

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 31 Número 2

Julio-diciembre 2021

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

- Programas de prevención de obesidad infantil en México: una revisión sistemática PICO  
*Alejandro Pérez Ortiz, Mayara Ortega Lujando y Adriana Amaya Hernández*
- Ansiedad como predictor de la conducta impulsiva en niños con sobrepeso y obesidad  
*Javier Nahúm Alfaro Belmont, Patricia Romero Sánchez y Ariel Yite Sierra*
- Análisis de la prevalencia de la conducta suicida en pacientes con vitiligo  
*Edmundo Denis Rodríguez, Nancy Patricia Ríos Maya, Guadalupe Melo Santiesteban, Patricia Beatriz Denis Rodríguez y Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández*
- Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes  
*Karla Areli Medina-Tepal, Rosalía Vázquez-Arévalo, Xóchitl López-Aguilar y Juan Manuel Mancilla-Díaz*
- Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro  
*Dario Guajardo y María Montero-López Lena*
- Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana  
*Bibian Herrera Navarrete, Óscar Galindo Vázquez, Rogelio Bobadilla Alcaraz, Frank J. Penedo y Abel Lerma*
- Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano  
*Carlos David de la Garza Tolentino, Patricia del Carmen Mendoza Cabañas, Juan Carlos Ocampo Alvarado, Fernando Iván Leija Banda y Ana Karen Espinosa Becerra*
- Accidentes o lesiones no intencionales: una perspectiva social  
*Arturo Franca Ordaz y Rosa Elizabeth Sevilla Godínez*
- Factores psicosociales asociados con violencia de pareja entre hombres homosexuales mexicanos con VIH  
*Cecilia Alderete-Aguilar, Rebeca Robles-García, Luciana Ramos-Lira, Corina Benjet, Nayelli Alvarado-Sánchez y Marlene Lazcano-Ramírez*
- Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud  
*Maricela Osorio-Guzmán, Carlos Prado-Romero y Georgina E. Bazán-Riverón*
- "Me cuidan de más". Imagen corporal y relaciones interpersonales en adolescentes con insuficiencia renal crónica  
*Laura Marcela Quezada Andrade, Corina Benjet, Rebeca Robles, Angélica Riveras, Dewi Hernández Mantoya, Mara Medeiros y José Manuel Arreola*
- Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis  
*Mariana Becerril González*
- Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios con patrón de consumo excesivo de alcohol  
*Alejandra Mandragón-Maya, Yvonne Flores-Medina, Gabriela López-Arreaga, Selzin López-Ramírez y Francisco Paz-Rodríguez*
- Conflicto relacional y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción de parejas con cardiopatía  
*Andrea Bravo-Doddali y Rozzana Sánchez-Aragón*
- Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias  
*Alma Vanessa Madrigal González, María Guadalupe Pablo Díaz, Joel Flores Juárez, Eryka Urdapilleta Herrera, Gabriela Lara Rivas y Óscar Galindo Vázquez*

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

# 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 Vacio 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 2 • Julio-diciembre 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 publicación de este número: Laila Meseguer Posadas,

Indizada en PsycINFO, CLASE, LATINDEX y CUIDEN.

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

# SUMARIO

Volumen 31, Número 2  
Julio-diciembre de 2021

|   |     |
|---|-----|
| Programas de prevención de obesidad infantil en México: una revisión sistemática PICO<br><i>Alejandro Pérez Ortiz, Mayaro Ortega Luyando y Adriana Amaya Hernández</i> .....  | 169 |
| Ansiedad como predictor de la conducta impulsiva en niños con sobrepeso y obesidad<br><i>Javier Nahúm Alfaro Belmont, Patricia Romero Sánchez y Ariel Vite Sierra</i> .....   | 179 |
| Análisis de la prevalencia de la conducta suicida en pacientes con vitiligo<br><i>Edmundo Denis Rodríguez, Nancy Patricia Ríos Maya, Guadalupe Melo Santiesteban,<br/>Patricia Beatriz Denis Rodríguez y Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández</i> .....  | 195 |
| Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción<br>de alimentos en adolescentes<br><i>Karla Areli Medina-Tepal, Rosalía Vázquez-Arévalo, Xóchitl López-Aguilar<br/>y Juan Manuel Mancilla-Díaz</i> .....  | 203 |
| Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro<br><i>Darío Guajardo y María Montero-López Lena</i> .....   | 215 |
| Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes<br>con enfermedades cardiovasculares en población mexicana<br><i>Bibian Herrera Navarrete, Óscar Galindo Vázquez, Rogelio Bobadilla Alcaraz,<br/>Frank J. Penedo y Abel Lerma</i> .....  | 225 |
| Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano<br><i>Carlos David de la Garza Tolentino, Patricia del Carmen Mendoza Cabañas,<br/>Juan Carlos Ocampo Alvarado, Fernando Iván Leija Banda y Ana Karen Espinosa Becerra</i> .....   | 237 |
| Accidentes o lesiones no intencionales: una perspectiva social<br><i>Arturo Franco Ordaz y Rosa Elizabeth Sevilla Godínez</i> .....   | 249 |
| Factores psicosociales asociados con violencia de pareja<br>entre hombres homosexuales mexicanos con VIH<br><i>Cecilia Alderete-Aguilar, Rebeca Robles-García, Luciana Ramos-Lira,<br/>Corina Benjet, Nayelli Alvarado-Sánchez y Marlene Lazcano-Ramírez</i> .....  | 255 |
| Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud<br><i>Maricela Osorio-Guzmán, Carlos Prado-Romero y Georgina E. Bazán-Riverón</i> .....  | 267 |
| “Me cuidan de más”. Imagen corporal y relaciones interpersonales<br>en adolescentes con insuficiencia renal crónica<br><i>Laura Marcela Quezada Andrade, Corina Benjet, Rebeca Robles, Angélica Riveros,<br/>Dewi Hernández Montoya, Mara Medeiros y José Manuel Arreola</i> .....  | 275 |
| Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis<br><i>Mariana Becerril González</i> .....   | 287 |
| Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios con patrón de consumo excesivo de alcohol<br><i>Alejandra Mondragón-Maya, Yvonne Flores-Medina, Gabriela López-Arreaga,<br/>Selzin López-Ramírez y Francisco Paz-Rodríguez</i> .....   | 295 |
| <i>Conflicto relacional y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción de parejas con cardiopatía</i><br><i>Andrea Bravo-Doddoli y Rozzana Sánchez-Aragón</i> .....  | 307 |
| Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)<br>en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias<br><i>Alma Vanessa Madrigal González, María Guadalupe Pablo Díaz, Joel Flores Juárez,<br/>Eryka Urdapilleta Herrera, Gabriela Lara Rivas y Óscar Galindo Vázquez</i> ..... | 323 |



# SUMMARY

Volume 31, Number 2  
July-December 2021

|  |     |
|--|-----|
| Prevention programs of child obesity in Mexico: A PICO systematic review<br><i>Alejandro Pérez Ortiz, Mayaro Ortega Luyando and Adriana Amaya Hernández</i> .....  | 169 |
| Anxiety as a predictor of impulsive behavior in overweight and obese children<br><i>Javier Nahúm Alfaro Belmont, Patricia Romero Sánchez and Ariel Vite Sierra</i> .....   | 179 |
| Epidemiological analysis of suicidal behavior in vitiligo patients<br><i>Edmundo Denis Rodríguez, Nancy Patricia Ríos Maya, Guadalupe Melo Santiesteban, Patricia Beatriz Denis Rodríguez and Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández</i> .....  | 195 |
| Behaviors associated to the disorders of pica, rumination, and avoidant/restrictive food intake in adolescents<br><i>Karla Areli Medina-Tepal, Rosalía Vázquez-Arévalo, Xóchitl López-Aguilar and Juan Manuel Mancilla-Díaz</i> .....  | 203 |
| Quality of life and loneliness in older adults: Effects of a theatre workshop<br><i>Dario Guajardo and María Montero-López Lena</i> .....  | 215 |
| Psychometric properties of the MOS Social Support Questionnaire in a sample of patients with cardiovascular diseases in Mexican population<br><i>Bibian Herrera Navarrete, Óscar Galindo Vázquez, Rogelio Bobadilla Alcaraz, Frank J. Penedo and Abel Lerma</i> .....  | 225 |
| Demographic and symptomatological profile of patients in a Mexican psychotherapy center<br><i>Carlos David de la Garza Tolentino, Patricia del Carmen Mendoza Cabañas, Juan Carlos Ocampo Alvarado, Fernando Iván Leija Banda and Ana Karen Espinosa Becerra</i> .....   | 237 |
| Accidents or unintentional injuries: A social perspective<br><i>Arturo Franco Ordaz and Rosa Elizabeth Sevilla Godínez</i> .....   | 249 |
| Psychosocial factors associated with intimate partner violence among Mexican homosexual men with HIV<br><i>Cecilia Alderete-Aguilar, Rebeca Robles-García, Luciana Ramos-Lira, Corina Benjet, Nayelli Alvarado-Sánchez and Marlene Lazcano-Ramírez</i> .....   | 255 |
| Burnout and coping in health professionals<br><i>Maricela Osorio-Guzmán, Carlos Prado-Romero and Georgina E. Bazán-Riverón</i> .....   | 267 |
| “They take too much care of me”. Body image and interpersonal relationships in adolescents with chronic kidney disease<br><i>Laura Marcela Quezada Andrade, Corina Benjet, Rebeca Robles, Angélica Riveros, Dewi Hernández Montoya, Mara Medeiros and José Manuel Arreola</i> .....                            | 275 |
| Psychological intervention in people with chronic kidney disease in hemodialysis<br><i>Mariana Becerril González</i> .....   | 287 |
| Executive functions in university students with binge drinking alcohol intake<br><i>Alejandra Mondragón-Maya, Yvonne Flores-Medina, Gabriela López-Arreaga, Selzin López-Ramírez and Francisco Paz-Rodríguez</i> .....   | 295 |
| Relational conflict and stress in subjective well-being and satisfaction of couples with heart disease<br><i>Andrea Bravo-Doddoli and Rozzana Sánchez-Aragón</i> .....   | 307 |
| Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample of Mexican patients with respiratory diseases<br><i>Alma Vanessa Madrigal González, María Guadalupe Pablo Díaz, Joel Flores Juárez, Eryka Urdapilleta Herrera, Gabriela Lara Rivas and Óscar Galindo Vázquez</i> ..... | 323 |

# Programas de prevención de obesidad infantil en México: una revisión sistemática PICO

## *Prevention programs of child obesity in Mexico: A PICO systematic review*

*Alejandro Pérez Ortiz, Mayaro Ortega Luyando  
y Adriana Amaya Hernández*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Alejandro Pérez Ortiz, [aleixen\\_psi10@yahoo.com.mx](mailto:aleixen_psi10@yahoo.com.mx).

### RESUMEN

El sobrepeso y obesidad infantil en México han alcanzado proporciones epidémicas, afectando hasta 33.2% de la población. Identificar qué tipo de programas de prevención se han llevado a cabo y qué profesionales de la salud intervienen en su aplicación es una tarea necesaria para identificar si estos han sido efectivos. Por lo tanto, los objetivos de la presente revisión sistemática fueron: *a)* identificar los programas de prevención de obesidad infantil en México, *b)* analizar su metodología e indicadores de cambio utilizados para evaluar la efectividad del programa y *c)* identificar asimismo la teoría psicológica que utiliza y las funciones que desempeña el psicólogo en dichos programas, para lo cual se realizó una búsqueda sistemática bajo la metodología PICO en seis bases de datos: Scopus, Scielo, Pubmed, Web of Science, RedALYC y TesiUNAM. Se incluyen los estudios realizados en población escolar mexicana de 5 a 11 años en el periodo de 2008 a 2018. Se encontraron 3,502 artículos, y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se analizaron seis estudios. Los hallazgos señalan que el índice de masa corporal es el parámetro más empleado para evaluar la efectividad de un programa, y que las perspectivas conductual e interconductual suelen ser las más utilizadas para el diseño, aplicación y evaluación de los programas de prevención cuando se trata de estudios realizados por psicólogos, lo cual suele estar ausente en estudios a cargo de otros profesionales de la salud.

**Palabras clave:** Sobrepeso; Infancia; Promoción de la salud; Salud pública; Estado del arte.

### ABSTRACT

*Childhood overweight and obesity in Mexico have reached epidemic proportions affecting up to 33.2% of the population. Identifying the type of prevention programs being carried out and which health professionals are involved in their application is necessary to assess their effectiveness. Thus, the objectives of the present systematic review were: a) to identify programs for the prevention of childhood obesity in Mexico, b) to analyze their methodology and indicators of change in order to assess their effectiveness and c) to identify associated psychological theories and the contributions of psychologists in such prevention programs. The search was carried out following the PICO methodology in six databases: Scopus, Scielo, Pubmed, Web of Science, Redalyc and TesiUNAM. Eligible studies were those conducted with Mexican elementary school children (5 to 11 years old), and published between 2008 and 2018. A total of 3502 articles were located, after*

---

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Nutrición, División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. 555 623-13-33 ext. 39737, correos electrónicos: [aleixen\\_psi10@yahoo.com.mx](mailto:aleixen_psi10@yahoo.com.mx), [psic.mayaro@gmail.com](mailto:psic.mayaro@gmail.com) y [amayahad@gmail.com](mailto:amayahad@gmail.com).

*applying the inclusion and exclusion criteria and six articles were finally analyzed in depth. Body mass index was the recurrent indicator of change to assess the effectiveness of the programs. Inter-behaviorism and behaviorism were the most used perspectives to design, apply, and assess preventive programs, when the studies were performed by psychologists. These approaches are not usually adopted in studies conducted by other health professionals.*

**Keywords:** Overweight; Infancy; Health promotion; Public health; State of art.

Recibido: 10/10/2019

Aceptado: 12/05/2020

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; ambas condiciones pueden identificarse mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC en lo sucesivo), que es una medida sensible para detectar el estado nutricional de una persona. Se ha reconocido que la obesidad es una enfermedad crónica de origen multicausal (interacción entre variables biopsicosociales) que puede desarrollarse en la infancia o adolescencia (Muñoz y Arango, 2017; Puente, 2008; Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2012; Torrico, Santín, Andrés, Álvarez y López, 2008).

Se estima que hasta 2016 había 124 millones de personas de entre 5 y 19 años con obesidad en todo el mundo, y que 213 millones sufrían sobrepeso. En el continente americano los países que presentan los índices más altos de obesidad entre la población escolar de 5 a 10 años son México, Estados Unidos y Canadá (34.4, 34.3 y 32.8%, respectivamente); mientras que en el rango de 11 a 19 años están Bolivia, México, nuevamente, y Estados Unidos (42.7, 35 y 34.5%, en cada caso) (OMS, 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014). De esta forma, México es una de las naciones con los índices más altos de obesidad en dichas poblaciones. Muestra de ello es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición–Medio Camino (ENSANUT-MC) (Shamah, Cuevas, Rivera

y Hernández, 2016), que reportó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 33.2% entre los niños de 5 a 11 años.

La población infantil que padece obesidad puede sufrir complicaciones de salud incluso en la edad adulta, entre las que se encuentran las siguientes: depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, baja autoestima, mayor probabilidad de muerte, desarrollo de discapacidades prematuras en la etapa adulta, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor y ciertos tipos de cáncer (mama, colon y endometrio) (Mercado y Vilchis, 2013; OMS, 2018). Ante dicha situación, se ha propuesto que prevenir la enfermedad es la medida óptima para hacer frente a este problema debido a que hace posible promover la salud entre la población mediante la creación de políticas y programas de salud, y con ello controlar o retrasar las complicaciones de la enfermedad a mediano y largo plazo, y disminuir la inversión en el sector salud por las complicaciones derivadas de la obesidad (Franco, 2012; Instituto Mexicano para la Competitividad, 2015; Lizaraso, 2012; OMS, 2016; OPS, s.f.; Ortega, 2014; Secretaría de Salud, 2018). Trabajar con la población infantil permitirá promover estilos de vida más saludables, ya que en la niñez se aprenden e imitan las conductas y prácticas de los padres, familiares y pares con los que interactúa el menor. Desde la perspectiva de la psicología conductual y cognitivo-conductual es posible modificar los patrones de conducta y estilos de vida no saludables en básicamente cualquier condición de salud-enfermedad mediante programas de intervención emanados de las técnicas de modificación de conducta (Mercado y Vilchis, 2013; Reynoso, 2014; Reynoso y Seligson, 2005).

En consecuencia, los objetivos de la presente investigación fueron, a saber: *a)* identificar los programas de prevención de la obesidad infantil que se desarrollan en México; *b)* analizar su metodología e indicadores de cambio utilizados para evaluar la efectividad de la intervención, y *c)* identificar la teoría psicológica de los psicólogos y las funciones que desempeñan en dichos programas.

## MÉTODO

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática mediante la estrategia PICO, dado que el objetivo de este estudio no fue comparar dos tipos de intervenciones, para lo cual se ajustó la búsqueda al acrónimo PIO (Jensen, 2018; Landa y Arredondo, 2014; Rivas y Talavera, 2012).

### Procedimiento

Se efectuó la búsqueda a lo largo de dos meses en las bases de datos Scopus, Scielo, Pubmed,

Web of Science, RedALyC y TesiUNAM. En las primeras cinco bases se emplearon las palabras clave que se muestran en la Tabla 1 en diferentes combinaciones, mientras que en la base de datos TesiUNAM se emplearon las combinaciones “obesidad infantil AND psicología, y “obesidad infantil AND intervención” puesto que dicha base no cuenta con un sistema de búsqueda que permita seguir la metodología PIO. Para delimitar los resultados de la búsqueda se empleó el operador booleano AND y se aplicaron los filtros a las bases de datos establecidos previamente (país, idioma, rango de fecha, tipo de documento y área de investigación).

**Tabla 1.** Palabras clave en inglés y español de los componentes de la búsqueda PIO.

| P                                       | I                                  | O                        |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| <i>Mexican obese children</i>           | <i>Psychological treatment</i>     | <i>Body Mass Index</i>   |
| <i>Mexican children with obesity</i>    | <i>Interdisciplinary treatment</i> | <i>Eating behaviors</i>  |
| <i>Mexican children with overweight</i> | <i>Multidisciplinary treatment</i> | <i>Physical activity</i> |
| Niños mexicanos obesos                  | Intervención psicológica           | Índice de masa corporal  |
| Niños mexicanos con obesidad            | Intervención interdisciplinaria    | Conducta alimentaria     |
| Niños mexicanos con sobrepeso           | Intervención multidisciplinaria    | Actividad física         |

### Selección de artículos

Para la selección de estudios se propusieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

*Criterios de inclusión:* a) intervenciones dirigidas a prevenir la obesidad infantil en niños con un rango de edad de 5 a 11 años; b) intervenciones psicológicas, interdisciplinarias o multidisciplinarias con componentes psicológicos; c) estudios de enfoque cuantitativo o cualitativo; d) publicaciones en idioma español e inglés, y e) publicaciones de los últimos diez años.

*Criterios de exclusión:* a) publicaciones en idiomas diferentes al español e inglés; b) revisiones sistemáticas, análisis teóricos, capítulos de libros o propuestas de intervención; c) trabajos realizados en países diferentes a México, y d) que los participantes estuviesen fuera del rango de edad seleccionado.

### Ejes de análisis de los artículos

Para responder a los objetivos de la investigación se extrajo de cada artículo la siguiente información: autor(es), año, muestra, instrumentos, modelo teórico, participación de padres, abordaje multidisciplinario, duración, indicadores de cambio y seguimiento.

## RESULTADOS

Para responder a cada objetivo planteado, y retomando los ejes de análisis del contenido de los artículos, se presentan los resultados en tres secciones:

### I. Programas de prevención de obesidad infantil en México

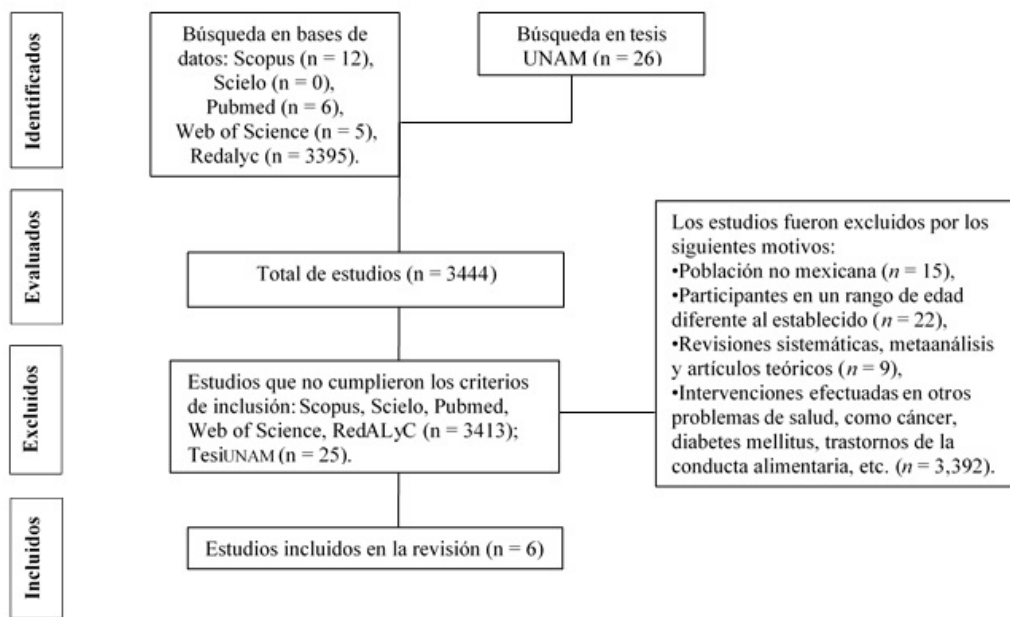
La búsqueda arrojó 3,444 artículos, de los que, al ser analizados bajo los criterios de inclusión y



exclusión, solo seis fueron seleccionados para su revisión. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo del trabajo hecho, y en la Tabla 2 las ca-

racterísticas metodológicas de los programas de prevención.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de programas de prevención de obesidad infantil en población mexicana.



| Autor y año           | Muestra (n)  | Instrumentos                                     | Modelo teórico  | Participación de padres                 | Abordaje multidisciplinar | Duración   | Indicadores de cambio   | Seguimiento |
|-----------------------|--|--|-----------------|---|---------------------------|--|---|-------------|
| Alvirde et al. (2013) | n = 2,682<br>Grupo experimental: (n = 1,927), edad (M = 9.0, D.E. = 1.7), IMC (M = 18.6, D.E. = 3.37)<br>Grupo control: (n = 755), edad (M = 9.1, D.E. = 1.7), IMC (M = 18.3, D.E. = 3.0). |  |                 |   |                           | Tres años.   | IMC, orientación nutricional, actividad física e información sobre estilos de vida saludable. |             |
| Cortés et al. (2009)  | n = 116<br>Alumnos de 2º, 4º y 6º grados de primaria, con rango de edad de 7 a 13 años.  |  | Interconductual |   |                           | 20 días, en sesiones de 50 minutos.                                  | Preferencia y selección por alimentos saludables.   |             |
| García (2008)         | n = 33<br>16 padres, y 17 niños con rango de edad de 5 a 11 años.  | Test de Actitud en Contra de la obesidad (AFAT). |                 | Modificar su actitud hacia la obesidad. |                           | Cinco sesiones de dos horas cada una, impartidas una vez por semana. | IMC   |             |

Continúa...

|                               |  |                   |   |   |                   |              |     |             |
|-------------------------------|--|-------------------|---|---|-------------------|--------------|-----|-------------|
| González <i>et al.</i> (2014) | $n = 60$<br>30 en el grupo experimental y 30 en el grupo control; rango de edad de los niños, de 6 a 12 años, IMC ( $M = 21.67$ , $D.E. = 3.84$ ). Padres y niños con sobrepeso u obesidad |                   |   | Estar en régimen alimenticio (no específica plan de alimentación).                                |                   | Seis meses.  | IMC |             |
| Rivera <i>et al.</i> (2010)   |  | <i>Ex profeso</i> |   | Modificar la preparación de los alimentos (hervirlos o asarlos) y disminuir el consumo de azúcar. |                   | Un año.      | IMC |             |
| Safdie <i>et al.</i> (2013)   |  | <i>Ex profeso</i> | Teoría social cognitiva, teoría de la planeación conductual y modelo de creencias de salud. | Leer folletos sobre cómo preparar desayunos saludables para sus hijos.                            | Multidisciplinar. | Siete meses. | IMC | Ocho meses. |

*Nota:* IMC = índice de masa corporal; AFAT = Test de Actitud en Contra de la obesidad (por sus siglas en inglés) (Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis, 1997); cf. García, 2008). Los estudios difieren en la información de sus muestras, lo que impide homogeneizarlas.

