estrategia nacional de



prevención universal para la salud mental en ocho diferentes escuelas) se reportó una disminución en las conductas suicidas y autolesiones, así como también en los problemas de regulación emocional, entre otros (Mazza y Dexter-Mazza, 2018). Tales resultados sugieren que DBT STEPS-A es un programa efectivo para prevenir autolesiones y conductas suicidas, así como también otros problemas de salud mental.

En el presente estudio se encuentran similitudes con los resultados obtenidos en los dos estudios anteriormente señalados, recordando que la población con la cual se trabajó en esta investigación es muy diferente a la reportada en aquellos.

Por lo tanto, y retomando los datos obtenidos, un punto de discusión del presente estudio, derivado de los resultados que muestran cómo TAU + DBT STEPS-A fue el grupo que obtuvo los mejores resultados, es identificar los elementos del tratamiento que pareciera cubrir el TAU o algunas características del mismo que añadieran valor a la implementación del DBT STEPS-A. Por otro lado, es importante señalar que el grupo TAU + DBT STEPS-A recibió el doble número de sesiones, lo que podría explicar los resultados obtenidos. Dado que el objetivo principal del estudio fue evaluar el efecto del DBT STEPS-A como estrategia universal de prevención en una población de estudiantes mexicanos universitarios, se considera pertinente identificar los elementos que deben mejorarse para que en futuras aplicaciones de este programa se obtengan resultados más positivos.

Algunos otros factores que pudieron afectar los resultados son los relativos a la implementación del tratamiento en los grupos, como el desarrollo de las sesiones, las características individuales del responsable de implementar las sesiones o la forma de prepararlas, entre muchos más.

Es fundamental apuntar que los resultados del presente proyecto en cuanto a la aplicación y evaluación de DBT STEPS-A son preliminares debido a los elementos relacionados con el tamaño y la forma de asignar a los participantes a cada grupo. Por consiguiente, en futuros estudios se recomienda que el número de participantes en los grupos sea más homogéneo a fin de lograr una distribución normal, e igualmente se sugiere aumentar su número en cada uno de los grupos. Dichas modificaciones proporcionarían una mayor

fortaleza al análisis, haciendo posible explorar los efectos de DBT STEPS-A con mayor profundidad. Otro elemento que permitiría conocer a profundidad el efecto que tiene DBT STEPS-A son los datos de la fase del seguimiento, los cuales harían posible saber si los cambios originados al principio se mantuvieron o desaparecieron a lo largo de ese tiempo.

Otras sugerencias adicionales es retomar los datos reportados por los participantes en las tarjetas diarias, rescatando así la información que proporcionan acerca del uso de las habilidades y la presencia o ausencia de conductas problema, así como retroalimentar no solo a los participantes sobre las sesiones del programa, sino también a los encargados de implementar las sesiones, lo que haría posible tener un mejor panorama.

De este modo, los datos obtenidos en el presente estudio muestran resultados positivos en cuanto a la mejoría o reducción de los puntajes de algunas de las variables evaluadas, ya que se logró la mejoría de diversos factores relacionados con la salud mental de los jóvenes universitarios al entrenarlos en diversas habilidades que son de utilidad para manejar los momentos de estrés o malestar emocional, mejorando así su salud mental. Así, DBT STEPS-A es una propuesta derivada de un tratamiento basado en evidencia científica que puede ser utilizada en las instituciones educativas del país como una herramienta de tipo universal para la prevención de diversos problemas de salud mental en universitarios.

Los resultados del estudio brindan información importante sobre la implementación, evaluación e impacto del DBT STEPS-A en población mexicana; sientan las bases para futuros proyectos, y además proporcionan evidencias para futuras investigaciones cuya finalidad sea obtener datos que corroboren que el mencionado programa es una opción viable y efectiva para el trabajo en contextos escolares. Tales investigaciones contribuirán a lograr su puesta en práctica de una manera más adecuada, a desarrollarlo considerando las características del sistema educativo mexicano, y a utilizarlo en las instituciones educativas del país tomando en consideración las necesidades relacionadas con la salud mental de las poblaciones escolares.

## REFERENCIAS

- Alvear G., M.G., Yamamoto K., L.T., Morán Á., I.C., Rodríguez P., A., Solís T., C., Varela M., H.F. y Fajardo Y., M. (2015). Tobacco use, alcohol consumption and family history, such as risk of chronic disorders in university students. *Revista Médica del Hospital General de México*, 78(2), 67-72.
- American College Health Association (ACHA) (2011). *ACHA-National College Health Assessment II: Resumen ejecutivo del grupo de referencia*. Hanover, MD: American College Health Association.
- American Psychological Association (2019). *Research-Supported Psychological Treatments*. Washington, D.C.: APA.
- Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Green, J. y Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental & Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. Doi: 10.1017/S0033291716001665.
- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J.L., Gotelli V., M., Álamo P., C., Fierro F., C., Venezian B., S. y Dittus B., P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(3), 167-176. Doi: 10.4067/S0717-92272014000300004.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B.F., Liu, S.M. y Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-collegeattending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437. Doi: 10.1001 / archpsyc.65.12.1429.
- Castro S., E., Benjet, C., Juárez G., F., Jurado C., S., Lucio G.M., M.E. y Valencia C., A. (2017). Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental*, 40(5), 191-200. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2017.025.
- Cooper, S.E. (2005). Evidence-based psychotherapy practice in college mental health. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(1), 1-6. Doi: 10.1300/J035v20n01\_01.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A biosocial model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510. Doi: 10.1037/a0015616.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145. Doi: 10.1017/S0033291700021644.
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>.
- Jiménez T., A., Wagner, F., Rivera H., M.E. y González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo H., J. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117. Doi: 10.17151/hpsal.2015.20.2.8.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Lovibond, P. y Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Marín T., M., Robles G., R., González F., C. y Andrade P., P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
- Mazza, J. y Dexter-Mazza, E. (2018). DBT Skills in schools: Implementation of the DBT STEPS-A social emotional curriculum. En M. A. Swales (Ed.): *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford (UK): The Oxford University Press.
- Mazza, J.J., Dexter-Mazza, E.T., Miller, A.L., Rathus, J.H. y Murphy, H.E. (2016). *DBT skills in schools. Skills training for emotional problem solving for adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Melo C., A., Van-Oudenhove, L. y López Á., A. (2012). Síntomas depresivos en estudiantes de medicina mexicanos: alta prevalencia y el efecto de una intervención grupal de psicoeducación. *Revista de Trastornos Afectivos*, 136(3), 1098-1103. Doi: 10.1016 / j.jad.2011.10.040.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., DuBose, A.P., Dexter-Mazza, E.T. y Goldklang, A.R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. En L. A. Dimeff y K. Koerner (Eds.): *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 245-263). New York: The Guilford Press.

- Osornio C., L. y Palomino G., L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2.
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J., Fairholme, C.P. y Barlow, D.H. (2014). Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. En D. H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237-274). New York: The Guilford Press.
- Rathus, J.H. y Miller, A.L. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. New York: Guilford Publications.
- Reyes, M.A. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18.
- Reyes, M.A. (2016). Impactos de un modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 9-20.
- Reyes, M.A. y Tena S., A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica, una guía para terapeutas*. México: El Manual Moderno.
- Ruiz, F.J., García M., M.B., Suárez F., J.C. y Odriozola G., P. (2017). El factor de estructura jerárquica de la versión española de la depresión ansiedad y el estrés -21 Escala. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 17(1), 97-105.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: Autores. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf).
- Solís C., P., Meda L., R.M., Moreno J., B. y Juárez R., P. (2016). Estructura factorial del Cuestionario de Salud General GHQ-12 en población general de México. *Salud y Sociedad*, 7(1), 62-76.
- Stoffers, J.M., Vollm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, August 15, 8.
- Suicide Prevention Resource Center (2004). *Promoting mental health and preventing suicide in college and university settings*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Suverbiola O., I. (2011) Competencia emocional y rendimiento académico en el alumnado universitario. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 117, 1-17. Doi: 10.15178/va.2011.117E.1-17.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P.A. y St. John, N.J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. Doi: 10.1111/sltb.12070.
- Tarrier, N., Taylor, K. y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108. Doi: 10.1177 / 0145445507304728.
- Titelius, E.N., Cook, E., Spas, J., Orchowski, L., Kivisto, K., O'Brien, K., Frazier, E., Wolff, J.C., Dickstein, D.P., Kim, K.L. y Seymour, K.E. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(3), 323-331. doi: 10.1080/10926771.2017.1338814.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S.E. y Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.001.

# Relación entre presión social y autoconcepto físico en jóvenes victorenses

## *Relation between social pressure and physical self-concept in young people from Ciudad Victoria (México)*

Gisela Martínez Gallegos<sup>1,2</sup>, Patricia Mayela Báez Mansur<sup>2</sup>  
y Claudia Elizabeth Torres Limas<sup>2</sup>

*Citación:* Martínez G., G., Báez M., P.M. y Torres L., C.E. (2021). Relación entre presión social y autoconcepto físico en jóvenes victorenses. *Psicología y Salud*, 31(1), 113-121. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2681>.

### RESUMEN

La presión social está relacionada con el nivel del concepto físico de sí mismo, por lo que el objetivo de este trabajo cuantitativo, correlacional transversal fue determinar la relación entre ambos constructos en jóvenes victorenses de 15 a 24 años de edad. La muestra incluyó a 384 jóvenes, distribuidos equitativamente por sexo, a quienes se aplicó el Cuestionario de Influidos en el Autoconcepto Físico (CIAF) y el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Los resultados del autoconcepto se ubicaron en el nivel promedio y se identificó que si bien la presión de la familia obtuvo el mayor puntaje, se ubicó en el promedio. Además, se encontró una correlación positiva muy débil entre ambas variables, y, por lo tanto, no significativa. Los autores concluyen que los jóvenes victorenses poseen un autoconcepto promedio, no influido por la presión social percibida.

**Palabras clave:** Presión social; Autoconcepto físico; Presión familiar; Jóvenes.

### ABSTRACT

*It has been documented that social pressure is related to physical self-concept, therefore, the aim of the present study was to determine the relation between social pressure and physical self-concept in young people from Ciudad Victoria, Tamaulipas aged 15 to 24 years old. This study was quantitative, correlational and cross-sectional. The sample consisted of 384 young individuals, equally men and women. The instruments used were Sociocultural Influences on Physical Self-concept Questionnaire (CIAF) and Physical Self-concept Questionnaire (CAF). Results on self-concept revealed average scores and peer group pressure showed higher scores, but still within average levels. Furthermore, a positive low, non-significant correlation resulted between the two variables. We conclude that young people with the characteristics of the participants, from Ciudad Victoria, Tamaulipas have an average self-concept which does not seem directly influenced by perceived social pressure.*

**Keywords:** Social pressure; Physical self-concept; Family pressure; Youngsters.

---

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología, Subdirección de Posgrado, Dr. Carlos Canseco #110, Esq. Dr. Aguirre Pequeño, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (818) 333 82 33.

<sup>2</sup> Universidad La Salle, Libramiento Guadalupe Victoria s/n, Área de Pajaritos, 87087 Cd. Victoria, Tamps., México, tel. (834)123-05-28, correos electrónicos: gisemadu@gmail.com, patricia.baez@ulsavictoria.edu.mx y claudia.torres@ulsavictoria.edu.mx. Artículo recibido el 4 de septiembre de 2019 y aceptado el 25 de marzo de 2020.



## INTRODUCCIÓN

**A**nualmente se registran en el sector salud mexicano 20 mil casos de anorexia y bulimia en jóvenes de entre 14 y 17 años de edad. La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre las mujeres ocurre en 90% de los casos registrados, afirmando que han aumentado cerca de 300% en los últimos veinte años (Bienesta, 2014).

El aumento en todo el mundo de TCA ha despertado el interés por estudiar y determinar su etiología. Así, se sabe hoy que el desarrollo de tales trastornos proviene de creencias, percepciones y variables socioculturales. Schmidt, Blum, Valkanover y Conzelmann (2015), por ejemplo, reconocen que la autoestima es un indicador de salud mental, y desde la perspectiva multidimensional del *self* representa el vértice del autoconcepto estructurado y organizado. De acuerdo con los autores antes mencionados, la autovaloración positiva del físico y la aceptación social adquieren una mayor importancia durante la adolescencia y son mediadores de un nivel de autoestima sano.

La insatisfacción corporal, por su parte, desempeña un papel importante en el surgimiento de diferentes trastornos, cuya etiología incluye aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, siendo este último factor el que más influye al proporcionar un modelo estético de delgadez. De aquí la importancia de identificar las presiones socioculturales y conocer el poder de su efecto en las percepciones corporales humanas en la comparación con el autoconcepto físico de las personas. Debe señalarse que las influencias de la sociedad afectan más a las mujeres que a los hombres y tienen un impacto mayor en su autoconcepto y autoestima (Cortez et al., 2016, Rodríguez, González y Goñi, 2013).

El autoconcepto físico es una construcción cognitiva de la autoevaluación y descripción de ciertos componentes físicos, como la habilidad y el atractivo percibido, los que se ven afectados por las experiencias pasadas y la satisfacción con la interacción que se tiene con el entorno (Huang y Reynoso, 2018).

La satisfacción de vida, a su vez, está altamente relacionada con el autoconcepto, y un bajo nivel de la misma puede llegar a ser un punto de

inicio para el desarrollo de patologías. Sobre la presión social, a pesar de los numerosos estudios sobre la imagen corporal, son escasos los que se han hecho específicamente sobre el autoconcepto físico (Goñi, Esnaloa, Rodríguez, y Camino, 2015).

Dentro del ámbito de las percepciones humanas que son de gran importancia para la psicología se encuentran los relacionados con el autoconcepto, que se define como “un proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios” (Vargas, 1994, p. 48). En efecto, el autoconcepto ha sido objeto de interés por los teóricos de diferentes enfoques en cuanto a explicar su composición y formación (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

Durante la década de los sesenta, el autoconcepto era visto como un constructo de naturaleza unidimensional, aunque tiempo después, ya en los ochenta, surgió el modelo multidimensional propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976), quienes lo dividen en autoconcepto académico y no académico, estando este último compuesto por el autoconcepto social, el emocional y el físico. Dichos autores deciden llevar la teoría a la práctica mediante el estudio intitulado *Self-concept: Interplay and theory of methods* (Shavelson, Hubner y Stanton, 1982), actuado en población estadounidense, demostrando y describiendo la correlación entre las estructuras involucradas en él, así como sus características, incluido su valor evaluativo y descriptivo, el cual se modifica a lo largo de la vida y es influido por las situaciones sociales y sus consecuencias.

Años después, Rodríguez et al. (2013) establecieron una estructura de cuatro factores que identifican los elementos percibidos como presión social, entendida como la fuerza que mueve las tendencias de la comunidad: la publicidad, la información y la influencia de los pares y la familia. Esta estructura dio pauta a los estudios de los citados autores en los que se halló que las personas se sienten vulnerables ante esos cuatro factores que intervienen en sus autopercepciones físicas, los cuales están estrechamente asociados con la insatisfacción corporal. González (2011) apunta que cuando se hacen evaluaciones comparativas en cualquier ámbito es inevitable hacerlo en referencia a otros, por lo que indefectiblemente el ideal



de autoconcepto tiene una configuración de mayor o de menor grado en las comparaciones sociales.

En un estudio de Zsakai, Karkus, Utczas y Bodzsar (2015), realizado en Hungría en una muestra de hombres y mujeres jóvenes, se encontró que aquellos con un somatotipo endomorfo, caracterizado por un mayor almacenamiento de grasa corporal, tenían un autoconcepto físico más pobre y mostraban una menor satisfacción corporal. En contraste, aquellos con un somatotipo ectomorfo, es decir, con un tipo de cuerpo más delgado, eran más aceptados por las mujeres.

Cabe agregar que el sobrepeso, la obesidad y una percepción de bajo rendimiento físico se relacionan con un autoconcepto físico bajo (Grao, Fernández y Nuviala, 2016). Del mismo modo, se han encontrado correlaciones significativas entre las relaciones positivas en la familia y un autoconcepto físico positivo, así como con un mayor compromiso con hábitos saludables (Li, Bunke y Psouni, 2016).

Palomares, Cuesta, Estévez y Torres (2017) consideran que durante la adolescencia y la juventud predomina el consumismo, lo que trae consigo que los gustos e intereses incentiven una convivencia con el mercado, lo que también se relaciona con la afinidad hacia la estética y la preocupación excesiva por el físico, por lo que la persona puede recurrir a conductas de riesgo de desarrollar TCA.

En un metaanálisis efectuado por Walter, White y Srinivasan (2018) se halló una relación estadísticamente significativa entre el chequeo corporal respecto al peso, la insatisfacción del cuerpo y la prevalencia de TCA, pues esas conductas involucran una revisión constante de la talla y el peso y la preocupación excesiva por la imagen como consecuencia de un autoconcepto físico pobre.

Por su parte, Betz, Sabik y Ramsey (2019) compararon en un grupo de mujeres los efectos de exponerlas a diferentes imágenes y frases respecto a cuerpos muy delgados, atléticos y curvilíneos. Los resultados mostraron que la exposición a los distintos tipos de cuerpos favorecía una comparación social en todos los casos. Las imágenes de cuerpos más delgados se relacionaron estrechamente con una mayor comparación, un mayor autochequeo corporal y una apreciación más baja de la propia imagen corporal.

Con base en lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la presión social y el autoconcepto físico? Es por ello que se planteó como objetivo general del presente estudio determinar la relación entre el autoconcepto físico y los cuatro factores mencionados de presión social en jóvenes residentes de Ciudad Victoria (México) de entre 15 y 24 años de edad. Asimismo, diferenciar por sexo dichos factores, determinar la naturaleza de su relación y establecer cuál de los cuatro factores manifiesta un vínculo más estrecho con el autoconcepto.

Por tal motivo, se establecieron las siguientes hipótesis:

Hi<sub>1</sub>: Las mujeres muestran un autoconcepto más bajo que los hombres.

Hi<sub>2</sub>: Las mujeres perciben una mayor presión social que los hombres.

Hi<sub>3</sub>: A mayor presión social, menor autoconcepto físico en jóvenes de 15 a 24 años de edad.

## MÉTODO

El enfoque de la investigación fue cuantitativo debido a que se pretendió probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer una tendencia de comportamiento del grupo de estudio; asimismo, fue correlacional y con un diseño no experimental en virtud de que no se manipularon variables, sino que solamente se obtuvo la información del ambiente natural para después analizarla (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## Participantes

La revisión de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indicó que la citada localidad en el año 2010 contaba con una población de 346,029 habitantes, de los que 74,459 correspondían a jóvenes de 15 a 24 años de edad. Con base en ello, se utilizó el programa The Survey System para determinar la muestra, de lo que resultó un grupo de 382; sin embargo, se optó por uno de 384 para lograr la equidad, de modo que participaran 96 mujeres de preparatoria y 96 de universidad, utilizándose la misma proporción de hombres.

## Instrumentos

*Cuestionario de Influjos Socioculturales en el Autoconcepto Físico (CIAF)* (Rodríguez et al. (2013).

Este instrumento fue diseñado tanto para jóvenes como adolescentes y se compone de cuatro subescalas de presión social: pares, familiar, de información y publicidad. Consta de 17 ítems que se califican en una escala tipo Likert con recorrido de 1 a 5 y mide la presión social en el autoconcepto físico. Dicho cuestionario cuenta con un coeficiente de confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de 0.87.

*Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)* (Goñi, Ruiz y Liberal, 2004).

Este cuestionario está basado en la teoría de la composición cuatridimensional del autoconcepto del modelo de Fox, que abarca las dimensiones del concepto físico de sí mismo: habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza física. Consta de ocho ítems en su versión abreviada y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93.

Como parte del proceso de validación de los instrumentos para la población mexicana, estos fueron sometidos previamente a la evaluación por juicio de expertos. Atendiendo a las modificaciones y sugerencias pertinentes de los mismos sobre la redacción y lenguaje de ambos cuestionarios, se consideró oportuno dividir uno de los ítems del CIAF a fin de considerar una versión para hombres y otro para mujeres debido a las diferencias socioculturales existentes en México respecto a los desfiles de moda, que los hombres no acostumbran a presenciar. Así, los ítems 3A y 3B quedaron de la siguiente forma:

Para las mujeres, “Envidio el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de moda”, y para los hombres: “Envidio el cuerpo de los fisicoculturistas que aparecen en las competencias de fisicoculturismo”.

Para su validación, se hizo una prueba piloto con 50 alumnos de la Universidad La Salle Victoria, Campus Salud. En la aplicación no hubo comentarios que revelasen confusión, por lo que no se hizo ninguna otra modificación. En cada escala del CAF los hombres obtuvieron mayor puntaje, mientras que las mujeres tuvieron rangos más altos en el CIAF.

## RESULTADOS

Como ya se mencionó, para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos recopilados se utilizó el programa estadístico SPSS, haciéndose primeramente análisis de supuesto de normalidad (K-S), que confirmó la distribución normal de los datos, y además pruebas de confiabilidad, estadísticos descriptivos, comparación de medias, prueba *t* de Student para muestras independientes y correlación de Pearson.

En la Tabla 1 se aprecia el alfa de Cronbach del CAF calculado a partir de los 384 individuos evaluados, con una puntuación de  $\alpha=.75$ , por lo que se considera un instrumento adecuado para medir el autoconcepto físico en la población victorense. Asimismo, se exhibe la fiabilidad del CIAF con un valor de  $\alpha=.94$ , lo cual lo ubica como un instrumento altamente confiable en relación a los resultados del muestreo.

**Tabla 1.** Análisis de la fiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	$\alpha$	Número de elementos
CAF	.756	8
CIAF	.941	5

*Nota:* El número de elementos del CIAF refiere su cálculo a partir de las dimensiones debido a la adecuación de los ítems a hombres y mujeres.

Según los datos sociodemográficos, la mitad de los evaluados, hombres y mujeres, se hallaban en primero, tercero y quinto semestres de preparatoria y universidad en las licenciaturas en Derecho, Ciencias de la Comunicación, Ciencias Políticas y Gestión Pública y Mercadotecnia.

La distribución de edad fue en un rango de 15 a 24 años, siendo la más frecuente la de 18 años, y 90% de los encuestados osciló entre los 15 a 21 años de edad. En cuanto a los datos obtenidos de las variables, si bien la muestra fue de 384 sujetos, hubo estudiantes que dejaron sin contestar algún reactivo, por lo que es necesario indicar el número de participantes considerado en cada subescala. Respecto a la distribución de los niveles, valores de entre 1.0 y 2.3 refirieron una baja incidencia de la variable, de 2.4 a 3.6 una media, y de 3.7 a 5.0 una incidencia alta.