## II. Metodología e indicadores de cambio utilizados para evaluar la efectividad de la intervención

### *Muestra*

La muestra osciló entre 33 y 2,682 participantes ( $M_e = 116$ ). En todas las intervenciones participaron niños de ambos sexos; en cuatro de ellas se incluyó a los padres de familia, siendo las madres las que participaron en su mayoría. El rango del número de padres que participaron osciló entre 4 y 62 ( $M_e = 16$ ); cinco de las intervenciones se realizaron en población infantil que padecía sobrepeso u obesidad, teniendo como objetivo disminuir el IMC, y un estudio se hizo en población con un IMC normal.

### *Abordaje multidisciplinar*

Solamente en un estudio se reportó un enfoque multidisciplinar que involucró a enfermeras, tra-

bajadores sociales, nutriólogos y educadores físicos. En contraste, tres estudios fueron exclusivamente nutriólogos y dos psicológicos.

### *Participación de padres*

Entre las actividades que efectuaron los padres se encuentran, a saber: estar en un régimen alimenticio saludable, al igual que sus hijos (González, Castañeda, López, Brito y Sabag, 2014); modificar la preparación de los alimentos (hervirlos o asarlos en vez de freírlos); disminuir el consumo de azúcar en la familia (Rivera, Priego y Córdova, 2010); modificar su actitud hacia la obesidad (García, 2008), y leer folletos informativos sobre cómo preparar desayunos saludables para sus hijos (Safdie *et al.*, 2013). Ningún estudio reportó haber llevado a cabo sesiones con padres e hijos a la vez, ni tampoco integrar una fase de evaluación que evidenciara la adquisición del conocimiento para llevarlo a la práctica.

### *Instrumentos*

Dos de los estudios crearon sus propios instrumentos para evaluar la percepción de la imagen corporal, los conocimientos sobre alimentación que tenían los niños y el consumo de agua. En otra investigación se empleó el Test de Actitud en Contra de la Obesidad (AFAT) de Lewis, Cash, Jacobi y Bubb-Lewis (1997), el cual posee un coeficiente alfa de Cronbach adecuado (.88) y que fue validado en población mexicana previamente a la intervención. Los demás estudios no reportaron el uso de algún instrumento.

### *Duración de las intervenciones*

La intervención de menor duración consistió de cinco sesiones de dos horas cada una, impartidas una vez por semana (García, 2008); la segunda en ese orden duró veinte días hábiles en sesiones de 50 minutos (Cortés, López, Alarcón y Torres, 2009); la tercera duró seis meses (González *et al.*, 2014); la cuarta siete meses (Safdie *et al.*, 2013), y la quinta un año (Rivera *et al.*, 2010); la intervención con la máxima duración fue de tres años (Alvirde, Rodríguez, Henao, Gómez y Aguilar, 2013).

### *Indicadores de cambio*

Por un lado, cinco de las seis intervenciones retomaron el IMC como indicador para determinar si la intervención tuvo efectos en los participantes, aunque los resultados de solo tres de los cinco programas fueron estadísticamente significativos (Alvirde *et al.*, 2013; García, 2008; González *et al.*, 2014). Por otro lado, la investigación de Cortés *et al.* (2009) retomó la preferencia y selección de alimentos saludables, con resultados estadísticamente significativos únicamente en la preferencia de alimentos.

### *Seguimiento*

Solamente el estudio de Safdie *et al.* (2013) llevó a cabo una fase de seguimiento, en la que mantuvieron las mismas actividades hechas durante la intervención (orientación nutricional, actividad fisi-

ca e información sobre estilos de vida saludable), aunque también incorporaron algunas tareas nuevas, tales como prohibir el consumo de alimentos altos en grasa y reducir la venta de dulces dentro de las escuelas primarias. Dicha fase tuvo una duración de ocho meses, un mes más de lo que duró la intervención. Por otro lado, solo una de las intervenciones (García, 2008) sugirió hacer un seguimiento a 6, 10 y 18 meses posteriores a la intervención, si bien no señaló las actividades a realizar.

## **III. Teoría psicológica y funciones que desempeña el psicólogo**

### *Modelo teórico*

En cuanto a la teoría o modelo que emplearon los investigadores para sustentar la intervención, cuatro de ellos no especificaron el modelo teórico en el que enmarcaron su diseño, uno reportó haber elaborado el marco teórico y la metodología del programa de prevención bajo la perspectiva interconductual, mientras que otro partió de tres modelos teóricos: la teoría social cognitiva, la teoría de la planeación conductual y el modelo de creencias de salud.

### *Función del psicólogo*

Las funciones que desempeñó el psicólogo en cada intervención se encontraron definidas en el estudio de Cortés, López, Alarcón y Torres (2009): medición de estatura y peso, selección de cinco alimentos naturales (verduras y frutas) y cinco alimentos industrializados (frituras, palomitas, paletas, dulces picantes y goma de mascar) para utilizarse en la intervención; elaboración de material psicológico con contenidos alusivos a las diferencias entre comer y alimentarse balanceadamente, la relación entre el comer y la salud, y la conducción de las sesiones y el análisis de resultados.

En el estudio de García (2008), tales funciones fueron la medición de estatura y el peso de padres y menores; el diseño de un taller para modificar la actitud de los padres hacia la obesidad con temas como “¿Qué es la obesidad?” y “Facto-

res ambientales y psicológicos de la obesidad”, y la selección, adaptación, aplicación y evaluación de un instrumento psicométrico.

## DISCUSIÓN

La revisión sistemática reportada aquí tuvo como objetivos identificar programas de prevención de obesidad infantil en México, analizar su metodología y los indicadores de cambio empleados para evaluar su efectividad e identificar la teoría psicológica y las funciones que realizan los psicólogos en dichos programas. Con base en los resultados encontrados, fue posible observar que la mayoría de los estudios incluyeron a los padres de familia, lo cual pudo haber facilitado la promoción de hábitos saludables en sus hijos, ya que estos aprenden e imitan las conductas de las personas con las que conviven diariamente; en consecuencia, incluir a los padres o a otros familiares permitiría modificar los estilos de vida poco saludables (Mercado y Vilchis, 2013; OMS, 2018; OPS, 2014; Secretaría de Salud, 2018). Asimismo, se pueden plantear alternativas de prevención para la obesidad en función del IMC, es decir, trabajar con niños y padres que padecen obesidad de una forma diferente a aquellos con un IMC “normal”.

El IMC fue el indicador más utilizado para evaluar la efectividad de los programas de prevención; al respecto, los estudios de Alvirde *et al.* (2013) y González *et al.* (2014) disminuyeron el IMC en periodos de tres años y de seis meses, respectivamente; por otro lado, el trabajo de García (2008) lo logró en poco más de un mes. Tales diferencias pueden explicarse al haberse trabajado con niños que, por consiguiente, se hallaban en periodo de rápido crecimiento. Este parámetro puede fluctuar en función del sexo, la edad y el tipo de alimentación, entre otras variables, y por tanto sería recomendable que las mediciones se hicieran en periodos más cortos que hagan posible disminuir el efecto de dichas variables fisiológicas. Se sugiere que en futuras investigaciones se pongan en práctica otras medidas antropométricas (como la circunferencia de cintura y cadera, el porcentaje de grasa, la cantidad de pliegues grasos, etc.) y psicológicas (conducta alimentaria,

alimentación emocional, insatisfacción corporal, autoestima, etc.).

Howard, Hopta, Krause y Or-linsky (1986) y Kopta (2003) señalan que las intervenciones de dieciséis sesiones o más pueden afectar la validez interna del estudio debido a que los participantes pueden experimentar cansancio o pérdida de interés; no obstante, Alvirde *et al.* (2013) y González *et al.* (2014) encontraron resultados favorables en el IMC pese a que sus estudios fueron de larga duración. Pueden diseñarse programas de prevención de la obesidad infantil considerando las características de su muestra, tales como edad, niveles educativo y socioeconómico, características de los padres y características sociales, ambientales y culturales, entre muchas otras (Bernaldo, Labrador, Estupiñá y Fernández, 2013).

Respecto al uso de instrumentos en los programas de prevención, solamente en un estudio se utilizó un instrumento validado y adaptado para población mexicana, con propiedades psicométricas de confiabilidad y validez aceptables. No obstante, dos estudios crearon sus propios instrumentos de medición, sin calcular ni reportar sus propiedades psicométricas, lo que resta confiabilidad a los resultados obtenidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El empleo de un instrumento o escala psicométrica válida y confiable, así como su adaptación a la muestra de estudio, disminuirá el error de medida, permitiendo conocer en qué medida los hallazgos y conclusiones del estudio son precisos.

Los resultados indican que en la prevención de la obesidad infantil han participado nutriólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, aunque ha habido muy escasa colaboración multidisciplinaria. Los estudios han hecho hallazgos parcialmente alentadores, aunque podrían mejorarse los resultados si se conjuntaran grupos de profesionales de la salud en los que se incluyera al psicólogo, toda vez que este profesional puede implementar técnicas de modificación de conducta para los hábitos poco saludables de los niños y padres con o sin obesidad (Reynoso, 2014; Reynoso y Seligson, 2005).

El estudio de Safdie *et al.* (2013) fue el único en que se empleó una fase de seguimiento. Se sugiere que este tipo de intervención se efectúe

al mes y a los tres meses de haber concluido el programa de prevención a fin de conocer qué conductas aprendidas muestran estabilidad en el tiempo, así como las posibles variaciones en las medidas antropométricas (Bados y García, 2009; Rothman, 2000).

Finalmente, se concluye que al ser la obesidad infantil en México un problema de salud pública en constante crecimiento, deben ponerse en práctica programas de prevención con las siguientes características: *a)* participación de los padres de familia o familiares cercanos a los menores; *b)* colaboración multidisciplinar de nutriólogos, médicos, enfermeros y psicólogos; *c)* medidas de

tipo antropométrico (peso, talla, IMC, circunferencia de cintura-cadera, porcentaje de grasa y pliegues grasos) y psicológico (conducta alimentaria, alimentación emocional y satisfacción con la imagen corporal); *d)* instrumentos psicométricos validados y adaptados a población mexicana, y *e)* al menos dos seguimientos (al mes y a los tres meses), de tal forma que se puedan evaluar los cambios en el mediano plazo. Se recomienda que las siguientes revisiones sistemáticas empleen un mayor número de palabras claves, amplíen el periodo de búsqueda y, de ser posible, realicen un metaanálisis de los datos obtenidos.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores de la presente investigación agradecen el presupuesto otorgado a la Dra. Adriana Amaya-Hernández (PAPIIT IA302618) y a la Dra. Mayaro Ortega-Luyando (PAPIIT IA302320).

*Citación:* Pérez O., A., Ortega L., M. y Amaya H., A. (2021). Programas de prevención de obesidad infantil en México: Una revisión sistemática PICO. *Psicología y Salud*, 31(2), 169-177. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2686>.

## REFERENCIAS (Se indican con \* los estudios incluidos en la revisión).

- \*Alvirde G., U., Rodríguez G., A., Henao M., S., Gómez P., F. y Aguilar S., C. (2013). Resultados de un programa comunitario de intervención en el estilo de vida en niños. *Salud Pública de México*, 55(3), 406-414.
- Bados L., A. y García G., E. (2009). El proceso de evaluación y tratamiento. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/39033765\\_El\\_Proceso\\_de\\_evaluacion\\_y\\_tratamiento](https://www.researchgate.net/publication/39033765_El_Proceso_de_evaluacion_y_tratamiento).
- Bernaldo de Q., M., Labrador, F., Estupiñá, F. y Fernández A., I. (2013). La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. *Universitas Psicológica*, 12(1), 21-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729003>.
- \*Cortés M., A., López G., M.R., Alarcón A., M.E. y Torres B., X. (2009). Behavioral strategy on nutritional education. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(1), 29-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221718003.pdf>.
- Franco G., Á. (2012). Promoción de la salud (PS) en la globalidad. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 193-201. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a08.pdf>.
- \*García A., C.Y. (2008). *Modificación en la actitud parental en relación con la obesidad infantil*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM. Recuperado de <http://132.248.9.195/pd2008/0624228/Index.html>.
- \*González H., R., Castañeda S., O., López M., C., Brito Z., O. y Sabag R., E. (2014). Intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 74-77.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Howard, I.K., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Or-linsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. Doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159.
- Instituto Mexicano para la Competitividad, A.C. (2015). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. México: IMCO. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/kilos-de-mas-pesos-de-menos-los-costos-de-la-obesidad-en-mexico-2/>.
- Jensen, K.A. (2018). *Seven steps to the perfect PICO search. Evidence-based nursing practice*. EBSCO Health-CINAHL. Recuperado de [https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper.pdf?\\_ga=2.92481434.60838456.1569789026-91600718.1569789026](https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper.pdf?_ga=2.92481434.60838456.1569789026-91600718.1569789026).



- Kopta, S. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology, 59*(7), 727-733. Doi: 10.1002/jclp.10167.
- Landa R., E. y Arredondo P., A. (2014). Herramienta PICO para la formulación clínicamente relevante en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología, 11*(2-3), 259-270.
- Lewis R.J., Cash, T.F., Jacobi, L. y Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: the development and validation of the antifat attitudes test. *Obesity Research, 5*(4), 297-307. Doi: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x.
- Lizaraso, F. (2012). Promoción de la salud: un tema pendiente. *Horizonte Médico, 12*(2), 6-7.
- Mercado, P. y Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología, 17*(28), 49-57.
- Muñoz, F. y Arango, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Salud Uninorte, 33*(3), 492-503. Doi: 10.14482/sun.33.3.10916.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *¿Qué es la promoción de la salud?* Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018b) *¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles?* Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_consequences/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/).
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de Acción para la Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_contentyview=articleyid=11373yItemid=41740yurlang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleyid=11373yItemid=41740yurlang=es).
- Ortega C., R. (2014). Costos económicos de la obesidad infantil y sus consecuencias (Editorial). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52*(Supl. 1), S8-S11. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141c.pdf>.
- Puente V., C.E. (2008). *El modelo ecológico de Bronfenbrenner: una contribución para el estudio de la construcción cultural de la vejez en la Ciudad de México*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2008/diciembre/0637292/Index.html>.
- Reynoso E., L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En L. Reynoso E. y A. Becerra G. (Eds.): *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 11-26). México: UNAM-Quartuppi.
- Reynoso E., L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rivas R., R. y Talavera J., O. (2012). VII. Búsqueda sistemática: cómo localizar artículos para resolver una pregunta clínica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50*(1), 53-58.
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. y Murayama, C. (Eds.) (2012). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. México: UNAM.
- \*Rivera, M., Priego, H. y Córdova, J. (2010). Programa educativo de alimentación y nutrición en una comunidad del Estado de Tabasco. *Horizonte Sanitario, 9*(3), 7-15. Doi: 10.19136/hs.a9n3.143.
- Rothman, A. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology, 19*(1), 64-69. Doi: 10.1037/0278-6133.19.Supp1.64.
- \*Safdie, M., Lévesque, L., González C., I., Salvo, D., Islas, A., Hernández C., S. y Rivera J., A. (2013). Promoting healthful diet and physical activity in the Mexican school system for the prevention of obesity in children. *Salud Pública de México, 55*(Supl. 3), 357-373.
- Secretaría de Salud (2018). *DGPS-Nuestros Programas*. México: SSA. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>.
- Shamah, T., Cuevas, L., Rivera, J. y Hernández, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición a Medio Camino 2016 (ENSANUT-MC 2016)*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
- Torrice, M.E., Santín, M.C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M.J. (2008). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología, 18*(1), 45-59.



# Ansiedad como predictor de la conducta impulsiva en niños con sobrepeso y obesidad

## *Anxiety as a predictor of impulsive behavior in overweight and obese children*

*Javier Nahúm Alfaro Belmont, Patricia Romero Sánchez y Ariel Vite Sierra*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Javier N. Alfaro Belmont, [janvierstyle@comunidad.unam.mx](mailto:janvierstyle@comunidad.unam.mx).

### RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar la relación entre la ansiedad y la impulsividad en infantes con sobrepeso y obesidad mediante la escala de ansiedad para niños SCAS y el sistema de evaluación de conducta impulsiva, que mide el patrón impulsivo a través de cuatro dimensiones del reforzador. Cabe mencionar que el estudio se realizó a lo largo de cinco sesiones para obtener el promedio de elección. Participaron 58 niños de tercero, cuarto y quinto grados de dos escuelas primarias ubicadas en el sur de la ciudad de México. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson en diferentes subgrupos (en cuanto a género, condición de sobrepeso u obesidad y grado escolar) entre las subescalas y el puntaje total del SCAS respecto a las dimensiones asociadas a la elección, así como un análisis de regresión lineal para observar la varianza explicada tomando la ansiedad como predictor y la impulsividad como variable dependiente. Los resultados obtenidos muestran que los niveles de ansiedad más altos se observaron en los niños con obesidad o sobrepeso. También se describe una relación positiva moderada entre la ansiedad y la impulsividad en diferentes subgrupos. En cuanto a los factores de predicción, el grupo de tercer grado mostró una mayor varianza explicada por los niveles de ansiedad en la elección inmediata de alimentos, aunque se encontraron más modelos que explican la elección en los niños de quinto. En conclusión, se halló una relación entre las variables de ansiedad e impulsividad, siendo la ansiedad por separación, el miedo al daño físico y la fobia social los factores que mejor predicen las dimensiones de impulsividad. Se considera pertinente el estudio de la interacción de ambas variables al llevar a cabo estrategias de prevención e intervención dirigidas a esta población.

**Palabras clave:** Obesidad infantil; Impulsividad; Ansiedad; Elección; Escuelas primarias.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to evaluate the relationship between anxiety and impulsivity in overweight and obese elementary schoolchildren. Measurement included the anxiety scale for children SCAS composed by seven subscales, and the impulsive behavior assessment system (SECI) that measures impulsive patterns across four dimensions of food as a reinforcer. Data were collected over five sessions to obtain the average selected food choice. A total of 58 children from 3rd, 4th and 5th grades from two elementary schools located in southern Mexico City participated. Pearson correlation analyses were conducted for the subgroups: gender, overweight or obesity status, and school grade. The subscales and the total SCAS score explored the dimensions associated with food choice. Also linear regression analyses were performed in order to identify the variance explained*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Álvaro Obregón, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [janvierstyle@comunidad.unam.mx](mailto:janvierstyle@comunidad.unam.mx), [pattyro74@comunidad.unam.mx](mailto:pattyro74@comunidad.unam.mx) y [avite@unam.mx](mailto:avite@unam.mx).

*with anxiety as predictor and impulsivity as dependent variable. The results show that the highest anxiety levels occurred in children who were obese or overweight, as well as a positive, moderate relationship between anxiety and impulsivity in different subgroups. As for predictive factors, the 3rd grade group showed greater variance explained by anxiety levels for the immediate choice of food. Other models explained the food choice in 5th graders. We concluded that there is a definite relationship between anxiety and impulsivity, with the strongest predictive factors being impulsivity, separation anxiety, fear of physical damage and social phobia. Thus the study of the interaction of these variables when designing prevention and intervention strategies aimed at the health of children is highly relevant.*

**Keywords:** Childhood obesity; Impulsivity; Anxiety; Choice; Elementary school.

Recibido: 22/10/2019

Aceptado: 30/05/2020

La obesidad en México ha aumentado en los últimos años. Se ha estimado que en 2012 había 20.5 millones de adultos mayores de 18 años, cifra que ascendió a 24.3 millones en 2016 (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2018). Respecto a la obesidad infantil, un reporte realizado en 2020 por Shamah y Rivera basado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) mostró que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 35.6% en niños de 5 a 11 años. Además, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2017) llevó a cabo una actualización respecto a la obesidad infantil, indicando que uno de cada seis niños presenta este problema, y se estima que para 2030 se eleve a cuatro de cada diez.

El sobrepeso y obesidad se han definido como una acumulación anormal o excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. Para operacionalizar el grado de afectación o severidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó sus datos en 2006 con base en los patrones de crecimiento de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años, donde se pueden obtener los promedios y desviaciones estándar según el sexo y edad en

años y meses; asimismo, la OMS ha establecido tablas fijas para adultos mayores a 18 años (OMS, 2018). Estos parámetros de la edad exacta se toman en cuenta para detectar un problema con el peso.

El índice de masa corporal (IMC en lo sucesivo) es el indicador más utilizado para identificar los problemas de peso. Se calcula a partir de la fórmula: peso(kg)/talla(m<sup>2</sup>). Según los parámetros de desarrollo entre los 5 y 19 años, se considera que una persona presenta sobrepeso si su IMC se ubica por arriba de una y hasta dos desviaciones estándar respecto de la media esperada para la edad, mientras que aquellos con una puntuación por arriba de dos desviaciones respecto de la media son considerados como personas con obesidad (Rivera *et al.*, 2018).

El sobrepeso y la obesidad son una condición de salud que se asocia con otros problemas, como enfermedades cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor (osteoartritis), cáncer, dificultades respiratorias, fracturas y diabetes. Por ello es imprescindible e importante el estudio de este problema de salud, así como de las variables relacionadas con su prevención e intervención.

En México, el patrón alimenticio está circunscrito a diferentes factores distales, como la calidad de los productos elaborados y procesados, los sustitutos de azúcares o vitaminas sin una adecuada regulación de su control de calidad, los alimentos “chatarra” de precio accesible que favorecen el desarrollo de comportamientos alimenticios implicados en los problemas de peso (Rivera *et al.*, 2018). Estas condiciones, en conjunto con el gradiente de desigualdad social que restringe la accesibilidad a los servicios urbanos, convierten a muchos sectores de la población infantil en grupos en riesgo de padecer problemas de salud, como la obesidad y la desnutrición (Luna *et al.*, 2020; Torres, Rodríguez y Silva, 2020).

Además de lo anterior, la preferencia infantil por alimentos poco saludables conlleva que entre los niños de 5 a 11 años (edad escolar), más de la mitad reporte el consumo de bebidas endulzadas, botanas y carnes procesadas, por encima de otros rangos de edad. Si se considera que en México están registrados 22 millones de niños de entre 0 y 10 años con esas características, y que la prefe-

rencia de más de la mitad de ellos se inclina por este tipo de alimentos; luego entonces, existe un importante factor de riesgo para que gran parte de la población infantil desarrolle problemas de sobrepeso y obesidad (Torres y Rojas, 2018).

En el estudio del comportamiento alimenticio bajo la perspectiva de la psicología conductual se ha identificado que los patrones conductuales descritos de manera general como autocontrol e impulsividad se asocian con el consumo de grandes e inmediatas cantidades de comida con un mínimo esfuerzo debido a su bajo costo o proximidad, lo que se relaciona estrechamente con la elección de la misma.

La sensibilidad a la recompensa —es decir, conductas dirigidas a la obtención de refuerzos tales como dinero, poder, sexo y búsqueda de sensaciones (Pascual, Pascual, Redondo y Pérez, 2014)— puede configurar la elección por determinados alimentos (salados, dulces y grasosos), ya que tienen un valor gratificante mayor respecto a aquellos con bajo contenido calórico. Las personas con sobrepeso y obesidad, en comparación con aquellas con normopeso, eligen comida chatarra e inmediata (Davis *et al.*, 2007) y muestran una tendencia a actuar de manera espontánea y a tomar decisiones precipitadas (Ryden *et al.*, 2003). En este sentido, el estudio de la toma de decisiones en su dimensión conductual (la impulsividad) podría resultar útil para evaluar si un patrón de comportamiento está regulado por diferentes variables asociadas a la elección de comida saludable o chatarra (Vite, Negrete y Cavita, 2020).

Se ha definido la impulsividad como la reacción rápida, no planeada, ante estímulos internos o externos sin valorar las consecuencias (Meule, 2013). Diferentes teorías clásicas explican su adquisición y desarrollo (Bandura, 1978; Baumrind, 1971; Patterson y Wells, 1982), así como el control ejecutivo asociado con la toma de decisiones (Logan, 1985).

Se han llevado a cabo estudios en los que se emplean autoinformes y pruebas psicométricos (Iribarren, Jiménez, García y Rubio, 2011; Plutchik, Van Praag, Conte y Picard, 1989; Salvo y Castro, 2013), así como pruebas conductuales, afines a evaluaciones situacionales en vivo para

la toma de decisiones en jóvenes obesos (Chamberlain, Derbyshire, Leppink y Grant, 2015), hallándose que las personas con obesidad muestran tasas altas de conductas desadaptativas, como la elección inmediata y las pérdidas monetarias; a través de un análisis multivariado, se ha visto que el sexo femenino y un bajo control inhibitorio predicen significativamente la obesidad.

Por su parte, Fields, Sabet y Reynolds (2013) reportaron que los preadolescentes con sobrepeso y obesidad eran más impulsivos en cuanto a las tareas de atención que se les presentaban (esto es, tardaban menos tiempo en responderlas) y eran más sensibles al descuento temporal (preferir recompensas inmediatas inferiores en lugar de recompensas superiores a futuro).

Vite *et al.* (2020), en un estudio realizado en niños mexicanos, encontraron que las elecciones de niños con sobrepeso y obesidad se veían influenciadas por la inmediatez del reforzador (obtener comida inmediatamente) y esperar poco tiempo para pagar (esforzarse) el alimento.

Considerando que la impulsividad es un fenómeno multifactorial que abarca desde la serie de elecciones planeadas o no planeadas ante cualquier decisión que se tome (p. e., consumir determinado tipo de comida, a qué hora, con qué frecuencia y cantidad), hasta condicionantes tales como la disponibilidad, el valor de gratificación, el esfuerzo requerido para obtenerla y el tiempo en que se obtendrá (Neef, Bicard y Endo, 2001), es posible extender su estudio al comportamiento de elección hacia alimentos chatarra, y tener así evidencia de cómo los mismos se asocian con los problemas de sobrepeso y la obesidad, en virtud de que estos son resultado en gran medida de la dieta elegida, que incluye alimentos altamente calóricos por su valor gratificante.

En el terreno de la impulsividad hay investigaciones que la relacionan con variables psicológicas como la ansiedad. En la literatura es factible encontrar esas asociaciones en la población adolescente (Corbí y Pérez, 2011) con la violencia familiar (Negrete y Vite, 2011) o las adicciones (Gran y Nieto, 2012; Gutiérrez, Valladolid y De Fonseca, 2013). Sin embargo, poco se conoce respecto de cómo se relaciona el comportamiento im-



pulsivo en situaciones de elección con los niveles de ansiedad mostrados por la población infantil o adolescente con sobrepeso y obesidad.

La ansiedad psicológica clínicamente significativa puede fomentar el aumento de peso y la obesidad, lo que conduce a sufrir problemas psicosociales, como los conductuales de externalización (impulsividad y déficit de atención e hiperactividad), internalización (depresión y ansiedad) y un comportamiento alimentario incontrolado (Puder y Munsch, 2010). Se estima que cerca de 260 millones de personas en el mundo padecen algún trastorno de ansiedad, la cual es considerada como la sexta causa de enfermedad y discapacidad en niños (OMS, 2019). En México, se estima que 14% de la población los padece, siendo los problemas de salud mental más prevalentes en el país. También se ha reportado que en la ciudad de México ha habido un considerable incremento en el número de consultas externas y de hospitalizaciones por sintomatología ansiosa y estrés en la población de entre 0 y 18 años (Márquez, Arroyo, Granados y Ángeles (2017).

Los niveles de alta ansiedad se han relacionado con el control inhibitorio y la sensibilidad a la recompensa (elección de recompensas inmediatas), y se consideran factores psicológicos implicados en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad pediátrica (Goldschmidt, Smith, Lavender, Engel y Haedt-Matt, 2019). Si lo anterior es correcto, entonces los paradigmas de elección sirven para evaluar cualquier problemática relacionada con la toma de decisiones derivada de patrones ansiosos (Pereira y Chehter, 2011).

En una revisión sistemática llevada a cabo por Giel, Teufel, Junne, Zipfel y Schag (2017) de los resultados obtenidos en veinte estudios con diversos diseños experimentales, se describe que la elección de comida inmediata y el atracón pueden considerarse como un fenotipo en el espectro de la obesidad. En ellos se utilizaron tareas clásicas de elección entre imágenes de alimentos, hallándose que la sensibilidad a la recompensa se asociaba a la inmediatez y disponibilidad de los alimentos. Específicamente en los niños, se vincula el sobrepeso con bajos niveles de inhibición a la respuesta (por ejemplo, elegir más alimentos en el menor

tiempo), lo cual se ha asociado con la conducta impulsiva (Nederkoorn, Coelho, Guerrieri, Houben y Jansen, 2012), aunque la evidencia sugiere considerar más estudios que incorporen la ansiedad como una variable implicada en la toma de decisiones (Goldschmidt *et al.*, 2019).

Los paradigmas más utilizados para analizar la impulsividad son aquellos en los que los participantes deben elegir, en programas concurrentes, una recompensa pequeña inmediata, o mayor pero demorada (Chamberlain *et al.*, 2015; Neef *et al.*, 2001; Sánchez, Giraldo y Quiroz, 2013). Con base en el análisis conductual aplicado, la utilización de técnicas de evaluación conductual resultaría eficaz bajo el principio del establecimiento de una línea base para obtener un patrón de elección en cuando menos 3 momentos diferentes, con el objetivo de establecer un patrón de comportamiento impulsivo en más de una ocasión.

En esta línea, Neef *et al.* (2001) proponen una serie de dimensiones relacionadas con la elección impulsiva en la que se señalan cuatro categorías principales: inmediatez, esfuerzo, calidad y programa de reforzamiento. Los citados autores señalan que la interacción de estas cuatro dimensiones al momento de elegir indican cuál de ellos tiene más peso para cada individuo. Por ejemplo, algunos niños eligen lo inmediato, aunque se esforzarán más para obtenerlo, y en otras ocasiones querrán obtener el reforzador con poco esfuerzo, aunque deban esperar más tiempo. De esta manera, si un niño elige lo inmediato con poco esfuerzo y espera poco tiempo para lograr la recompensa que obtendrá, se puede decir que muestra un patrón de comportamiento impulsivo.

Los primeros planteamientos que hicieron los investigadores citados fueron respecto al complejo de elección de niños con problemas de déficit de atención e hiperactividad. Con base en ello, desarrollaron un software en el que colocaban dos pantallas concurrentes asociadas con un reforzador, cuya entrega dependía de que el niño respondiera una operación matemática básica relacionada con un programa de reforzamiento, vinculado al tiempo en que tenía que esperar para responder tal operación. A partir de este arreglo, midieron las dimensiones de elección impulsiva: Calidad de

reforzador, asociado a la preferencia de objetos, imágenes, comida saludable o chatarra; Inmediatez, tiempo de espera en que se entrega el reforzador; por ejemplo, un minuto o mañana; Esfuerzo, relativo al requisito alto o bajo de respuesta para obtener ese reforzador, y Programa de reforzamiento, relacionado al tiempo que debe esperar el participante para acceder al reforzador (por ejemplo, 30, 60 o 90 segundos).

Con base en lo antes descrito, se han generado tareas que incorporan las cuatro dimensiones para establecer los patrones de comportamiento impulsivo, como el papel que en la impulsividad de los adolescentes tienen la violencia familiar (Negrete y Vite, 2011), los problemas de conducta (Caporal, Moysen y Vite, 2015), la obesidad infantil (Cavita y Sánchez, 2012; Vite *et al.*, 2020; Romero y Zúñiga, 2016) y el déficit de atención con hiperactividad (Neef *et al.*, 2005).

Se ha considerado la impulsividad como un rasgo común entre la elección de comida chatarra, inmediata y con bajo esfuerzo, patrón de comportamiento que se asocia a los problemas de sobrepeso y obesidad. Parece necesario indagar más en la relación entre estas variables, así como identificar si tales asociaciones tienen rasgos similares al comparar los casos de sobrepeso –antesala de problemas crónico-degenerativos como el cáncer, la diabetes o la hipertensión– y la obesidad. Así, se abre el campo para trabajar con la impulsividad mediante un programa de intervención o prevención, ya que la modificación de la conducta impulsiva en situaciones de elección puede ser un eje principal para el cambio de hábitos de alimentación, elección de tipo de alimentos y realización de actividad física, los que pueden operar para mantener un comportamiento saludable (Sánchez *et al.*, 2013).

Con base en lo anterior, es posible observar que el campo de conocimiento donde se relacionan variables como la impulsividad y la ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad es limitado cuando se utiliza un paradigma de elección, por lo que un análisis que pretenda describir en qué grado están asociadas las variables puede ser el primer paso para fundamentar intervenciones basadas en

trabajo con la variable de elección y mediadas por cuestiones emocionales o cognitivas (depresión, ansiedad, miedo, frustración, etc.).

Debido a que la elección de alimentos alude a una amplia gama de factores sociales, como la familia, la cultura o la disponibilidad, y psicológicos como la recompensa inmediata en menor tiempo, la elección de productos que dan la sensación de dejar a la persona satisfecha más rápidamente, la integración de modelos enfocados en la elección podría ser de utilidad para el manejo de los hábitos saludables.

Cabe mencionar que el papel de las variables sociales en las elecciones impulsivas, así como el de la ansiedad en los patrones de comportamiento alimenticio, son de vital importancia para llevar a cabo un diagnóstico preciso y generar así estrategias de prevención e intervención con fundamento en las recomendaciones hechas por instancias nacionales e internacionales (Márquez *et al.*, 2017; OCDE, 2017; OMS, 2019).

Es escaso el estudio de los factores relacionados con el sexo, la edad y otras variables sociodemográficas en la ansiedad como mediadora entre la impulsividad y la conducta alimentaria. Incorporar variables como el grado escolar y el sexo como factores implicados en la modificación de hábitos saludables, entre ellos la alimentación del niño, podría aportar evidencias sobre la forma en que se relacionan las variables de interés y haría posible el desarrollo de intervenciones centradas en el comportamiento impulsivo relacionado con la ansiedad.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue observar la relación entre las dimensiones de impulsividad y las subescalas de ansiedad en niños con problemas de sobrepeso y obesidad. Específicamente, se pretendió describir los puntajes promedio de las variables de ansiedad y las dimensiones de elección en tales niños a partir de su sexo y grado escolar, así como también identificar si los indicadores de ansiedad son predictores de las dimensiones de elección, y si estas predicciones difieren de acuerdo con la condición de salud (sobrepeso u obesidad), el sexo y el grado de escolaridad de los menores.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en el estudio 58 niños, de los cuales 26 fueron mujeres, con una edad media de 9 años (D.E. = .83), seleccionados de manera intencional en dos escuelas primarias públicas ubicadas al sur de la ciudad de México.

### Materiales e instrumentos

*Escala de Ansiedad para Niños de Spence* (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). Se utilizó la versión en español adaptada por Hernández *et al.* (2010) para niños mexicanos. Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert: de “nunca” (0) a “siempre” (3). Su consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, es de .88, y de .81 para el factor Ataque de pánico/agorafobia; de .74 para Ansiedad de separación, de .71 para el de Fobia social, de .75 para el factor Miedo al daño físico, de .77 para el factor Trastorno obsesivo-compulsivo, y finalmente, de .72 para el de Ansiedad generalizada. La escala ofrece ciertas ventajas, como sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM.

*Sistema de Evaluación de Conducta Impulsiva* (SECI) (Negrete, Cuevas y Vite, 2009).

La evaluación de la conducta impulsiva se llevó a cabo por medio de este instrumento, el cual permite evaluar la conducta impulsiva de un individuo basándose en las elecciones hechas con dos opciones de respuesta (elección de problemas aritméticos), presentadas concurrentemente y cuyas características varían de acuerdo a las dimensiones del reforzador (en este caso, música en formato mp3). La evaluación de la conducta impulsiva por medio de este software se fundamentó en la línea de investigación de Neef y sus colaboradores (Neef y Lutz, 2001; Neef *et al.*, 2005; Neef, Mace y Shade, 1993).

Las dimensiones del reforzador operadas por el software fueron las siguientes:

*Inmediatez (I)*. La inmediatez del reforzamiento hace referencia a la condición de elección entre un reforzador entregado inmediatamente (al finalizar la sesión), contra otro reforzador, pero por el cual se debe esperar un determinado tiempo para ser entregado (por ejemplo, al día siguiente).

*Calidad (C)*. La calidad de un reforzador alude a la preferencia relativa de un reforzador sobre otro. En este experimento, un reforzador era de mayor o menor calidad dependiendo del lugar que ocupase en el muestreo de reforzadores. Los reforzadores disponibles dentro del software correspondían a alimentos chatarra (calidad baja) y comida saludable (calidad alta).

*Programa de reforzamiento (R)*. Se refiere al programa concurrente de reforzamiento en efecto sobre un respectivo conjunto de problemas aritméticos. Para un programa de reforzamiento alto se empleó un programa de reforzamiento intervalo variable de 5 segundos (IV-5s) y para un programa bajo un IV-60s.

*Esfuerzo de la respuesta (E)*. Hace referencia a la dificultad relativa con la que un problema aritmético puede ser resuelto. En este experimento, el esfuerzo fue la dificultad del problema aritmético que estaba en función del número de sumandos que son acarreados a una posición superior de una operación aritmética. Para corroborar que estos rangos de dificultad fueron percibidos de la misma manera por los niños, se realizó una validación por jueces, quienes ajustaban las sumas para cada niño dependiendo de su edad.

### Escenario

La aplicación del SCAS y el programa SECI se llevó a cabo en el salón de cómputo de ambas escuelas, un espacio cerrado de 4 x 4 m con adecuada iluminación, ventilación y libre de distractores y ruido.

### Variables

*Ansiedad*: Evaluada mediante la escala de ansiedad para niños, en la que los puntajes altos corresponden a mayor ansiedad.

*Impulsividad:* La relación existente entre la frecuencia de respuestas que impliquen la elección de comida menos saludable, con menos esfuerzo (sumas más fáciles), escasa demora y programa de reforzamiento alto para contestar una operación matemática. Con ayuda del software se obtiene un patrón de elección a lo largo de cinco sesiones para lograr la estabilidad de la respuesta, promediándose después.

## PROCEDIMIENTO

Una vez contactadas las escuelas y de haber obtenido de ellas los permisos correspondientes para la aplicación, así como el consentimiento de los padres y los niños, se trabajó en el aula de cómputo, donde se les pedía que, en una sesión de 30 minutos, llenaran el instrumento.

Se tuvo especial cuidado en que la aplicación estuviera fundada en los cuidados instrumentales, metodológicos, normas de conducta, supervisión y conducción de la investigación indicados en los artículos correspondientes (Artículos 1, 2, 8, 16, 47, 48), y sobre el consentimiento informado (Artículos 118-131) del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010).

Respecto a la instrumentación del software, este se aplicó una vez a la semana durante cinco sesiones de 40 minutos cada una, aproximadamente. Al principio de cada sesión se evaluaba la preferencia relativa del niño bajo un procedimiento de muestreo de reforzadores (veinte tipos de alimentos chatarra y veinte de comida saludable); así, el programa discriminaba los tres tipos más preferidos (reforzador alto) y los tres tipos menos preferidos (reforzador bajo) para completar la dimensión Calidad (C).

Después del muestreo, en un monitor de computadora se le presentaba al niño una pantalla de elección en la que debía seleccionar de entre dos problemas aritméticos, aquel que prefiriera, de acuerdo con los niveles de las dimensiones del reforzador. Esta pantalla de elección mostraba un problema aritmético del lado izquierdo y uno del lado derecho, cada uno de los cuales tenía como fondo un color asociado al programa de reforzamiento (R), el que podía ser en color amarillo (IV

5 segundos), blanco (IV 30 segundos) o rojo (IV 60 segundos). En la parte inferior de cada problema se indicaba cuándo podría obtener virtualmente ese alimento, lo que podía ser de manera inmediata (I, al final de la sesión) o demorada (D, al día siguiente).

Una vez que el niño escogía el problema aritmético, la pantalla de elección desaparecía para mostrar únicamente el ejercicio seleccionado. Después de haber transcurrido el tiempo asociado al programa de reforzamiento, aparecían las opciones de respuesta en un formato de opción múltiple. Si el niño contestaba correctamente, una ventana así lo indicaba, y el punto era asignado al contador correspondiente al tipo de comida elegida; después se mostraba una nueva pantalla de elección con nuevos problemas aritméticos y una nueva oportunidad de elección<sup>2</sup>.

*Evaluación de la conducta impulsiva.* A lo largo de las cinco sesiones de evaluación, las cuatro dimensiones del reforzador fueron puestas en competencia directa a través del “Programa de reforzamiento vs. Inmediatez”, “Calidad vs. Inmediatez” e “Inmediatez vs. Esfuerzo”. De este modo, en una pantalla de elección competían dos dimensiones, mientras que las otras dos permanecían constantes. La evaluación terminaba hasta que el niño completaba 30 pantallas de elección o transcurrían 30 minutos de evaluación.

Los datos obtenidos en cuanto a la elección se analizaron en una base de datos y se obtuvieron los promedios de las cinco sesiones de evaluación para observar el grado relativo de preferencia por cada dimensión; es decir, cuál de las cuatro dimensiones resultaba influir más a lo largo de cinco sesiones y, en consecuencia, mostraba un perfil para, a su vez, relacionarla con la ansiedad.

En cuanto al instrumento, se obtuvieron los resultados totales y por subescalas. Luego, se vaciaron en una base de datos los promedios de las dimensiones de impulsividad y las subescalas de ansiedad para realizar un análisis descriptivo de los participantes y proceder a efectuar un análisis de correlación de Spearman. Finalmente, se analizaron los resultados mediante el programa SPSS, v. 22.

<sup>2</sup> Para una mejor comprensión de las pantallas de competencias de las dimensiones en el Sistema de Evaluación de la Conducta Impulsiva (SECI), véase Negrete *et al.*, 2009.



## RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos de los promedios en niveles de ansiedad, las subescalas de la misma y las dimensiones asociadas a las elecciones agrupadas, según la condición de sobre-

peso y el grado escolar. En los 58 participantes se obtuvo una media de ansiedad de 59.5 (D.E. = 19.3), teniendo en cuenta que la escala de ansiedad se clasifica en tres niveles: alto (78-114 pts.), medio (39-77 pts.) o bajo (0-38 pts.).