De manera general, en cuanto al autoconcepto físico, se obtuvo una media de 3.27, con una desviación estándar de 0.47, lo que ubica los datos en un puntaje medio en la escala, destacando al atractivo físico como la subescala con valores más altos, mientras que la más baja fue la de habilidad física. Asimismo, es posible observar que la fuerza física fue la dimensión con la mayor dispersión en sus datos (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis descriptivo del autoconcepto físico y la presión social.

CAF	N	M (D.E.)
	374	3.27 (.471)
Condición física	380	3.13 (1.006)
Fuerza física	381	2.82 (1.059)
Habilidad física	384	2.14 (1.032)
Atractivo físico	381	3.79 (1.014)
CAAF	378	2.25 (.609)
Pares	384	2.00 (.888)
Familia	383	2.80 (.948)
Información	379	2.33 (.961)
Publicidad	384	2.33 (.793)

En relación a los influjos de la presión social, la Tabla 2 refleja un puntaje bajo (2.25) con una desviación estándar de 0.609, denotando a la familia como la fuente principal de dicha presión social, si bien en un nivel medio, siendo los pares el grupo que menor apremio ejerce. Del mismo modo, la subescala de información reveló la mayor dispersión en sus datos.

En la Tabla 3 se muestra una comparación por sexo del autoconcepto físico, en el que se aprecia que los varones obtuvieron una puntuación más alta en la variable general, así como también en condición, fuerza y atractivo físico. Al realizar la prueba *t* de Student para muestras independientes, misma que refiere la existencia de diferencias relevantes cuando el puntaje de la significancia es menor a .050 (Gil y Castañeda, 2005), en los resultados se destaca que dichas discrepancias fueron significativas, por lo que los hombres tienen una percepción más favorable de sí mismos que las mujeres, a pesar de obtener un puntaje medio en la escala de 1 a 5. En cuanto a la subescala de habilidad física se halló un puntaje más elevado en estas últimas; no obstante, unos y otras perciben la misma influencia social.

**Tabla 3.** Comparación de medias y prueba *t* de Student del autoconcepto físico global y por subescala.

Subescala	Sexo	N	M (D.E.)	<i>t</i>	gl	<i>p</i>
CAF	Hombre	187	3.43 (.419)	6.893	372	.000
	Mujer	187	3.11 (.468)			
Condición física (CF)	Hombre	190	3.43 (.934)	7.411	378	.000
	Mujer	190	2.77 (.949)			
Fuerza física (FF)	Hombre	190	3.14 (1.040)	6.116	379	.000
	Mujer	191	2.50 (.983)			
Habilidad física (HF)	Hombre	192	2.04 (1.043)	1.735	382	.084
	Mujer	192	2.23 (1.015)			
Atractivo físico (AF)	Hombre	191	3.99 (.900)	4.003	379	.000
	Mujer	190	3.59 (1.081)			

El análisis de los resultados de la variable Presión social puede apreciarse en la Tabla 4; pese a que las mujeres puntúan más elevado, ambos grupos percibían la misma exigencia social al no haber diferencias significativas entre ellos.

En este sentido, al realizar el procedimiento en función de las dimensiones que lo componen, ellas obtuvieron un puntaje más alto en la presión

de pares, familia y publicidad, mientras que los varones percibían en mayor medida la ejercida por la información. La prueba *t* de Student para muestras independientes determinó que había diferencias en la influencia de sus iguales, así como en la de los anuncios de belleza, hallando que eran más fuertes en las mujeres, mientras que las exigencias sociales tenían un mayor peso entre los varones.

**Tabla 4.** Comparación de medias y prueba t de Student de los influjos de la presión social y por subescala.

Subescala	Sexo	N	M (D.E.)	t	gl	p
CIAF	Hombre	189	2.32 (.667)	-1.020	382	.309
	Mujer	189	2.39 (.700)			
Pares (PA)	Hombre	192	1.86 (.835)	-3.139	382	.002
	Mujer	192	2.14 (.918)			
Familia (FA)	Hombre	192	2.75 (.955)	-.918	381	.359
	Mujer	191	2.84 (.941)			
Información (IN)	Hombre	189	2.45 (.998)	2.479	377	.014
	Mujer	190	2.21 (.910)			
Publicidad (PU)	Hombre	191	2.22 (.780)	-1.858	382	.064
	Mujer	185	2.41 (.915)			

A continuación, en la Tabla 5 se muestran los resultados correspondientes a la correlación entre la presión social y el autoconcepto físico, así como con sus subescalas. Su interpretación está en función de la aportación de Hernández et al. (2010), quienes refieren que el puntaje oscila entre -1.00

y +1.00, afirmando una correlación perfecta, negativa o positivamente, según sea el caso. Se establece que .90 indica una intensidad fuerte, .75 considerable o moderada, .50 media y .25 débil o escasa.

**Tabla 5.** Correlación entre el autoconcepto físico y los influjos de la presión social.

	CIAF	PA	FA	IN	PU
CAF	.114* N = 374	-.183** N = 374	.185** N = 373	.292** N = 369	.032 N = 374
CF	.246** N = 380	-.004 N = 380	.222** N = 379	.349** N = 375	.176** N = 380
FF	.307** N = 381	.029 N = 381	.244** N = 380	.399** N = 376	.260** N = 381
HF	.139** N = 384	.255** N = 384	.004 N = 383	.001 N = 379	.182** N = 384
AF	-.115* N = 381	-.283** N = 381	.023 N = 380	.064 N = 376	-.179** N = 381

El análisis de los datos indica una influencia escasa y significativa en la mayoría de los casos. De manera particular, destaca una relación baja entre la información y la condición y fuerza física, así como con el autoconcepto físico en general, siendo estos los valores más elevados en la correlación.

## DISCUSIÓN

Los estudios que abordan el autoconcepto físico en adolescentes y jóvenes han tomado relevancia en los últimos años debido a la estrecha relación que esa variable mantiene con el desarrollo de

trastornos alimenticios, que se sabe tiene mayor prevalencia en el grupo de edad de 12 a 25 años y que afecta principalmente a las mujeres (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

El presente tuvo como objetivo determinar la relación entre presión social y autoconcepto físico en jóvenes de 15 a 24 años de edad de Cd. Victoria (México). Los resultados sugieren que la correlación que existe entre ambas variables es escasa, aunada a un autoconcepto medio, lo que indica una evaluación esperada de las habilidades y características físicas de los participantes.

Una aportación importante es también el coeficiente alfa de Cronbach obtenido en ambas

herramientas ( $\alpha = .75$  para el CAF y  $\alpha = .94$  para el CIAF). Por ende, se concluye que los dos instrumentos son viables y pueden ser utilizados nuevamente en la población victorense o tamaulipeca en general, así como en poblaciones similares.

El resultado de autoconcepto físico medio contrasta con lo reportado por Nieva (2015), pues se encontraron valoraciones bajas de este y sin diferencias significativas entre los sexos, así como una correlación elevada con el concepto de sí mismo familiar. Tales resultados coinciden con los de otros autores (Barracha y Mahecha, 2016; Gálves et al., 2015; Murgui y García, 2016), además de que identifican el ejercicio como una variable mediadora, especialmente en el atractivo percibido. La dimensión de atractivo físico concuerda asimismo con los hallazgos de Navas y Soriano (2016), en los que esta subescala alcanza un puntaje medio, pero destacando la condición física. Pineda (2017) sostiene que una valoración media o alta del atractivo físico se debe en gran medida al índice de masa corporal (IMC) del sujeto, pues aquellos con un IMC normal se conciben más atractivos que quienes puntúan alto, ya que asocian la belleza con un cuerpo delgado en el caso de las mujeres, y con un físico atlético en el de los hombres.

Schmidt et al. (2015) argumentan que la habilidad percibida es un factor importante en el autoconcepto físico, lo que contrasta con los resultados de este trabajo al haber sido aquí la subescala con menor nivel, pues hombres y mujeres mantienen niveles similares de dicha variable.

En relación a las diferencias en el autoconcepto físico entre hombres y mujeres, el resultado concuerda con el de otros estudios, como los de Reynoso, Caldera, De la Torre, Martínez y Macías (2018) y Sánchez, Pulido, Sánchez, Amado y Miguel (2018), quienes señalan que las mujeres tienden a tener una valoración más baja de su físico debido a la interiorización del ideal corporal de la delgadez, y que los varones suelen realizar más actividad física y de forma más frecuente, por lo que se acepta la primera hipótesis de investigación.

Asimismo, se halló que la familia es el grupo que ejerce la mayor presión social, mientras que los pares son vistos como el entorno que menos influye, lo cual concuerda con lo hallado por

Palomares et al. (2017), quienes afirman que la familia es un factor importante para la retroalimentación que reciben los jóvenes respecto a su físico, siendo ahí donde se desarrollan los estilos de vida y hábitos, así como las conductas sanas o de riesgo para la salud (cf. Nieva, 2015; Ortega, 2016); no obstante, el puntaje del linaje fue intermedio.

En cuanto a la contrastación por sexo, no hubo en general diferencias en los influjos sociales percibidos por los jóvenes, por lo que se rechaza la segunda hipótesis de investigación; sin embargo, se destaca específicamente que las mujeres resienten una mayor presión por parte de sus compañeros y amigos, en tanto que los varones se sienten más tensionados por la información que dicta el estándar de belleza en las diversas revistas y publicaciones, lo que se ve sustentado por los estándares sociales que se demanda a los jóvenes satisfacer (Muñiz, 2014).

En función de tal correlación escasa pero significativa, se acepta la tercera hipótesis de investigación. En este sentido, se resalta que la relación entre las subescalas de información y condición y fuerza física, así como con la de autoconcepto físico, resultado sustentado por González (2011), quien encontró sin embargo una relación pobre.

Finalmente, puede decirse que el resultado es positivo y alentador pues los jóvenes de Ciudad Victoria valoran el autoconcepto físico de un modo intermedio, la que se asocia con una mayor satisfacción de vida y una menor probabilidad de que ocurra un trastorno de índole alimentario cuyo origen sea la presión social y un pobre autoconcepto (Rodríguez, 2009).

Como recomendación a todos aquellos investigadores interesados en seguir esta línea, se sugiere estudiar dichas variables en otros estados del país y, de ser posible, contrastarlas con otros países de habla hispana. Del mismo modo, se incentiva a estudiar el vínculo entre otras variables psicológicas con medidas antropométricas para contrastar este fenómeno. Para finalizar, sería interesante y de gran pertinencia para la comunidad de las ciencias sociales conocer el autoconcepto físico y su relación con la presión social entre los distintos rangos de edad, para así poder apreciar sus características y diferencias particulares.



## REFERENCIAS

- Betz, D.E., Sabik, N.J. y Ramsey, L.R. (2019). Ideal comparisons: body ideals harm women's body image through social comparison. *Body Image*, 29, 100-109.
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Saravia, S., Cruzat M., C., Díaz C., F., Behar, R. y Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 116-124.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12.
- Gálves, A., Rodríguez, P., Rosa, A., García C., E., Pérez S., J.J., Tarraga, L. y Tarraga, P. (2015). Relación entre el estatus de peso corporal y el autoconcepto en escolares. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 730-736.
- Gil, J. y Castañeda, J. (2005). Una mirada al valor de p en investigación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24(3), 414-424.
- González, O. (2011). *La presión sociocultural percibida sobre el autoconcepto físico: Naturaleza, medida y variabilidad*. Tesis inédita de doctorado. Lejona (España): Universidad del País del Vasco.
- Goñi, A., Ruiz de A., S. y Liberal, I. (2004). El autoconcepto físico y su medida. Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(2), 195-213.
- Goñi, E., Esnaloa, I., Rodríguez, A. y Camino, I. (2015). Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. *Psicothema*, 27(1), 52-58.
- Grao C., A., Fernández M., A. y Nuviala, A. (2016). Asociación entre condición física y autoconcepto físico en estudiantes españoles de 12 a 16 años. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 128-136.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Huang, Y. y Reynoso, L.C. (2018). Based on physical self-concept to discuss the effect of environmental education and health related physical education. *Foundation Environmental Protection Research*, 27(106), 1645-1651.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). *Atiende IMSS trastornos alimenticios con tratamiento médico, psicológico y en nutrición*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114>.
- Li, R., Bunke, S. y Psouni, E. (2016). Attachment relationships and physical activity in adolescents: the mediation role of physical self concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 22(16), 160-169.
- Muñiz, E. (2014). Pensar en el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y femineidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado*, 29(2), 415-432.
- Murgui, S. y García, C. (2016). Efecto de la práctica deportiva en la relación entre las habilidades motoras, el autoconcepto físico y el autoconcepto multidimensional. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 19-25.
- Navas, L. y Soriano, J.A. (2016). Análisis de los motivos para practicar o no actividades físicas extracurriculares y su relación con el autoconcepto físico en estudiantes chilenos. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11(1), 69-76.
- Nieva A., M. (2015). *El autoconcepto familiar y físico en alumnos de una escuela secundaria técnica del Distrito Federal*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Ortega, F. (2016). Self-concept, physical activity and family: Analysis of a structural equation model. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 97-104.
- Palomares, J., Cuesta, J.M., Estévez, M. y Torres, B. (2017). Desarrollo de la imagen corporal, autoestima y el autoconcepto físico al finalizar la educación primaria. *Universitas Psychologica*, 16(4), 16-57.
- Reynoso O., U., Caldera J., F., De la Torre, V., Martínez, A. y Macías G., A. (2018). Autoconcepto y apoyo social en estudiantes de bachillerato: un estudio predictivo. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 100-119.
- Rodríguez, A. (2009). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 13(2), 155-158.
- Rodríguez, A., González, O. y Goñi G., A. (2013). Sources of perceived sociocultural pressure on physical self-concept. *Psicothema*, 25(2), 192-198.
- Sánchez M., P.A., Pulido, J.J., Sánchez O., D., Amado, D. y Miguel, F. (2018). The importance of body satisfaction to physical self-concept and body mass index in Spanish adolescents. *International Journal of Psychology*, 54(1).
- Schmidt, M., Blum, M., Valkanover, S. y Conzelmann, A. (2015). Motor ability and self-esteem: The mediating role of physical self-concept and perceived social acceptance. *Psychology of Sport and Science*, 17(2015), 15-23.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976). Self concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1982). Self-concept: Interplay and theory of methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3-17.

Vargas, L.M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.

Walter, C., White, E. y Srinivasan, V.J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 745-770.

Yáñez, R., Barracha, F. y Mahecha, S. (2016). Actividad física, rendimiento académico y autoconcepto físico en adolescentes de Quintero, Chile. *Educación Física y Ciencia*, 18(2), 1-10.

Zsakai, A., Karkus, Z., Utczas, K. y Bodzsar, E.B. (2015). Body structure and physical self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 37(3), 1-23.



# El rol del psicogastroenterólogo en los equipos de salud

## *The psychogastroenterologist's role in the health teams*

Mariela González Tovar<sup>1</sup>

*Citación:* González T., M. (2021). El rol del psicogastroenterólogo en los equipos de salud. *Psicología y Salud*, 31(1), 123-129. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2682>.

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue resaltar la importancia de la participación de los psicólogos en los equipos multidisciplinarios que atiendan a pacientes con enfermedades gastrointestinales. Existe una variedad de alteraciones emocionales que experimenta cada paciente, pero aun hoy se desconoce si son estas las que originan el padecimiento o son, por el contrario, las consecuencias del mismo, razón por la que es relevante atenderlas y valorarlas para poder tener una mejor comprensión de la enfermedad y, a la vez, lograr una mejor calidad de vida para los pacientes. Profundizar en estos aspectos ayudará a fundamentar una nueva especialidad de la psicología consagrada a estudiar los procesos relacionados con la aparición y el desarrollo de las enfermedades gastrointestinales, diseñar programas de promoción y prevención en el área, y apoyar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento médico-nutricional.

**Palabras clave:** Enfermedades gastrointestinales; Psicogastroenterología; Alteraciones emocionales; Equipos de trabajo.

### ABSTRACT

*The present study aimed at emphasizing the importance of having psychologists in multidisciplinary health teams treating patients with gastrointestinal diseases. Although there is a variety of emotional alterations experienced by patients, there is no clear evidence on whether such alterations contribute to the origin of the disease or result as consequences of it. In this context it becomes important to assess and treat such alterations in order to better understand the disease and improve quality of life to these patients. In-depth analyses of these aspects would help define a new specialty of psychologists dedicated to study psychological processes related to the onset and development of gastrointestinal diseases. This would in turn help design promotion and prevention programs in this area, and to support the diagnosis, evaluation, and medical-nutritional treatment.*

**Keywords:** Gastrointestinal diseases; Psychogastroenterology; Emotional disturbances; Health teams.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos funcionales gastrointestinales constituyen una parte importante de la patología gastroenterológica. Más de la mitad de los pacientes que acuden a consulta médica especializada lo hacen por este motivo, así como aproximadamente 5% de los que recurren a la atención primaria (Knowles, Monshat y Castle, 2013). Estas alteraciones son poco comprendidas por los médicos, quienes suelen confundirlos con trastornos psiquiátricos. Es así que los términos “funcional” y “psicosomático” se emplean

---

<sup>1</sup> Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul-Región Metropolitana, Santiago de Chile, Chile, correo electrónico: [mgonzalez4@uc.cl](mailto:mgonzalez4@uc.cl). Artículo recibido el 10 de octubre de 2019 y aceptado el 28 de abril de 2020.

como sinónimos, razón por la cual dichos desórdenes son mal diagnosticados o, peor aún, tratados inapropiadamente (Knowles et al., 2013; O'Sullivan, 2015).

Esos trastornos se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales persistentes o recidivantes que no se explican por anomalías estructurales o metabólicas (Karantanos, Markoutsaki, Gazouli, Anagnou y Karamanolis, 2010; Longstreth et al., 2006). Incluso, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) los incluye bajo el epígrafe “Disfunción vegetativa somatomorfa” (F45.3), que comprende los trastornos del tracto gastrointestinal, sean enfermedades esofágicas, gastroduodenales o intestinales; entre las cuales se hallan las siguientes: síndrome de intestino irritable, reflujo gastroesofágico, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colecistitis, pancreatitis, dispepsia funcional y enfermedades inflamatorias del intestino (Podolski, 2002).

La fisiopatología de las citadas condiciones es extremadamente compleja, sobre todo al tratar de encontrar explicaciones para síntomas que al mismo tiempo no tienen un substrato orgánico evidente, como es el caso de la distensión abdominal, el estreñimiento, la diarrea, las náuseas y vómitos, la dificultad para deglutir, el sangrado al evacuar, la obstrucción intestinal y el aumento o la pérdida de peso repentinos (Podolski, 2002).

En algunos casos, según el diagnóstico, suelen ocurrir expresiones clínicas opuestas en un mismo paciente, por ejemplo la diarrea y el estreñimiento, lo que genera problemas para encontrar un tratamiento efectivo. Debido a ello, los mecanismos propuestos actualmente para comprender estas manifestaciones implican atender la ocurrencia de alteraciones en la sensibilidad visceral y en la motilidad intestinal ante ciertos factores psicosociales (Hall, 2016).

La hipersensibilidad visceral es la disminución del umbral doloroso, expresada como malestar o incomodidad abdominal. Para que exista, deben ocurrir alteraciones en la función de los diferentes niveles de procesamiento de la información sensitiva, es decir, tanto en el sistema nervioso entérico (SNE) como en la médula o en los centros más altos del sistema nervioso central (SNC) (Cranston, 2014; Karantanos et al., 2010).

Hoy día, la relación directa entre el SNC y el tubo digestivo se expresa a través del eje cerebro-intestino (*gut-brain axis*), desarrollando la idea de que eventos importantes que se originan en el SNC pueden interferir en la función del aparato digestivo (Carabotti, Scirocco, Maselli y Severi, 2015; Konturek, Brzozowski y Konturek, 2011). Siguiendo esta línea, en la investigación pionera de Fokudo Nomura y Muranaka (1993) se constata, por ejemplo, una respuesta exagerada del intestino al estrés. Esta relación del sistema digestivo y los estados de ánimo es lo que ha reforzado la existencia del eje cerebro-intestino y, en especial, de un “cerebro abdominal”, al influir la serotonina en el estado de ánimo, así como también en el reflejo peristáltico.

Por otra parte, las alteraciones de la motilidad intestinal hacen referencia a cambios motores variados que hacen difícil un tratamiento efectivo. Por ejemplo, Hall (2016) señala que resulta complejo entender cómo algunos pacientes presentan una aceleración del tránsito del colon, expresado clínicamente como diarrea, mientras que otros manifiestan su disminución, esto es, estreñimiento o, peor aún, una alternancia de dichos síntomas.

La alteración motora más observada en los pacientes es la ocurrencia de una respuesta exacerbada del intestino en respuesta a varios estímulos, tales como la ingestión de alimentos, el estrés, la ansiedad y algunas drogas colinérgicas (Lee y Lee, 2016). Los mecanismos involucrados en esta hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el funcionamiento de las interrelaciones entre el SNE y las fibras musculares lisas del tubo digestivo (Hall, 2016).

Gracias al conocimiento de cada una de estas respuestas se han mejorado los diagnósticos, más aún con la introducción de ciertos criterios que han permitido tener un mayor rigor en el diseño de estudios que pretenden identificar cada uno de los trastornos y la severidad de los cuadros (Lee y Lee, 2016), así como medir la eficacia terapéutica de medicamentos que buscan mejorar la calidad de vida del paciente que los padece (Sho-hi, Endo y Fukudo, 2018).

Teniendo en cuenta que cada una de estas enfermedades suele generar un conjunto de cambios de tipo personal, familiar, laboral y social (González, 2015; González y De Ascencao, 2005; Zas-Ros, 2016), y que los cambios en el estilo de



vida de una persona se correlacionan con la incidencia ulterior de la enfermedad o la lesión y con la severidad de los síntomas (Holmes y Masuda, 1974), resulta importante entender los factores emocionales, ambientales y conductuales que participan en la aparición y modificación de las citadas enfermedades (Shohi et al., 2018).

Al ser una alteración biopsicosocial, en estos trastornos también participan factores cognoscitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos (González y De Ascencao, 2005). Entre los factores cognoscitivos se incluyen el comportamiento enfermizo y las malas técnicas de adaptación a la enfermedad (Varona, Collado y Pinillos, 2009). Los emocionales se refieren a la presencia de algunos trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión (Bennebroek et al., 2011; Graff, Walker y Bernstein, 2009). Entre los conductuales se pueden señalar las situaciones estresantes o traumáticas de la historia comportamental del sujeto, mismas que pueden desencadenar el primer episodio de la enfermedad o producir la exacerbación de los síntomas (Vatn, 2009). Por último, el factor fisiológico comprende las alteraciones en la modulación del dolor, como la hipersensibilidad visceral que ocurre en algunos eventos fisiológicos gastrointestinales, así como también las alteraciones autonómicas que provocan alteraciones en la motilidad intestinal (Hall, 2016).