**Tabla 1.** Media y desviación estándar en los subgrupos de niños con sobrepeso y obesidad.

| Subgrupo                   |                               | Sobrepeso (n = 27) |       |                |       | Obesidad (n = 31) |       |                |       |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|-------------------|-------|----------------|-------|
|                            |                               | Niñas (n = 14)     |       | Niños (n = 13) |       | Niñas (n = 12)    |       | Niños (n = 19) |       |
|                            |                               | M                  | D.E.  | M              | D.E.  | M                 | D.E.  | M              | D.E.  |
| 3°<br>(n = 15)             | Ansiedad generalizada         | 6.67               | 1.15  | 13.00          | 3.46  | 12.00             | 4.24  | 13.40          | 2.30  |
|                            | Miedo al daño físico          | 12.33              | 4.93  | 13.00          | 4.58  | 12.50             | 6.40  | 12.60          | 3.78  |
|                            | Ansiedad por separación       | 6.33               | 4.93  | 7.00           | 4.58  | 12.25             | 8.50  | 10.60          | 4.98  |
|                            | Fobia social                  | 9.67               | 1.15  | 13.67          | 2.31  | 13.00             | 2.83  | 14.00          | 1.41  |
|                            | Pánico con agorafobia         | 10.33              | 7.51  | 19.00          | 8.66  | 11.50             | 10.34 | 15.20          | 6.30  |
|                            | Trastorno obsesivo compulsivo | 3.33               | 5.77  | 13.00          | 3.46  | 9.50              | 4.80  | 9.60           | 4.83  |
|                            | <b>Ansiedad total</b>         | 48.67              | 14.74 | 78.67          | 24.83 | 70.75             | 27.35 | 75.40          | 17.40 |
|                            | °Calidad                      | 19.62              | 11.79 | 22.95          | 13.15 | 18.63             | 9.87  | 24.44          | 6.35  |
|                            | °Inmediatez                   | 7.74               | 4.63  | 7.33           | 7.28  | 11.49             | 5.15  | 12.19          | 7.24  |
|                            | °Esfuerzo                     | 39.31              | 4.22  | 36.20          | 16.09 | 40.81             | 8.54  | 33.48          | 19.91 |
| °Programa de reforzamiento | 38.32                         | 11.30              | 38.19 | 4.98           | 33.62 | 7.11              | 33.64 | 10.04          |       |
| 4°<br>(n = 18)             | Ansiedad generalizada         | 4.00               | 4.58  | 8.75           | 6.34  | 9.40              | 4.83  | 9.50           | 5.82  |
|                            | Miedo al daño físico          | 4.33               | 4.51  | 8.50           | 5.00  | 11.00             | 4.69  | 10.00          | 4.52  |
|                            | Ansiedad por separación       | 2.00               | 2.00  | 8.75           | 2.06  | 2.80              | 4.09  | 10.67          | 5.57  |
|                            | Fobia social                  | 7.67               | 3.06  | 10.75          | 4.79  | 11.40             | 3.29  | 11.33          | 3.88  |
|                            | Pánico con agorafobia         | 8.00               | 7.00  | 9.50           | 3.11  | 8.80              | 7.26  | 14.50          | 6.95  |
|                            | Trastorno obsesivo compulsivo | 2.67               | 2.52  | 7.25           | 6.40  | 6.00              | 2.92  | 7.00           | 4.69  |
|                            | <b>Ansiedad total</b>         | 28.67              | 2.08  | 53.50          | 21.21 | 49.40             | 13.74 | 63.00          | 13.02 |
|                            | °Calidad                      | 19.52              | 19.04 | 26.68          | 16.13 | 21.56             | 15.42 | 17.46          | 11.78 |
|                            | °Inmediatez                   | 11.01              | 9.90  | 12.51          | 8.46  | 8.51              | 3.03  | 13.37          | 7.89  |
|                            | °Esfuerzo                     | 33.84              | 7.54  | 21.78          | 8.21  | 39.62             | 12.69 | 37.06          | 10.47 |
| °Programa de reforzamiento | 39.69                         | 6.58               | 43.58 | 4.61           | 34.07 | 15.08             | 36.41 | 8.32           |       |
| 5°<br>(n = 25)             | Ansiedad generalizada         | 9.88               | 5.17  | 10.83          | 4.36  | 7.67              | 4.73  | 8.88           | 4.02  |
|                            | Miedo al daño físico          | 9.38               | 5.83  | 11.83          | 1.94  | 13.00             | 2.65  | 10.75          | 4.43  |
|                            | Ansiedad por separación       | 4.63               | 1.85  | 6.83           | 2.71  | 5.33              | 6.81  | 6.50           | 5.81  |
|                            | Fobia social                  | 11.50              | 3.63  | 12.33          | 2.73  | 10.33             | 3.21  | 11.00          | 2.56  |
|                            | Pánico con agorafobia         | 14.63              | 6.09  | 15.00          | 2.53  | 18.33             | 9.61  | 15.00          | 7.98  |
|                            | Trastorno obsesivo compulsivo | 5.50               | 4.90  | 6.67           | 3.72  | 8.67              | 9.02  | 6.38           | 3.89  |
|                            | <b>Ansiedad total</b>         | 55.50              | 17.00 | 63.50          | 9.79  | 63.33             | 25.72 | 58.50          | 17.49 |
|                            | °Calidad                      | 19.24              | 15.54 | 23.23          | 11.25 | 22.11             | 10.74 | 20.74          | 13.79 |
|                            | °Inmediatez                   | 17.90              | 13.64 | 16.53          | 7.72  | 10.34             | 5.55  | 7.90           | 3.46  |
|                            | °Esfuerzo                     | 24.74              | 14.86 | 25.98          | 11.34 | 47.27             | 6.31  | 41.20          | 11.72 |
| °Programa de reforzamiento | 42.35                         | 9.88               | 38.47 | 12.46          | 24.14 | 19.87             | 33.42 | 10.01          |       |



Se puede apreciar que las medias son similares en los diferentes subgrupos respecto a las subescalas de ansiedad. En cuanto a las dimensiones de impulsividad, los puntajes promedio son igualmente similares en los diferentes subgrupos, y en relación a la ansiedad total, los niños en general puntúan más alto que las niñas en 3ro. y 4to. grados.

En referencia a las dimensiones de la impulsividad, los puntajes también fueron similares.

Cabe resaltar que en 5to. año la dimensión con mayor puntuación promedio fue E en los niños y niñas con obesidad.

Luego se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson en diferentes subgrupos y condiciones para identificar el grado de asociación entre las distintas dimensiones de ansiedad e impulsividad, cuyos resultados se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Análisis de correlación de Pearson para las dimensiones de impulsividad y las subescalas de ansiedad significativas a  $p \leq .05$ .

| <b>General (n = 58)</b>       | <b>Calidad</b> | <b>Inmediatez</b> | <b>Esfuerzo</b> | <b>P. R.</b>  |
|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| IMC                           | .005           | -.238             | <b>.298*</b>    | -.242         |
| Ansiedad generalizada         | <b>.269*</b>   | -.027             | -.201           | -.032         |
| Miedo al daño físico          | <b>.273*</b>   | .028              | -.203           | -.089         |
| Fobia social                  | <b>.263*</b>   | -.022             | -.193           | -.040         |
| <b>Niñas (n = 26)</b>         | <b>Calidad</b> | <b>Inmediatez</b> | <b>Esfuerzo</b> | <b>P. R.</b>  |
| Ansiedad generalizada         | <b>.409*</b>   | -.069             | <b>-.431*</b>   | .093          |
| Miedo al daño físico          | <b>.414*</b>   | .042              | -.229           | -.254         |
| Fobia social                  | <b>.408*</b>   | -.047             | <b>-.437*</b>   | .084          |
| Trastorno obsesivo compulsivo | .187           | .075              | .116            | <b>-.412*</b> |
| <b>Obesidad (n = 31)</b>      | <b>Calidad</b> | <b>Inmediatez</b> | <b>Esfuerzo</b> | <b>P. R.</b>  |
| Ansiedad por separación       | -.105          | <b>.426*</b>      | -.023           | -.093         |
| <b>3° (n = 15)</b>            | <b>Calidad</b> | <b>Inmediatez</b> | <b>Esfuerzo</b> | <b>P. R.</b>  |
| Ansiedad por separación       | -.118          | <b>.693**</b>     | -.103           | -.256         |
| Ansiedad total                | -.109          | <b>.526*</b>      | -.093           | -.189         |
| <b>5° (n = 25)</b>            | <b>Calidad</b> | <b>Inmediatez</b> | <b>Esfuerzo</b> | <b>P. R.</b>  |
| IMC                           | .001           | <b>-.523**</b>    | <b>.603**</b>   | -.346         |
| Ansiedad generalizada         | .156           | .078              | <b>-.397*</b>   | .258          |
| Fobia social                  | .170           | .094              | <b>-.414*</b>   | .251          |
| Pánico con agorafobia         | <b>.529**</b>  | .169              | -.244           | -.397*        |
| Ansiedad total                | <b>.433*</b>   | .162              | -.310           | -.225         |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , PR: Programa de reforzamiento.

En dicha tabla se aprecia que, en la muestra total de niños, se asociaron positivamente las variables del IMC con el esfuerzo bajo, la ansiedad generalizada, el miedo al daño físico, y el puntaje de la escala total de ansiedad con la comida chatarra.

En las niñas se halló una relación positiva entre la comida chatarra y la ansiedad generalizada, el miedo al daño físico y la fobia social, y que el esfuerzo alto (elegir sumas más difíciles) se asocia negativamente con ansiedad generalizada y fobia social. En los niños no se obtuvie-

ron correlaciones significativas. Para el subgrupo de sobrepeso se obtuvo una correlación positiva entre la edad y la inmediatez. En el de obesidad se encontraron relaciones entre inmediatez y ansiedad por separación. En cuanto a los niños de 3ro. de primaria se halló una relación positiva entre inmediatez, IMC y ansiedad por separación, así como puntajes totales de ansiedad; en los de 4to. no se encontraron correlaciones significativas para dichas variables; mientras que en los de 5°, la comida chatarra se asoció positivamente con

miedo al daño físico, pánico con agorafobia y ansiedad total. Además, la ansiedad por separación se asoció con la inmediatez, y negativamente con el IMC. El esfuerzo bajo lo hizo positivamente con el IMC, y negativamente con la ansiedad generalizada, y la fobia social con el esfuerzo alto (sumas difíciles). En cuanto a la agorafobia, se asoció negativamente con el programa de reforzamiento IV de 5 segundos de espera para contestar una suma.

En la escuela 1 se encontraron relaciones positivas entre la comida chatarra, la ansiedad generalizada, la ansiedad total, la ansiedad por separación y la inmediatez.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión con procedimiento hacia adelante con filtro en el sexo (niña y niño), donde las variables de elección (Calidad, Inmediatez, Esfuerzo y Programa de reforzamiento) fueron dependientes de las subescalas de ansiedad (predictoras).

De acuerdo al análisis de regresión múltiple, usando el método por pasos hacia adelante y filtrando por sexo, se observa que las variables de elección se relacionan con las subescalas de ansiedad utilizando como criterio de significancia el intervalo de confianza (límites inferior y superior). En las siguientes tablas se muestran los modelos obtenidos para cada dimensión de elección.

**Tabla 3.** Regresión lineal en el grupo de niñas.

| Niñas  |                                      |        |       |                |        |        |
|--------|--------------------------------------|--------|-------|----------------|--------|--------|
| Modelo | VD: Calidad                          | B      | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
| 1      | Miedo al daño físico                 | 0.719  | 0.339 | 0.074          | 0.040  | 1.397  |
| 1      | <b>VD: Esfuerzo</b>                  |        |       |                |        |        |
|        | Fobia social                         | -1.761 | 0.741 | 0.191          | -3.290 | -0.232 |
| 2      | Fobia social                         | -1.964 | 0.670 | 0.191          | -3.350 | -0.577 |
|        | IMC                                  | 2.489  | 0.960 | 0.374          | 0.503  | 4.475  |
| 1      | <b>VD: Programa de reforzamiento</b> |        |       |                |        |        |
|        | Trastorno obsesivo-compulsivo        | -0.992 | 0.448 | 0.170          | -1.917 | -0.067 |

*Nota:* VD: Variable dependiente, b: beta, E.S.: error estándar, L.I.: Límite inferior, L.S.: Límite superior, IMC: índice de masa corporal, r<sup>2</sup>: coeficiente de determinación r<sup>2</sup>.

Como se puede observar en la Tabla 3, para la submuestra de niñas la Calidad es explicada significativamente por miedo al daño físico, y para la variable Esfuerzo el mejor modelo fue el que incluye la fobia social y el IMC, siendo esta última variable la que contribuye más al modelo; en el caso del Programa de reforzamiento, la única variable de explicación significativa fue el trastorno obsesivo-compulsivo. Para la variable Inmediatez

(Tabla 4) no se encontró ningún modelo significativo. Para la submuestra de niños, ningún modelo presentó una proporción de error reducido que resultara significativa. Además de lo anterior, fue de interés de este estudio distinguir a los participantes según su condición de sobrepeso u obesidad. Solamente un modelo resultó significativo para el grupo de obesidad: la Inmediatez explicada por la Ansiedad por separación.

**Tabla 4.** Regresión lineal para los niños con obesidad.

| Obesidad |                         |      |      |                |      |      |
|----------|-------------------------|------|------|----------------|------|------|
| Modelo   | VD: Inmediatez          | B    | E.S. | r <sup>2</sup> | L.I. | L.S. |
| 1        | Ansiedad por separación | .376 | .148 | 0.182          | .073 | .678 |

*Nota:* VD: Variable dependiente, b: beta, E.S.: error estándar, L.I.: Límite inferior, L.S.: Límite superior, IMC: índice de masa corporal, r<sup>2</sup>: coeficiente de determinación r<sup>2</sup>.

Es posible apreciar que la escala de ansiedad por separación reduce el nivel de error (r<sup>2</sup> = 0.182)

para la dimensión de Inmediatez en los niños con obesidad.

Finalmente, se segmentó la muestra por grado, hallándose un modelo significativo que incluye Inmediatez como variable de respuesta y

ansiedad por separación como variable predictora ( $r^2 = 0.48$ ) en los niños de tercer grado (Tabla 5).

**Tabla 5.** Regresión lineal para los niños de 3ro. y 5to. grados.

| Modelo |                               | 3er. GRADO              |       |                |        |        |
|--------|-------------------------------|-------------------------|-------|----------------|--------|--------|
| 1      | VD: Inmediatez                | B                       | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
|        |                               | Ansiedad por separación | 0.704 | 0.203          | 0.48   | 0.265  |
| Modelo |                               | 5to. GRADO              |       |                |        |        |
| 1      | VD: Calidad                   | B                       | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
|        | Pánico con agorafobia         | 1.075                   | 0.36  | 0.28           | 0.331  | 1.819  |
|        | VD: Inmediatez                | B                       | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
|        | IMC                           | -1.760                  | 0.6   | 0.27           | -3     | -0.520 |
|        | VD: Esfuerzo                  | B                       | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
|        | IMC                           | 3.098                   | 0.86  | 0.36           | 1.329  | 4.867  |
|        | VD: Programa de reforzamiento | B                       | E.S.  | r <sup>2</sup> | L.I.   | L.S.   |
| 1      | Pánico con agorafobia         | -0.79                   | 0.38  | 0.16           | -1.580 | 0      |
| 2      | Pánico con agorafobia         | -0.82                   | 0.35  | 0.16           | -1.540 | -0.090 |
|        | Ansiedad por separación       | -1.23                   | 0.53  | 0.32           | -2.337 | -0.128 |

*Nota:* VD: Variable dependiente, b: beta, E.S.: error estándar, L.I.: Límite inferior, L.S.: Límite superior, IMC: índice de masa corporal, r<sup>2</sup>: coeficiente de determinación r<sup>2</sup>.

En el caso de los niños de quinto grado, los análisis de regresión múltiple muestran que la variable Calidad se asocia con la escala de Pánico con agorafobia; el IMC reduce el error de manera significativa cuando se evalúan Inmediatez y Esfuerzo como variables de respuesta ( $r^2 = 0.27$  y  $r^2 = 0.36$ , respectivamente). La variable Programa de reforzamiento se predice apropiadamente por Pánico con agorafobia y Ansiedad por separación.

Se observa en la variable de elección de comida chatarra que el miedo al daño físico explica 7.4%. En cuanto al esfuerzo bajo (sumas fáciles), lo explican en 37% la fobia social en interacción con el IMC. Y finalmente la subescala de trastorno obsesivo-compulsivo explica en 17 % elegir programas de reforzamiento altos (pocos segundos). Para el subgrupo de sobrepeso, la edad explica en 22% lo inmediato de los alimentos. En cuanto a los niños con obesidad, la subescala de ansiedad por separación explica la inmediatez en 14 %. En la escuela semiurbana, el trastorno obsesivo-compulsivo predice en 14% el programa de reforzamiento, y en los niños de 3ro. se encontró que la inmediatez es explicada en 48% por la subescala de ansiedad por separación.

Finalmente, en los niños de 5to. grado se encontraron diversas interacciones entre la Calidad, explicada por el pánico con agorafobia en 28%; la inmediatez por el IMC en 27%; el esfuerzo por el IMC en 36%; el programa de reforzamiento se explica en 32% por el pánico con agorafobia y la ansiedad por separación en conjunto.

Cabe mencionar que en los modelos que incorporaban al 4to. grado no se encontró relación alguna entre las variables analizadas.

## DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue observar la relación entre las dimensiones de impulsividad y las subescalas de ansiedad en niños con problemas de sobrepeso y obesidad, describir los puntajes promedio de las variables de ansiedad y las dimensiones de elección en niños con sobrepeso y obesidad a partir del género y el grado escolar, así como también identificar si los indicadores de ansiedad son predictores de las dimensiones de elección, y si estas predicciones difieren según la condición de salud (sobrepeso u obesidad), el sexo y el grado de escolaridad de los infantes.

De manera general, los puntajes de ansiedad para los participantes de este trabajo se mantuvieron en un nivel moderado. Dichos resultados coinciden con los presentados por varios autores (Corbí y Pérez, 2011; Miranda y Gloria, 2018), quienes reportan que la ansiedad y la obesidad guardan una relación positiva, pero también niveles de ansiedad moderados –lo cual se asocia a la percepción errónea de que “los niños gorditos son más saludables” (Cabello y De Jesús 2011) –, ya que la tendencia a la normalización de los problemas de peso de los niños puede ser un factor que explique el desarrollo de niveles moderados de ansiedad, depresión y autopercepción corporal; no percibir como un problema la condición relacionada con el peso puede traducirse en la desatención de la obesidad, y esta percepción equívoca de la apariencia personal limita la efectividad de evaluaciones diagnósticas y tratamientos.

Los tutores principales (padre, madre o cuidador) son los que proveen y determinan la dieta común del menor. El aprendizaje a través de la observación y la imitación adquieren relevancia para este, formando así un patrón de comportamiento que se relacionará con sus elecciones de alimentos (Laessle, Uhl y Lindel, 2001), de modo que el comportamiento alimentario familiar influye en el desarrollo de la obesidad (Puder y Munsch, 2010).

De acuerdo con los resultados de los índices de correlación, que se observan en un nivel moderado en la mayoría de las asociaciones entre las subescalas de ansiedad (Ansiedad generalizada, Miedo al daño físico y Fobia social, TOC, Ansiedad por separación y Ansiedad total) y las dimensiones de elección de comida no saludable y opciones inmediatas, es posible suponer que tales variables participan en forma condicional en la elección de alimentos, lo que reafirma lo hallado por Nederkoorn *et al.* (2006) y Sánchez *et al.* (2013), quienes muestran un bajo control inhibitorio y una mayor sensibilidad de los niños con obesidad en la elección de comida no saludable.

En cuanto al análisis de regresión para determinar el nivel de predicción de las subescalas de ansiedad sobre las dimensiones asociadas a la elección, se encontró en general que, en el subgrupo de mujeres, la variación del IMC y la fobia social explicaron 37% de la varianza de la dimen-

sión de esfuerzo en la variable Impulsividad; es decir, en las niñas con mayores puntajes en fobia social e IMC su elección depende en parte de lo difícil que sea una suma, de modo que regularmente eligieron las sumas fáciles. Este tipo de fobia se asocia al temor persistente de hablar en público, y regularmente quienes la sufren tienden a evitar los lugares donde haya multitudes, de acuerdo con lo señalado por Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró (2011) y Topçu, Orhon, Tayfun, Uçaktürk y Demirel (2016). En otras palabras, las mujeres harán una elección que les demande poco esfuerzo, lo que está asociado a un aumento en el peso y de la fobia social, lo que puede mantener su elección de comida no saludable porque les implica un menor esfuerzo conseguirla. Aunque los datos no son concluyentes, demuestran las posibles diferencias de género que deben ser consideradas en los programas de prevención.

En cuanto al subgrupo de sobrepeso, se obtuvieron resultados según la edad como predictor de la inmediatez con que eligen los niños una opción; en el grupo de obesos, la ansiedad por separación también predice la elección de opciones inmediatas, lo que explica 18% de la varianza. El paradigma de elección propuesto en el presente estudio, que incorpora una evaluación conductual para que a través de cuatro dimensiones de respuesta, y que toma en cuenta una variable psicológica como la ansiedad como predictora en niños con sobrepeso y obesidad, no aporta una evidencia contundente que describa tal relación, aunque algunos estudios preliminares encontraron que dichos niños tendían a efectuar una elección impulsiva, ya que preferían lo inmediato, con poco esfuerzo y seleccionaban regularmente la comida no saludable (Cavita y Sánchez, 2012; Romero y Zúñiga, 2016; Vite *et al.*, 2020). En este sentido, la presente investigación aporta el análisis por subgrupos de una muestra de niños con sobrepeso y obesidad a fin de que las variables de grado sexo y condición sean incorporadas al análisis y a las estrategias de prevención.

Una de las variables más explicada por la ansiedad por separación fue la inmediatez, especialmente en el subgrupo de tercer grado, con 48% de varianza explicada de esta dimensión de la impulsividad. En México, en dicho grado los niños se

hallan entre 7 y 8 años, edad en la que se desarrolla el proceso de toma de decisiones (Berger, 2014), que en el presente estudio se relaciona con la elección de alimentos con base en la cantidad, el tiempo de espera para recibirlos y el esfuerzo que se hará para obtenerlos (Neef *et al.*, 2001, Neef *et al.*, 2005). Como ya se mencionó, los padres determinan el tipo de dieta que lleva a cabo el niño, aunque fuera de casa los niños comienzan a hacer elecciones distintas, aunque basadas en el patrón de comportamiento alimenticio adquirido (Bandura, 1978; Fields *et al.*, 2013; Giel *et al.*, 2017; Goldschmidt *et al.*, 2019); aun así, el acceso a alimentos no saludables, de acceso inmediato, ya no están reguladas por los adultos, por lo que un programa de promoción de hábitos saludables que incorpore variables de elección de alimentos puede ser de utilidad (Vite *et al.*, 2020).

Respecto a los niños de quinto grado (niños de 10-11 años), los resultados de la regresión muestran que es el subgrupo que tiene diferentes modelos que explican las cuatro dimensiones del reforzador, la Calidad se explica por el pánico con agorafobia, la inmediatez y el esfuerzo por el IMC, y finalmente el tiempo de espera de una pantalla por la ansiedad por separación y el pánico con agorafobia. Lo anterior puede estar relacionado con el grado de madurez cerebral y la toma de decisiones en esta etapa previa a la preadolescencia (Logan, 1985; Rosselli, 2003). Por lo tanto, se propone incluir la madurez fisiológica como un factor intrínseco en la toma de decisiones (Berger, 2014).

En México no hay diferencias claras en cuanto al espectro de la ansiedad entre niñas y niños (Benjet *et al.*, 2009; Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010) debido a que no se han llevado a cabo investigaciones en ese sentido, por lo que se considera pertinente el estudio epidemiológico de la ansiedad para tener mayor claridad del papel que desempeña en los trastornos alimenticios. En el presente estudio se obtuvieron puntajes promedio de ansiedad en un nivel moderado y con una alta variabilidad de los datos, lo que refleja la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra y de tener un mayor control en cuanto a la equivalencia de los grupos. El estudio aporta asimismo una evaluación instrumental conductual que

permite el estudio de los factores implicados en el problema de la obesidad infantil. Su aportación teórica se considera importante dado que la literatura en México sobre esta línea en particular es limitada. Algunos estudios muestran evaluaciones de impulsividad por medio de instrumentos psicométricos (Corbí *et al.*, 2011; Guajardo, Ramírez y Guerrero, 2010; Guerrieri, Nederkoorn y Jansen, 2008; Lindberg, Hagman, Danielsson, Marcus y Persson, 2020) donde los datos presentados nos dan cuenta de un perfil general sobre lo que se describe como ansiedad. No obstante queda de soslayo el repertorio conductual en cuanto a la elección de opciones que son variables situacionalmente, y que reclama la identificación de patrón típico de elección (a partir de las regularidades que lo caractericen).

Con el diseño adoptado para este estudio, también se aporta en relación al uso de instrumentos sensibles, que permiten abordar el espectro de la conducta impulsiva considerado un fenómeno multidimensional no estable; se vuelve una necesidad el uso de diferentes herramientas de medición para obtener una muestra más amplia del comportamiento (Neef *et al.*, 2005), siendo la evaluación de la conducta impulsiva aquí propuesta, una alternativa de gran valor para el estudio de la elección de alimentos.

En este sentido la presente propuesta gira en torno a la instrumentación del establecimiento de un patrón conductual de elección con base a una toma de decisiones asociadas al contexto obeso-génico, esto es mediante un software computacional sensible para la detección de comportamiento impulsivo bajo cuatro dimensiones de elección en cuanto a la comida, asociadas al tiempo que tardan en elegir un alimento, qué tanto esfuerzo les implica, así como la calidad del producto elegido.

En el estudio de la impulsividad al relacionarla con variables psicológicas como la ansiedad ha sido relevante para el complejo de distintas áreas en la salud física y psicológica, ya que los componentes de una intervención podrían considerarse seriamente en la implementación de estrategias que tomen en cuenta el papel de la impulsividad (Guajardo *et al.*, 2010; Guerrieri *et al.*, 2008; Romero *et al.*, 2015). Esta forma de medición puede ser de mayor utilidad para identificar patrones



conductuales que se asocian con el sobrepeso y la obesidad (Lindberg *et al.*, 2020; Winstanley, Eagle y Robbins, 2006).

Para futuras investigaciones se recomienda ampliar el tamaño de la muestra, aumentar el control de las variables, disponer de un grupo control y de grupos equivalentes, incorporando a niños con normopeso para comparar los resultados. En este trabajo no fue posible obtener dicho grupo dado que los permisos otorgados por las instancias primarias participantes fueron otorgados para estudiar el comportamiento de niños con problemas de

sobrepeso y obesidad, por lo que no se logró evaluar a niños sin esa condición.

Se propone, por último, incluir la variable de impulsividad en los programas de intervención, con su metodología de evaluación a lo largo de líneas base para obtener patrones de comportamiento y, en consecuencia, dirigir los esfuerzos para enseñar a los niños a elegir comida saludable, no inmediata y que requiera un mayor esfuerzo para obtenerla. En lo que respecta a la ansiedad, sería interesante desarrollar instrumentos válidos y confiables que incorporen variables conductuales como la impulsividad.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología la beca otorgada (449445): Becario: 299266.

*Citación:* Alfaro B., J.N., Romero S., P. y Vite S., A. (2021). Ansiedad como predictor de la conducta impulsiva en niños con sobrepeso y obesidad. *Psicología y Salud*, 31(2), 179-194. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2701>.

## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29.
- Baumrind, D. (1971). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Berger, K.S. (2014). *The developing person through the life span*. New York: Worth Publishers.
- Cabello G., M. y De Jesús R., D. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(1). Disponible en <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/281>.
- Caporal M., L., Moysen C., A. y Vite S., A. (2013, octubre). Desarrollo de autocontrol en niños con problemas de comportamiento. *Memorias del XXI Congreso Mexicano de Psicología*, Guadalajara, Jal., México.
- Cárdenas E., M., Feria, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Secretaría de Salud.
- Cavita C., C. y Sánchez S., A. (2012). *Modelo de autocontrol basado en la ley de igualdad en niños con sobrepeso y obesidad*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Cebolla, A., Baños, R.M., Botella, C., Lurbe, E. y Torró, M.I. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 125-134.
- 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.
- Corbí, B. y Pérez N., M.A. (2011). Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 37(14), 109-122.
- Davis, C., Patte, K., Levitan, R., Reid, C., Tweed, S. y Curtis, C. (2007). From motivation to behaviour: A model of reward sensitivity, overeating, and food preferences in the risk profile for obesity. *Appetite*, 48, 12-19.
- Fields, S.A., Sabet, M. y Reynolds, B. (2013). Dimensions of impulsive behavior in obese, overweight, and healthy-weight adolescents. *Appetite*, 70, 60-66.

- Giel, K.E., Teufel, M., Junne, F., Zipfel, S. y Schag, K. (2017). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder —a systematic update of the evidence. *Nutrients*, 9(11), 1170. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/nu9111170>.
- Goldschmidt, A.B., Smith, K.E., Lavender, J.M., Engel, S.G. y Haedt-Matt, A. (2019). Trait-level facets of impulsivity and momentary, naturalistic eating behavior in children and adolescents with overweight/obesity. *Journal of Psychiatric Research*, 110, 24-30.
- Gran, B.C. y Nieto, M.A.P. (2012). Impacto de la impulsividad en el consumo de alcohol, adolescente. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 11(1), 21-32.
- Guajardo E., G.P., Ramírez M., T.G. y Guerrero F., T. (2010). Ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad: Resultados de un campo de verano. *Summa Psicológica UST*, 7(2), 67-74.
- Guerrieri, R., Nederkoorn, C. y Jansen, A. (2008). The effect of an impulsive personality on overeating and obesity: Current state of affairs. *Psihologijske Teme*, 17(2), 265-286.
- Gutiérrez J., D.S., Valladolid G., R. y De Fonseca F., R. (2013). La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addictions*, 13(2), 145-155.
- Hernández, G., Minor, E. y Aranda, R. (2012). Determinantes económicos: Evolución del costo de las calorías en México. En J. Á. Rivera-Dommarco, C. A. Aguilar S. y M. Hernández Á. (Eds.): *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (pp. 145-164). México: UNAM.
- Hernández G., L., Bermúdez O., G., Spence, S.H., González M., M., Martínez G., J., Aguilar V., J. y Gallegos G., J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Iribarren M., M., Jiménez G., M., García de C., J.M. y Rubio V., G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Española de Psiquiatría*, 39(1), 49-60.
- Laessle, R.G., Uhl, H. y Lindel, B. (2001). Parental influences on eating behavior in obese and nonobese preadolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 447-453.
- Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C. y Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC Medicine*, 18(1), 1-9.
- Logan, G.D. (1985). Executive control of thought and action. *Acta Psychologica*, 60(2-3), 193-210.
- Luna H., J., Ramírez D., M., Guerrero C., I., Guevara S., R., Marín V., J. y Jiménez A., E. (2020). Evaluación del estado nutricional de niños en edad escolar de dos localidades indígenas de Oaxaca. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 19(1), 1-9.
- Márquez C., M.E., Arroyo G., E., Granados R., A. y Ángeles L., A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59(4), 477-484.
- Meule, A. (2013). Impulsivity and overeating: a closer look at the subscales of the Barratt Impulsiveness Scale. *Frontiers in Psychology*, 4, 177. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00177>.
- Miranda, O. y Gloria, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Medica Herediana*, 29(2), 111-115.
- Nederkoorn, C., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A. y Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 7(4), 315-322.
- Nederkoorn, C., Coelho, J.S., Guerrieri, R., Houben, K. y Jansen, A. (2012). Specificity of the failure to inhibit responses in overweight children. *Appetite*, 59(2), 409-413.
- Neef, N.A., Bicard, D.F. y Endo, S. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(4), 397-408.
- Neef, N.A. y Lutz, M.N. (2001). A brief computer-based assessment of reinforcer dimensions affecting choice. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(1), 57-60. doi: 11317987.
- Neef, N.A., Mace, F.C. y Shade, D. (1993). Impulsivity in students with serious emotional disturbance: The interactive effects of reinforcer rate, delay, and quality. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(1), 37-52.
- Neef, N.A., Marckel, J., Ferreri, S.J., Bicard, D.F., Endo, S., Aman, M.G. y Armstrong, N. (2005). Behavioral assessment of impulsivity: A comparison of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38(1), 23-37.
- Negrete C., A., Cuevas, E. y Vite S., A. (2009). *Sistema de evaluación de la conducta impulsiva (SECI)*. México: UNAM y Hospital General SS.
- Negrete C., A. y Vite S., A. (2011). Relación de la violencia familiar y la impulsividad en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 121-128.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2018). *El estado mundial de la agricultura y la alimentación. Migración, agricultura y desarrollo rural*. Roma: FAO.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2017). *Obesidad y la economías de la prevención*. París: OCDE.

- Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). *Obesity update 2017*. París: OECD.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Datos y cifras sobre obesidad infantil*. Ginebra: OMS.
- Pascual N., D., Pascual N., T., Redondo D., M. y Pérez N., M. (2014). Sensibilidad a la recompensa y al castigo, personalidad, impulsividad y aprendizaje: un estudio en un contexto de violencia de pareja. *Clínica y Salud*, 25(3), 167-174.
- Patterson, G.R. y Wells, K.C. (1982). A social learning approach. En D. H. Barlow (Ed.): *Coercive family process* (v. 3). Eugene, OR: Castalia.
- Pereira, C. y Chehter, E.Z. (2011). Associações entre impulsividade, compulsão alimentar e obesidade em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(3), 16-30.
- Plutchik, R., Van Praag, H.M., Conte, H.R. y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 296-302.
- Puder, J.J. y Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 34(2), S37-S43.
- Rivera D., J.A., Colchero, M.A., Fuentes, M.L., González de C., Martínez, T., Aguilar S., C.A., Hernández L., G. y Barquera, S. (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. México: INSP.
- Romero B., T. y Zuñiga C., G. (2016). *Relación entre ansiedad y conducta impulsiva en una muestra de niños escolares con sobrepeso*. Tesis inédita de licenciatura. México: UNAM.
- Romero P., E.M., De Paz F., J.A., Camberos C., N.A., Tánori T., J.M., Bernal R., F. y Márquez R., S. (2015). Evaluación de los estados de ansiedad y depresión de niños obesos después de participar en un programa de ejercicio físico. *Biotechnia*, 17, 11-15.
- Rosselli, M. (2003). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 125-144.
- Ryden, A., Sullivan, M., Torgerson, J.S., Karlsson, J., Lindroos, A.K. y Taft, C. (2003). Severe obesity and personality: A comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity*, 27, 1534-1540.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Sánchez S., P., Giraldo H., J.J. y Quiroz P., M.F. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251.
- Shamah L., T. y Rivera D., J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 Resultados en localidades con menos de 100 000 habitantes. *Salud Pública de México*, 61(6), 707-708.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Topçu, S., Orhon, F. Ş., Tayfun, M., Uçaktürk, S. A. y Demirel, F. (2016). Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(3), 357-361.
- Torres, F. y Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del Desarrollo*, 49(193), 145-169.
- Torres M., V., Rodríguez H., C. y Silva J., L.C. (2020). Formas de malnutrición regional en México en el marco de un desarrollo sostenible. *Estudios Sociales: Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55), 7.
- Vite S., A., Negrete C., A. y Cavita C., C. (2020). Promoting self-control in overweight and obese children. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 251-259.
- Winstanley, C.A., Eagle, D.M. y Robbins, T.W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 379-395.
- World Health Organization (2013). *Population-based approaches to childhood obesity prevention*. Geneve: WHO.
- World Health Organization (2018). *Obesity and overweight*. Geneve: WHO.
- World Health Organization (2019). *Adolescent mental health. Fact sheets*. Geneve: WHO.

# Análisis de la prevalencia de la conducta suicida en pacientes con vitíligo

## *Epidemiological analysis of suicidal behavior in vitiligo patients*

*Edmundo Denis Rodríguez<sup>1</sup>, Nancy Patricia Ríos Maya<sup>2</sup>,  
Guadalupe Melo Santiesteban<sup>1</sup>, Patricia Beatriz Denis Rodríguez<sup>1</sup>  
y Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández<sup>3</sup>*

Universidad Veracruzana<sup>1,3</sup>  
Centro Psicoderma<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Edmundo Denis Rodríguez, [eddenis@uv.mx](mailto:eddenis@uv.mx).

### RESUMEN

El vitíligo es una enfermedad dermatológica frecuente que afecta a alrededor del 1% de la población mundial. Aunque no es considerada una enfermedad con riesgo de morbimortalidad elevado, se ha evidenciado que puede asociarse con manifestaciones psicopatológicas diversas que pudieran ser una consecuencia de la misma. En el presente artículo se lleva a cabo una revisión de las evidencias actuales sobre la relación existente entre el vitíligo, los parámetros definitorios de calidad de vida, la presencia de trastornos afectivos y el posible vínculo con el aumento del riesgo de ideación suicida. Es claro que la identificación de los factores de riesgo es de suma utilidad para que los profesionales de la dermatología puedan detectar pacientes que deban ser manejados psicológicamente de manera concomitante.

**Palabras clave:** Vitíligo; Depresión; Ideación suicida; Calidad de vida.

### ABSTRACT

*Vitiligo is a frequent dermatological disease that affects about 1% of the world's population; although it is not a disease with a high risk of morbidity or mortality, several studies have shown that it can be associated with psychopathological manifestations, related to the condition. The present article reviews the current evidence on the relationship between vitiligo, some defining parameters of quality of life, affective disorders, and a possible link with an increased risk of suicidal ideation. It seems clear that the identification of risk factors would allow to the dermatology professionals to detect patients with psychopathological manifestations to be referred and treated.*

**Keywords:** Vitiligo; Depression; Suicidal ideation; Quality of life.

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Forense, Reyes Heróles esq. Juan Pablo II, Fracc. Costa Verde, 94294 Boca del Río, Ver., México, tel. (229)208-30-91, correos electrónicos: [eddenis@uv.mx](mailto:eddenis@uv.mx), [gmelo@uv.mx](mailto:gmelo@uv.mx), [pdenis@uv.mx](mailto:pdenis@uv.mx).

<sup>2</sup> Bugambilia 583, entre Invernadero y Jardines de Virginia, Fracc. Jardines de Virginia (150,33 km), 94294 Boca del Río, Ver., México, correo electrónico: [vadiedna@hotmail.com](mailto:vadiedna@hotmail.com).

<sup>3</sup> Facultad de Odontología, Zona Veracruz, Av. Juan Pablo II s/n, Fracc. Costa Verde, 94294 Boca del Río, Ver., México, correo electrónico: [gcapetillo@uv.mx](mailto:gcapetillo@uv.mx).



Recibido: 04/11/2019

Aceptado: 06/05/2020

El vitíligo es una enfermedad crónica de la piel que se caracteriza por la aparición de máculas acrómicas en diversos sitios del cuerpo, tanto en piel como en mucosas, debidas a la desaparición de melanocitos y mediadas por un mecanismo inmunológico con un probable fondo genético. Se presenta en ambos sexos por igual, sin distinción de edad. El inicio de la enfermedad es muy variable y depende en gran parte de la región geográfica; en Estados Unidos, por ejemplo, se presenta a los 22 años en promedio, en tanto que en algunas zonas de Latinoamérica la edad promedio de inicio es ligeramente mayor (24-25 años). La prevalencia del vitíligo oscila entre 0.09 y 1.13% de la población, siendo más prevalente en India y Estados Unidos (Alkhateeb, Fain, Thody, Bennett y Spritz, 2003).

El término *vitíligo*, originalmente descrito por Celsus a comienzos del siglo I, se ha asociado con diversas manifestaciones psicosociales, mismas que han sido descritas con mayor frecuencia en los pacientes que lo sufren (Tarlé, Nascimento, Mira y Silva, 2014). En efecto, estos pacientes pueden padecer depresión, ansiedad y trastornos del sueño, las cuales suelen estar relacionadas con el impredecible comportamiento de esta enfermedad, originando que tengan que utilizar diversas medidas para ocultarla o maquillarla. Este aspecto es especialmente relevante en aquellos pacientes en los que la enfermedad representa un motivo diario de preocupación, siendo más frecuente en individuos jóvenes o en aquellos en que la enfermedad aparece precozmente (Nguyen *et al.*, 2016).

En la consulta diaria es común que los pacientes manifiesten que el vitíligo es motivo de estigmatización social, lo que genera una grave alteración de la calidad de vida del individuo que lo padece (Krüger y Schallreuter, 2015). Por tal motivo, es importante conocer las implicaciones que el vitíligo puede originar en la calidad de vida, tales como el desarrollo de trastornos depresivos y, de manera relacionada, la prevalencia de ideación suicida. Existen diversas concepciones sobre la ideación suicida; por ejemplo, Eguiluz (1995)

señala que esta es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado, y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, las formas deseadas de morir, así como los objetos, circunstancias y condiciones en que la persona se propone morir. Jiménez y González-Forteza (2003) han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfligida. Estas dos concepciones de la ideación suicida tienen como característica distintiva el ser conceptualmente inespecíficas y con problemas para su operacionalización. A su vez, Pérez (1999) define la ideación suicida según una serie de pautas, como la preocupación autodestructiva, la planeación de un acto letal y el deseo de morir.

En el presente artículo se revisa la literatura existente sobre la prevalencia y los factores de riesgo de ideación suicida en pacientes con vitíligo mediante una búsqueda exhaustiva de los términos “suicidio”, “vitíligo”, “ideación suicida”, “intencionalidad suicida” y “conducta suicida”, e incluyendo todos los reportes seleccionados entre los años 1975 y 2019 en Pubmed, Scielo, Redalyc y Web of Science. Cabe mencionar que hasta la fecha no se han publicado artículos de revisión ni metaanálisis sobre este tópico, por lo cual dicha búsqueda se circunscribe a reportes de casos y artículos originales con estudio de cohortes.

### Calidad de vida

Es importante constatar que no existe una definición consensuada de *calidad de vida*. Distintos autores utilizan diferentes enunciaciones implícitas, pero no las explican. En general, se refieren a una propiedad del individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las interpretaciones y valoraciones objetivas que hace de los aspectos del mismo. Se considera que la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación subjetiva de dichos elementos. De tal manera que calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida contienen factores que interactúan, y por tanto, calidad



de vida viene a ser un concepto subjetivo y objetivo a la vez; en el caso de la calidad de vida familiar, comunitaria, laboral y demás parecería ser más subjetiva que objetiva.

Se han separado los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. El estilo de vida, a su vez, es una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales, una propiedad de la persona más que del ambiente en el que se mueve (Sampogna *et al.*, 2009). Podría decirse que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes: bienestar emocional, riqueza material y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, y seguridad e integración con la comunidad (Hedayat *et al.*, 2016).

Como se dice antes, la calidad de vida es un concepto difícil de definir en virtud de que muchos de los aspectos que la componen son subjetivos. Sin embargo, se han desarrollado diversas escalas que intentan medir la calidad de vida en pacientes con diversas enfermedades; en el caso del vitiligo, se han efectuado diversos estudios al respecto (Bhandarkar y Kundu, 2012) y utilizado escalas dermatológicas generales, como el DLQI (Dermatology Life Quality Index), el Skindex 16 y 29, así como el PGA (Physician Global Assessment), aunque recientemente se han propuesto el VIS (Vitiligo Impact Scale) y el VitiQoL (Calidad de Vida en Vitiligo), con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, una adecuada correlación y mayor poder predictivo que las demás escalas (Hedayat *et al.*, 2016; Krishna *et al.*, 2013; Krüger y Schallreuter, 2013; Sampogna *et al.*, 2009). La más usada en el mundo ha sido la DLQI, la cual, a través de once preguntas, evalúa el efecto de la enfermedad cutánea en las esferas social, familiar, sexual y laboral, con puntajes de entre 0 y 30, donde 0-1 indica que no afecta, 2-5 que afecta un poco, 6-10 que afecta moderadamente, 11-22 que afecta grandemente y 21-30 que afecta extremadamente. Se ha usado en diversas patologías dermatológicas, incluyendo psoriasis, dermatitis atópica y vitiligo.

La mayor parte de los estudios señalan que el vitiligo altera la calidad de vida de los pacientes. En un estudio realizado en 50 pacientes, la

mayoría manifestó preocupación por su imagen física, sus relaciones laborales e interpersonales, e incluso sobre la posibilidad de contraer matrimonio (Pahwa, Mehta, Khaitan, Sharma y Ramam, 2013). En México, se analizó la calidad de vida en una muestra de 150 pacientes con vitiligo con una edad promedio de 38 años, usando para ello el DLQI y el VitiQoL. Se encontró que la afectación sobre la calidad de vida era mínimo, con excepción de aquellos pacientes con vitiligo localizado genitualmente (Morales, Vargas, Peralta, Olguín y Jurado, 2017).