En conjunto, tales factores muestran que existe una alteración en la calidad de vida del paciente (González y De Ascencao, 2005; Tanimoto, Schmulson, Ramírez y Valdovinos, 1995), la que no depende únicamente de la severidad de los síntomas del trastorno (Hashem y El-Serag, 2003), sino también de la presencia de ciertas variables psicosociales (Huerta, Hinojoza, Santamaría y Schmulson, 2001).

### **Abordaje psicológico de los trastornos funcionales gastrointestinales**

Cuando una persona padece un trastorno funcional gastrointestinal, cuya sintomatología se mantiene de forma persistente y afecta considerablemente su calidad de vida, comienza un largo recorrido de consultorios médicos especializados en gastroenterología, en los que recibe tratamientos que van aumentando en número, tornándose muchas de las veces irresoluble su situación.

Este hecho ha generado el interés por emprender una investigación sistemática y precisa de esas alteraciones desde una perspectiva bioconductual integrada, considerando la interacción entre eventos orgánicos y ambientales con significación psicológica (González, 2016). Se ha resaltado hasta ahora la manera en que los factores psicológicos pueden tener efectos en el curso de estas enfermedades; específicamente, el estrés percibido ha sido el más investigado al ser un factor de riesgo para padecerlas, pero también para exacerbar los síntomas que traen consigo (Daulabani, Veitía y Rodríguez, 2018; Maguen, Madden, Cohen, Bertenthal y Seal, 2014; Shah, Rezaie, Riddle y Pimentel, 2014).

Algunos estudios han mostrado un riesgo mayor de recaídas en pacientes con un elevado estrés percibido (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari y Adibi, 2012; Shah et al., 2014), y asimismo muestran que 60% de los pacientes reportan sucesos negativos en su vida – especialmente divorcios o muertes de algún familiar– que marcan el inicio o la exacerbación de los síntomas (Daulabani et al., 2018; González, 2016). A la vez, estas situaciones estresantes suelen empeorar por los índices de ansiedad que sufren entre 40 y 60% de estos pacientes (Gros, Anthony, McCabe y Swinson, 2008; Roy-Byrne et al., 2008). También se ha observado que la comorbilidad psiquiátrica se asocia con un mayor riesgo de fracaso del tratamiento médico-nutricional, recaídas tempranas y, en algunos casos, la necesidad de cirugías (Crane, 2004; Daulabani et al., 2018; Dutta y Chacko, 2016; Michalsen, Vandvik y Farup, 2015).

Ante esta situación, la psicología de la salud ha demostrado una considerable pluralidad de sus prácticas, ofreciendo apoyo no solo a los pacientes, sino también a los familiares y a los profesionales de la salud que trabajan en el equipo clínico, para el manejo de estrategias de afrontamiento de los cambios que se generan con la enfermedad (González, 2015; Zas-Ros, 2016). Igualmente, ha contribuido a entender la dirección en la cual los componentes emocionales y conductuales, junto con otros factores, participan en la aparición o modificación de las enfermedades gastrointestinales (Oblitas, 2005; Oblitas, 2006).

Por tanto, la inclusión de los psicólogos en las unidades multidisciplinarias resultaría fundamental para la atención integral de los pacientes

con patologías gastrointestinales, contribuyendo así a mejorar las complicaciones, disminuir el impacto social y optimizar la calidad de vida del paciente (Daulabani et al., 2018; González, 2015; Johansson, Farup, Bracco y Vandvik, 2010).

Esta nueva disciplina de la psicología, llamada *psicogastroenterología*, aún no se ha constituido como una verdadera subespecialidad de la gastroenterología, tal como la psicooncología lo es de la oncología desde el año 1970 (Die Trie, 2004; Keefer, Palsson y Pandolfino, 2018). Desde hace varios años los especialistas que han estado trabajando con este tipo de pacientes han requerido su constitución para plantearla ya no solo de manera informal en consulta privada o durante las reuniones clínicas, sino de una manera más formal y profesional, para que de esa forma los nuevos avances en el campo de la gastroenterología contribuyan a mejorar no solo la atención paliativa de la sintomatología, sino también la calidad de vida de los pacientes y de quienes los rodean (González, 2015).

No obstante, recientemente la psicogastroenterología fue reconocida como un área de trabajo en varios artículos científicos del área de la gastroenterología cuando un grupo de médicos investigadores confirmaron que hay una desregulación del intestino-encéfalo que resulta crucial investigar y atender en consulta para deducir las condiciones gastrointestinales crónicas, y lograr así una terapia efectiva de las mismas (Keefer, 2018; Knowles, Keefer y Mikocka-Walus, 2019; Mikocka-Walus, Ford y Drossman, 2020). Queda esperar que las diferentes asociaciones y grupos médicos puedan incorporar en sus secciones, capítulos y equipos de atención a los psicogastroenterólogos como miembros en sus discusiones y estudios con la finalidad de aprovechar sus conocimientos y aportaciones, así como también para consolidar la psicogastroenterología como una disciplina por propio derecho, resaltando el rol que cada especialista tiene en el equipo de salud.

Con base en lo anterior, los trastornos funcionales gastrointestinales necesitan no solo de un abordaje médico con una tecnología avanzada y conocimientos terapéuticos de frontera, sino también de una visión holística de la persona, pues un elemento clave es un abordaje integral y la participación de un equipo multidisciplinario en

defensa de una atención biopsicosocial, donde la psicogastroenterología puede desempeñar un importante papel (González, 2015).

Esta nueva subespecialidad, al estar interesada en la investigación de los factores psicológicos implicados en las enfermedades gastrointestinales y en los procedimientos de evaluación e intervención en estas, plantea que la psicoterapia y psicofármacos como los antidepresivos (subtipo de neuromoduladores centrales) contribuirían a encontrar una terapéutica efectiva para los referidos trastornos gastrointestinales, beneficiándose así tanto la salud psicológica como la gastrointestinal (Knowles et al., 2019; Mikocka-Walus et al., 2020).

Contar con un psicogastroenterólogo en el equipo multidisciplinario potenciaría el cuidado integral del paciente al profundizar en el conocimiento de los procesos psicológicos que afectan la aparición y adaptación a esas enfermedades (González, 2015; Keefer et al., 2018).

Al no esclarecerse la relación precisa entre los factores psicosociales y su repercusión en el campo de las enfermedades gastrointestinales, actualmente no se pueden plantear conclusiones definitivas sobre los factores específicos involucrados en su evolución (Quera y Palma, 2008), y aún menos sobre cuál es el rol del psicogastroenterólogo para hacer que sean efectivas las intervenciones destinadas a garantizar una mejoría en la calidad de vida del paciente que las padece.

Sobre esta base, se hizo necesario redactar el presente artículo, en el que no solo se reconoce el rol del psicogastroenterólogo en el campo clínico, sino también bosquejar las fases de su trabajo, teniendo como finalidad no únicamente identificar los factores que parecen influir en las enfermedades gastrointestinales y señalar los lineamientos a seguir para el diseño de programas integrales de intervención necesarios para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

A raíz de la falta de conocimientos sobre una terapéutica específica que sea efectiva para estos trastornos funcionales, se parte de lo señalado por Oblitas (2005, 2016) cuando menciona que el trabajo de un psicólogo de la salud comprende principalmente tres fases: *a)* prevención, *b)* intervención terapéutica y rehabilitación, y *c)* cuidados paliativos. Sin embargo, tal intervención pudiera diferir al atender pacientes con trastornos gastroin-

testinales, pues dependerá del tiempo de diagnóstico de la enfermedad, de su evolución y del tratamiento sugerido por los especialistas médicos (Maguen et al., 2014).

A continuación, se muestra el desarrollo de estas posibles fases de atención, las cuales se basan en la experiencia personal de la presente autora en su práctica clínica como psicogastroenteróloga.

### **Fase de diagnóstico**

Se caracteriza por ser un periodo de extrema incertidumbre para el paciente y su familia.

La etiología de las enfermedades gastrointestinales es aún materia de investigación al ser consideradas alteraciones biopsicosociales (González, 2015; Keefer, 2018; Maguen et al., 2014). Es por ello que algunas investigaciones concluyen que el desencadenamiento y el agravamiento de la elevada motilidad gastrointestinal pueden explicarse como factores emocionales debidos a dietas, fármacos, variaciones en la actividad hormonal y otros (Burke, Boumitri y Ananthakrishnan, 2017; González y De Ascencao, 2005; Whitehead y Schuster, 1985), lo que hace que en muchos casos el paciente tenga una larga historia de consultas médicas y de tratamientos para atender una enfermedad que ha alterado su calidad de vida, generando trastornos en sus relaciones sociales, trabajo, entretenimiento y actividad sexual (Daulabani et al., 2018).

En esta etapa se presentan diferentes alteraciones emocionales, especialmente ansiedad y depresión, lo que subraya la asociación detallada en la literatura entre estas alteraciones y los trastornos digestivos, detectada entre 40 y 60% de los pacientes diagnosticados (Daulabani et al., 2018; González, 2016; Maguen et al., 2014; Roy-Byrne et al., 2008; Shoji, Endo y Fukudo, 2018).

Estas alteraciones emocionales pueden observarse cuando el paciente, su familia, amigos y equipo de salud tratan de comprender la etiología multifactorial y la naturaleza funcional del padecimiento (González, 2016; Maguen et al., 2014). La intervención del psicogastroenterólogo en esta fase consiste en atender las necesidades emocionales, psicológicas y sociales que puedan tener el paciente y su familia con el propósito de guiarlos y disminuir así el malestar, y ofrecer apoyo emocio-

nal para facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, ayudándolos a entender que, si bien la enfermedad es de naturaleza funcional, aún hay estrategias de afrontamiento que se pueden utilizar para afrontarla.

### **Fase de tratamiento**

La calidad de vida del paciente se compromete según sea la enfermedad gastrointestinal que padece, dado que cada una tiene una terapéutica clínica que depende de su evolución y de las características individuales de cada uno, esto es, de factores emocionales, sociales y conductuales (González, 2016).

En la fase de tratamiento los pacientes pueden tener dificultades para adherirse al tratamiento, y por esta razón el psicogastroenterólogo debe ayudarlos a potenciar sus estrategias de afrontamiento para hacer posible su adaptación a la enfermedad (Crane, 2004); trabajar con la percepción de rechazo que estos sienten de su medio social ante la enfermedad gastrointestinal; acompañarlos en el proceso de reincorporación a las diferentes actividades e intereses de su vida cotidiana, y asimismo estudiar el manejo de las contingencias con las personas que los rodean, en especial ante las verbalizaciones de dolor o molestia, para de esa forma analizar los cambios que pueden experimentar en sus relaciones sociales y familiares (González, 2016; González, García y Fernández, 1992).

### **Fase de control y recaída**

Durante el tratamiento el paciente puede llegar a adaptarse a su condición y percibir que tiene el control de sus emociones y comportamientos; no obstante, durante esta fase puede haber un aumento de los niveles de ansiedad, según sean sus padecimientos y la evolución de estos, lo que puede desencadenar dudas y temores.

Ante esto, el psicogastroenterólogo tiene que abrir un espacio en el cual los pacientes hablen de sus emociones, dudas y temores, lo que le hará posible abordar sus alteraciones cognitivas, emocionales, motivacionales y conductuales que muchas veces alteran la efectividad de los tratamientos médicos (González, 2015; González, 2016); abordar y tratar las alteraciones emocionales que puedan

generarse, y trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico si volviera aparecer, repasando para ello las estrategias aprendidas para promover una mejor actitud ante el padecimiento.

### Otras funciones del psicogastroenterólogo

Como cualquier otro psicólogo de la salud, el psicogastroenterólogo tiene otras funciones (Oblitas, 2005). En este caso, debe participar en el diseño de programas de prevención y promoción de la salud para fomentar la psicoeducación en el área de las enfermedades gastrointestinales. Debe también incorporar a los familiares y amigos en la terapéutica del paciente mediante, por ejemplo, terapias familiares para facilitar la comprensión de lo que implican la enfermedad y el tratamiento, reforzar estrategias trabajadas con los pacientes y desmitificar las concepciones erradas asociadas con la enfermedad gastrointestinal. Por último, debe asistir al equipo de profesionales de la salud en la atención de los pacientes aportando estrategias relativas a cómo manejar y atender a los pacientes según las alteraciones emocionales que pudieran sufrir, su perfil de personalidad y demás, en aras

de lograr que el tratamiento sea efectivo y eficaz, a la vez que manteniendo la motivación y el interés de los profesionales en cada uno de los casos.

Llevando a cabo cada una de estas tareas, el psicogastroenterólogo podrá fomentar y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen una enfermedad gastrointestinal, así como también atender su contexto inmediato.

En conclusión, es relevante aprovechar el rol que puede desempeñar el psicólogo en el equipo de salud gastroenterológico, así como lo que la nueva área de la psicogastroenterología puede aportar en la atención paliativa de la sintomatología de las enfermedades gastrointestinales, pero también garantizar un abordaje integral, en defensa de una atención biopsicosocial (González, 2015; Shoji et al., 2018).

La psicogastroenterología debe de ser reconocida por los diferentes profesionales de la salud como una disciplina científica, lo que hará posible llevar a cabo investigaciones y formular planes de atención e intervención en los diferentes equipos médicos, consolidándose así como un área que privilegie el papel del psicólogo en los equipos multidisciplinarios.

## REFERENCIAS

- Bennebroek Evertsz', F., Thijssens, N., Stokkers, P., Grootenhuis, M., Bockting, C., Nieuwkerk, P. y Sprangers, M. (2011). Do inflammatory bowel disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *Journal of Crohns y Colitis*, 6(1), 68-76.
- Burke, K., Boumitri, C. y Ananthakrishnan, A. (2017). Modifiable environmental factors in inflammatory bowel disease. *Current Gastroenterology Reports*, 19(5), 21-22.
- Carabotti, M., Scirocco, A., Maselli, M.A. y Severi, C. (2015). The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Annals of Gastroenterology*, 28(2), 203-209.
- Crane, C. (2004). Social learning affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 50-58.
- Daulabani, N., Veitia, G. y Rodríguez C., M. (2018). Relación de eventos estresantes con el inicio de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes del Hospital Vargas de Caracas. *Revista Gen*, 72(4), 86-90.
- Die Trie, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1(1), 184-186.
- Dutta, A. y Chacko, A. (2016). Influence of environmental factors on the onset and course of inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 22(3), 1088-1100.
- González, M. (2015). La psicogastroenterología: una disciplina con presente y futuro. *Revista Gen*, 69(2), 22.
- González, M. (2016). Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Revista Gen*, 70(1), 28-40.
- González, M. y De Ascencao, M. (2005). Síndrome de intestino irritable. Aspectos psicológicos. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela*, 28(2), 139-145.
- González, M., García, E. y Fernández, C. (1992). Intervención conductual en el síndrome de intestino irritable: dos estudios clínicos. *Psicothema*, 4(2), 513-530.
- Graff, L.A., Walker, J.R. y Bernstein, C.N. (2009). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15, 1105-1118.



- Gros, D., Anthony, M., McCabe, R. y Swinson, R. (2008). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depressions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 290-296.
- Hall, J.E. (2016). *Tratado de Fisiología Médica* (13ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Hashem, M. y El-Serag, H. (2003). Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health-related quality of life. *Gastroenterological Disorders*, 3(2), S3-S11.
- Holmes, T. y Masuda, M. (1974). Life changes and illness susceptibility. En B. S. Dohrenwend y B. P. Dohrenwend (Eds.): *Stressful life events: Their nature and effects* (pp 45-72). New York: John Wiley.
- Huerta, I., Hinojoza, C., Santamaría, A. y Schmulson, M. (2001). Diferencias en la calidad de vida (CV) entre pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) y la población mexicana, evaluadas mediante el SF-36. *Revista de Gastroenterología de México*, 66(2), 145-146.
- Johansson, P.A., Farup, P.G., Bracco, A. y Vandvik, P.O. (2010). How does comorbidity affect cost of health care in patients with irritable bowel syndrome? A cohort study in general practice. *BMC Gastroenterology*, 17, 10-31. Doi: 10.1186/1471-230X-10-31.
- Karantanos, T., Markoutsaki, T., Gazouli, M., Anagnou, N.P, Karamanolis, D.G. (2010). Current insights in to the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Gut Pathogens*, 2(1), 1-8.
- Keefer, L. (2018). Behavioural medicine and gastrointestinal disorders: the promise of positive psychology. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 15, 378-386.
- Knowles, S.R., Keefer, L. y Mikocka-Walus, A. (2019). *Psychogastroenterology for adults: A handbook for mental health professionals*. London: Routledge.
- Knowles, S.R., Monshat, K. y Castle, D.J. (2013). The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19, 2704-2715.
- Konturek, P.C., Brzozowski, T., Konturek, S.J. (2011). Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), 591-599.
- Lee, K.N. y Lee, O.Y. (2016). The role of mast cells in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology: Research and Practice*, 1, 1-11.
- Longstreth, G.F., Thompson, W.G., Chey, W.D., Houghton, L.A., Mearin, F. y Spiller, R.C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1480-1491.
- Maguen, S., Madden, E., Cohen, B., Bertenthal, D. y Seal, K. (2014). Association of mental health problems with gastrointestinal disorders in Iraq and Afghanistan veterans. *Journal of Depression and Anxiety*, 31, 160-165.
- Michalsen, V.L., Vandvik, P. y Farup, P. (2015). Predictors of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(113). Doi: 10.1186/s12955-015-0311-8.
- Mikocka-Walus, A., Ford, A.C. y Drossman, D.A. (2020). Antidepressants in inflammatory bowel disease. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 17, 184-192. Doi: 10.1038/s41575-019-0259-y.
- Oblitas, L. (2005). *Atlas de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2ª ed.). México: Thomson.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: OMS.
- O'Sullivan, S. (2015). *Todo está en tu cabeza*. Barcelona: Planeta.
- Podolski, D. (2002). Inflammatory bowel disease. *New England Journal of Medicine*, 347(6), 417-429. Doi: 10.1056/NEJMra020831.
- Quera, R. y Palma, R. (2008). Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 19(4), 331-341.
- Roy-Byrne, P., Davidson, K., Kessler, R., Asmundson, G., Goodwin, R., Kubzansky, L. et al. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.
- Shah, E., Rezaie, A., Riddle, M. y Pimentel, M. (2014). Psychological disorders in gastrointestinal disease: epiphenomenon, cause or consequence? *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 27(3), 224-230.
- Shoji, T., Endo, Y. y Fukudo, S. (2018). Psycho-gastroenterology. En K. Tominaga y H. Kusunoki (Eds): *Functional dyspepsia* (pp. 105-115). Singapore: Springer.
- Tanimoto, M., Schmulson, M., Ramírez, D. y Valdovinos, M. (1995). Prevalencia de trastornos funcionales digestivos en estudiantes de medicina. *Revista de Gastroenterología de México*, 60(3), 57.
- Varona, L., Collado, E. y Pinillos, A. (2009). Terapia cognitivo-conductual en la enfermedad de Crohn. *Norte de Salud Mental*, 8(34), 117-123.
- Vatn, M.H. (2009). Natural history and complications of IBD. *Current Gastroenterology Reports*, 11(6), 481-487.
- Zas-Ros, B. (2016). *Experiencias en psicología hospitalaria*. Lima: ALFEPESI.





# Cáncer y salutogénesis: una revisión bibliográfica

## *Cancer and salutogenesis: A bibliographic review*

*Sergio I. Escamilla Sánchez<sup>1</sup>*

*Citación:* Escamilla S., S.I. (2021). Cáncer y salutogénesis: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud*, 31(1), 131-141. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2683>.

### RESUMEN

Al ser el cáncer una de las principales causas de preocupación de los sistemas de salud de muchos países se vuelve necesario hacer una revisión del estado actual de la literatura que aborde el tema desde el punto de vista de la salud y no de la enfermedad, que es el objeto del constructo *salutogénesis*. Si bien se considera una relación polémica el vínculo entre el cáncer y los pensamientos saludables, muy contraria a la existente con la depresión o ansiedad, y por tanto la bibliografía es escasa, en este trabajo se han tomado en cuenta los resultados de una búsqueda de las publicaciones aparecidas entre los años 2009 y 2019, principalmente. La importancia de la intervención psicológica que promueve en los pacientes un estado mental y emocional en el que predominen pensamientos y sentimientos saludables se hace evidente en cuanto se logra la disminución de los síntomas y la remisión acelerada de la condición al construirse y reforzarse un círculo virtuoso al aumentar el bienestar y la calidad de vida.

**Palabras clave:** Bienestar; Calidad de vida; Cáncer; Salutogénesis.

### ABSTRACT

*As cancer is one of the main concerns of health systems worldwide, it becomes necessary to review the current state of the research literature addressing this area from the perspective of health and not disease, which is the object of the salutogenesis construct. There is a controversial relationship between cancer and healthy thoughts and, unlike those that relate them to depression or anxiety, research studies are scarce. The results of a search and review for publications between 2009 and 2019 seem to point toward a documentable association. The importance of psychological interventions that promote a mental and emotional state where healthy thoughts and feelings predominate seems better supported since they achieve the reduction of symptoms and the accelerated remission of the condition. These thoughts and feelings probably reinforce a virtuous circle leading to increased well-being and quality of life in cancer patients.*

**Keywords:** Cancer; Quality of life; Salutogenesis; Wellbeing.

## Modelo salutogénico

**E**n 1946 se elaboró la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que los estados participantes declararon los principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos. El primero de dichos principios define que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Se reconoce también la inclusión de un paradigma que pone el foco en la salud y no en la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Universidad de Baja California, Calle Av. Juan F. Parkinson 160, Fracc. Parque Ecológico, 63173 Tepic, Nay., México, tel. (311)133-42-42, correos electrónicos: sies8@msn.com y ubcposgrados@hotmail.com. Artículo recibido el 8 de julio de 2019 y aceptado el 15 de junio de 2020.