Amer y Gao (2016) hicieron una revisión de todos los artículos en los que se utilizó la escala DLQI para medir la calidad de vida en pacientes con vitiligo; aunque los resultados variaron de acuerdo a la región geográfica, se observó una tendencia a la reducción de la calidad de vida en pacientes mujeres –especialmente casadas–, en jóvenes, en aquellos con afectación en sitios expuestos y en los de tez oscura; en Irán se halló una relación entre la calidad de vida y el grado de extensión de la enfermedad, independientemente de si se trataba de sitios visibles (Dolatshahi, Ghazi, Feizy y Hemami, 2008).

Karelson, Silm y Kingo (2013) analizaron la calidad de vida en pacientes con vitiligo, psoriasis y un grupo control usando el DLQI como instrumento de medición, encontrando que la alteración en la calidad de vida era cuatro veces mayor en pacientes con vitiligo, en comparación con un grupo control, aunque cabe señalar que en los pacientes con psoriasis fue trece veces mayor. Ya en un estudio anterior (Kostopoulou *et al.*, 2009) se había utilizado la misma escala para medir calidad de vida en 48 pacientes con vitiligo, con una edad promedio de 43.9 años, observándose un deterioro de la calidad de vida en 38% de los pacientes, especialmente en aquellos con la presentación diseminada o universal.

Tales reportes hacen evidente que el vitiligo *per se* constituye un factor que modifica la forma en la que el individuo es aceptado en su sociedad y afecta las variables que definen el concepto de calidad de vida. Este aspecto resulta de suma trascendencia para entender el papel del vitiligo en el desarrollo de manifestaciones psicológicas de tipo afectivo (Elbuluk y Ezzedine, 2017).

## Trastornos afectivos

La alteración de los parámetros de calidad de vida en pacientes con vitíligo fundamenta la posibilidad de que dicha enfermedad se relacione con la génesis de manifestaciones psicopatológicas.

Uno de las patologías más estudiadas en relación al vitíligo es el trastorno depresivo (Chan *et al.*, 2012; Sangma, Nath y Bhagabati, 2015; Sarkar, Sarkar, Sarkar y Das, 2018). El grado de relación entre el vitíligo y la depresión puede depender considerablemente de ciertos aspectos culturales; por ejemplo, la frecuencia de depresión en pacientes con vitíligo en Singapur fue 16.2%, aunque dicho valor fue mayor en Italia (31%) y en Arabia Saudita (50%) (Nguyen *et al.*, 2016).

Se han hecho numerosos estudios destinados a vincular el vitíligo con los trastornos depresivos. Wang, Qiu, Yang y Liu (2018) llevaron a cabo un metaanálisis en el que incluyeron un total de 1,965 pacientes reportados en veinte estudios efectuados con criterios metodológicos similares, observando una prevalencia general de depresión en 29% de la muestra total, aunque dicha cifra fue menor (8%) en otros estudios en los que se utilizaron los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, v). En este mismo sentido, Lai, Yew, Kennedy y Schwartz (2017) revisaron 25 estudios con un total de 2,708 pacientes, encontrando una prevalencia acumulada superior a la reportada en individuos sin vitíligo, aunque los resultados dependían mucho de la región geográfica estudiada.

Vallerand *et al.* (2019) hicieron una comparación entre vitíligo y depresión mayor, encontrando que los pacientes con depresión mayor tienen un riesgo 64% mayor de desarrollar vitíligo, en comparación con sujetos controles sin depresión, riesgo que disminuye cuando se utilizan medicamentos antidepresivos; por el contrario, los pacientes con vitíligo que iniciaron su enfermedad antes de los 30 años de edad tienen un riesgo más alto de desarrollar depresión mayor. Sawant, Vanjari y Khopkar (2019), a su vez, detectaron que la prevalencia de depresión en pacientes con vitíligo es de 63.64% en el sexo femenino y de 42.86% en el masculino. Una cifra similar (44%) fue reportada en un estudio reciente que incluyó a 150 pacientes

con este padecimiento con una edad promedio de 18 a 30 años (Kota *et al.*, 2019).

Al-Harbi (2013) estudió a 308 pacientes de Arabia Saudita usando la Escala de Depresión de Beck, hallando que 54.5% exhibía al menos depresión moderada, especialmente en individuos solteros y en mujeres con una evolución corta de su enfermedad. En su estudio, observó que la edad, el sexo, la duración de la enfermedad, el estado civil y el nivel educativo fueron los factores que influían de manera significativa en la severidad y la prevalencia de la depresión. En relación a la edad como factor de riesgo, Bilgiç, Bilgiç, Akiş, Eskioğlu y Kiliç (2011) habían reportado previamente que la prevalencia de la depresión asociada al vitíligo era menor en niños y adolescentes que en adultos, pero las menores cifras se reportaron en los menores de 10 años, quizá debido a que durante ese periodo de la vida el desarrollo de la identidad no tiene la importancia que se aprecia en edades posteriores.

Estudiar la prevalencia y los efectos deletéreos de la depresión en asociación con el vitíligo resulta de particular importancia dada la conocida relación entre los trastornos afectivos y el riesgo de desarrollar un comportamiento suicida.

## Ideación suicida

A pesar de que la prevalencia de la ideación suicida en pacientes con depresión es relativamente alta (entre 10 y 20% de los pacientes dependiendo del estudio evaluado), son escasas las investigaciones centradas en el estudio de la conducta suicida en pacientes con vitíligo. A partir de las observaciones descritas en el apartado previo, resulta evidente que padecer vitíligo es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos, del cual el más estudiado es el trastorno depresivo. Por consiguiente, el estudio del comportamiento suicida es de crucial importancia en pacientes con vitíligo debido a las implicaciones médicas y legales que ello representa (Osinubi *et al.*, 2018).

La ideación suicida es una consecuencia documentada del conflicto emocional generado en los pacientes con vitíligo, especialmente en aquellos con dificultades para realizar el proceso de aceptación de la enfermedad (Nguyen *et al.*, 2016).

Los estudios en los que se relacionó el vitíligo y la ideación suicida fueron efectuados en países asiáticos, en los que a través de los reportes de caso se evidenció una posible relación entre ambas entidades (Mechri *et al.*, 2006). En un estudio realizado en Pakistán por Ahmed, Ahmed y Nasreen (2007) se analizó la prevalencia de diversas entidades psicopatológicas, incluido el comportamiento suicida, en un grupo de 100 pacientes con vitíligo (62% de ellos del sexo femenino), con una edad promedio de 24.6 años. De ellos, 42% manifestaba alguna condición psicopatológica, especialmente en individuos menores de 30 años y en aquellos con topografía en zonas expuestas. La patología más frecuente fue el trastorno depresivo y la ideación suicida concomitante.

Pahwa *et al.* (2013), realizaron un estudio en una población de 50 pacientes con vitíligo provenientes de India, un pequeño subgrupo presentaba ideación suicida, aunque el tamaño de la muestra fue pequeño. Finalmente, Patel *et al.* (2019), en una investigación relativamente reciente, analizaron la frecuencia de hospitalización por problemas psicopatológicos o psiquiátricos en pacientes con dicha condición, encontrando que era mayor que la observada en un grupo control (4.17% vs. 2.18%). A través de modelos de regresión logística multivariada, reportaron que el vitíligo se asociaba con un mayor riesgo de depresión, ansiedad, esquizofrenia, riesgo suicida, abuso de sustancias y trastornos del control de impulsos.

Un importante sesgo observado en los estudios antes mencionados fue la falta de criterios de discriminación que excluyeran el que la conducta suicida se debiera a otros factores, además del vitíligo; solo hacen referencia a la edad, al sexo y, en uno de los casos, al estatus laboral y marital de los individuos incluidos (Pahwa *et al.*, 2013). Un sesgo adicional es que los reportes publicados hasta el momento provienen exclusivamente de población asiática, lo cual impide extrapolar los resultados a otro tipo de población.

Pasar de la ideación suicida al suicidio consumado involucra diversos factores socioculturales y biológicos que dificultan la identificación de individuos en riesgo; sin embargo, el conocimiento de la prevalencia y el comportamiento epidemiológico de la ideación suicida en pacientes con

vitíligo hace posible la identificación de contextos en los cuales el dermatólogo pudiera considerar conveniente la valoración psicológica concomitante (Prčić, Durović, Duran, Vuković y Gajinov, 2006; Ramakrishna y Rajni, 2014).

## DISCUSIÓN

El vitíligo es una frecuente enfermedad dermatológica que afecta a alrededor de 1% de la población en el mundo; existen diversos tipos de vitíligo, cuya clasificación depende principalmente del porcentaje de superficie corporal afectada. Se ha observado que a mayor compromiso topográfico, mayor es el grado de afectación, especialmente cuando se trata de superficies expuestas, difíciles de ocultar o camuflar.

Aunque no se trata de una enfermedad mortal o peligrosa para la salud en el largo plazo, es una condición que frecuentemente se asocia con dificultades para adaptarse a los ámbitos laboral y educativo; se han reportado casos en los que incluso dificulta el establecimiento de relaciones afectivas de largo plazo.

Por esos motivos, es de suma importancia el conocimiento de las implicaciones psicosociales del vitíligo; de ellas, lo más estudiado es la calidad de vida y el equilibrio afectivo del individuo; a lo largo del presente artículo se analizaron las evidencias actuales que señalan que esta enfermedad, especialmente en zonas expuestas, afecta los parámetros que definen la calidad de vida de un individuo, aumentando a su vez el riesgo de desarrollar trastornos afectivos, especialmente depresión, la que se relaciona a su vez con un mayor riesgo de desarrollar ideación suicida, intencionalidad suicida e incluso suicidio consumado, los que en su conjunto conforman la denominada conducta suicida. Por consiguiente, se ha acrecentado el interés por conocer el grado en que padecer vitíligo puede propiciar un aumento del riesgo de desarrollar dicha conducta suicida.

Aunque se trata de un terreno aún poco estudiado y en el que las observaciones obtenidas provienen de investigaciones realizadas en el continente asiático en forma exclusiva, es evidente que la ideación suicida pudiera ser mayor en pa-

cientes con vitiligo en comparación a individuos con otras patologías cutáneas o sistémicas, con excepción aparente de la psoriasis y la dermatitis atópica.

Es necesario llevar a cabo estudios sobre el comportamiento epidemiológico de la ideación suicida en pacientes con vitiligo mediante un análisis diferencial de las variables que hasta el momento han demostrado estar relacionadas con los trastor-

nos afectivos, como la edad, el sexo, el estado civil, el porcentaje de superficie corporal afectada y la presentación exclusiva en la zona genital o en sitios expuestos. Ello permitiría que los profesionales de la dermatología puedan identificar a los pacientes con un factor de riesgo elevado de ideación suicida, a fin de canalizarlos para su adecuado manejo psicológico o psiquiátrico.

*Citación:* Denis R., E., Ríos M., N.P., Melo S., G., Denis R., P.B. y Capetillo H., G.R. (2021). Análisis de la prevalencia de la conducta suicida en pacientes con vitiligo. *Psicología y Salud*, 31(2), 195-201. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2687>.

## REFERENCIAS

- Ahmed, I., Ahmed, S. y Nasreen, S. (2013). Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 9(3), 19-21.
- Al-Harbi, M. (2013). Prevalence of depression in vitiligo patients. *SkinMedica*, 11(6), 327-330.
- Alkhateeb, A., Fain, P.R., Thody, A., Bennett, D.C. y Spritz, R.A. (2003). Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. *Pigment Cell Research*, 16, 208-214.
- Amer, A.A. y Gao, X.H. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: An analysis of the dermatology life quality index outcome over the past two decades. *International Journal of Dermatology*, 55(6), 608-614.
- Bhandarkar, S.S. y Kundu, R.V. (2012). Quality-of-life issues in vitiligo. *Dermatologic Clinics*, 30(2), 255-268.
- Bilgiç, Ö., Bilgiç, A., Akiş, H.K., Eskioglu, F. y Kiliç, E.Z. (2011). Depression, anxiety and health-related quality of life in children and adolescents with vitiligo. *Clinical and Experimental Dermatology*, 36(4), 360-365.
- Chan, M.F., Chua, T.L., Goh, B.K., Aw, C.W., Thng, T.G. y Lee, S.M. (2012). Investigating factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1614-1621.
- Dolatshahi, M., Ghazi, P., Feizy, V. y Hemami, M.R. (2008). Life quality assessment among patients with vitiligo: Comparison of married and single patients in Iran. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 74(6), 700.
- Eguiluz, L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación* (pp. 121-130). México: UNAM.
- Elbuluk, N. y Ezzedine, K. (2017). Quality of life, burden of disease, co-morbidities, and systemic effects in vitiligo patients. *Dermatologic Clinics*, 35(2), 117-128.
- Hedayat, K., Karbakhsh, M., Ghiasi, M., Goodarzi, A., Fakour, Y., Akbari, Z., Ghayoumi, A. y Ghandi, N. (2016). Quality of life in patients with vitiligo: a cross-sectional study based on Vitiligo Quality of Life index (VitiQoL). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 86.
- Jiménez, T. y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". *Salud Mental*, 26(6), 35-51.
- Karelson, M., Silm, H. y Kingo, K. (2013). Quality of life and emotional state in vitiligo in an Estonian sample: comparison with psoriasis and healthy controls. *Acta Dermato-Venereologica*, 93(4), 446-450.
- Kostopoulou, P., Jouary, T., Quintard, B., Ezzedine, K., Marques, S., Boutchnei, S. y Taieb, A. (2009). Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: The experience from a French referral centre. *British Journal of Dermatology*, 161(1), 128-133.
- Kota, R.S., Vora, R.V., Varma, J.R., Kota, S.K., Patel, T.M. y Ganjiwale, J. (2019). Study on assessment of quality of life and depression in patients of vitiligo. *Indian Dermatology Online Journal*, 10(2), 153-157.
- Krishna, G.S., Ramam, M., Mehta, M., Sreenivas, V., Sharma, V.K. y Khandpur, S. (2013). Vitiligo impact scale: an instrument to assess the psychosocial burden of vitiligo. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 79(2), 205-210.
- Krüger, C.L. y Schallreuter, K.U. (2013). Cumulative life course impairment in vitiligo. *Current Problems in Dermatology*, 44, 102-117.
- Krüger, C.L. y Schallreuter, K.U. (2015). Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Dermato-Venereologica*, 95(5), 553-558.



- Lai, Y.C., Yew, Y.W., Kennedy, C. y Schwartz, R.A. (2017). Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Dermatology*, 177(3), 708-718.
- Mechri, A., Amri, M., Douarika, A.A., Hichem, B.H., Zouari, B. y Zili, J. (2006). Psychiatric morbidity and quality of life in Vitiligo: a case controlled study. *La Tunisie Medicale*, 84(10), 632-635.
- Morales S., M.A., Vargas S., M., Peralta P., M.L., Olguín G., M.G. y Jurado S., C.F. (2017). Impact of vitiligo on quality of life. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 108(7), 637-642.
- Nguyen, C., Beroukham, K., Danesh, M., Babikian, A., Koo, J. y Leon, A. (2016). The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 9, 383-392.
- Osinubi, O., Grainge, M.J., Hong, L., Ahmed, A., Batchelor, J.M., Grindlay, D., Thompson, A.R. y Ratib, S. (2018). The prevalence of psychological comorbidity in people with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 178(4), 863-878.
- Pahwa, P., Mehta, M., Khaitan, B.K., Sharma, V.K. y Ramam, M. (2013). The psychosocial impact of vitiligo in Indian patients. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 79(5), 679-685.
- Patel, K.R., Singam, V., Rastogi, S., Lee, H.H., Silverberg, N.B. y Silverberg, J.I. (2019). Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in U.S. adults. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(1), 191-197.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General*, 15(2), 196-217.
- Prčić, S., Durović, D., Duran, V., Vuković, D. y Gajinov, Z. (2006). Some psychological characteristics of children and adolescents with vitiligo -our results. *Medicinski prehled*, 59(5-6), 265-269.
- Ramakrishna, P. y Rajni, T. (2014). Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 302-303.
- Sampogna, F., Raskovic, D., Guerra, L., Pedicelli, C., Tabolli, S., Leoni, L., Alessandroni, L. y Abeni, D. (2008). Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *British Journal of Dermatology*, 159(2), 351-359.
- Sangma, L.N., Nath, J. y Bhagabati, D. (2015). Quality of life and psychological morbidity in vitiligo patients: a study in a teaching hospital from north-East India. *Indian Journal of Dermatology*, 60(2), 142-146.
- Sarkar, S., Sarkar, T., Sarkar, A. y Das, S. (2018). Vitiligo and psychiatric morbidity: a profile from a vitiligo clinic of a rural-based tertiary care center of Eastern India. *Indian Journal of Dermatology*, 63(4), 281-284.
- Sawant, N., Vanjari, N. y Khopkar, U. (2019). Gender differences in depression, coping, stigma, and quality of life in patients of vitiligo. *Dermatology Research and Practice*, Article ID 6879412.
- Tarlé, R.G., Nascimento, L.M., Mira, M.T. y Silva de C., C.C. (2014). Vitiligo, Part 1. *Brazilian Annals of Dermatology*, 89(3), 461-470.
- Vallerand, I.A., Lewinson, R.T., Parsons, L.M., Hardin, J., Haber, R.M., Lowerison, M.W., Barnabe, C. y Patten, S.B. (2019). Vitiligo and major depressive disorder: A bidirectional population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(5), 1371-1379.
- Wang, G., Qiu, D., Yang, H. y Liu, W. (2018). The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo: a meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(8), 1343-1351.





# Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes

## *Behaviors associated to the disorders of pica, rumination, and avoidant/restrictive food intake in adolescents*

*Karla Areli Medina-Tepal, Rosalía Vázquez-Arévalo, Xóchitl López-Aguilar y Juan Manuel Mancilla-Díaz*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Karla Areli Medina-Tepal, [tepalkarla@gmail.com](mailto:tepalkarla@gmail.com).

### RESUMEN

En la quinta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) se hacen modificaciones importantes al capítulo relativo a los trastornos de la conducta alimentaria, actualmente conocidos como *trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*, una de las cuales es que los trastornos que se creían específicos de la infancia pueden aparecer en cualquier etapa de la vida. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio fue identificar la ocurrencia de conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de la ingesta de alimentos en adolescentes. Participaron 292 estudiantes de sexo masculino y femenino, con edad promedio de 14.58 años, que contestaron el cuestionario CuPREA. Los resultados indican que una cuarta parte de la muestra afirmó consumir sustancias no comestibles, muy pocos admitieron regurgitar, y otra cuarta parte dijo que evitaban alimentos por sus características organolépticas. En conclusión, se puede afirmar que en la adolescencia aparecen conductas relacionadas a los trastornos señalados, por lo que se abre una importante línea de investigación para caracterizar dichos trastornos en los adolescentes.

**Palabras clave:** Pica; Trastorno de rumiación; Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos; Adolescentes; DSM-5.

### ABSTRACT

*The fifth version of the DSM, contains key modifications to the previously called "eating disorders", currently classified as feeding and eating disorders. One such modification is that disorders believed to be specific to childhood may appear at any stage of life. Thus, the objective of the present study was to identify behaviors related to the disorders of pica, rumination and avoidant/restrictive food intake disorder in adolescents. A total of 292 male and female students with average age of 14.58 years answered the CuPREA questionnaire. Results revealed that one fourth of participants mentioned consuming inedible substances and very few admitted regurgitation. Another fourth of participants indicated that they avoided food due to its organoleptic characteristics. We therefore conclude that behaviors related to such disorders actually occur during adolescence. Thus, an important line of research opens in order to characterize these disorders in adolescents.*

**Keywords:** Pica; Rumination disorder; Avoidant/restrictive food intake disorder; Adolescents; DSM-5.

<sup>1</sup> Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, exts. 39736 y 39737, correos electrónicos: [tepalkarla@gmail.com](mailto:tepalkarla@gmail.com), [rvamap@unam.mx](mailto:rvamap@unam.mx), [xochitll@unam.mx](mailto:xochitll@unam.mx) y [jmmd@unam.mx](mailto:jmmd@unam.mx).

Recibido: 08/11/2019

Aceptado: 19/06/2020

## INTRODUCCIÓN

Los llamados trastornos de la conducta alimentaria (TCA) fueron incluidos por primera vez en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Men

tales (DSM-III) (American Psychiatric Association [APA], 1987); sin embargo, desde ese momento hasta la fecha han experimentado diversas modificaciones de nombre y clasificación (Tabla 1).

En el DSM-V (APA, 2013) aparecen cambios relevantes respecto a la versión revisada del DSM-IV (APA, 2000). Uno de ellos es que se elimina la división que había entre los trastornos de la infancia y de la adolescencia, los que se conjuntan

**Tabla 1.** Evolución de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos a través de las ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

| Publicación            | DSM-III  | DSM-III-TR  | DSM-IV   | DSM IV-TR  | DSM-5  |
|------------------------|--|---|--|--|--|
| Año                    | 1980   | 1987  | 1994   | 2000   | 2013   |
| Capítulo               | •Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia   | •Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia  | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) <sup>1</sup><br>•Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia <sup>2</sup>   | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) <sup>1</sup><br>•Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia <sup>2</sup>   | •Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCAIA)  |
| Nombre                 | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)   | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)  | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) <sup>1</sup><br>•Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez <sup>2</sup>   | •Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) <sup>1</sup><br>•Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez <sup>2</sup>   | •Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCAIA)  |
| Trastornos que incluía | •Anorexia nerviosa<br>•Bulimia<br>•Trastorno alimenticio atípico<br>•Pica<br>•Trastorno por rumiación en la infancia | •Trastorno por atracón <sup>1</sup><br>•Anorexia nerviosa<br>•Bulimia nerviosa<br>•TCANE<br>•Pica<br>•Trastorno por rumiación | •TCA específicos <sup>1</sup><br>•Anorexia nerviosa <sup>1</sup><br>•Bulimia nerviosa <sup>1</sup><br>•TCANE <sup>1</sup><br>•Trastorno por atracón <sup>1</sup><br><br>•Pica <sup>2</sup><br>•Trastorno por rumiación <sup>2</sup><br>•Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez <sup>2</sup> | •TCA específicos <sup>1</sup><br>•Anorexia nerviosa <sup>1</sup><br>•Bulimia nerviosa <sup>1</sup><br>•TCANE <sup>1</sup><br>•Trastorno por atracón <sup>1</sup><br><br>•Pica <sup>2</sup><br>•Trastorno por rumiación <sup>2</sup><br>•Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez <sup>2</sup> | •Anorexia nerviosa<br>•Bulimia nerviosa<br>•Trastorno por atracón<br>•Pica<br>•Trastorno de rumiación<br>•Trastorno por evitación/restricción de alimentos<br>•Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos<br>•Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no específico |

<sup>1</sup> Trastornos de la conducta alimentaria

<sup>2</sup> Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

en una sola clasificación denominada “trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”, o TCAIA, la cual incluye los trastornos de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TPA), pica y trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) (Vázquez, López, Tellez-Girón y Mancilla, 2015).

Según Uher y Rutter (2012), a partir de dicha modificación se podrá detectar y conocer la evolución de cualesquiera de estos trastornos en las diferentes etapas del desarrollo, y además el porcentaje de los TCANE disminuirá.

A diferencia de los trastornos de AN y BN, el estudio y conocimiento de los trastornos de pica, rumiación y TERIA son aún limitados, lo que tiene importantes implicaciones, una de las cuales es que se desconoce lo que ocurre con estas perturbaciones en la adolescencia debido a que su investigación se ha centrado en niños, personas con discapacidad y mujeres embarazadas (Marcus y Wildes, 2016). Además, tales padecimientos provocan diversas enfermedades (Chandran, Anderson, Kennedy, Kohn y Clarke, 2015; Chiarello, Marini, Ballerini y Ricca, 2017), e incluso la muerte (Bogdanovic, Alempijevic, Curcic y Durmic, 2018), por lo que parece indispensable profundizar más en ellos.

El pica se caracteriza por la ingesta de sustancias crudas no comestibles. Su nombre proviene de la palabra latina *pica*, que significa “urraca” (*Pica pica*) debido a que el comportamiento alimentario de esta ave se asemeja al de las personas que padecen dicha psicopatología (Byard, 2014).

El consumo de sustancias no comestibles se remonta a los antiguos griegos y romanos, quienes consumían tierra o barro para tratar enfermedades, envenenamientos e intoxicaciones (Danford, 1982). Parry-Jones y Parry-Jones (1992) afirman que en los siglos XVI y XVII este trastorno estaba relacionado con la *clorosis*, caracterizada por la deficiencia de hierro, la cual afectaba principalmente a mujeres púberes.

Más tarde, en los siglos XVIII y XIX, Imray (1843) reportó que esclavos sometidos a trabajos excesivos de Estados Unidos y del Caribe consumían tierra o arcilla porque la alimentación que

recibían era deficiente. A este fenómeno lo denominó *caquexia africana* o *mal d'estomac*, entre cuyas complicaciones señala el cambio de temperamento, afecciones digestivas, debilidad general, dolor en la región cardíaca, dificultad para respirar, palidez y muerte. En el siglo XX la investigación de este trastorno se centró en lactantes y niños pequeños debido a que morían envenenados por la ingesta de objetos no comestibles que contenían grandes concentraciones de plomo, y en algunos casos se identificó que dicha conducta continuaba hasta edades avanzadas (Parry-Jones y Parry-Jones, 1992).

A su vez, el trastorno de rumiación se caracteriza por la regurgitación de alimentos parcialmente digeridos que son vueltos a masticar, para después tragarlos nuevamente o escupirlos (Birmingham y Firoz, 2006); también a este trastorno se le conoce con el nombre de *mericismo*. La diferencia entre ambos conceptos es que *rumiación* se utiliza indistintamente en humanos y animales, mientras que *mericismo* se emplea únicamente en humanos (Parry-Jones, 1994). Según el citado autor, los primeros casos de este trastorno se reportaron en el siglo XVII, cuando se suponía que las personas que rumiaban tenían herencia bovina (padre con cuernos), y asimismo que la madre había convivido con ganado durante el embarazo, lo cual había afectado al feto provocándole el desarrollo de ciertos atributos bovinos. En el siglo siguiente se reportaron casos de rumiación en niños y adultos, en su mayoría hombres, siendo las edades de inicio entre los cinco y quince años. A diferencia del siglo anterior, además de la herencia, atribuían dicho trastorno a la imitación, la cual favorecía su ocurrencia.

En los siglos XIX y XX se llevaron a cabo algunos estudios con infantes porque la regurgitación del alimento traía consecuencias graves para su salud, como desnutrición, disminución de la talla, desequilibrio electrolítico e incluso la muerte en algunos casos (Malcolm, Thumshirn, Camilleri y Williams, 1997). En 1917, Grulee propuso que este trastorno se originaba como consecuencia de la “hiperexcitabilidad de los músculos involuntarios responsables de la digestión”, señalando

además que era mucho más frecuente de lo que se suponía en aquella época, y criticando el hecho de que no fuese reconocido por los pediatras a pesar de que cobraba la vida de muchos infantes. De igual forma, se hicieron diversos estudios en personas con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), toda vez que estos pacientes reportaban regurgitación involuntaria y recurrían frecuentemente a esta conducta como una forma de controlar su peso (Eckern, Stevens y Mitchell, 1998).

El *trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos* (TERIA) se caracteriza por evitar consumir alimentos a causa de la falta de interés en alimentarse, por las características organolépticas de la comida (olor, color, sabor o textura de la comida) y por las consecuencias repulsivas de la acción de comer, como atragantarse, asfixiarse o vomitar (APA, 2013).

Existen pocos antecedentes del TERIA, probablemente porque formaba parte de los TCANE. Al respecto, Nicely, Lane-Loney, Masciulli, Hollenbeak y Ornstein (2014) señalan que el TERIA procede de las descripciones clínicas de otros trastornos, de los cuales se han extraído algunas de las características que actualmente lo conforman. Uno de estos es el *trastorno emocional de evitación de alimentos*, que implica que la restricción alimentaria no se debe a la preocupación por la figura o el peso corporal; otro es la *alimentación selectiva*, de la que emana el rasgo de la evitación de alimentos a causa de sus características organolépticas, y por último la *disfagia funcional*, en la cual aparece la característica del miedo a comer por las consecuencias repulsivas. Call, Walsh y Attia (2013) afirman que el TERIA ha reemplazado al trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Si bien sus criterios diagnósticos son similares, existen diferencias que complementan al TERIA, como las razones por las cuales aparece la restricción alimentaria, sus complicaciones (pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional, dependencia de la alimentación enteral e interferencia en el funcionamiento psicosocial) y la eliminación del criterio de edad de inicio del trastorno antes de los seis años.

## Prevalencia de pica, trastorno de rumiación y TERIA

Varios estudios hechos en la población general reportan que la prevalencia de pica va de 0.02 a 76.5%. Tan amplio rango puede deberse a la metodología empleada, ya que estudios con porcentajes elevados de prevalencia suelen disponer de muestras pequeñas y utilizar entrevistas personales como método de recolección de datos, mientras que estudios con baja prevalencia se efectúan en muestras grandes y empleando frecuentemente métodos pasivos, como la revisión de notas clínicas (Sturmey y Williams, 2016).

La prevalencia del trastorno de rumiación es desconocida. Según Hartman, Poulain, Vogel, Hiemisch, Kiess y Hilbert (2018), ello puede deberse a los diversos nombres con que se le conoce: “trastorno de regurgitación”, “trastorno de rumiación”, “síndrome de rumiación” (Mousa, Montgomery y Alioto 2014) y, según Parry-Jones (1994), “mericismo”.

El TERIA, a su vez, tiene una prevalencia de 5 a 22.5% en niños y adolescentes (Fisher *et al.*, 2014; Nicely *et al.*, 2001; Norris *et al.*, 2014). Se reporta una mayor prevalencia de casos de TERIA en hombres que en mujeres, y también que los pacientes suelen ser más jóvenes que los que sufren AN, quienes presentan una duración de la enfermedad más prolongada y con comorbilidades médicas o psiquiátricas (Nakai, Nin, Noma, Teramukai y Wonderlich, 2016; Nakai, Noma, Nin, Teramukai y Wonderlinch, 2015; Norris y Katzman, 2015).

## Conductas de pica, trastorno de rumiación y TERIA

Si bien el estudio de estos trastornos desde la publicación del DSM-V (APA, 2013) ha aumentado, aún es muy pobre. En la actualidad se cuenta con estudios hechos en niños y adolescentes que evidencian la presencia de conductas asociadas a dichos trastornos. Uno de ellos fue el realizado por Hartmann *et al.* (2018), en el que 12.31% mostraba conductas de pica, más frecuentes en los varo-



nes de menos de 10 años, mientras que en 11.94% de los casos se confirmó la práctica de conductas de rumiación en las que no se hallaron diferencias por sexo ni por edad.

Otro estudio similar fue el elaborado por Murray, Thomas, Hinz, Munsch y Hilbert (2018), en el que 10.0 y 9.7% de los participantes manifestaron conductas asociadas a pica y rumiación, respectivamente; además, los autores afirman no haber encontrado diferencias por sexo, edad o índice de masa corporal.

Hartman (2019) evaluó el consumo de sustancias no comestibles en adolescentes y adultos, encontrando que sus 78 participantes dijeron ingerir sustancias no comestibles, aunque 47.44% señaló hacerlo con mayor frecuencia; entre lo más consumido se encuentran la comida sin cocinar o cruda, partes o fluidos corporales, pasto, hojas y papel y sustancias semejantes a la tierra. No obstante, tal práctica no es exclusiva de muestras comunitarias. Delaney *et al.* (2015), por ejemplo, reportaron que 7.4% de individuos con algún trastorno alimentario (AN, BN o TPA) y 4.0% de las personas obesas consumían sustancias no comestibles. En cuanto al trastorno de rumiación, los mencionados autores hallaron que cuatro pacientes de su estudio cumplieron con los criterios para su diagnóstico, aunque ninguno fue elegido para un diagnóstico formal debido a que describían su conducta como voluntaria, pues regurgitaban la comida dependiendo de su sabor, y otros no pudieron ser diagnosticados porque no podían distinguir si la regurgitación era voluntaria o se debía a algún proceso fisiológico, como por ejemplo el reflujo.

En cuanto al TERIA, Fisher *et al.* (2014) encontraron que niños y adolescentes con este trastorno eran clínicamente diferentes de personas con AN o BN en virtud de que manifestaban más ansiedad y más síntomas gastrointestinales, y además que eran más susceptibles a desarrollar otros trastornos de la alimentación en el futuro. Nicely *et al.* (2014) añaden que dentro de las causas de la evitación de alimentos están el miedo a padecer enfermedades como hipercolesterolemia, obesidad o diabetes, y asimismo que personas con TERIA muestran un mayor deterioro cognitivo y más problemas de carácter social.

Si bien la eliminación en la clasificación de los trastornos de la infancia y la adolescencia amplía el espectro respecto a la ocurrencia de estos trastornos en cualquier etapa del desarrollo, ello exige una investigación más profunda, en particular de las conductas y síntomas asociados a dichos trastornos. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue identificar la presencia de conductas asociadas al pica, la rumiación y el TERIA en adolescentes mexicanos.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra, no probabilística, se conformó por 292 participantes (135 de sexo masculino y 157 de sexo femenino), con edades de 12 a 19 años ( $M = 4.58$ ,  $D.E. = 2.01$ ), de escolaridad secundaria y preparatoria, procedentes de instituciones educativas públicas de la ciudad de México.

### Instrumentos

*Cuestionario de Pica, Rumiación y Evitación/restricción de Alimentos* (CuPREA) (Medina, Vázquez, López y Mancilla, 2017).

Este cuestionario tiene como propósito evaluar conductas alimentarias asociadas al pica, la rumiación y el trastorno por evitación/restricción de alimentos. Para evaluar las conductas asociadas al trastorno de rumiación, se formulan cuatro preguntas que indagan sobre la conducta de regurgitar y su frecuencia. El instrumento muestra una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.85. En cuanto al pica, se emplean quince preguntas sobre el consumo de sustancias no comestibles, crudas o no procesadas, así como su frecuencia, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.73. Por último, para el TERIA se utilizan cuatro ítems cuyo coeficiente es de 0.61, que abordan la evitación de alimentos por sus características organolépticas, las implicaciones sobre la salud que tiene esa evitación o restricción, y las causas por las cuales se produce el trastorno.

## Procedimiento

Se llevó a cabo una entrevista con los directivos de dos instituciones educativas públicas, a quienes se solicitó su autorización para llevar a cabo el estudio dentro de las instalaciones, para lo cual se les presentó el protocolo de la investigación y el instrumento que se aplicaría a los alumnos.

Una vez concedido el acceso, se realizó una junta con los padres de familia, a quienes se proporcionó la información sobre el estudio, solicitándoles su aprobación para que sus hijos participaran en ella; asimismo, se subrayó la confidencialidad de los datos proporcionados y se les presentó una carta de consentimiento informado para su firma. Finalmente, se administró el CuPREA solamente a los alumnos autorizados por sus padres.

## Análisis de resultados

Los resultados se analizaron según el sexo y fase de la adolescencia (*temprana*, de 12 a los 14 años,

y *tardía*, de 15 a 19 años). Además, se evaluó la ocurrencia de cada trastorno mediante una respuesta dicotómica de “sí o no” y la frecuencia de las conductas asociadas a los mismos (de un día a más de cinco veces a la semana) expresada en porcentajes.

## RESULTADOS

### Pica

En total, 25.68% de la muestra confirmó consumir sustancias no comestibles, de los cuales 15.41% indicó una sustancia, siendo más habitual dicho consumo en mujeres en la adolescencia temprana. Las sustancias más ingeridas fueron pasta de dientes (7.19%), plásticos (2.05%), papel (1.34%) y goma de borrar (0.68%) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Porcentaje de consumo de sustancias no comestibles en adolescentes mexicanos.

| Sustancia no comestible | Mujeres (n = 157) |                 | Hombres (n = 135) |                 | Muestra total (N = 292) |
|-------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
|                         | Adolescencia      |                 |                   |                 |                         |
|                         | Temprana (n = 85) | Tardía (n = 72) | Temprana (n = 66) | Tardía (n = 69) |                         |
| Pasta de dientes        | 15.29% (n = 13)   | 9.72% (n = 7)   | 4.55% (n = 3)     | 7.25% (n = 5)   | 9.59% (n = 28)          |
| Plástico                | 2.35% (n = 2)     | 1.39% (n = 1)   | 0% (n = 0)        | 4.35% (n = 3)   | 2.05% (n = 6)           |
| Papel                   | 2.35% (n = 2)     | 1.39% (n = 1)   | 1.52% (n = 1)     | 0% (n = 0)      | 1.37% (n = 4)           |
| Goma de borrar          | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 1.52% (n = 1)     | 1.45% (n = 1)   | 0.68% (n = 2)           |
| Pintura                 | 1.18% (n = 1)     | 0% (n = 0)      | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 0.34% (n = 1)           |
| Pegamento               | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 0% (n = 0)        | 1.45% (n = 1)   | 0.34% (n = 1)           |
| Cabello                 | 0% (n = 0)        | 1.39% (n = 1)   | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 0.34% (n = 1)           |
| Gis                     | 1.18% (n = 1)     | 0% (n = 0)      | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 0.34% (n = 1)           |
| Algodón                 | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 1.52% (n = 1)     | 0% (n = 0)      | 0.34% (n = 1)           |

Además, 6.85% de los participantes señaló consumir dos o tres sustancias no comestibles, siendo las más ingeridas el papel y pasta de dientes, así como el plástico y pasta de dientes, con 1.03%,

respectivamente (Tabla 3). Cabe mencionar que 3.42% de la muestra informó consumir más de cuatro sustancias no comestibles.

**Tabla 3.** Porcentaje de consumo de dos o tres sustancias no comestibles en adolescentes mexicanos.

| Consumo de dos o tres sustancias no comestibles | Mujeres<br>(n = 157) |                  | Hombres<br>(n = 135) |                  | Muestra total<br>(N = 292) |
|---|----------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
|   | Adolescencia         |                  |                      |                  |                            |
|   | Temprana             | Tardía           | Temprana             | Tardía           |                            |
|   | (n = 85)             | (n = 72)         | (n = 66)             | (n = 69)         |                            |
| Papel y pasta de dientes                        | 1.18%<br>(n = 1)     | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)     | 1.45%<br>(n = 1) | 1.03%<br>(n = 3)           |
| Plástico y pasta de dientes                     | 0%<br>(n = 0)        | 1.39%<br>(n = 1) | 0%<br>(n = 0)        | 2.90%<br>(n = 2) | 1.03%<br>(n = 3)           |
| Objetos de metal y papel                        | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 3.03%<br>(n = 2)     | 0%<br>(n = 0)    | 0.68%<br>(n = 2)           |
| Goma, papel y pasta                             | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 3.03%<br>(n = 2)     | 0%<br>(n = 0)    | 0.68%<br>(n = 2)           |
| Cabello y papel                                 | 0%<br>(n = 0)        | 1.39%<br>(n = 1) | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Objetos de metal y pasta de dientes             | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)        | 1.45%<br>(n = 1) | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Papel y jabón                                   | 0%<br>(n = 0)        | 1.39%<br>(n = 1) | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Plástico y papel                                | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)        | 1.45%<br>(n = 1) | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Plástico, pegamento y fósforos                  | 1.18%<br>(n = 1)     | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Cabello, papel y pasta dental                   | 0%<br>(n = 0)        | 1.39%<br>(n = 1) | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Plástico, papel y pasta                         | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)     | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Pegamento, jabón y pasta                        | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)     | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Papel, jabón y pasta                            | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)        | 1.45%<br>(n = 1) | 0.34%<br>(n = 1)           |
| Tierra, gis y pasta                             | 0%<br>(n = 0)        | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)     | 0%<br>(n = 0)    | 0.34%<br>(n = 1)           |

Por otra parte, 24.31% de los participantes afirmó consumir alimentos crudos o no procesados; 16.78% dijo consumir una sustancia, 5.13% dos sustancias y 2.40% tres sustancias. Cabe resaltar

que tanto las mujeres en la adolescencia temprana, como los hombres en la adolescencia tardía, fueron los que más casos de consumo reportaron (n = 20) (Tabla 4)].

**Tabla 4.** Porcentaje de consumo de alimentos crudos o no procesados en adolescentes mexicanos.

| Consumo de alimentos crudos o no procesados               | Mujeres (n = 157) |                  | Hombres (n = 135) |                  | Muestra total (N = 292) |
|---|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------------|
|   | Adolescencia      |                  |                   |                  |                         |
|   | Temprana          | Tardía           | Temprana          | Tardía           |                         |
|   | (n = 85)          | (n = 72)         | (n = 66)          | (n = 69)         |                         |
| Verduras congeladas                                       | 5.88%<br>(n = 5)  | 1.39%<br>(n = 1) | 6.06%<br>(n = 4)  | 7.25%<br>(n = 5) | 5.14%<br>(n = 15)       |
| Arroz o pasta cruda                                       | 4.70%<br>(n = 4)  | 4.17%<br>(n = 3) | 9.09%<br>(n = 6)  | 2.90%<br>(n = 2) | 5.14%<br>(n = 15)       |
| Granos de café  | 2.35%<br>(n = 2)  | 6.94%<br>(n = 5) | 1.51%<br>(n = 1)  | 7.25%<br>(n = 5) | 4.45%<br>(n = 13)       |
| Bicarbonato   | 1.18%<br>(n = 1)  | 5.56%<br>(n = 4) | 1.51%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0)    | 2.05%<br>(n = 6)        |
| Verduras congeladas y arroz o pasta cruda                 | 2.35%<br>(n = 2)  | 4.17%<br>(n = 3) | 0%<br>(n = 0)     | 5.80%<br>(n = 4) | 3.08%<br>(n = 9)        |
| Granos de café y arroz                                    | 4.70%<br>(n = 4)  | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0)    | 1.38%<br>(n = 4)        |
| Granos de café y bicarbonato                              | 1.18%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0)    | 1.51%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0)    | 0.68%<br>(n = 2)        |
| Verduras congeladas, arroz o pasta cruda y granos de café | 1.18%<br>(n = 1)  | 1.39%<br>(n = 1) | 0%<br>(n = 0)     | 4.35%<br>(n = 3) | 1.71%<br>(n = 5)        |
| Verduras congeladas, arroz o pasta cruda y bicarbonato    | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0)    | 1.51%<br>(n = 1)  | 1.45%<br>(n = 1) | 0.68%<br>(n = 2)        |

## Rumiación

La conducta de regurgitar fue reportada por 1.71% de la muestra, del cual 1.38% indicó realizarla dos o tres veces a la semana. Entre sus causas apun-

taron padecer ansiedad (0.34%) o enfermedad gastrointestinal (1.03%), o bien no poder vomitar (0.34%). Cabe señalar que esta conducta es más usual en las mujeres que atraviesan la adolescencia tardía (Tabla 5).

**Tabla 5.** Porcentaje de presencia y frecuencia de regurgitación en adolescentes mexicanos.

| Regurgitación                                | Mujeres (n = 157) |                  | Hombres (n = 135) |               | Muestra total (N = 292) |
|--|-------------------|------------------|-------------------|---------------|-------------------------|
|  | Adolescencia      |                  |                   |               |                         |
|  | Temprana          | Tardía           | Temprana          | Tardía        |                         |
|  | (n = 85)          | (n = 72)         | (n = 66)          | (n = 69)      |                         |
| <i>Sí</i>                                    | 1.18%<br>(n = 1)  | 4.17%<br>(n = 3) | 1.52%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0) | 1.71%<br>(n = 5)        |
| <b>Frecuencia</b>                            |                   |                  |                   |               |                         |
| <i>Un día a la semana</i>                    | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0) | 0.34%<br>(n = 1)        |
| <i>Dos o tres veces por semana</i>           | 1.18%<br>(n = 1)  | 4.17%<br>(n = 3) | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0) | 1.38%<br>(n = 4)        |
| <b>Causas</b>                                |                   |                  |                   |               |                         |
| <i>Me da ansiedad</i>                        | 1.18%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0)    | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0) | 0.34%<br>(n = 1)        |
| <i>Sufro una enfermedad gastrointestinal</i> | 0%<br>(n = 0)     | 4.16%<br>(n = 3) | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0) | 1.03%<br>(n = 3)        |
| <i>No puedo vomitar</i>                      | 0%<br>(n = 0)     | 0%<br>(n = 0)    | 1.52%<br>(n = 1)  | 0%<br>(n = 0) | 0.34%<br>(n = 1)        |

## Evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA)

Respecto a la evitación de alimentos por sus características organolépticas, 24.31% afirmó no consumir alimentos por el desagrado del olor y el sabor de la comida. En cuanto a la falta de interés

por alimentarse, 2.05% dijo no encontrar disfrute en la comida, y 4.10% tener poco apetito. Por último, se reportó la evitación por las consecuencias aversivas de los alimentos, donde 0.68% señaló restringir su consumo por ser dañinos a la salud y 5.82% para no enfermarse.