Entre las condiciones para conservar el estado de salud tiene una importancia particular la psicológica. Con base en estudios hechos a sobrevivientes del holocausto nazi, en los años 70, el norteamericano de raíces hebreas, Aaron Antonovsky comenzó a desarrollar el llamado *modelo salutogénico*, el cual influyó considerablemente en el pensamiento de los médicos y científicos del comportamiento por la explicación dada de los factores psicológicos que forman las bases de la salud humana. Antonovsky (1979) utilizó las siguientes tres preguntas claves para la fundación de su teoría: “¿Por qué las personas se mantienen saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales? ¿cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades? y ¿qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?” (cf. Rivera, Ramos, Moreno y Hernán, 2011).

El autor también parte del supuesto de que hay que hacer énfasis en el origen de la salud y el bienestar, enfocando la atención en su mantenimiento y progreso. Antonovsky rechaza la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos y se muestra a favor de que puedan tener consecuencias saludables o benéficas dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos. Antonovsky (1987) desarrolló su teoría de la salud, a la que denominó *salutogénesis*, con base en estudios llevados a cabo –como se ha dicho antes– con quienes sufrieron los horrores de la época nazi, muchos de los cuales no solo se recuperaron y sobrevivieron sino que prosperaron, concluyendo así que existen factores psicológicos que *causan* la salud. A partir de tales resultados abrió una gran rama de investigación que dio por resultado el concepto de *sentido de coherencia* (SOC, por las siglas en inglés de *Sense Of Coherence*, en lo sucesivo) (Eriksson, 2007).

El autorreconocimiento, su equivalente en inglés *self-concept clarity* (SCC), hace referencia a un aspecto estructural por medio del cual las creencias propias del individuo están definidas con claridad y confianza, consistentes internamente y estables. Campbell et al. (1996) señalan que una SCC baja se asocia de forma independiente con alta neurosis, baja autoestima, bajo grado de conciencia, baja aceptabilidad, autoanálisis crónico,

conciencia baja del estado interno y una forma melancólica de atención centrada en uno mismo. Adicionalmente, Dias de Andrade (2013) propone que la evaluación del SCC –sea alta o baja en términos de la claridad y certidumbre que tiene el sujeto respecto a sí mismo– tiene una fuerte correlación positiva con su velocidad para procesar y recuperar información.

Desde la perspectiva de la psicología profunda, la psicología de arquetipos de Jung, la subjetividad del bienestar o el malestar está plenamente justificada con su concepto de la imaginación activa, ya que todo depende de cómo vemos las cosas y no cómo son por ellas mismas. La menor de las cosas con significado en la vida es siempre más valiosa que la mayor de las cosas sin significado (Jung, 1997). Todas las obras del hombre tienen su origen en la imaginación activa; por ello, dice Jung, la actividad creativa de la imaginación libera al hombre de sus ataduras a la resignación de lo que le sucede y le asciende a la posición del que hace que suceda. El hombre es completamente humano solo cuando está participando activamente.

Este último concepto junguiano, el de que lo que importa es cómo se reacciona a los sucesos cotidianos, que no tienen cualidad moral por sí mismos más que el valor intrínseco de los sucesos mismos, es un concepto que confronta los modelos científicos materialistas, que buscan la objetividad más absoluta posible del objeto estudiado.

Con la aparición del psicoanálisis y el estudio de la lingüística hay un auge de las hipótesis que sostienen que la palabra tiene un notorio grado de influencia sobre el cuerpo. Por ejemplo, Alemán y Larriera (2005) sostienen que a partir del desarrollo del psicoanálisis freudiano el discurso es una mentira verídica, esto es, que la verdad no es una exacta representación del relato al suceso, sino que la verdad se produce en el decir a otro y en el efecto que sus palabras operan sobre el que habla. Por ello, dichos autores postulan que hay inconsciente allí donde se habla y que este inconsciente se da como aquello que “sabe” más de lo que el hablante quiere decir. Presentan el origen del inconsciente desde el punto de vista del psicoanálisis del modo siguiente: “El psicoanálisis no tiene como tarea dilucidar hasta dónde llega lo psíquico y hasta dónde lo biológico, sino qué tipo de operaciones se producen y cuáles son las

consecuencias de este hecho constitutivo del ser hablante: la afectación del cuerpo por la palabra. Esta relación, de por sí indecible e incalculable, entre la palabra y el cuerpo deja en los hablantes un sedimento de naturaleza simbólica al que Freud caracterizó como Inconsciente” (Alemán y Larriera, 2005).

En las teorías psicoanalíticas y lingüísticas hay una inclinación a darle importancia al síntoma, a la patología, porque se estudia la forma en que el estado de no-salud se expresa a través de las expresiones del inconsciente. En el lacanismo toma fuerza la noción de que el síntoma se hace patente en el modo en que el cuerpo y la palabra están implicados; la palabra afecta al cuerpo: lo desvitaliza, lo fragmenta y lo modifica. Más aún, en la psicología profunda se llega a extremos como los de Hillman (1975), quien declara que la psique tiene una habilidad autónoma para crear enfermedad, morbilidad, desorden, anormalidad y sufrimiento en cualquier aspecto del comportamiento y a experimentar una imagen de vida a través de esa perspectiva deforme y afligida.

Es evidente entonces que la indisoluble relación entre psique y cuerpo es tal que la acción de una produce cambios en el otro. Por ello, es importante estudiar cómo dichos cambios pueden ocurrir tanto hacia la patología como hacia la salud, en ese continuo que hay entre ambos. De acuerdo con Rodríguez, Casas, Contreras y Ruano (2015), el narcisismo, desde el más patológico hasta el más saludable, pasa hoy día por la senda obligada del cuerpo, controlándolo y asimismo sometándolo. Es así que es posible ver que actualmente se da gran importancia a modificar y mantener el cuerpo por medio de factores externos, como la dieta, el ejercicio y los fármacos, pero además hay que fomentar el reconocimiento de que la psique también colabora en tales modificaciones de manera tan o más importante.

Si el foco de atención se pone en la salud y no en la enfermedad, procurando que el estado saludable prevalezca sobre el patológico, el beneficio para los individuos y para la sociedad en su conjunto será considerable en muchas áreas; particularmente, en el área de las políticas de salud pública, el beneficio económico será tangible. Ruano y Mercé (2014) subrayan esta última idea afirmada por Lindström y Eriksson (2006) al señalar que

con buena salud mental y buena calidad de vida, gracias a un buen nivel de SOC, las personas enfermarían en menos ocasiones y habría menos incapacidades o prejubilaciones por enfermedad, y de esta manera se obtendrían beneficios económicos.

### **Psicooncología: salutogénesis vs depresión**

La psicooncología es la rama de la psicología que se ocupa de evaluar, investigar e intervenir en los comportamientos de los individuos afectados por el cáncer en todas sus fases, desde el diagnóstico, tratamiento, postratamiento, seguimiento de los que superan la condición o última etapa de la vida, en su caso. De acuerdo con Cabrera, López, López y Arredondo (2017), la psicooncología se encarga de las situaciones de vida y de las características culturales, psicosociales y espirituales que influyen en la aparición y tratamiento del cáncer, y su repercusión en los pacientes y en su entorno familiar y social, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo y la evaluación de terapias psicológicas efectivas que permitan reducir la morbilidad psicológica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por su parte, Mota, Aldana, Bohórquez, Martínez y Peralta (2018) enlistan diferentes formas de apoyo psicológico para pacientes con cáncer – particularmente de mama–, entre las que destacan las siguientes: terapias cognitivo-conductuales, intervención psicoeducativa, psicoterapia breve, psicoterapia de grupo, terapias alternativas y complementarias, e intervención psicológica al final de la vida. En la descripción que se hace de ellas, se destaca que las terapias cognitivo-conductuales son útiles para eliminar pensamientos depresivos, autocondenatorios, de culpa, desesperanza o de autocompasión, mediante la modificación de la forma de razonamiento. La intervención psicoeducativa está enfocada en la rehabilitación física y la modificación de la dieta. La psicoterapia breve ayuda a disminuir el malestar psicosocial y contribuye a que el paciente recobre la funcionalidad y el control de su vida; mientras que las de grupo son útiles en el cambio de actitudes, conductas y emociones por medio de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento y el apoyo mutuo. Las terapias alternativas y complementarias se utilizan para mejorar el bienestar

físico o psicológico y la capacidad del cuerpo para combatir el cáncer, aplicándose en situaciones de ansiedad, miedo y dolor. La intervención que se utiliza al final de la vida se realiza con el propósito de lograr la aceptación y la tranquilidad para poder cerrar los aspectos que generan desazón en la etapa final.

Ante los estados de la falta de salud, la perspectiva de la salutogénesis subraya el cuidadoso uso del pensamiento y el lenguaje, privilegiando la utilización de conceptos con connotación positiva sobre aquellos con negativa. De acuerdo con Antonovsky (1987), el argumento principal del constructo de salutogénesis sostiene que para el individuo un fuerte sentido de coherencia (SOC) es un predictor de resultados positivos para su salud, a la vez que tiene una alta correlación con la forma en que ese individuo le da sentido a su mundo y usa los recursos requeridos para responder a las situaciones, percibiendo si sus respuestas son significativas y tienen sentido emocionalmente.

En la formulación del SOC, Abernethy (2011) define tres componentes: *Comprensibilidad*: la creencia de que las cosas suceden de manera ordenada y predecible, sintiendo que se entienden los eventos y que se pueden predecir razonablemente los que sucederán en el futuro; *Manejabilidad*: la creencia de que se tienen las aptitudes, las habilidades, el apoyo, la ayuda o los recursos necesarios para atender las situaciones, y que estas son manejables y están bajo control, y *Significancia*: la creencia de que los sucesos en la vida son interesantes y una fuente de satisfacción, que valen la pena y que hay una buena razón o propósito para atenderlos.

De manera inversa, un sentido de coherencia débil y una actitud más negativa hacia el cáncer, mirando a las víctimas con pena, considerando a la enfermedad como una sentencia de muerte o abrigando el miedo a esta, predicen un alto nivel de estrés y malestar psicológico. Gerasimcik-Pulko, Pileckaite-Markoviene, Bulotiene y Ostapenko (2009) estudiaron a mujeres lituanas diagnosticadas con cáncer de mama, encontrando que las pacientes con un SOC más alto disfrutaban de una mejor calidad de vida durante las etapas tempranas de su condición, a diferencia de las que tenían un SOC más bajo. Las primeras raramente se quejaron de

síntomas atribuibles a los efectos secundarios de los tratamientos, porque pudieron afrontar mejor el estrés relacionado con el diagnóstico. Aunque en el estudio se reconoce que hay otras investigaciones que hallan que el nivel de SOC no es una disposición estable, o que en pacientes sometidas a quimioterapia no hay necesariamente una correlación con su calidad de vida, las conclusiones de la investigación específica muestran que pacientes con cáncer de mama con un mayor sentido de coherencia experimentan menos efectos secundarios del tratamiento y tienen una mejor calidad de vida relacionada con la salud en el periodo postoperatorio temprano.

Volanen, Lahelma, Silventoinen y Suominen (2004) señalan que la intención de Antonovsky al introducir el concepto de SOC era la de proporcionar una alternativa al abordaje de los factores adversos para así preguntarse qué factores son los que más probablemente pueden proteger a las personas de enfermar, ya que aquellas con un SOC fuerte evalúan situaciones potencialmente peligrosas o incontrolables como desafíos y, por lo tanto, pueden mantenerse saludables ante ellas.

Los recursos generalizados de resistencia (GRR, por sus siglas en inglés de *Generalized Resistance Resource*) contribuyen al SOC y se definen como las condiciones de vida y la educación que comienzan en la infancia, y que a partir de la juventud y la adultez se manifiestan en la vida laboral, la familiar y la social. En el estudio de los citados autores en una muestra finlandesa se midieron el SOC y los GRR, obteniendo como resultado que los niveles de ambos constructos son similares en hombres y mujeres, además de que “el SOC parece reflejar, en particular, el bienestar o malestar psicoemocional de hombres y mujeres, y se asocia con sus relaciones cercanas, de pareja y amigos, así como con el apoyo social, las condiciones de trabajo, las situación de empleo y las condiciones de vida en la niñez” (Volanen et al., 2004).

Alivia, Guadagni y Roberti (2011) afirman que la enfermedad es un desafío al bienestar físico, psicológico y espiritual que trae repercusiones a la identidad y al contexto social; por ello, desarrollan el concepto de una medicina centrada en la persona, considerando a esta última como una entidad integral. Tal perspectiva exige una vi-



sión que va más allá del mero enfoque patogénico, que diagnostica a través de pruebas en busca de signos de enfermedad y prescribe tratamientos en consecuencia para que el individuo sea declarado curado cuando nuevas pruebas ya no detecten el padecimiento y los parámetros se hayan normalizado. No obstante —señalan los autores—, la práctica diaria se caracteriza por personas que sufren de enfermedades crónicas, en las que, con frecuencia, existe una discrepancia entre sus resultados bioquímicos y la forma en que ellas se sienten. La salud, concluyen, es un concepto que va más allá de la ausencia de enfermedades y que incluye el bienestar físico, psicológico y espiritual, lo que está en consonancia con el constructo de salutogénesis, que nace de la exploración de las razones que se presentan en individuos que se mantienen saludables aun ante situaciones adversas y perniciosas, mientras que otras, encarando las mismas condiciones, caen enfermas.

La validación de instrumentos para medir el SOC se ha efectuado por un número considerable de investigadores en diversas partes del mundo. En la región hispanoamericana, Saravia, Iberico y Yearwood (2014) llevaron a cabo la validación de la Escala SOC-13 (13 por el número de reactivos que la componen) en una muestra de 448 individuos peruanos; utilizando el análisis estadístico apropiado, hallaron que la escala mostró propiedades psicométricas apropiadas respecto a la consistencia interna, la validez de criterios y la estructura de factores.

Alivia et al. (2011) proponen que cada intervención médica debería procurar reforzar el sentido de coherencia de la persona, así como su resistencia fisiológica, psicológica y espiritual. Los citados autores recomiendan que los profesionales de la salud debieran ser entrenados para proveer cuidados salutogénicos desde su formación profesional temprana, ya que el mismo aprendizaje de los conceptos fortalecen sus propios SOC y estado de salud. Al mismo tiempo, describen al SOC como un constructo que debe ser fortalecido, pues no es algo que posee o no el individuo de manera estática, sino que puede construirse y fortalecerse a lo largo del tiempo:

Hay un creciente cuerpo de investigación para todos los grupos de edades, diferentes antece-

des socioeconómicos y culturales, que muestra cómo se relaciona un SOC fuerte con una mejor salud, envejecimiento más saludable y [como] un factor protector contra la adicción al alcohol. A la inversa, un SOC débil está relacionado con una peor salud y un estado de ánimo más bajo. Aunque el SOC se desarrolla naturalmente en los primeros 30 años de vida, no tiene una orientación estática. Puede ser fortalecido a través de la actividad personal y el cuidado (Alivia et al., 2011).

Agregando a la relación del sentido de coherencia el bienestar de los individuos, Wainwright et al. (2007) llevaron a cabo una investigación con una muestra de más de 18 mil personas en Norfolk (Reino Unido), con el propósito de probar la hipótesis de que las diferencias individuales en el SOC están asociadas a la elección de estilos de vida más saludables, independientemente de la clase social y del nivel de educación, hallando que aquellos individuos con un SOC más fuerte fumaban menos (28%), eran menos inactivos físicamente (36%) y consumían una mayor cantidad de frutas, vegetales y fibra, todo ello con independencia de su edad, género, clase social y educación. Por consiguiente, los autores proponen el fortalecimiento del SOC como una ayuda en el diseño de intervenciones para la promoción de la salud a futuro, y declaran que: “Individuos con un SOC fuerte pueden ser más capaces, por lo tanto, de adoptar un estilo de vida saludable y, por ejemplo, es más probable que respondan a consejos relacionados con la salud. Adicionalmente, los individuos con un SOC débil pueden participar en conductas menos saludables —por ejemplo, fumar cigarrillos— porque son menos capaces de lidiar con el estrés diario” (Wainwright et al., 2007).

Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen, y Hietanen (2010) revisan una creciente literatura científica que reporta que los pacientes y sus parejas, cuidadores y familiares cercanos, están estrechamente ligados en el proceso de apoyo del enfermo, y que se influyen los unos a los otros, a lo cual se denomina “efecto transitivo” o “de cruce”, sin importar el tipo o la etapa del cáncer. Se ha encontrado también que la cura del paciente se acelera y que el estrés de los cuidadores mejora más cuando se atienden las características de ambos, y no solo las del paciente individual-

mente. Los citados autores emplean el constructo *optimismo disposicional* para referir las expectativas generalizadas de que sucederán cosas buenas, que en algunas investigaciones ha mostrado ser un amortiguador del estrés que producen las circunstancias desafiantes.

Acerca del optimismo y su efecto en la adaptación a las enfermedades hay trabajos específicos que prueban una alta correlación positiva. Por ejemplo, Friedman et al. (2005) llevaron a cabo un estudio entre pacientes de cáncer de mama de origen multiétnico para descartar los posibles sesgos que puede producir investigar poblaciones predominantemente caucásicas, encontrando que el optimismo, el someterse al tratamiento y el disponer de apoyo social explicaban en buena medida la varianza del bienestar funcional del individuo y su bienestar social y familiar, mientras que la historia familiar de cáncer de mama y el pesimismo se relacionaban con perturbaciones del humor, sin importar el origen étnico de las pacientes. Los autores concluyen que “el optimismo es un predictor de buena adaptación a una variedad de enfermedades somáticas, incluyendo diferentes tipos de cánceres”.

En el otro extremo del optimismo se halla la depresión. Al respecto, Berenson, Lara, Robles y Medina (2013) afirman que las personas que sufren depresión tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes y cáncer, todas ellas condiciones crónicas y responsables de más de 60% de las muertes en el mundo. La relación entre el cáncer y la depresión se vuelve un círculo, pues quien padece cáncer puede desarrollar síntomas depresivos en algún momento de la enfermedad, y la depresión aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer.

La depresión limita la capacidad de cuidar de sí mismo y disminuye la calidad de vida; adicionalmente, en los pacientes de cáncer aumenta la estancia hospitalaria y disminuye el cumplimiento de la terapia (Pousa, Miguelez, Hernández, González y Gaviria, 2015). Los mencionados autores agregan que «la depresión está infradiagnosticada en los pacientes oncológicos, quizá por la creencia de que “es normal que estén tristes”». Se identifica que solamente entre 10 y 33% de los pacientes con cáncer se deprime. Los instrumen-

tos de diagnóstico más utilizados para evaluar tal condición son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Salud General (GHQ-28) y el Screening Psicosocial para el Cáncer (PPS-CAN).

Es importante disponer de modalidades de tratamiento que mitiguen los efectos de la depresión. Tradicionalmente se emplean la psicofarmacología y la psicoterapia; sin embargo, Pousa et al. (2015) introducen la relevancia de las intervenciones de atención plena (*mindfulness*), relajación y uso de la imaginación, cuyas aplicaciones se han llevado a cabo en diversas instituciones, destacando sobre todo la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT) y la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR). En conjunto, los resultados registrados reportan una reducción de los niveles de cortisol, la tasa cardíaca y las frecuencias cardíaca y respiratoria, así como la regulación de parámetros inmunológicos tales como el aumento de la producción de células NK y la reducción de citoquinas. En el área psicológica, se observa asimismo un impacto positivo tanto en los pacientes como en sus parejas o cuidadores. También se ha visto una reducción del efecto del estrés asociado al desencadenamiento y el miedo al cáncer, la activación del sistema inmunológico mediante la instauración de creencias positivas, el incremento de la motivación para el cambio del estilo de vida, el fortalecimiento del deseo de vivir, el enfrentamiento de la desesperanza y la modificación de las creencias del enfermo respecto a la enfermedad.

En un estudio efectuado con 140 pacientes en tratamiento, Guerrero, Prepo y Loyo (2016) concluyeron que “existe la necesidad de planificar intervenciones dirigidas a potenciar la autotranscendencia en pacientes con cáncer con la finalidad de mitigar los síntomas asociados a ambos trastornos”; respecto a la definición de *autotranscendencia* apuntan que «la mayoría de las definiciones que involucran la autotranscendencia están asociadas con un ser superior, donde la fe en un poder externo y el esfuerzo por el logro de un gran ideal son vistos como una expresión de la espiritualidad en los individuos. Esta interrelación conlleva una “necesidad espiritual” que permite a la persona mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o

llevar a cabo obligaciones de tipo religiosas con la finalidad de suplir el vacío que hay en su interior».

Los resultados obtenidos por Guerrero et al. (2016) muestran que la dimensión de preocupaciones sociales y estrés guarda una relación negativa con la autotrascendencia; es decir, a mayores niveles de esta, menor es la preocupación social y el estrés; Lo mismo ocurre con la depresión: a mayores niveles de autotrascendencia, menores niveles de depresión; sin embargo, entre ansiedad y autotrascendencia no se encontró una relación estadísticamente significativa. Esta última medición responde a que en la muestra se detectaron bajos niveles de ansiedad, a diferencia de la depresión, que se manifestaba en un mayor número. Es de notarse que dichos autores discuten el reto que constituye establecer un diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes, pues los criterios diagnósticos para la depresión mayor incluyen síntomas asociados al cáncer, pudiéndose confundir el origen mismo del síntoma en el cáncer o en la depresión.

Diz, Garza, Olivas, Montes y Fernández (2019) ponen de manifiesto la necesidad de considerar a la familia del paciente como parte integral del tratamiento al señalar que: “La familia funge como la mayor fuente de apoyo social, personal, afectivo y económico; es por ello que el profesional de la salud mental debe abordar las posibles vicisitudes que surgen en el grupo de apoyo familiar o social del paciente. Esto significa que los conceptos que se han mencionado aquí, como optimismo, *mindfulness*, autotrascendencia y, en general, salutogénesis deberían considerarse en las intervenciones que se efectúan en grupos terapéuticos o de apoyo que se ofrecen a las parejas, familia o cuidadores de los pacientes, además de que los profesionales de la salud a cargo de los tratamientos y el personal médico y de enfermería requieren recibir entrenamiento para el adecuado manejo del paciente oncológico deprimido.

Flensburg-Madsen, Ventegodt y Merrick (2006) propusieron una diferenciación entre los conceptos de *mentalidad* y *emocionalidad* al suponer que hay tres entidades en el ser humano que son portadoras de consciencia: *la unidad humana* (el alma), *el cerebro-mente* (el ego y las funciones mentales) y *el cuerpo-mente* (el id). En ese entorno, aseveran los autores, las funciones mentales

son dominadas por el cerebro, incluidas las modalidades somatosensorias, mientras que las funciones emocionales están relacionadas con el cuerpo-mente, incluyendo las relativas a la sexualidad. El concepto de psiquis humana contiene todas esas dimensiones, incluida la conciencia, relacionada con la unidad humana o alma.

Con base en estos elementos se construyó la medida Sentido de Coherencia Emocional (SOC-E, por sus siglas en inglés), que incluye cuatro emociones: enojo, alegría, pena y deseo sexual, así como tres dimensiones: intensidad, permisividad e impacto. El instrumento diseñado fue probado en una muestra de 113 individuos bajo la hipótesis de que la emocionalidad, y no la mentalidad, es el verdadero predictor de la salud física.

El estudio, realizado en Dinamarca por Flensburg-Madsen et al. (2006), probó que el SOC-E está relacionado de un modo importante con la salud física, pero no con la salud psicológica de los individuos. Mediante un refinamiento basado en los resultados obtenidos, los autores diseñaron la escala SOC-E II, considerando únicamente la intensidad y permisividad de la alegría y el deseo sexual, y dejando fuera las emociones de enojo y pena; con ello se obtuvo una mayor asociación con la salud física y psicológica. Los resultados se compararon con los de otros estudios similares, encontrándose que las emociones positivas se asocian con tasas de sobrevivencia y longevidad, mientras que los síntomas de depresión son predictores de una disminución de la sobrevivencia en pacientes con enfermedades de la arteria coronaria. Los autores concluyen lo siguiente: “En un estudio anterior que investigaba la teoría original de Antonovsky, encontramos que una operacionalización mental del SOC está altamente asociada con la salud psicológica, pero no con la salud física [...] Con base en los dos estudios, concluimos que la salud física y psicológica deben tener diferentes etiologías: la salud física tiene que ver con las emociones, mientras que la psicológica lo hace con la mentalidad” (Flensburg-Madsen et al., 2006).

Por su parte, Kröz, Büssing et al. (2009), consideran que el SOC de Antonovsky es importante por su relevancia en la prognosis de pacientes de cáncer; sin embargo, las escalas conocidas han sido validadas principalmente en pacientes

psiquiátricos y psicosomáticos, por lo cual propusieron una escala de coherencia interna (ICS, por sus siglas en inglés) que aborda aspectos específicos para pacientes oncológicos relacionados con su fiabilidad, validez y sensibilidad a la quimioterapia. Su estudio, realizado en Alemania, y llevado a cabo en tres momentos y con diferentes muestras poblacionales, encontró que la ICS de diez reactivos demuestra tener una relevancia estadística significativa para poder considerarse como un instrumento interesante para capturar los sentimientos de coherencia interna y resistencia entre los pacientes de cáncer.

Rohani, Abedi, Omranipour y Langius-Eklöf (2015) efectuaron, en Irán, una investigación longitudinal con 162 pacientes de cáncer de mama. Los momentos del estudio fueron, a saber: T1-base o fase de prediagnóstico y T2-post o seis meses después de la diagnosis. Los objetivos del estudio eran investigar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, por sus siglas en inglés), SOC, espiritualidad y afrontamiento religioso en una muestra de mujeres con cáncer de mama. La metodología incluyó también a un grupo de control de 210 mujeres sin cáncer. Los resultados obtenidos indicaron que las mujeres con cáncer de mama calificaban peor la función física, fatiga y dificultades financieras durante la primera fase T1 que las del grupo de control. Sin embargo, a lo largo de los seis meses de estudio mejoraron su calidad de vida y funcionamiento emocional. Los autores concluyen que la recopilación de datos de HRQoL antes del diagnóstico de cáncer de mama es importante para identificar a las mujeres en riesgo de deterioro de su calidad de vida durante y después del tratamiento, subrayándose que el grado de SOC puede ser más importante como predictor de cambios en la calidad de vida que la espiritualidad y el afrontamiento religioso. Adicionalmente, sostienen que el estudio corrobora la sugerencia de Antonovsky sobre la aplicabilidad transcultural del concepto de sentido de coherencia en la predicción de cambios en la calidad de vida relacionada con la salud.

En Dinamarca, el Comité de la Ciencia y la Ética de Copenhague ha aprobado la investigación de la calidad de vida, al igual que la medicina holística. Así, Ventegodt, Omar y Merrick (2011) revisaron los estudios hechos en más de 2 mil pa-

cientes con enfermedades crónicas o disfuncionales, en los que se investigaron los efectos de las intervenciones salutogénicas orientadas a mejorar la calidad de vida. Particularmente, revisaron veinte reportes acerca de dicha calidad como medicina para enfermedades como cáncer, padecimientos coronarios, dolor crónico, enfermedad mental, disfunción sexual, baja autoestima, baja capacidad de trabajo y mala calidad de vida. La estrategia de intervención más exitosa parece ser la que crea un vínculo materno, una liga de tipo infantil, inducida por una combinación de terapia de conversación y trabajo con el cuerpo. Los autores concluyen que la calidad de vida, “como medicina”, es útil en el tratamiento de desórdenes físicos y otras enfermedades al ayudar a curar, o en definitiva curar, de 30 a 90% de los pacientes, típicamente en un periodo menor o igual a un año, pues mejora significativamente los problemas de salud mental, somática y sexual sin efectos secundarios.

A decir por Jonas, Beckner y Coulter (2016), “por más de 200 años la biomedicina ha abordado el tratamiento de enfermedades estudiando los procesos de la enfermedad (patogénesis), infiriendo conexiones causales y desarrollando enfoques para interferir terapéuticamente esos procesos”. Esta perspectiva patogénica ha sido exitosa en las enfermedades agudas y traumáticas, pero menos con las crónicas, principalmente por su complejidad y naturaleza multifactorial; por ello, los autores señalados propusieron un modelo integrado para la evaluación de la curación (IMEH, por sus siglas en inglés).

De acuerdo con dichos autores, por investigaciones del efecto placebo y la medicina conductual se sabe que la manipulación del contexto social y cultural de la terna practicante-paciente-familia, sus estrategias de comunicación, el entorno físico y la retroalimentación de la información en el área de la salud, se puede cambiar notablemente los resultados, a menudo con un mayor alcance, que los medicamentos y los tratamientos quirúrgicos inclusive. Por ello, diseñaron el modelo siguiente. En sus palabras:

El IMEH es un enfoque que parte de la recopilación e integración de información seleccionada de la investigación sociológica, antropológica y de comportamiento, y de la biología celular



y molecular. Lo hace desarrollando un equipo multidisciplinar y abordando la evaluación de la medicina integrativa para el cuidado del cáncer desde varias dimensiones [...] Los componentes de esa evaluación son recogidos por un equipo de investigación especializado que los alimenta en un centro integrador de datos para su análisis, modelación y síntesis [...] Adicionalmente, los datos estructurados pueden procesarse utilizando tecnología de inteligencia artificial que permita la retroalimentación, en tiempo real, de esta información al paciente y al equipo de cuidado de salud (Jonas et al., 2016).

En Alemania, de acuerdo con Weis (2003), se han establecido grupos de soporte para pacientes de cáncer en las clínicas de rehabilitación. Uno de sus objetivos generales es la promoción de los recursos individuales de los pacientes, lo cual ayuda también a las parejas y familia a aligerar el estrés asociado a la enfermedad. Durante las dos últimas décadas se han desarrollado una serie de intervenciones psicológicas que son administradas en los grupos de soporte y que utilizan métodos tales como la relajación e imaginación guiada, la educación en salud, el entrenamiento neuropsicológico, el entrenamiento conductual, la terapia con arte y ergonómica, la psicoeducación y la información didáctica.

Weis (2003) da cuenta de investigaciones que enfatizan que negar los sentimientos, las preocupaciones, el desamparo y el aislamiento social están correlacionadas con una menor salud y calidad de vida en pacientes de cáncer. Por el contrario, otros estudios empíricos demuestran que ciertas intervenciones estructuradas para grupos de pacientes mejoran su bienestar psicológico, reducen la ansiedad y la depresión, acrecientan la calidad de vida, el afrontamiento y el ajuste mental. No obstante, se estima que en Europa hay una considerable falta de unidades psicooncológicas, por lo que el apoyo está limitado a una minoría de tales pacientes.

En Polonia, Gwiazdzinski, Fedyk, Krawczyk y Szymansky (2017) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era probar la hipótesis de que la práctica del yoga es benéfica para la salud física y mental. Se investigó el desarrollo que tienen el sentido de coherencia y el de agencia o control

en una muestra de individuos que habían practicado hatha-yoga frente a otros (un grupo de control) que nunca lo habían hecho. Utilizando instrumentos como el experimento de la mano ajena (TAHE, por sus siglas en inglés), cuestionarios de medición del SOC y entrevistas microfenomenológicas, concluyeron que hay indicaciones de que la práctica del hatha-yoga acrecienta el sentido de control, lo cual, en el largo plazo, puede contribuir a tener una mejor salud mental. Cabe destacar que el experimento TAHE es una técnica de corte neurofenomenológico que permite evaluar el sentido de control o de agencia que tiene que ver con desórdenes psicopatológicos, tal como se puede observar en la siguiente aseveración de dichos autores: «El concepto de *sentido de agencia* o sus desórdenes puede ser importante para entender la esencia de unidades nosológicas como la anorexia nerviosa, el desorden de personalidad bipolar, e incluso algunos síntomas psicopatológicos que se producen en la esquizofrenia (como la “desrealización”), tal como se muestra por experimentos realizados con TAHE por Sorensen en 2005» (Gwiazdzinski et al., 2017).

## CONCLUSIONES

Es de llamar la atención que mucha de la literatura relativa a la salutogénesis proviene de países europeos, no obstante que el creador del constructo procede de Estados Unidos. Muy escasas publicaciones provienen de la región hispanoamericana, por lo que la carencia de trabajos académicos sobre este tópico parece acentuarse en dicha región. Específicamente, existe aquí una gran necesidad de crear grupos de apoyo psicooncológico que difundan, promuevan y fortalezcan las buenas prácticas en torno a los fundamentos de la salutogénesis, el sentido de coherencia, el sentido de control, los recursos generalizados de resistencia, la espiritualidad concebida como el autoconocimiento del individuo, la meditación y el yoga.

Son muchas las evidencias que destacan los beneficios de la salutogénesis ya desde las fases iniciales del cáncer, por lo que se podría inferir, a reserva de investigarlo con rigor, que también puede haber una relación causal entre la práctica salutogénica y el estado de salud de quienes no



sufren esta enfermedad u otros padecimientos, lo cual abre todo un campo de estudio en el área de la prevención de enfermedades.

Se debe resaltar también que la palabra “espiritualidad” se menciona en varias de las fuentes revisadas, aunque no se ahonda demasiado en ella. Es decir, se utiliza el concepto de bienestar físico, psicológico y espiritual, sin explicar cabalmente cómo se obtiene este último, abriéndose así otra área de investigación que permita poner a prueba las relaciones entre la espiritualidad, la salutogénesis y la preservación del bienestar integral del individuo.

Con el estado actual de la ciencia y del fenómeno oncológico, se hace necesaria la creación de protocolos, públicos o privados, para ofrecer a la población tratamientos, sobre todo psicológicos, que permitan descubrir la dimensión salutogénica y el sentido de coherencia para, entonces, promover su fortalecimiento con el fin de coadyuvar al restablecimiento de la salud de aquellas personas que padecen cáncer, y no solo la de ellas, sino también la de aquellas que sufren otro tipo de padecimientos, y aun de las que gozan de salud, para que la preserven.

## REFERENCIAS

- Abernethy, H. (2011). Promoting emotional wellbeing through social prescribing. En S. Cartwright y C. Cooper (Eds.): *Innovations in stress and health* (pp. 107-152). Basingstoke (UK): Palgrave Macmillan.
- Alemán, J. y Larriera, S. (2005). Introducción al psicoanálisis lacaniano. En J. Romero y R. Vázquez (Eds.): *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp. 118-165). Barcelona: Kairós.
- Alivia, M., Guadagni, P. y Roberti S., P. (2011). Towards salutogenesis in the development of personalised and preventive healthcare. *EPMA Journal*, 2(4), 381-384. Doi:10.1007/s13167-011-0131-9 (20/03/2019).
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Cabrera, Y., López, J., López, E. y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavallee, L. y Lehman, D. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156.
- Dias de Andrade, F. (2013). *The impact of self-concept clarity on information processing of college students*. Millersville, PA: Millersville University.
- Diz, R., Garza, A., Olivas, E., Montes, J. y Fernández, G. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Helsinki: Folkhalsan Research Centre.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S. y Merrick, J. (2006). Sense of coherence and physical health. The emotional sense of coherence (SOC-E) was found to be the best-known predictor of physical health. *TSW Holistic Health & Medicine*, 1, 183-193.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. y Liscum, M. (2005). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603. Doi: 10.1002/pon.992.
- Gerasimcik-Pulko, V., Pileckaite-Markoviene, M., Bulotiene, G. y Ostapenko, V. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *Acta Medica Lituanica*, 16(3-4), 129-144.
- Guerrero, J., Prepo, A. y Loyo, J. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005> (06/04/2019).
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J. y Hietanen, P. (2010). Predictors of distress in cancer patients and their partners - The role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology & Health*, 27(2), 178-195. Doi: 10.1080/08870446.2010.484064.
- Gwiazdzinski, P., Fedyk, O., Krawczyk, M. y Szymansky, M. (2017). Practicing hatha-yoga, sense of coherence, and sense of agency. Neurophenomenological approach. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl. 3), 530-535.

- Hillman, J. (1975). *Re-visioning psychology*. New York: Harper and Row.
- Jonas, W., Beckner, W. y Coulter, I. (2016). Proposal for an integrated evaluation model for the study of whole systems health care in cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 5(4), 315-319. Doi: 10.1177/1534735406295565.
- Jung, C.G. (1997). *Jung on active imagination*. (Ed. J. Chodorow). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kröz, M., Büssing, A., Von Laue, H., Reif, M., Feder, G., Schad, F., Girke, M. y Matthes, H. (2009). Reliability and validity of a new scale on internal coherence (ICS) of cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(59). Doi: 10.1186/1477-7525-7-59.
- Lindström, B. y Eriksson M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L., Martínez, S. y Peralta, J. (2018). Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 28(2), 155-165.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
- Pousa, V., Miguelez, A., Hernández, M., González, M. y Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- Rodríguez, A., Casas, D., Contreras, G. y Ruano, L. (2015). De la enfermología a la salutogénesis: conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(2, Art. 1).
- Rohani, C., Abedi, H., Omranipour, R. y Langius-Eklöf, A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(40). Doi: 10.1186/s12955-015-0229-1.
- Ruano, L. y Mercé, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 13(2), 384-405. Doi: 10.6018/eglobal.13.2.165721.
- Saravia, J., Iberico, C. y Yearwood, K. (2014). Validation of sense of coherence (SOC) 13-item scale in a Peruvian sample. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2).
- Ventegodt, S., Omar, H. y Merrick, J. (2011). Quality of life as medicine: interventions that induce salutogenesis. A review of the literature. *Social Indicators Research*, 100(3), 415-430.
- Volanen, S., Lahelma, E., Silventoinen, K. y Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14(3), 322-330. Doi:10.1093/eurpub/14.3.322.
- Wainwright, N., Surtees, P., Welch, A., Luben, R., Khaw, K. y Bingham, S. (2007). Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal Epidemiology and Community Health*, 61(10), 871-876.
- Weis, J. (2003). Support groups for cancer patients. *Supportive Care Cancer*, 11(12), 763-768. Doi: 10.1007/s00520-003-0536-7.



# Propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana<sup>1</sup>

## *Psychometric properties of the Brief COPE Inventory in a sample of informal primary caregivers of cancer patients in the Mexican population*

Javier Núñez Hernández<sup>2</sup>, Oscar Galindo Vázquez<sup>3</sup>, Frank J. Penedo<sup>4</sup>, German Calderillo Ruiz<sup>5</sup>, Abelardo Meneses García<sup>6</sup>, Ángel Herrera Gómez<sup>7</sup> y Abel Lerma<sup>8</sup>

*Citación:* Núñez H., J., Galindo V., O., Penedo, F.J., Calderillo R., G., Meneses G., A., Herrera G., Á. y Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(1), 143-153. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2684>.

### RESUMEN

*Introducción:* Los cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer constituyen una importante población en el sistema de salud, por lo que es importante conocer cómo afrontan esa circunstancia. *Objetivo:* Determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana. *Metodología:* La muestra estuvo conformada por 180 participantes de entre 18 a 67 años, de un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México. *Análisis estadísticos:* Se realizó un análisis mediante el método de componentes principales y rotación varimax, y posteriormente un análisis factorial confirmatorio. *Resultados:* Se obtuvieron propiedades psicométricas adecuadas, con una estructura factorial similar a la de la versión original. La consistencia interna fue de 0.80, con una varianza explicada de 55.74%. El análisis factorial confirmatorio mostró indicadores y ajuste adecuados de la estructura del modelo. *Discusión:* El Inventario de Afrontamiento COPE Breve es un instrumento válido y confiable. Se recomienda su uso en atención clínica e investigación en una población que puede requerir atención psicológica durante el proceso de cuidado del paciente con cáncer.

**Palabras clave:** Afrontamiento; Análisis factorial; Cuidador primario informal; Cáncer; Población mexicana.

<sup>1</sup> Esta investigación estuvo financiada por el proyecto CONACYT “Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión al tratamiento, tabaquismo y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en inicio de tratamiento médico”, PN 2015/1715.

<sup>2</sup> Universidad Latina, Campus Sur, Av. Pedro Henríquez Ureña 173, Los Reyes, Coyoacán, 04330 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx.

<sup>4</sup> College of Arts and Sciences, Miller School of Medicine, Miami University, 1600 NW 10<sup>th</sup> Ave #1140, 33136 Miami, FL, Estados Unidos.

<sup>5</sup> Subdirección de Medicina Interna del Instituto Nacional de Cancerología.

<sup>6</sup> Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología.

<sup>7</sup> Dirección General Adjunta Médica del Instituto Nacional de Cancerología.

<sup>8</sup> Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Carretera Pachuca-Actopan, camino a Tilcuautla s/n, 42160 Pueblo San Juan Tilcuautla, Hgo., México.

## ABSTRACT

**Background:** *Informal primary caregivers of cancer patients are an important population in the health system, since they carry out tasks of family health care, so it's important to know how they cope with these circumstances.* **Objective:** *Determine the brief COPE coping inventory psychometric properties for a sample of informal primary caregivers of cancer patients in the Mexican population.* **Methodology:** *The sample was 180 participants between 18 to 67 years old in a third level public hospital in Mexico City. Statistical analysis: An analysis was performed using the principal components and varimax rotation method. Subsequently, a confirmatory factor analysis was performed.* **Results:** *Adequate psychometric properties were obtained with a factorial structure similar to the original version. The global internal consistency was 0.80 and an explained variance of 55.74% of variance. Confirmatory factor analysis shows adequate indicators and the adjustment of the model structure.* **Discussion:** *The brief COPE coping inventory is a valid and reliable instrument, and the use in clinical care and research is recommended in a population that may require psychological attention during the process of caring for the cancer patient.*

**Key words:** Coping; Primary caregiver; Cancer; Factor analysis; Mexican population.

## INTRODUCCIÓN

Según datos del National Alliance for Caregiving (2015), los cuidadores primarios informales (CPI en lo sucesivo) brindaron la casi totalidad de los cuidados de largo plazo a sus familiares. De acuerdo con este estudio, se estimaba que a fines del año 2014 un total de 43.5 millones de personas afirmaron brindar ayuda a una persona enferma, ya fuesen niños o adultos; de estos, 34.2 millones atendieron a pacientes de 50 años o más, y uno de cada diez a un adulto mayor de 75 años. En promedio, habían desempeñado su función durante cuatro años, y una cuarta parte de ellos había brindado la atención durante cinco años o más (National Alliance for Caregiving, 2015).

Debido a las reformas realizadas entre los años 1980 y 1990 en el sistema de salud, se generó una reducción en estos servicios (Papastavrou,

Charalambous y Tsangari, 2009; Papastavrou et al., 2011), por cual, hubo un cambio en el esquema, pasándose del cuidado hospitalario al ambulatorio (Ramírez, Addington-Hall y Richards, 1998), lo que trajo consigo una mayor presión y más responsabilidades en el cuidado para los familiares del paciente, normalmente los cónyuges, hijos, hermanos o padres (Larrañaga et al., 2008; Nijboer et al., 1998; Papastavrou et al., 2011; Printz, 2011; Rhee et al., 2008). De acuerdo a Ullgren, Tsitsi, Papastavrou y Charalambous (2018), el cuidado de un familiar puede extenderse a lo largo de varios años, incluso durante el periodo de sobrevivencia.

Un sector de la población muy afectado por el estrés derivado de las actividades de cuidado son los CPI. De acuerdo con Feldberg et al. (2011), los CPI son los principales responsable del cuidado no profesional del paciente; residen en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, deben estar disponibles para satisfacer sus demandas y no reciben retribución económica alguna por las funciones que desempeñan.

Diversos estudios indican que las mujeres son la principal fuente de cuidados de los familiares, siendo por lo general la esposa o las hijas, usualmente sin empleo, de bajo nivel socioeconómico y educativo y que dedican de seis a doce horas diarias a cuidar a su familiar, considerando que conforme progresa la enfermedad viven permanentemente en el mismo domicilio que el receptor del cuidado (García, Mateo y Maroto, 2004; Martínez, Díaz y Gómez, 2010; National Alliance for Caregiving, 2015; Nigenda, López, Matarazzo y Juárez, 2002; Vaquiro y Stieповich, 2010; Wenk y Monti, 2006). Ello implica que los CPI encaren responsabilidades para las que no están calificados médica, práctica ni emocionalmente (Alexander, 2010; Hudson y Payne, 2009; Kristjanson y Aoun, 2004; Ullgren et al., 2018). Estas tareas pueden cambiar o hacerse más complejas conforme avanza la enfermedad del paciente (Papastavrou et al., 2009; Ullgren et al., 2018), y algunas otras son tareas que el equipo de salud realizaba anteriormente (Papastavrou et al., 2009; van Ryn et al., 2011), como por ejemplo administrar medicamentos, programar y acompañar al paciente a sus visitas médicas, tomar decisiones sobre el



tratamiento o el manejo del mismo y darle apoyo emocional (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion y Lachs, 2014; Lamura et al., 2006).

Por otro lado, los CPI ayudan con las tareas domésticas, apoyan en la alimentación del paciente, en la gestión de recursos económicos y en el transporte (Osse, Vernooij-Dassen, Schadé y Grol, 2006). Frecuentemente tales actividades originan cambios en diversos aspectos de su propia vida, como en sus rutinas y hábitos, y los llevan a afrontar en ocasiones pérdidas laborales, a privarse de sus amistades e incluso a descuidar su salud en el proceso de cuidar a su familiar, a lo que se agrega un proceso de sobrecarga que puede afectar su calidad de vida y aumentar sus niveles de ansiedad y depresión (Alfaro et al., 2008; Vanderwerker, Laff, Kadan-Lottick, McColl y Prigerson, 2005).

La forma en la que los CPI afrontan la situación de cuidar a su paciente es esencial, ya que los estilos de afrontamiento determinan la forma en la que el cuidador aborde los problemas que se les presentan (McMillan et al., 2006; Carver, Scheie, y Weintraub, 1989; Lazarus y Folkman, 1984), considerando que el afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se utilizan para manejar las demandas externas o internas que exceden o desbordan los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984).

Hay pocos instrumentos validados que midan el afrontamiento en CPI de pacientes adultos con cáncer (Vázquez et al., 2017). En aquellos validados para población mexicana únicamente se identificó el diseñado por Espinoza, Reyes, Velasco, Bravo y Ramírez (2017) utilizando el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), el cual, sin embargo, fue elaborado específicamente para CPI de pacientes menores de edad con cáncer.

En este contexto, la escala de afrontamiento COPE (Carver, 1997) es un instrumento sumamente utilizado en CPI en su versión original de quince subescalas y sesenta reactivos (Carver et al., 1989), desarrollada a partir de la teoría sobre el estrés de Lazarus y Folkman (1984) y del modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier (1981, 1990).

Por su parte, el COPE Breve, elaborada por Carver (1997) se ha traducido a diferentes idiomas y se han analizado sus propiedades psicométricas

en población general (Doron et al., 2014; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos y Demetriou, 2010; Maroco, Campos, Bonafé, Vinagre y Pais-Ribeiro, 2014; Ruiz et al., 2015), estudiantes (Lee y Liu, 2001; Morán, Landero y González, 2010), cuidadores de pacientes con VIH-sida (Kimemia, Asner-Self y Daire, 2011), pacientes con VIH-sida (Mohanraj et al., 2015), mujeres con cáncer de mama (Ben-Zur, Gilbar y Lev, 2001; Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010; Yusoff, Low y Yip, 2010), pacientes con cáncer y sus cuidadores primarios (Baumstarck et al., 2017), padres de niños con enfermedad crónica (Hastings et al., 2005; Zelikovsky, Schast y Jean-Francois, 2007) y adultos con trastornos de ansiedad (Pozzi et al., 2015). De esos estudios se han llevado a cabo diversos análisis factoriales confirmatorios con estructuras similares a la de la versión original (Baumstarck et al., 2017; Doron et al., 2014; Mohanraj et al., 2015).

En este contexto resulta indispensable disponer de instrumentos válidos y confiables de evaluación psicológica que haga posible conocer la manera en que afrontan los CPI el cuidado de su familiar, por lo que el objetivo del presente estudio fue obtener las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento COPE Breve para CPI de pacientes con cáncer adultos en población mexicana.

## MÉTODO

### Participantes

Se incluyeron 180 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico, cuyas características se muestran en la Tabla 1.

Los CPI fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios: ser acompañante que de forma verbal indicara ser el principal proveedor de cuidados al paciente, saber leer y escribir y no recibiera remuneración económica por el cuidado provisto; se excluyeron los cuidadores con problemas auditivos o visuales severos, o que tuviesen un adiestramiento profesional o técnico en cuidados de pacientes, y se eliminaron los CPI que desistieran de participar durante la aplicación de los instrumentos o después de la misma.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra.

CARACTERÍSTICAS	f	%
N	180	100
Edad (años cumplidos): 18 a 67 (x = 41.5)		
<b>Sexo</b>		
Hombres	50	27.8
Mujeres	130	72.2
<b>Paternidad</b>		
Sí	131	72.8
No	49	27.2
<b>Lugar de residencia</b>		
Ciudad de México	90	50
Interior de la República	90	50
<b>Estado civil</b>		
Casado(a) o con pareja	113	62.7
Sin pareja	67	37.3
<b>Situación laboral</b>		
Hogar	61	33.9
Empleado(a)	36	20
Comerciante	24	13.3
Autoempleo/Oficio	19	10.6
Jubilado(a)	7	3.9
Desempleado(a)	5	2.8
<b>Nivel de estudios</b>		
Primaria	15	8.3
Secundaria	25	25.0
Bachillerato	55	30.6
Licenciatura	57	31.7
Posgrado	8	4.4
<b>Enfermedad diagnosticada</b>		
Sí	31	17.2
No	149	82.8
<b>Meses de cuidado</b>		
1 a 15	102	56.7
16 a 43	45	25
44 o más	33	18.3
<b>Reciben ayuda para cuidar al paciente</b>		
Sí	117	65
No	63	35
<b>N° de personas que ayudan al CPI</b>		
Una	53	29.4
Dos	35	19.4
Tres	18	10
Cuatro o más	11	6.2

## Procedimiento

### *Etapa 1. Adaptación cultural.*

El instrumento fue traducido al español por un psicólogo profesional en el área de la salud, versión que se sometió a un jueceo por expertos para realizar las modificaciones pertinentes en cuanto a claridad, comprensión y pertinencia; finalmente, se efectuó un piloteo con 30 CPI que se encontraban en las salas de espera de las unidades funcionales, mediante el cual se evaluó la dificultad, palabras confusas, difíciles de comprender y lenguaje ofensivo en las instrucciones, los reactivos y las opciones de respuesta (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### *Etapa 2. Aplicación del instrumento.*

Una vez que se sabía que los CPI cumplían con los criterios de inclusión, se les abordó en las distintas salas de espera de las unidades funcionales de la institución para invitarlos a participar en el estudio, cuyo objetivo era conocer la forma en que habían afrontado el hecho de cuidar a su paciente. Se les solicitó firmar la hoja de consentimiento informado aseverándoles que la información que proporcionaran sería totalmente confidencial. Una vez que comprendían y firmaban dicho documento, procedían a responder el COPE.

Dichos CPI fueron evaluados en consulta externa antes o después de la atención de su familiar en las diferentes unidades funcionales del INCan. El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

## Instrumentos

### *Cedula de identificación.*

Se incluyó una cédula en la cual se recabaron algunas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, paternidad y nivel estudios) y clínicas (enfermedad diagnosticada en el paciente, meses de cuidado y ayuda recibida para cuidar a su familiar).

### *Inventario de Afrontamiento COPE Breve.*

El COPE Breve está constituido por 28 reactivos agrupados en 14 subescalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, ventilación, desconexión conductual, reformulación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoculpa. Dichos ítems están planteados en términos de las acciones o pensamientos utilizados como formas de afrontamiento, y cada uno contiene cuatro opciones de respuesta (“Nunca”, “Poco”, “Casi siempre” y “Siempre”), referidas a la frecuencia con que la persona lleva a cabo una acción o tiene un pensamiento. Los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento. Los coeficientes de confiabilidad de las 14 subescalas originales tienen valores alfa de Cronbach de entre .50 y .90 (Carver, 1997), lo que indica una consistencia interna adecuada. El instrumento COPE Breve es uno de los instrumentos de afrontamiento más usados a nivel mundial de acuerdo a algunas revisiones sistemáticas (Krägeloh, Chai, Shepherd y Billington, 2012; Kvillemo y Bränström, 2014).

### **Análisis estadísticos**

#### *Análisis factorial exploratorio (AFE).*

El análisis de consistencia interna del instrumento se llevó a cabo a través del programa estadístico SPSS para Windows, v. 21; se realizó asimismo un análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax, y se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, adoptándose un nivel de significancia estadística de  $p < .05$  (Gardner y Escalona, 2003).

#### *Análisis factorial confirmatorio (AFC).*

A partir del análisis exploratorio del instrumento, se evaluó el ajuste de seis factores mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), usando para ello el método de máxima verosimilitud, mismo que incluyó los pasos de identificación y especificación del modelo, la estimación de parámetros estandarizados (correlaciones  $R^2$ , covarianzas, ín-

dices de modificación y proporciones críticas de las diferencias), y por último, la evaluación del ajuste mediante la observación de límites aceptables de los estimadores, así como la no colinealidad en las variables medidas. Se estimaron los siguientes índices de ajuste global  $X^2$  y la razón  $X^2/gl$ , los índices de bondad de ajuste (GFI) y sus complementos (AGFI, TLI), al igual que el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), que es el mejor indicador para muestras iguales o superiores a 200, y por último la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) (Byrne, 2010; George y Mailery, 2001; Hu y Bentler, 1998; Kline, 2005; Ullman, 2006).

## **RESULTADOS**

### *Análisis factorial exploratorio (AFE).*

Después de realizar la prueba  $t$  para muestras independientes, según el proceso del análisis factorial se determinó que cuatro de los ítems de la escala (4 y 11: uso de sustancias; 13: autoculpa, y 16: desconexión conductual) no contaban con las características apropiadas para ser considerados en el análisis de fiabilidad. Por consiguiente, se corrió el análisis con 24 de los reactivos y considerando .50 como el punto de corte (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999), quedando de esta forma 22 reactivos (se eliminaron el ítem 7, “afrontamiento activo”, y 20, “aceptación”) que, de acuerdo al AFE, mostraron seis factores, con un coeficiente alfa de .80 y una varianza explicada de 55.74%. El resultado del estadístico KMO fue de .73 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $X^2 = 1313.83$ ;  $gl = 276$ ;  $p = .001$ ). Asimismo, las cargas factoriales para cada factor fueron aceptables (Tabla 2).

### *Análisis factorial confirmatorio (AFC).*

La razón chi cuadrado/gl de ajuste global (97.9,  $p = 0.002$ ) indica errores casi nulos en las varianzas y covarianzas del modelo ajustado a esta población. El principal índice de bondad de ajuste (GFI = 0.930) y el comparativo (CFI = 0.951)

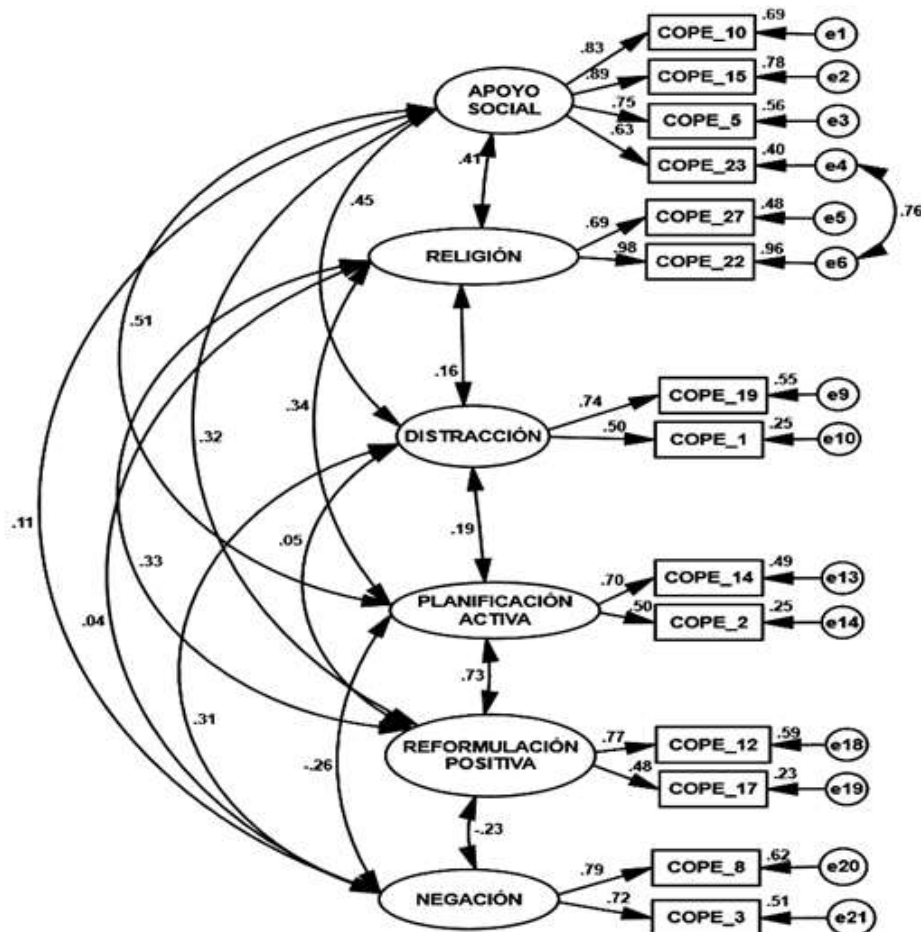
**Tabla 2.** Estructura factorial del COPE Breve.

Alfa de Cronbach global $\alpha = .80$ Varianza explicada = 55.74%.	<b>Carga factorial</b>
<b>Factor 1. Apoyo emocional / Apoyo instrumental</b>	<b>.850</b>
10. Recibo ayuda y consejos de otras personas (como familiares y amigos).	.867
5. Recibo apoyo emocional de otras personas (como familiares y amigos).	.809
15. Recibo consuelo y comprensión de alguien más (como familiares y amigos, por ejemplo).	.809
23. Trato de seguir consejos u obtener ayuda de otras personas sobre lo que debo hacer para cuidar a mi paciente.	.589
<b>Factor 2. Religión, aceptación y planificación</b>	<b>.700</b>
27. Rezo o medito para afrontar esta situación.	.793
22. Trato de encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales.	.757
25. Pienso mucho sobre qué hacer para cuidar a mi paciente.	.592
24. Aprendo a vivir con el hecho de que debo cuidar a mi paciente.	.530
<b>Factor 3. Autodistracción y expresión emocional</b>	<b>.550</b>
19. He estado haciendo algunas cosas para pensar menos en mi situación (por ejemplo, ir al cine, ver televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras).	.706
1. Trabajo o hago otras actividades para distraerme del cuidado de mi paciente.	.587
21. Expreso mis sentimientos negativos (como tristeza, enojo o ansiedad) respecto a la situación que vivo con mi paciente.	.519
9. Digo cosas para dejar que salgan mis sentimientos desagradables (como enojo, frustración o estrés).	.504
<b>Factor 4. Afrontamiento activo y desconexión conductual</b>	<b>.410</b>
14. Trato de pensar en un plan para cuidar a mi paciente.	.608
2. Me esfuerzo por cuidar mejor a mi paciente.	.571
6. Dejé de hacer frente al estrés que me provoca cuidar a mi paciente.	.545
<b>Factor 5. Reformulación positiva y humor</b>	<b>.600</b>
18. Hago bromas para hacer más amena mi situación actual.	.741
28. Me río de mi situación actual.	.696
12. Trato de ver el hecho de cuidar a mi paciente con una perspectiva más positiva	.516
17. Pienso que cuidar a mi paciente es una experiencia positiva.	.501
<b>Factor 6. Negación y autculpa</b>	<b>.600</b>
8. Me niego a aceptar que esto está pasando.	.746
3. Me digo a mí mismo que esto no es real.	.742
26. Me culpo por la enfermedad de mi paciente.	.592

confirman el modelo como complejo y aceptable, mientras que los índices  $RMR = 0.051$  (próximo a 0) y  $RMSEA = 0.058$  lo ratifican ya que penalizan la complejidad, pero los índices se mantienen por debajo o muy próximos a 0.05 y 0.08, respecti-

vamente, por lo que el modelo es recursivo y se identifica correctamente. Las cargas factoriales y la varianza del error explicado por cada reactivo pueden observarse en la Figura 1.

Figura 1. Modelo AFC del COPE Breve.



Chi cuadrada=97.9, 61 gl,  $p=0.002$ ,  $CMIN/gl=1.606$ ;  $RMR=0.051$ ,  $GFI=0.930$ ,  $AGFI=0.879$ ,  $TLI=0.927$ ,  $CFI=0.951$ ,  $RMSEA=0.058$  (0.036 – 0.079). Hoelter (adecuación muestral),  $p=0.01$ ,  $n=164$ .

## DISCUSIÓN

Los CPI desempeñan un papel significativo como principales figuras de apoyo, y el personal médico y paramédico es cada vez más consciente de esta realidad. Por tanto, es necesario involucrar a aquellos activamente en la prevención de respuestas negativas en cualquier momento, razón por la cual el control de sus emociones y comportamiento repercute sobre los pacientes de modo positivo (Ortega, Galindo y Meneses, 2018).

En este sentido, la muestra del presente estudio se compuso principalmente de CPI casados o con pareja, con paternidad satisfecha, la mayor parte en el primer año del cuidado de su paciente y reportando una ligera mayoría recibir ayuda para las labores de cuidado. Es de destacar que 17.2% dijo sufrir alguna enfermedad, la que puede ser

el producto de un subdiagnóstico ya que algunos CPI pueden presentar algún tipo de enfermedad sin estar diagnosticados médicamente.

Este es el primer informe que reporta la validez y confiabilidad del Inventario de Afrontamiento COPE Breve para CPI de pacientes con cáncer en población mexicana. Con ello se busca aportar evidencias a la literatura en el área mediante los presentes resultados. Debe decirse que la forma en que se distribuyeron los ítems fue similar a la estructura original propuesta por el autor (Carver, 1997).

Una contribución del presente estudio es el análisis confirmatorio, el cual no ha sido reportado de forma frecuente, en tanto que la versión mexicana del inventario COPE Breve ha demostrado una estructura teórica con seis factores de primer orden (apoyo social, religion, distracción,



planificación activa, reformulación positiva y negación) y un factor general de segundo orden, con índices de bondad de ajuste adecuados y que se amolda apropiadamente a los datos empíricos de la muestra estudiada, que explican un suficiente porcentaje de la varianza y una adecuada confiabilidad, lo que ofrece evidencias de la calidad psicométrica de este instrumento.

Se identificaron seis factores, tal como ocurrió en una validación anterior (Su et al., 2015), quedando de la siguiente forma: primer factor: apoyo emocional y apoyo instrumental, denominado Apoyo social (Heydecke, Tedesco, Kowalski e Inglehart, 2004; Krägeloh et al., 2012; Pozzi et al., 2015; Radat et al., 2009), el cual ha demostrado ser un elemento predictor de adaptación psicológica ante eventos estresantes y adversos. El segundo factor se conformó exclusivamente por la subescala de Religión (Fillion, Kovacs, Gagnon y Endler, 2002; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos y Demetriou, 2010; Ornelas et al., 2013; Pozzi et al., 2015), que se ha identificado como una forma de apoyo de que disponen las personas para superar situaciones estresantes o vistas como un desafío (Krägeloh et al., 2012). Para el tercer factor se mantuvo el constructo Distracción (Heydecke et al., 2004; Krägeloh et al., 2012). En este caso, los CPI tomaban tiempo para distraerse; decían que visitar familiares con los cuales podían expresarse emocionalmente sobre su situación como cuidadores les ayudaba.

El caso del cuarto factor, denominado Planificación activa, fue similar a lo reportado anteriormente por Krägeloh et al. (2012) y Pozzi et al. (2015), y se constituyó con ítems de afrontamiento activo denotando comportamientos de planeación y esfuerzo ante las actividades de cuidado. Por su parte, la Reformulación positiva se estructuró en un mismo factor; estos ítems de la subescala no se separaron, como anteriormente lo han reportado Heydecke et al. (2004), Ornelas et al. (2013),

Pozzi et al. (2015) y Radat et al. (2009) en otras poblaciones. Finalmente, el último factor, llamado Negación, se mantiene en diversas validaciones (Heydecke et al., 2004; Ornelas et al., 2013; Pozzi et al., 2015; Radat et al., 2009) y muestra un esquema cognitivo desadaptativo en esta situación.

Muy raramente se ha hecho un AFC del instrumento, lo que puede deberse a su inestabilidad en las distintas validaciones que se reportan (Brasileiro et al., 2016; Castillo, Marván, Galindo y Landa, 2017; Krägeloh et al., 2012; Reich, Costa y Remor, 2016; Snell, Siegert, Hay-Smith y Surgenor, 2011); sin embargo, en CPI de pacientes con cáncer mexicanos muestra una estructura coherente con la versión original. La presente versión del Inventario de Afrontamiento COPE Breve, en comparación con la validación de Baumstarck et al. (2017), resultó tener mejores propiedades psicométricas.

En conclusión, el Inventario de Afrontamiento COPE Breve es un instrumento válido y confiable que evalúa las estrategias de los CPI para afrontar situaciones estresantes; al ser breve y sencillo de aplicar, es factible utilizarlo en escenarios hospitalarios. Estas características representan un ahorro de recursos materiales y temporales en la evaluación de CPI, y brinda además la posibilidad de mejorar la atención integral del paciente oncológico y de su familia, que es uno de los objetivos prioritarios de la psicooncología.

En combinación con otros instrumentos de evaluación psicológica, la aplicación del COPE Breve permitiría análisis más detallados de las respuestas de afrontamiento que los CPI muestran ante la situación que viven, de modo que el diseño de intervenciones psicológicas para esta población promueva estrategias que contribuyan a disminuir el malestar psicológico generado por el estresor, modificando de este modo aquellas que dificulten la adaptación a la situación estresante de cuidar a un paciente con cáncer.

## REFERENCIAS

- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S. y Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(10), 1052. Doi: 10.1001/jama.2014.304.
- Alexander, S.J. (2010). An intense and unforgettable experience: the lived experience of malignant wounds from the perspectives of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*, 7(6), 456-465.

- Alfaro R.C., O.I., Morales V., T., Vázquez P., F., Sánchez R., S., Ramos R., B. y Guevara L., U. (2008). Burden, anxiety and depression in patient's caregivers with chronic pain and in palliative care. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.
- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T. y Boyer, L. (2017). Assessment of coping: A new French four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(8). Doi: 10.1186/s12955-016-0581-9.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. y Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.
- Brasileiro, S., Orsini, M.R., Cavalcante, J., Bartholomeu, D., Montiel, J., Costa P., S.S. y Costa, L.R. (2016). Controversies regarding the psychometric properties of the Brief COPE: The case of the Brazilian-Portuguese version "COPE Breve". *Plos One*, 11(3), 1-13.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. y Scheier, W.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. y Scheier, M. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. En E. T. Higgins y R. M. Sorrentino (Eds.): *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, vol. 2. (pp. 3-52). New York: The Guilford Press.
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Castillo, R., Marván, M.L., Galindo, O. y Landa, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: Una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-42.
- Doron, J., Trouillet, R., Gana, K., Boiché, J., Neveu, D. y Ninot, G. (2014). Examination of the hierarchical structure of the brief COPE in a French sample: Empirical and theoretical convergences. *Journal of Personality Assessment*, 96(5), 567-575.
- Espinoza, F., Reyes, I., Velasco, E., Bravo, M. y Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 121-136.
- Feldberg, C., Tartaglino, M.F., Clemente, M.A., Petracca, G., Cáceres, F. y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-17.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P. y Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- García C., M., Mateo R., I. y Maroto N., G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 83-92.
- Gardner, R.C. y Escalona, R. (2003). *Estadística para psicología: Usando SPSS para Windows*. Madrid: Pearson Educación.
- George, D. y Mailery, M. (2001). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. New York: Allyn & Bacon.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Iberia Prentice-Hall.
- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N.J., Espinosa, F.D. y Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 9(4), 377-391.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México: McGraw-Hill Education.
- Heydecke, G., Tedesco, L.A., Kowalski, C. y Inglehart, M. R. (2004). Complete dentures and oral health-related quality of life--Do coping styles matter? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(4), 297-306.
- Hu, L.T. y Bentler, M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424.
- Hudson, P., Aranda, S. y Kristjanson, L. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: Challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 19-26.
- Hudson, P. y Payne, S. (2009). *Family carers in palliative care: a guide for health and social care professionals*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. y Demetriou, A. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 215-229.
- Kimemia, M., Asner-Self, K.K. y Daire, A.P. (2011). An exploratory factor analysis of the brief cope with a sample of Kenyan caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(3), 149-160.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

- Krägeloh, C.U., Chai, P.P.M., Shepherd, D. y Billington, R. (2012). How religious coping is used relative to other coping strategies depends on the individual's level of religiosity and spirituality. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1137-1151. Doi: 10.1007/s10943-010-9416-x.
- Kristjanson, L.J., Aoun, S. (2004). Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 359-365.
- Kvillemo, P. y Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: A meta-analysis. *Plos One*, 9(11), 1-26.
- Lamura, G., Mních, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L., Döhner, H. y EuroFamCare-Konsortium (2006). The experience of family carers of older people in the use of support services in Europe: Selected findings from the EuroFamCare Project. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 39(6), 429-442. Doi: 10.1007/s00391-006-0416-0.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J.M., Valderrama, M. y Arregui, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. Doi: 10.1157/13126925.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (11a ed.). New York: Springer.
- Lee, R.M. y Liu, H.-T.T. (2001). Coping with intergenerational family conflict: Comparison of Asian American, Hispanic, and European American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 410-419. Doi: 10.1037/0022-0167.48.4.410.
- Maroco, J., Campos, J.B., Bonafé, F.S., Vinagre, M. y Pais-Ribeiro, J. (2014). Transcultural adaptation Brazil-Portugal of the Brief Coping Scale for college students. *Psicologia, Saúde y Doenças*, 15(2), 300-313. Doi: 10.15309/14psd150201.
- Marsh, H.W., Balla, J.R. y McDonald, R.P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103(3), 391-410.
- Martínez, E., Díaz, F. y Gómez, E. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Altepepaktl*, 6(11), 32-41.
- McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L. y Haley, W.E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-222.
- Mohanraj, R., Jeyaseelan, V., Kumar, S., Mani, T., Rao, D., Murray, K.R. y Manhart, L.E. (2015). Cultural adaptation of the Brief COPE for persons living with HIV/AIDS in southern India. *AIDS and Behavior*, 19(2), 341-351.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- National Alliance for Caregiving (2015). *Caregiving in the U.S. 2015*. Washington, D.C.: NAC.
- Nigenda, G., López O., M., Matarazzo, C. y Juárez R., C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*, 49(4), 286-294.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. y Van den Bos, G. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7(1), 3-13.
- Ornelas, R., Tufiño, M., Sierra, A., Guerrero, O., Rosas, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: Análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Ortega A., P., Galindo V., O. y Meneses G., A. (2018). Factores ambientales y estrés en salas de espera: comparación en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 9(1), 41-50.
- Osse, B., Vernooij-Dassen, M., Schadé, E. y Grol, R. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nursing*, 29(5), 378-388.
- Papastavrou, E., Charalambous, A. y Tsangari, H. (2009). Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 128-136.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G. y Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 702-711.
- Pilatti, A., Godoy, J.C. y Brussino S., A. (2012). Adaptación de instrumentos entre culturas: Ejemplos de procedimientos seguidos para medir las expectativas hacia el alcohol en el ámbito argentino. *Trastornos Adictivos*, 14(2), 58-64.
- Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, M. y Janiri, L. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: Factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*, 5(8), 1-10.
- Printz, C. (2011). Cancer caregivers still have many unmet needs. *Cancer*, 117(7), 1331-1333.
- Radat, F., Lantéri-Minet, M., Nachit-Ouinekh, F., Massiou, H., Lucas, C., Pradalier, A., Mercier, F. y El Hasnaoui, A. (2009). The GRIM2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, 29(3), 338-350.
- Reich, M., Costa Ball, C.D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-636.
- Rhee, Y.S., Yun, Y.H., Park, S., Shin, D.O., Lee, K.M., Yoo, H.J., Kim, J.H., Kim, S.O., Lee, R., Lee, Y.O. y Kim, N.S. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36), 5890-5895.

- Ruiz, R.J., Gennaro, S., O'Connor, C., Marti, C.N., Lulloff, A., Keshinover, T., Gibeau, A. y Melnyk, B. (2015). Measuring coping in pregnant minority women. *Western Journal of Nursing Research*, 37(2), 257-275.
- Snell, D.L., Siegert, R.J., Hay-Smith, E.J.C. y Surgenor, L.J. (2011). Factor structure of the brief COPE in people with mild traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 26(6), 468-477.
- Su, X., Lau, J.T., Mak, W.W., Choi, K., Feng, T., Chen, X., Liu, C., Liu, J., Liu, D., Chen, L., Song, J., Zhang, Y., Zhao, G., Zhu, Z. y Cheng, J. (2015). A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. *Infectious Diseases of Poverty*, 4(1), 1-10.
- Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E. y Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 68-79.
- Ullman, J.B (2006). Structural equation modeling: Reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 35-50.
- van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., van Houtven, C., Griffin, J.M., Martin, M., Atienza, A. A., Phelan, S., Finstad, D. y Rowland, J. (2011). Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: A hidden quality issue? *Psycho-Oncology*, 20(1), 44-52.
- Vanderwerker, L.C., Laff, R.E., Kadan-Lottick, N.S., McColl, S. y Prigerson, H.G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(28), 6899-6907.
- Vaquiro, S. y Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16.
- Vargas, S., Herrera, G.P., Rodríguez, L. y Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 1-18.
- Vázquez O., G., García A., M., Gómez Á., H., Galeana P., C., Bernal L., S., Rivera F., L. y Ponce J., L.A. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario general del salud de Goldberd-QHQ-28-en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-84.
- Wenk, R. y Monti, C. (2006). Evaluación del sufrimiento de los cuidadores responsables de pacientes con cáncer asistidos en un centro de cuidados paliativos en Argentina. *Medicina Paliativa*, 13(2), 64-68.
- Yusoff, N., Low, W.Y. y Yip, C.H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *The Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.
- Zelikovsky, N., Schast, A.P. y Jean-Francois, D. (2007). Parent stress and coping: waiting for a child to receive a kidney transplant. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 320-329.





# Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino (FACT-Cx) en pacientes mexicanas

## *Psychometric properties of the Functionality Assessment Instrument in Cervical Cancer Treatment (FACT-Cx) in Mexican patients*

Óscar Galindo Vázquez<sup>1</sup>, Mayra Cu Menes<sup>2</sup>, David Isla Ortiz<sup>3</sup>,  
Salim Abraham Barquet Muñoz<sup>4</sup>, Abel Lerma Talamantes<sup>5</sup>  
y Abelardo Meneses García<sup>6</sup>

*Citación:* Galindo Vázquez, O., Cu-Menes, M., Isla Ortiz, D., Barquet Muñoz, S.A., Lerma Talamantes, A, y Meneses García, A. (2021). Propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino (FACT-CX) en pacientes mexicanas. *Psicología y Salud*, 31(1), 155-164. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2685>.

### RESUMEN

*Introducción:* La calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino es uno de los principales objetivos del tratamiento multidisciplinario, de modo que la evaluación válida y confiable de la misma reviste particular importancia. *Objetivo:* Determinar las propiedades psicométricas del Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento Para el Cáncer Cervicouterino (FACT-CX) en pacientes mexicanas. *Método:* Participaron 200 pacientes con una edad promedio de 53 años. Se utilizó un diseño transversal no experimental. *Instrumentos:* FACT-CX, FACT-G, HADS y EORTC-QLQ-C30. *Análisis estadístico:* Se realizó un modelo factorial exploratorio y confirmatorio, así como de validez concurrente. *Resultados:* Se identificaron tres factores con 13 reactivos. La consistencia interna global fue aceptable y una varianza explicada de 56.72%. El análisis factorial confirmatorio mostró indicadores adecuados, así como del ajuste de la estructura del modelo, lo que indica un patrón equilibrado y parsimonioso. La validez, medida por medio de la correlación con las medidas concurrentes, mostró resultados significativos. *Discusión:* El FACT-CX en pacientes con cáncer cervicouterino en población mexicana presentó características psicométricas adecuadas y robustas, tanto exploratorias como confirmatorias. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de una población que puede requerir una detección oportuna mediante instrumentos válidos y confiables.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Cáncer cervicouterino; Mujeres; México; Propiedades psicométricas.

<sup>1</sup> Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28 04-00, exts. 60259 y 12059, correo electrónico: [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx). Artículo recibido el 5 de agosto de 2019 y aceptado el 6 de mayo de 2020.

<sup>2</sup> Servicio de Psicología Gineco-Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: [mayra.qmenes@hotmail.com](mailto:mayra.qmenes@hotmail.com).

<sup>3</sup> Servicio de Ginecología-Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: [islasurgery@hotmail.com](mailto:islasurgery@hotmail.com).

<sup>4</sup> Servicio de Colposcopia, Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: [salimbarquet@icloud.com](mailto:salimbarquet@icloud.com).

<sup>5</sup> Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Carretera Pachuca-Actopan camino a Tilcuautla s/n, 42160 Pueblo San Juan Tilcuautla, Hgo., México, correo electrónico: [aleta\\_44@yahoo.ca](mailto:aleta_44@yahoo.ca).

<sup>6</sup> Dirección General, Instituto Nacional de Cancerología, Calle Av. San Fernando No.22, Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: [amenesesg@incan.edu.mx](mailto:amenesesg@incan.edu.mx).

## ABSTRACT

**Introduction:** *Improving quality of life is one of the main objectives of multidisciplinary treatment in patients with cervical cancer, so their valid and reliable evaluation is a fundamental aspect. Objective:* *To determine the psychometric properties of the Functionality Assessment Instrument in Cancer Treatment-Cervical Cancer (FACT-Cx) in Mexican patients. Method:* *A total of 200 female patients with an average age of 53 years participated. A non-experimental cross-sectional design was used. Instruments:* *FACT-Cx, FACT-G, HADS and EORTC QLQ-C30. Statistical analysis:* *Exploratory and confirmatory factorial models and concurrent validity were performed. Results:* *Three factors were identified with 13 items. Overall internal consistency was 0.78 with an explained variance of 56.72%. Confirmatory factor analysis showed adequate indicators and the adjustment of the structure of the model that indicate a balanced and parsimonious model and validity through correlation with concurrent measures, showed positive significant results. Discussion:* *FACT-Cx presented adequate and robust exploratory and confirmatory psychometric characteristics in patients with cervical cancer in Mexican participants. These results are relevant because this is a population that may benefit from timely detection through valid and reliable instruments.*

**Keywords:** Quality of life; Cervical cancer; Women; Mexico; Psychometric properties.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical es una enfermedad de las mujeres que viven en países en desarrollo, principalmente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006), ocupa el cuarto lugar en el mundo en cuanto a incidencia y mortalidad (Bray et al., 2018), se halla entre los tres tipos de cáncer más comunes, siendo el más frecuente en 41 de 184 países; mientras que en América Latina es también el cáncer más común entre las mujeres (Bosch, 2016). En México ocupa el tercer lugar en incidencia, con un total de casi ocho mil casos anuales (World Health Organization [WHO], 2019). Por consiguiente, los desafíos que enfrentan los países en términos de acceso a la atención médica, recursos financieros y educación son factores que pueden influir en la calidad de vida de las mujeres que reciben tratamiento para esta enfermedad (Sabulei y Maree, 2019).

Analizar la afectación en la calidad de vida en pacientes con cáncer se ha vuelto un objetivo que exige a los profesionales de la salud evaluar los efectos de las intervenciones y tomar decisiones en conjunto con los pacientes. Teunissen et al. (2007), en una revisión sistemática de la literatura, identificaron 37 síntomas que pueden afectar la calidad de vida, y que se producen en más de 10% de los casos, y cinco síntomas (fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y pérdida de apetito) se han observado en más de la mitad, lo que indica que la alta prevalencia de síntomas es una constante y que estos son el resultado de la enfermedad y de su tratamiento, los cuales pueden persistir varios años después de terminado el mismo. Lo anterior constituye una carga adicional para el paciente durante el restablecimiento de su salud.

Sabulei y Maree (2019) identifican que ciertas afectaciones en la calidad de vida, como insomnio e incontinencia urinaria, son problemas recurrentes incluso después del tratamiento, a lo que se suman frecuentemente las dificultades financieras, sobre todo durante la fase de tratamiento. Adicionalmente, síntomas como diarreas, polaquiuria, disuria, irritación y secreción vaginal abundante, irritación en la piel, cansancio y debilidad, resequedad, dispareunia, estrechamiento o acortamiento vaginal y alteraciones urinarias son asimismo frecuentes (Montes, Mullins y Urrutia, 2006)

En relación al área psicológica, Meyerowitz, Formenti, Ell y Leedham (2000) identificaron niveles elevados de depresión y estrés relacionados con un bajo nivel socioeconómico y la migración, hallando que el menor apoyo social y el estrés fueron predictores significativos de tales síntomas. Además, algunas variables, como los síntomas físicos asociados con la radiación, y barreras prácticas como el nivel educativo bajo o el difícil acceso a los servicios de salud, contribuyen significativamente en el tratamiento.

Las mujeres con cáncer cervicouterino presentan, pues, una mayor tasa de depresión, la cual se manifiesta con síntomas como preocupaciones y miedos en diversas áreas de su vida, como el apoyo social, estrés, sexualidad, síntomas físicos, infertilidad y pérdida de su feminidad (Montes et al., 2006).

Incluso durante el periodo de sobrevida las afectaciones permanecen. Wenzel et al. (2005) reportaron que persisten ciertas secuelas predictoras de la calidad de vida, como el malestar emocional y espiritual, el afrontamiento desadaptativo y las preocupaciones sobre la infertilidad; de hecho, 59% de las pacientes expresaron que probablemente participarían en un programa de asesoramiento sobre los problemas psicosociales asociados al cáncer, y 69% señaló que habría asistido a un programa de grupo de apoyo durante el tratamiento inicial si se lo hubieran ofrecido.

Las pacientes con cáncer ginecológico requieren diversos programas de apoyo multidisciplinario durante y después del tratamiento. Estos programas deben establecerse tempranamente desde el momento del diagnóstico y continuarse a lo largo de la enfermedad y el tratamiento hasta el punto de la supervivencia, pues las necesidades de atención y apoyo no satisfechas pueden conducir a una pobre calidad de vida (Putri, Afiyanti, Ungsianik y Milanti, 2018).

Cella (1994) describió la calidad de vida mediante dos componentes fundamentales: la multidimensionalidad, que se refiere a la amplitud de las áreas que los pacientes consideran importantes para sus vidas, como su bienestar físico, funcional, emocional y social; la subjetividad, a su vez, alude al hecho de que la calidad de vida solamente puede entenderse a partir de la perspectiva del paciente. Kleiboer et al. (2010) mencionan que es necesario evaluar la calidad de vida de forma oportuna y concurrentemente al tratamiento para valorar íntegramente la efectividad del mismo, lo que se traduce en mejores resultados en beneficio del paciente, por lo que es necesario emplear instrumentos psicológicos válidos y confiables que, aplicados a pacientes ambulatorios y hospitalizados, permitan determinar los efectos y beneficios de los tratamientos.

Así, el Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para el Cáncer-Cáncer Cervicouterino (FACT-Cx en lo sucesivo), desarrollado por Monk, Huang, Cella, y Long (2005), es un instrumento válido y confiable para evaluar calidad de vida que ha demostrado su utilidad en diversos estudios clínicos y que ha sido validado en distintos países (Ding, Hu y Hallberg, 2012). En nuestro país no hay instrumentos validados o diseñados para evaluar la calidad de vida en pacientes

con cáncer cervicouterino, por lo que el presente estudio tuvo como objetivo validar dicho instrumento en una muestra de pacientes mexicanas.

## MÉTODO

### Participantes

Una vez que el proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), se invitó a participar a pacientes que asistían al servicio de consulta externa de la Unidad Funcional de Ginecología Oncológica de la referida institución. Los criterios de inclusión fueron tener un diagnóstico oncológico de cáncer cervicouterino en cualquier estadio; estar bajo tratamiento oncológico (de cualquier tipo o combinación) o en periodo de seguimiento, y saber leer y escribir. Se excluyó a pacientes con deficiencias cognitivas, auditivas o visuales severas que impidieran contestar el FACT-CX.

### Instrumentos

#### *Cédula de identificación.*

Se elaboró una cédula de identificación de la participante en la cual se recabaron algunas variables sociodemográficas y clínicas, como edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de diagnóstico, estadio de la enfermedad, en tratamiento actual o en periodo de seguimiento, peso, resultados de la ECOG (que es una forma práctica de medir la calidad de vida de la paciente, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días) y comorbilidad.

#### *Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino (FACT-Cx) (Monk et al., 2005).*

El FACT-Cx es un módulo específico, complementario al FACT-G (Cella et al., 1993), que evalúa calidad de vida en pacientes con cáncer en su versión general. En formato autoaplicable, contiene 15 reactivos, cada uno de los cuales se contesta en una escala Likert que va de 0 (“nada”), a 4 (“mucho”). Cada subescala produce un puntaje separado que se suma para obtener una puntuación total de la calidad de vida.

### *Instrumento de Evaluación de Funcionalidad en Tratamiento Para el Cáncer-General (FACT-G) (Cella et al., 1993).*

El FACT-G es una medida de calidad de vida en pacientes con cáncer en una versión general de 27 ítems. Consta de cuatro subescalas: Bienestar físico (PWB), Bienestar social (SWB), Bienestar emocional (EWB) y Bienestar funcional (FWB). Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, ha sido traducido a casi cincuenta idiomas y se utiliza ampliamente en todo el mundo (Brucker, Yost, Cashy, Webster y Cella, 2005).

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

La HADS es un instrumento autoaplicable conformado por 14 ítems que tiene como constructos síntomas de ansiedad y depresión. La subescala de Depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico. La HADS está adaptada para población mexicana oncológica por Galindo et al. (2015), cuenta con una consistencia interna global de 0.86 y 48.04% de varianza explicada. La subescala de Ansiedad tiene una confiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.79 y la de Depresión de 0.80.

### *Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC-QLQ-C30) (Aaronson et al. (2003).*

El EORTC-QLQ-C30 es un instrumento evaluado en estudios multinacionales y multiculturales. Validado en población mexicana por Oñate et al. (2009), está diseñado como un instrumento autoadministrable que el paciente puede contestar en aproximadamente diez minutos. Evalúa cinco escalas funcionales: Física, De desempeño, Cognitiva, Emocional y Social, así como tres escalas sintomáticas: Fatiga, Dolor y Náusea/vómito. Es una escala global que mide la calidad de vida y otros síntomas que los pacientes oncológicos sufren frecuentemente.

### **Análisis estadísticos**

*Análisis exploratorio.* Se obtuvieron los estadísticos de tendencia central de cada reactivo para conocer su distribución en las opciones de respuesta; después se determinaron los grupos extre-

mos (cuartil 25 y 75), y en cada reactivo se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras independientes a fin de identificar la propiedad discriminativa de cada reactivo, eliminándose de los siguientes análisis aquellos que tuvieran una  $p > 0.05$ . Se efectuaron a continuación análisis de tablas cruzadas para conocer la correlación entre ítems, estimándose el coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente, a través de *rho* de Spearman se obtuvieron las correlaciones entre los factores del FACT-Cx con los factores del FACT-G, la HADS y el EORTC-QLQ-C30 para estimar la validez concurrente.

*Análisis confirmatorio.* Con los resultados exploratorios, se evaluó el ajuste del modelo de cuatro factores mediante un análisis factorial confirmatorio, usando para ello el método de máxima verosimilitud, que incluyó la *identificación y especificación* del modelo, la *estimación de parámetros estandarizados* (correlaciones  $R^2$ , covarianzas, índices de modificación y proporciones críticas de las diferencias) y la *evaluación del ajuste* mediante la observación de límites aceptables de los estimadores, así como de no colinealidad en las variables medidas. Se estimaron los siguientes índices:  $X^2$ , razón  $X^2/gl$ , índice de bondad de ajuste (GFI) y sus complementos (AGFI, TLI), así como el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA).

### **Procedimiento**

Se solicitó inicialmente la autorización a la organización Facit.org para utilizar la versión en español para población mexicana. Esta traducción fue sometida a un jueceo por diez expertos en las áreas de oncología y psicooncología para evaluar validez de contenido, claridad, comprensión y pertinencia de reactivos, instrucciones y opciones de respuesta.

Mediante una prueba piloto realizada con 30 pacientes mexicanas se evaluó la versión derivada del proceso de jueceo del FACT-Cx, aplicándose un formato de registro con preguntas que tuvieron el propósito de evaluar si las pacientes comprendían los ítems, o si contenían expresiones confusas u ofensivas en los ítems, instrucciones y opciones de respuesta, de acuerdo a los lineamientos internacionales (Koller et al., 2007). Se registraron las observaciones, se revisaron sistemáticamente y se hicieron las modificaciones pertinentes.

## RESULTADOS

La muestra constó de 200 participantes con cáncer cervicouterino evaluadas en el Instituto Nacional

de Cancerología (INCan) de la Ciudad de México. Las características generales descriptivas de la muestra se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra en pacientes con cáncer cervicouterino (N = 200). Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25-percentil 75).

Edad (años)	x = 53, (44-60)
	f (%)
<b>Escolaridad</b>	
Ninguna o básica	94 (47)
De media a superior	106 (53)
<b>Estado civil</b>	
Sin pareja	100 (50)
Con pareja	100 (50)
<b>Comorbilidad</b>	
Sí	55 (28)
No	145 (72)
<b>Antecedentes familiares de cáncer</b>	
Sí	66 (33)
No	134 (67)
<b>Etapas clínicas</b>	
Con metástasis	23 (12)
Sin metástasis	177 (88)
<b>Periodo de tratamiento</b>	
En tratamiento activo	50 (25)
En seguimiento	150 (75)
<b>Tratamientos recibidos</b>	
Dos o más tratamientos	157 (78)
Sin tratamiento o hasta uno	43 (22)
<b>Número de comorbilidades</b>	
Al menos una comorbilidad	189 (94)
Ninguna comorbilidad	11 (6)

## Análisis factorial exploratorio

La escala FACT-Cx obtuvo en la prueba de esfericidad de Bartlett una  $p$  de .001, un índice KMO de 0.77 y una consistencia interna global de 0.78. El reactivo 8 no discriminó en la prueba  $t$  de Student; el reactivo 13 correlacionó por arriba de 0.847 con el reactivo 14, siendo que este tiene un mayor per-

fil clínico, por lo que se eliminaron del análisis. El estudio factorial exploratorio mediante el método de componentes principales y rotación varimax arrojó un modelo de tres factores (con coeficientes alfa de .67, .67 y .62, respectivamente), que explicó 56.72% de la varianza. Dichos factores e indicadores se asemejan a las características que se han reportado en otros estudios (Tabla 2).



**Tabla 2.** Factores e indicadores.

	<b>Factor 1 (n = 5)</b>	<b>Factor 2 (n = 4)</b>	<b>Factor 3 (n = 4)</b>	<b>M del ítem</b>	<b>D.E. del ítem</b>
Alfa de Cronbach total = 0.78 Media total de la escala = 36.8 ± 7.9 KMO = 0.77 Varianza total = 56.72% Prueba de esfericidad de Bartlett = 532.8 gl = 78, $p = 0.001$					
<b>Factor 1. Síntomas vaginales</b>					
OP5. Siento la vagina muy estrecha o pequeña.	<b>0.754</b>	0.074	0.023	2.83	1.25
OP10. Me molesta el estreñimiento.	<b>0.708</b>	0.013	0.194	2.76	1.40
OP12. Tengo dificultad para controlar la orina.	<b>0.622</b>	0.112	-0.022	3.11	1.17
OP3. Tengo miedo a tener relaciones sexuales.	<b>0.542</b>	0.271	0.162	2.49	1.49
OP14. Siento molestias al orinar.	<b>0.455</b>	0.439	-0.033	3.44	0.97
<b>Factor 2. Preocupaciones</b>					
OP6. Estoy preocupada por mi capacidad de tener hijos.	-0.158	<b>0.715</b>	0.007	3.80	0.66
OP2. Tengo olor vaginal que me molesta.	0.418	<b>0.669</b>	0.096	3.45	0.99
OP7. Tengo miedo de que el tratamiento pueda hacerle daño a mi cuerpo.	0.198	<b>0.641</b>	0.264	2.80	1.36
OP1. Me molesta el flujo o sangrado por la vagina.	0.364	<b>0.594</b>	0.158	3.36	1.09
<b>Factor 3. Bienestar</b>					
OP4 Me siento físicamente atractiva.	0.014	0.068	<b>0.755</b>	2.11	1.19
OP9. Me gusta mi apariencia personal.	-0.027	0.216	<b>0.663</b>	2.30	1.22
OP11. Tengo buen apetito.	0.069	0.148	<b>0.657</b>	2.52	1.15
OP15. Puedo comer lo que me gusta.	0.203	-0.081	<b>0.606</b>	1.83	1.19
<b>Valor alfa del factor</b>	0.677	0.677	0.626		
Porcentaje de varianza explicada.	18.3%	16.1%	15.2%		
Media	14.64	13.40	8.77		
Desviación estándar	4.19	3.00	3.27		
Varianza del factor	17.56	9.02	10.66		
Correlación intraclase del factor	0.296	0.344	0.295		
Valor inferior	0.230	0.269	0.221		
Valor superior	0.368	0.423	0.375		
Valor F	3.1	3.1	2.7		
Valor $p$	≤ 0.001	≤ 0.001	≤ 0.001		

### Análisis factorial confirmatorio

Como comentario general para la interpretación de los datos agregados en la base de la Figura 1, el valor de  $\chi^2$  ajustado a 56 grados de libertad fue mucho menor a 3, con un valor  $p$  superior a 0.05, lo que confirma un adecuado ajuste absoluto del modelo a los datos observados.

Los índices CFI, TLI y AGFI (bondad de ajustes comparativos relativos) superan el valor ideal ( $\geq 0.95$ ) cada uno, indicando que es el mejor modelo contrastado contra el nulo. El índice PNFI, que

tiende a 1 ( $> 0.5$ ) confirma que es un modelo de medición eficiente.

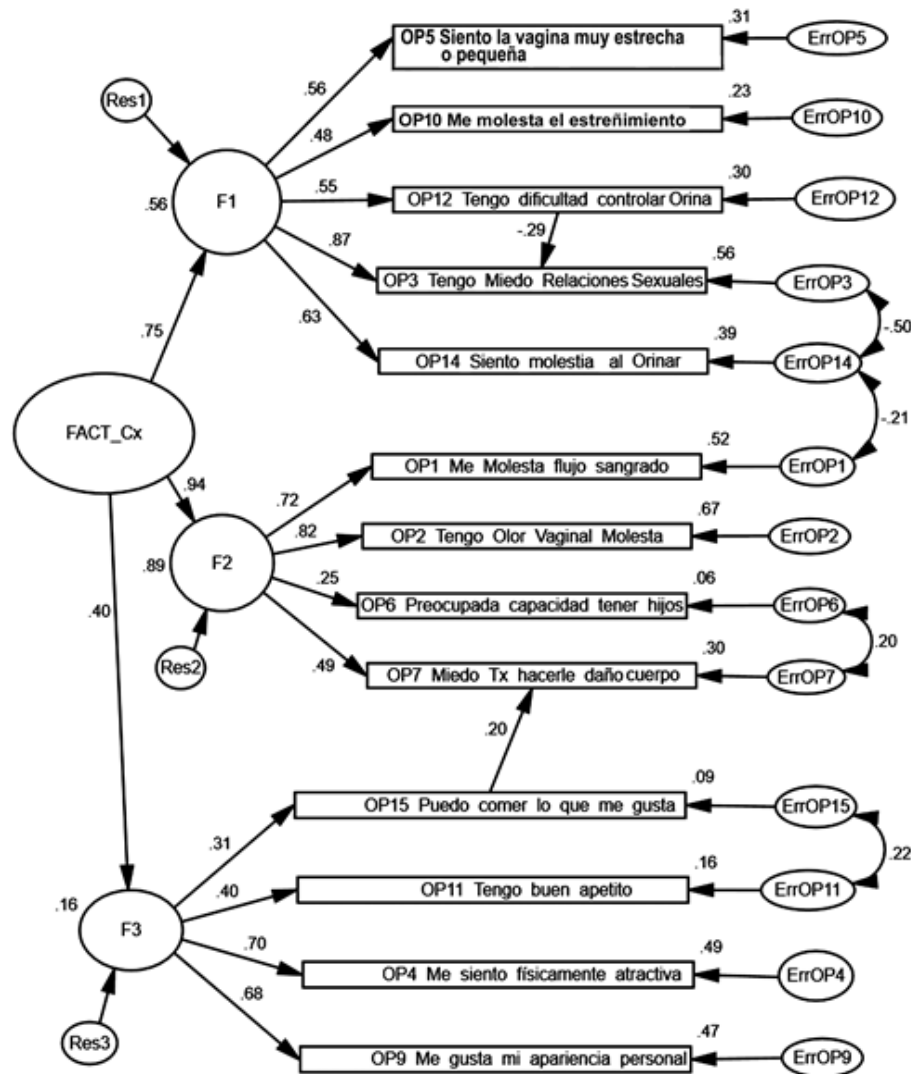
El índice RMR (muy próximo a 0 y menor que 0.08) confirma que la diferencia entre la matriz de covarianza observada y la predicha es casi nula. Por lo tanto, la discrepancia entre el modelo propuesto y los datos medidos es muy baja.

El RMSEA (radical del error de aproximación, o raíz cuadrada media de la razón entre el parámetro no central ajustado por los grados de libertad) es próximo a 0 y el intervalo superior menor a 0.08, confirmando así que el error del modelo es

casi nulo. Finalmente, el tamaño muestral ( $n = 200$ ) no supera el calculado por la prueba de Hoelter ( $N = 254, p = 0.01$ ) e indica que se acepta la hipóte-

sis de que con esa muestra es posible afirmar que el modelo es correcto (con la probabilidad de un error alfa de 0.01).

**Figura 1.** Modelo de AFC de tres factores de primer orden y un factor general de segundo orden para el FACT-Cx.



$\chi^2 = 65.57, 56 \text{ gl}, \chi^2/\text{gl} = 1.171, p = 0.179$ ; CFI = 0.980, TLI = 0.972, AGFI = 0.925, RMR = 0.068, PNFI = 0.634, RMSEA = 0.029 (0.000 - 0.055). Hoelter,  $N = 254 (p = 0.01)$ .

### Validez concurrente

Las correlaciones entre las subescalas del FACT-CX y la escala funcional del EORTC QLQ 30 fueron positivas y estadísticamente significativas ( $\rho$  de Spearman de 0.449 a 0.816,  $p < 0.01$ ). Se identi-

ficaron también las correlaciones inversas entre ese instrumento y las subescalas de síntomas del EORTC QLQ 30 ( $\rho$  de Spearman de  $-0.300$  a  $-0.539$ ) y con la puntuación total y las subescalas de ansiedad y depresión del HADS ( $r$  de Spearman de  $.639$  a  $-.570, p < .05$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlación de Spearman entre la escala FACT-Cx, FACIT-G, EORTC (QLQ30) y la HADS (n = 200).

	<b>Puntaje total</b>	<b>Cx Factor 1</b>	<b>Cx Factor 2</b>	<b>Cx Factor 3</b>
<b>1 FACIT G puntaje total</b>	.629(**)	.376(**)	.498(**)	.597(**)
FACIT-G Factor 1	.639(**)	.509(**)	.486(**)	.459(**)
FACIT-G Factor 2	.547(**)	.272(**)	.450(**)	.578(**)
FACIT-G Factor 3	.254(**)	0.056	0.138	.399(**)
FACIT-G Factor 4	.454(**)	.357(**)	.469(**)	.255(**)
<b>EORTC QLQ30</b>				
Salud Global Calidad de Vida	-.504(**)	-.354(**)	-.362(**)	-.432(**)
<b>Escalas funcionales</b>				
Función física	.450(**)	.372(**)	.229(**)	.371(**)
Rol funcional	.552(**)	.440(**)	.417(**)	.401(**)
Función emocional	.562(**)	.458(**)	.354(**)	.397(**)
Función cognitiva	.451(**)	.372(**)	.271(**)	.347(**)
Función social	.568(**)	.412(**)	.486(**)	.417(**)
<b>Escalas de Síntomas</b>				
Síntomas Fatiga	.535(**)	.432(**)	.334(**)	.399(**)
Síntomas Náusea o vómito	.439(**)	.306(**)	.401(**)	.323(**)
Síntomas Dolor	.537(**)	.482(**)	.373(**)	.373(**)
<b>Síntomas individuales</b>				
Disnea	-.299(**)	-.249(**)	-.174(*)	-.276(**)
Insomnio	-.543(**)	-.457(**)	-.373(**)	-.346(**)
Pérdida de apetito	-.570(**)	-.415(**)	-.389(**)	-.473(**)
Estreñimiento	-.503(**)	-.554(**)	-.342(**)	-.224(**)
Diarrea	-.314(**)	-.268(**)	-.181(*)	-.211(**)
Dificultades financieras	-.389(**)	-.348(**)	-.275(**)	-.271(**)
<b>HADS</b>				
HADS Puntuación total	-.585(**)	-.418(**)	-.412(**)	-.477(**)
HADS Ansiedad	-.512(**)	-.433(**)	-.376(**)	-.345(**)
HADS Depresión	-.551(**)	-.341(**)	-.374(**)	-.521(**)

\*\*Correlaciones son significativas al valor  $p = 0.01$  (una cola).

\*Correlaciones significativas al valor  $p = 0.05$  (una cola).

## DISCUSIÓN

Pocos estudios se han realizado sobre calidad de vida en población mexicana con cáncer cervicouterino, por lo que poner mayor atención en la multidimensionalidad de la salud de este grupo de pacientes se ve como un aspecto fundamental aún pendiente por parte del equipo de salud. Lo anterior es relevante porque, de acuerdo a Fayers y Machin (2013), existe la necesidad de complementar los resultados oncológicos tradicionales con información sobre las opiniones de los pacientes, y cada vez se reconoce más que las mediciones de la calidad de vida cumplen este propósito. La me-

dición desde la perspectiva de los pacientes puede guiar la gestión o ayudar a evaluar el tratamiento.

Sobre la adaptación del FACT-Cx a población mexicana, durante las entrevistas en el proceso de piloteo y aplicación, se identificó que, en términos generales, su comprensibilidad y administración tiene una factibilidad aceptable, lo que se ha corroborado previamente en la versión original (Ding et al., 2012) y en otras validaciones, lo que es esencial en una población con bajos niveles educativos y afectaciones en diferentes áreas de su vida durante o posteriormente a su tratamiento.

Una contribución del presente estudio es el análisis confirmatorio del FACT-Cx, lo cual no ha

sido reportado de forma frecuente, en tanto que la versión mexicana ha demostrado una estructura teórica con tres factores de primer orden (síntomas físicos vaginales, preocupación y bienestar) y un factor general de segundo orden, con índices de bondad de ajuste adecuados y que se adapta apropiadamente a los datos empíricos de la muestra estudiada, que explican 56.72% de la varianza y una adecuada confiabilidad, lo que evidencia la calidad psicométrica de este instrumento. Respecto a la consistencia interna del FACT-CX, es similar a la de la versión original y a la de estudios previos en otras poblaciones reportado por Tax (2017), con indicadores de entre .65 y .70 en las diferentes subescalas.

Los tres componentes identificados del FACT-CX de síntomas vaginales reflejan afectaciones frecuentes en el órgano afectado por el cáncer, preocupaciones asociados a los síntomas físicos y emocionales citados previamente en la literatura, así como un área de bienestar que refleja un nivel de funcionalidad adecuado en el aspecto físico y psicológico; sin embargo, es importante considerar la alta comorbilidad de 94% en el grupo de pacientes estudiadas, lo que implica la identificación de niveles de calidad de vida y síntomas de enfermedades frecuentes, como hipertensión arterial y diabetes, las cuales fueron las más prevalentes entre las participantes.

En relación a la validez concurrente, se identificaron valores de bajos a moderados estadísticamente significativos, principalmente con las variables y las subescalas del FACT-G y EORTC QLQ-30, lo que respalda las asociaciones que teórica y estadísticamente son las esperadas y que se han identificado en otros estudios. Las correlaciones con las subescalas de la HADS indican la estrecha relación entre los componentes del FACT-CX y los aspectos psicológicos, lo que habrá de conducir a un trabajo más riguroso sobre la práctica clínica y

la investigación de psicólogos y psiquiatras en pacientes con cáncer, e incluso más en la población latinoamericana, en la que las necesidades de salud mental del paciente oncológico siguen siendo una prioridad aún por resolver (Galindo y Costas, 2019).

El FACT-CX tiene la ventaja de ser un instrumento fácil de administrar y confiable en la investigación y la práctica clínica. Las investigaciones futuras deberán evaluar si la detección de afectaciones mediante el FACT-CX en diferentes áreas de la calidad de vida aumenta las derivaciones al tratamiento oportuno multidisciplinario, y si estas consecuencias mejoran el cumplimiento y bienestar en estas pacientes. Se recomienda, pues, este instrumento para evaluar los efectos de intervenciones médicas y psicosociales que deriven en una adecuada calidad de vida y que se asocien con una apropiada adherencia terapéutica y funcionalidad. Su uso ofrece una guía al planear una evaluación exhaustiva y el diseño de tratamientos oncológicos.

En conclusión, el FACT-CX para pacientes mexicanas con cáncer cervicouterino muestra características psicométricas adecuadas. La relevancia de lo anterior radica en poder detectar de forma oportuna a aquellas pacientes que podrían requerir atención multidisciplinaria en las diferentes áreas de su calidad de vida. La evaluación mediante instrumentos válidos y confiables de las necesidades reportadas por las pacientes debe ser una parte integral de las intervenciones en oncología, más aún en grupos con adversidad psicosocial que pueden ver su calidad de vida más afectada. Estas escalas deben estar relacionadas con la toma de decisiones sobre los tratamientos en conjunto con los equipos de salud multidisciplinarios, por lo que la calidad de vida deberá ser un aspecto central. Una limitación de este trabajo es que no se identificó la estabilidad a lo largo del tiempo del FACT-CX en pacientes que se encuentran en tratamiento activo.

## REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J. et al. (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.
- Bosch, F.X. (2016). Eradication of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica de México*, 58(2), 97-100.
- 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.

- Brucker, P.S., Yost, K., Cashy, J., Webster, K. y Cella, D. (2005). General population and cancer patient norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 28(2), 192-211.
- Cella, D.F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain Symptoms Manage*, 9(3), 186-192.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A. et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Ding, Y., Hu, Y. y Hallberg, I.R. (2012). Psychometric properties of the Chinese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix (FACT-Cx) for measuring health-related quality of life. *Health Quality of Life Outcomes*, 10(1), 124.
- Fayers, P.M. y Machin, D. (2013). *Quality of life. The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd ed.). Trondheim (Norway): Wiley.
- Galindo V., O., Benjet, C., Juárez G., F., Rojas C., E., Riveros R., A., Aguilar P., J.L. y Alvarado A., S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035.
- Galindo V., O. y Costas M., R. (2019). Evidence-based psycho-oncology: A priority in mental health. *Salud Mental*, 42(3), 101-102. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.013.
- Kleiboer, A., Gowing, K., Holm, H.C., Hibberd, C., Hodges, L., Walker, J. et al. (2010). Monitoring symptoms at home: what methods would cancer patients be comfortable using? *Quality of Life Research*, 19(7), 965-968.
- Koller, M., Aaronson, N.K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P. et al. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Meyerowitz, B., Formenti, S., Ell, K. y Leedham, B. (2000). Depression among Latin cervical cancer patients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 352-371. Doi: 10.1521/jscp.2000.19.3.352.
- Monk, B.J., Huang, H.Q., Cella, D. y Long, H.J. III (2005). Quality of life outcomes from a randomized phase III trial of cisplatin with or without Topotecan in advanced carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(21), 4617-4625.
- Oñate O., L.F., Alcántara P., A., Vilar C., D., García H., G., Rojas C., E., Alvarado A., S. et al. (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.
- Sabulei, C. y Maree, J.E. (2019). An exploration into the quality of life of women treated for cervical cancer. *Curationis*, 42(1), e1-e9.
- Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E. y de G., A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain Symptoms Manage*, 34(1), 94-104.
- Wenzel, L., De Alba, I., Habbal, R., Kluhsman, B.C., Fairclough, D., Krebs, L.U. et al. (2005). Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97(2), 310-317.
- World Health Organization (2019). *México: Globocan 2018. International Agency for Research on Cancer*. Geneve: WHO.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



## REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

### ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico [rbulle@uv.mx](mailto:rbulle@uv.mx). Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

### EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

### REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

### CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

*En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.*



UNIVERSIDAD  
VERACRUZANA

## SUMMARY

- Deception: brain mechanisms and health psychology**  
*Said Enrique Jiménez Pacheco and Juan José Sánchez Sosa*
- Post-traumatic stress, anxiety, coping, and resilience in schoolchildren post 2017 earthquake in Mexico**  
*Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Martha Adelina Torres Muñoz and Felipe González-Arratia Visoso*
- Treatment based on compassionate mindfulness: A pilot study in drugs polyconsumers**  
*José Luis Barrera Gutiérrez, Diana Mejía Cruz and Ana Beatriz Moreno Coutiño*
- Cognitive-behavioral intervention in child anxiety disorders**  
*Alejandra Viridiana Gutiérrez García, Cecilia Méndez Sánchez, Angélica Riveras Rosas and Mariana Gutiérrez Lara*
- Contextual factors related to non-suicidal self-harm behaviors: A systematic review**  
*Karen Guadalupe Duarte Tánori, José Ángel Vera Noriega and Daniel Fregoso Borrego*
- Subjective constructions regarding mourning of a healthy body in adolescents with diabetes mellitus-1**  
*Laura Viviana Leal Guerrero, Edith Gerardina Pampa Guajardo and Martha Leticia Cabello Garza*
- Evaluation of two psychological treatments for pregnant women with anxious symptomatology**  
*Carlos Augusto Rodríguez Durán and Ana Beatriz Moreno Coutiño*
- Psychological and couple indicators related to marital dissatisfaction: Intervention strategies**  
*Claudia Sánchez-Bravo, Jorge Carreño-Meléndez and Cecilia Mata-González*
- Response inhibition as restraint and cancellation in individuals with normal weight, overweight, and obesity**  
*Karla Paola Jiménez Cruz, Karla Edith González Alcántara and Cecilia Silva Gutiérrez*
- Effectiveness evaluation of the DBT STEPS-A program in Mexican university students**  
*Josué Napoleón Huerta-Hernández, Michel A. Reyes-Ortega, Cecilia Elizabeth Sotelo-González, Morelia Erandeni Gil-Díaz, Zugary Lima-Téllez, Claudia Rebeca R. Gutiérrez-Cardona and Mayra Teresa Barrientos-García*
- Relation between social pressure and physical self-concept in young people from Ciudad Victoria (México)**  
*Gisela Martínez Gallegos, Patricia Mayela Báez Mansur and Claudia Elizabeth Torres Limas*
- The psychogastroenterologist's role in the health teams**  
*Mariela González Tovar*
- Cancer and salutogenesis: A bibliographic review**  
*Sergio I. Escamilla Sánchez*
- Psychometric properties of the Brief COPE Inventory in a sample of informal primary caregivers of cancer patients in the Mexican population**  
*Javier Niñez Hernández, Oscar Galindo Vázquez, Frank J. Penedo, German Calderillo Ruiz, Abelardo Meneses García, Angel Herrera Gómez and Abel Lerma*
- Psychometric properties of the Functionality Assessment Instrument in Cervical Cancer Treatment (FACT-Cx) in Mexican patients**  
*Oscar Galindo Vázquez, Mayra Cu-Menes, David Isla Ortiz, Salim Abraham Barquet Muñoz, Abel Lerma Talamantes and Abelardo Meneses García*