**Tabla 6.** Porcentaje de ocurrencia y causas de la reducción de alimentos en adolescentes mexicanos.

| Causas de la reducción en la variedad de alimentos   | Mujeres (n = 157) |                 | Hombres (n = 135) |                 | Muestra total (N = 292) |
|--|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------------|
|  | Adolescencia      |                 |                   |                 |                         |
|  | Temprana (n = 85) | Tardía (n = 72) | Temprana (n = 66) | Tardía (n = 69) |                         |
| <i>Me desagrada el olor y sabor</i>                  | 29.41% (n = 25)   | 23.61% (n = 17) | 15.15% (n = 10)   | 27.54% (n = 19) | 24.31% (n = 71)         |
| <i>Temo subir de peso</i>                            | 8.24% (n = 7)     | 18.06% (n = 13) | 4.55% (n = 3)     | 10.14% (n = 7)  | 10.27% (n = 30)         |
| <i>No me gusta comer</i>                             | 4.71% (n = 4)     | 1.39% (n = 1)   | 0% (n = 0)        | 1.45% (n = 1)   | 2.05% (n = 6)           |
| <i>No me da hambre</i>                               | 7.06% (n = 6)     | 1.39% (n = 1)   | 4.55% (n = 3)     | 2.90% (n = 2)   | 4.10% (n = 12)          |
| <i>No quiero enfermarme</i>                          | 8.24% (n = 7)     | 4.17% (n = 3)   | 4.55% (n = 3)     | 5.80% (n = 4)   | 5.82% (n = 17)          |
| <i>Algunos alimentos no son buenos para la salud</i> | 1.18% (n = 1)     | 1.39% (n = 1)   | 0% (n = 0)        | 0% (n = 0)      | 0.68% (n = 2)           |
| <i>Estoy en tratamiento nutricional</i>              | 1.18% (n = 1)     | 1.39% (n = 1)   | 0% (n = 0)        | 4.35% (n = 3)   | 1.71% (n = 5)           |
| <i>Comía en exceso</i>                               | 2.35% (n = 2)     | 0% (n = 0)      | 1.52% (n = 1)     | 0% (n = 0)      | 1.03% (n = 3)           |

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar la ocurrencia de conductas asociadas a pica, trastorno de rumiación y TERIA en adolescentes mexicanos.

Respecto al pica, se encontró que más de una quinta parte de la muestra ingería tanto sustancias no comestibles, como crudas o no procesadas. Este resultado podría ser ligeramente más elevado que el reportado por Hartman *et al.* (2018) de 12.31%, y por Murray *et al.* (2018) de 10%, pero menor al del trabajo de Hartman (2019). Lo anterior implica que el consumo de sustancias no comestibles, tanto crudas como procesadas, es más frecuente de lo que se creía. Vale la pena señalar que este comportamiento no tiene que ver en todos los casos con el trastorno de pica, por lo que

parece relevante medir otras conductas que permitan detectar con mayor precisión este trastorno.

Asimismo, una cuarta parte de la muestra total afirmó consumir sustancias no comestibles, y un porcentaje ligeramente menor consumía sustancias crudas o no procesadas. Este resultado coincide con lo encontrado por Delaney *et al.* (2015) y Hartman (2019), quienes afirman que tanto el consumo de sustancias no comestibles (chicles, plástico, tierra), como crudas o no procesadas (comida congelada, pasta cruda y hielo) es frecuente en la población adolescente, lo que indica que el consumo de sustancias no comestibles no es una conducta que únicamente se realice en la infancia, por lo que es necesario seguir indagando sobre la práctica de estas conductas en las diferentes etapas de desarrollo a fin de conocer su evolución y posibles consecuencias en la salud.



En cuanto al trastorno de rumiación, se evaluó la conducta de regurgitar, hallando que 1.71% de la muestra total la practicaba. Tal resultado difiere de los de Hartmann *et al.* (2018) y Murray *et al.* (2018), quienes reportan 11.94% y 9.7%, respectivamente. Cabe señalar que en este trabajo también se indagaron los motivos de la aparición de esta conducta, uno de los cuales se debió al padecimiento de enfermedades gastrointestinales, lo que elimina el diagnóstico de trastorno de rumiación, toda vez que la regurgitación no se produce a causa del trastorno en sí sino por dicha afección (APA 2013); también los participantes señalaron la *ansiedad* como uno de los motivos, lo que parece relevante debido a que una asociación así pudiera ser un eje de investigación para futuros trabajos ya que, como lo señalan Mousa, Montgomery y Alioto (2014), la regurgitación está asociada a eventos estresantes de la vida. La *incapacidad de vomitar*, fue otra de las causas alegadas, lo que tal vez pudiera estar asociado con el trastorno de bulimia nerviosa debido a que se ha visto que algunas personas que la padecen emplean la regurgitación como método para bajar de peso (Eckern, Stevens y Mitchell, 1998).

Hay que mencionar que las conductas evaluadas relativas al trastorno de evitación/restricción de alimentos fueron la *evitación de alimentos como consecuencia de las características organolépticas de los mismos*, donde otra cuarta parte de la muestra total los evitaba por el desagrado provocado por su olor y sabor. De igual manera, se reportó la *evitación alimentaria por sus consecuencias aversivas*, como no enfermarse o porque consideraban que algunos alimentos no eran bue-

nos para la salud. Lo anterior coincide con lo dicho por Nicely *et al.* (2014) en cuanto a que entre las causas de la evitación de alimentos están el temor a sufrir enfermedades como hipercolesterolemia, obesidad o diabetes.

Otra razón aducida para reducir la variedad de alimentos fue el *temor a subir de peso*; no obstante, esta no es una característica del TERIA en razón de que la restricción alimentaria en este trastorno no se efectúa por cuestiones que involucren la insatisfacción con el peso o con la imagen corporal, como sucede en la anorexia y la bulimia, lo que confirman Fisher *et al.* (2014), quienes indican que el TERIA es clínicamente diferente a dichos trastornos, y también que los niños y adolescentes que lo padecen son más susceptibles a desarrollar perturbaciones de la alimentación en el futuro, por lo que el diagnóstico y tratamiento del TERIA en edades tempranas resulta fundamental.

En conclusión, este estudio muestra evidencia que apoya que en la adolescencia aparecen conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y TERIA, como consumir sustancias no comestibles, crudas o no procesadas; hay también regurgitación, evitación de los alimentos por sus características organolépticas, al igual que la reducción de la variedad de alimentos debido a que pudieran provocar enfermedades o ser dañinos para la salud en otras formas.

Algunas limitaciones de este estudio fueron que no se hicieron entrevistas clínicas para corroborar la presencia del trastorno, y que los resultados no pueden ser generalizados a la población porque se dispuso de una muestra no probabilística.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó dentro del proyecto IN306518, subvencionado por UNAM-DGAPA-PAPIIT. El primer autor agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) el apoyo otorgado (920673) para la realización de estudios de doctorado.

*Citación:* Medina T., K.A., Vázquez A., R., López A., X. y Mancilla D., J.M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2689>.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Birmingham, C.L. y Firoz, T. (2006). Rumination in eating disorders: Literature review. *Eating Weight Disorders*, 11, e85-e89.
- Bogdanovic, M., Alempijevic, D., Curcic, D. y Durmic, T. (2018). A fatal outcome of pica syndrome: an unusual case of delayed mortality. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 39(3), 261-263. Doi: 10.1097/PAF.0000000000000409.
- Call, C., Walsh, B.T. y Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-V: changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 532-536. Doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a321.
- Chandran, J.J., Anderson, G., Kennedy, A., Kohn, M. y Clarke, S. (2015). Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1176-1179.
- Chiarello, F., Marini, E., Ballerini, A. y Ricca, V. (2018). Optic neuropathy due to nutritional deficiency in a male adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder: a case report. *Eating and Weight Disorders*, 23(4), 533-535. Doi: 10.1007/s40519-017-0409-6.
- Danford, D.E. (1982) Pica and nutrition. *Annual Review of Nutrition*, 2, 303-322.
- Delaney, C.B., Eddy, K.T., Hartmann, A.S., Becker, A.E., Murray, H.B. y Thommas, J.J. (2015). Pica and rumination among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 238-248.
- Eckern, M., Stevens, W. y Mitchell, J. (1998). The relationship between rumination and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 414-419.
- Fisher, M.M., Rosen, D.S., Ornstein, R.M., Mammel, K.A., Katzman, D.K., Rome, E.S., Callahan, S.T., Malizio, J., Kearney, S. y Walsh, B.T. (2014). Characteristics of avoidance restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "New Disorder" in DSM-V. *Journal of Adolescent Health*, 55, 49-52.
- Grulee, C.G. (1917). Rumination in the first year of life. *American Journal of Diseases of Children*, 14(3), 210-218. Doi: 10.1001/archpedi.1917.01910090055005.
- Hartmann, A.S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., y Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 1499-1508.
- Imray, J. (1843). Observations on the Mal d'Estomac, or Cachexia Africana, amongst the negroes of Dominica. *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 6(150), 409.
- Malcolm, A., Thumshirn, M.B., Camilleri, M., y Williams, D.E. (1997). Rumination Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*, 72, 646-652.
- Marcus, M.D. y Wildes, J.E. (2016). Eating problems in individuals with overweight and obesity. En B. T., Walsh, E. Attita, D. R. Glasofer y R. Sysko (Eds.): *Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders* (pp. 65-82). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Medina T., K.A., Vázquez A., R., López A., X. y Mancilla D., J.M. (2017). *Conductas de riesgo asociadas a trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos e imagen corporal en adolescentes*. Tesis inédita de licenciatura. Ciudad de México: UNAM.
- Mousa, H. M., Montgomery, M. y Alioto, A. (2014). Adolescent rumination syndrome. *Current Gastroenterology Reports*, 16(8), 1-6. Doi: 10.1007/s11894-014-0398-9.
- Murray, H.B., Thomas, J.J., Hinz, A., Munsch, S. y Hilbert, A. (2018). Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 994-998.
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S. y Wonderlich, S. (2016). Characteristics of avoidance restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528-530. Doi: 10.1002/erv.2476.

- Nakai, Y., Noma, S., Nin, K., Teramukai, S. y Wonderlinch, S.A. (2015). Eating disorder behaviors and attitudes in Japanese adolescents girls and boys in high schools. *Psychiatry Research*, 230, 722-724.
- Nicely, T.A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C.S. y Ornstein, R.M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(21), 2-8.
- Norris, M.L. y Katzman, D.K. (2015) Change is never easy, but is posible: Reflections on avoidant/restrictive food intake disorder two year after its introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 57, 8-9.
- Norris, M.L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Espettigue, W. y Henderson, K. (2014). Exploring avoidant-restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorder*, 47(5), 495-499.
- Parry-Jones, B. (1994). Merycism or rumination disorder. A historical investigation and current assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 303-314.
- Parry-Jones, B. y Parry Jones, W. (1992). Pica: symptom or eating disorder? A historical assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 341-354.
- Sturme, P. y Williams, D.E. (2016) Epidemiology. En J. Matson (Ed.): *Pica in individuals with developmental disabilities* (pp.19-28). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-30798-5.
- Uher, R. y Rutter, M. (2012). Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 514-529.
- Vázquez, R., López, X., Tellez-Girón, M.T. y Mancilla D., J.M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120.

# Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro

## *Quality of life and loneliness in older adults: Effects of a theatre workshop*

*Darío Guajardo y María Montero-López Lena*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Darío Guajardo, [darionet17@comunidad.unam.mx](mailto:darionet17@comunidad.unam.mx).

### RESUMEN

Diversos estudios han identificado al teatro como una herramienta eficaz en las intervenciones psicológicas; no obstante, existe un vacío notable en cuanto a investigaciones que aborden la implementación de talleres basados en actividades de teatro para beneficiar el desempeño emocional y social de adultos mayores funcionales. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de un taller de teatro sobre la frecuencia de percepción de soledad y de calidad de vida de un grupo de adultos mayores funcionales. Se utilizó un diseño pretest-posttest en dos grupos de adultos mayores participantes. Se midió la percepción de la calidad de vida mediante el WHOQOL-OLD, y la frecuencia de soledad con el IMSOL-AM. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Participación social del WHOQOL-OLD, tanto en la comparación intra como inter-grupal. Entre los aportes de este trabajo destaca la vinculación entre la frecuencia de soledad y la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores. Los resultados ofrecen evidencia fundamentada de la utilidad de la experiencia teatral como una opción en posibles intervenciones que promuevan la salud mental de ese grupo etario.

**Palabras clave:** Personas adultas mayores; Soledad; Calidad de vida; Teatro; Vejez.

### ABSTRACT

*Several studies have identified theater as an effective tool in psychological interventions. There is however, a notable gap in studies addressing the implementation of theatre workshops for the benefit of emotional and social performance of functional older adults. The present study aimed to evaluate the effects of a theater workshop on the frequency of perceived loneliness and quality of life in a group of functional older adults. A pretest-posttest design was used in two groups of older adult participants aged 57 to 75 years. Measurement included perception of quality of life and the frequency of loneliness. Statistically significant differences were found in the Social Participation subscale of the quality of life scale in both within-group and between-group comparisons. Among others, one contribution of the present study is a documented link between the frequency of perceived loneliness and quality of life of older adults. The results give substantiated evidence of the usefulness of the theatrical experience as an option to design interventions to promote mental health in older adults.*

**Keywords:** Older adults; loneliness; Quality of life; Theater; Old age.

---

<sup>1</sup> Laboratorio de Ecología Social y Desarrollo Comunitario, Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Edificio D, Segundo piso, Cubículo 207, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [darionet17@comunidad.unam.mx](mailto:darionet17@comunidad.unam.mx) y [monterol@unam.mx](mailto:monterol@unam.mx).

Recibido: 07/06/2020

Aceptado: 22/08/2020

**E**n México el envejecimiento es un fenómeno que adquiere una relevancia cada vez mayor debido a los cambios en esperanza de vida: en el año 2015 había 12.4 millones de adultos mayores de 60 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016), mientras que en 2018 esa cantidad aumentó a 15.4 millones (INEGI, 2019). Tales cambios en la esperanza de vida representan un desafío cada vez mayor para los investigadores, quienes deben identificar las variables relevantes que contribuyen a un envejecimiento saludable y positivo (Giró, 2006).

Cabe señalar que en la psicología se aborda el fenómeno de la vejez como una etapa más del ciclo vital (Corral, 2008), con características propias del desarrollo. Por su parte, Erikson (1985) ha señalado que uno de los retos más significativos para los adultos mayores es encontrar un significado en la edad senecta, así como lidiar con episodios de soledad mientras transitan de manera natural hacia el final de la vida. Dichos retos en la edad senecta tienden a ocurrir en un sistema diverso de interacciones sociales, como la familia, la comunidad y el contexto sociocultural. No es suficiente aumentar los años de vida, sino garantizar que los adultos mayores tengan acceso a una buena calidad de vida en términos físicos y psicosociales (Rivero, 2013).

La calidad de vida es un concepto multidimensional que abarca aspectos tanto objetivos como subjetivos, y también comprende aspectos positivos y negativos en interconexiones complejas (Grundy y Bowling, 1999). La calidad de vida es dinámica, ya que varía considerablemente entre individuos y a través del tiempo (Evandrou y Glaser, 2004). En términos empíricos, la calidad de vida de los adultos mayores está asociada a la salud y habilidad funcional, a la sensación de utilidad y adecuación personal, a la participación social, a la disponibilidad de contactos, al apoyo social y al estatus socioeconómico (Knipscheer, 1995). En términos psicológicos, la calidad de vida abarca la relación del individuo con tres dimensiones glo-

bales: el estado funcional, es decir, aquello que la persona es capaz de hacer; el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades al fin de lograr sus objetivos, y la sensación de bienestar, referida al nivel de satisfacción (González-Celis, 2002).

Valorar y medir la calidad de vida en el adulto mayor ha funcionado como un indicador de bienestar general y de salud (Saucedo, 2018). A partir del desarrollo de la escala WHOQOL-OLD (González y Gómez, 2013; Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD Group, 2005), se identificaron seis subescalas en la percepción de la calidad de vida en adultos mayores: 1) Capacidad sensorial, vinculada a la percepción que tiene el individuo de la posible pérdida de alguno de sus sentidos, reconociendo si tienen o no limitaciones en su vida diaria; 2) Autonomía, que es la capacidad que tiene el individuo de tomar sus propias decisiones y de ser consciente de las consecuencias de sus actos y decisiones; 3) Actividades pasadas, presentes y futuras, referida el grado de satisfacción que tiene la persona en relación a lo que ha vivido y espera vivir, de tal forma que pueda describirla; 4) Participación social, que es el proceso en el que un individuo se siente útil y activo al realizar actividades continuas en su comunidad; 5) Intimidad, referida al desarrollo de sus emociones, así como a la capacidad de dar y recibir amor, y 6) Muerte y agonía, vinculadas al pensamiento del individuo acerca de su destino final, incluyendo el temor de sentir dolor o sufrir en ese momento.

Se ha encontrado que la soledad es una variable que afecta de manera negativa la calidad de vida en todos sus dominios pues los sentimientos que esta provoca se corresponden de manera directa con la calidad de vida de los adultos mayores (González-Celis, 2009). González-Celis y Lima (2017) concluyeron que entre menor era la soledad percibida, mayor era la calidad de vida en una muestra de 149 adultos mayores mexicanos, a quienes aplicaron una batería de instrumentos que relacionaba la calidad de vida (WHOQOL-OLD), la autoeficacia (AerAC breve), el bienestar percibido (Ryff) y la depresión (GDS) con la soledad, empleando reactivos específicos de dichos instrumentos.



La soledad percibida se define como la discrepancia entre el deseo y la realidad respecto a las relaciones sociales de un individuo (Peplau y Cutrona, 1980), aunque muchas veces se le ha asociado con el aislamiento social, son términos distintos. Por un lado, el aislamiento social refleja la medida objetiva de las interacciones y relaciones sociales, mientras que la soledad refleja el aislamiento subjetivo *percibido* (Masi, Chen, Hawkley y Cacioppo, 2011). Por otro lado, hay que mencionar que la soledad también se define como el sentimiento estresante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales personales no están siendo satisfechas, o que su calidad no es la óptima. De esta manera, la soledad está más asociada a la calidad que al número de relaciones personales (Peplau y Cutrona, 1980; Pinquart y Sorensen, 2001; Wheeler, Reis y Nezlek, 1983). Esta experiencia resulta un indicador psicológico para que el sujeto procure tener relaciones interpersonales que lo nutran y protejan de las posibles amenazas ambientales. Sin embargo, cuando la percepción de soledad se convierte en una experiencia crónica, repercute negativamente en la salud física y psicológica de la persona (Montero-López *et al.*, 2019).

A partir del desarrollo de la escala IMSOL-AM (Montero-López y Rivera, 2009) se identificaron dos dimensiones cruciales para que el adulto mayor mexicano sienta soledad: la insatisfacción personal, que mide qué tanta discordancia hay entre el nivel deseado y el logrado de intimidad afectiva, y la alienación familiar, que describe qué tan frecuentemente la persona percibe que recibe afecto por parte de sus familiares (Montero-López y Rivera, 2009).

González-Celis y Lima (2017) sostienen que la soledad es un concepto multidimensional, psicológico y estresante, resultado de carencias afectivas reales o percibidas, que afecta el funcionamiento y la salud física y psicológica del individuo y, por ende, su calidad de vida. No obstante, ambas variables dependen del contexto, y cabe profundizar en cuál es su relación en el contexto mexicano. Para hacerlo, se puede intervenir partiendo de una mirada tradicional, hasta llevando a cabo intervenciones no convencionales, como el uso de la

expresión creativa (Camic, 2008; Clift, 2012; Cohen, 2006; Cohen *et al.*, 2007).

Camic (2008) analizó cómo las artes y la expresión creativa pueden ser útiles en la psicología de la salud, pues han sido utilizadas de diversas formas para aliviar dolencias emocionales, aumentar el entendimiento de uno mismo y de los demás, desarrollar capacidades de autorreflexión, reducir síntomas y modificar conductas y patrones de pensamiento. Dada la ubicuidad de la expresión creativa, así como la relativa facilidad de participación, la medida en que los efectos psicológicos y fisiológicos mejoran de manera sostenible la salud resulta ser una importante área para la investigación de la salud pública (Stuckey y Nobel, 2010). La expresión creativa como actividad resulta benéfica en cuanto que involucra un amplio rango de intereses que puede ser atractivo para personas con todo tipo de habilidades funcionales (Price y Tinker, 2014).

Emprender actividades mentales estimulantes, particularmente las novedosas, puede beneficiar el funcionamiento cognitivo (Noice y Noice, 2008). La noción de que la expresión creativa contribuye a un envejecimiento saludable empieza a ser creíble entre la comunidad de investigación gerontológica (Noice y Noice, 2011).

Existe evidencia que el involucramiento en actividades artísticas, ya sea como observador o como participante, puede acrecentar el estado de ánimo, producir emociones y tener un impacto considerable en otros parámetros psicológicos y fisiológicos (Staricoff, 2006). Sin embargo, se ha documentado que participar y crear tienen aún mayores efectos que el simple observar cuando de expresiones creativas se trata (Noice y Noice, 2004).

A pesar del creciente interés entre los gerontólogos en la participación de adultos mayores en talleres artísticos, escasa atención se le ha dado a los talleres de teatro (Bernard *et al.*, 2015). Entre los efectos documentados del teatro entre la población adulta mayor destacan los siguientes: mejora en habilidades cognitivas, como resolución de problemas y fluidez verbal (Noice y Noice, 2013); aumento del bienestar emocional (Anderson *et al.*, 2016; Yuen, Mueller, Mayor y Azuero,

2011); decremento de la ansiedad (Davis, 1985); creación de redes sociales de apoyo (Anderson *et al.*, 2016; Mendes, 2016; Miguel, 2016; Ribeiro e Cunha, 2012) y descubrimiento de las posibilidades que la vejez ofrece al desarrollo del individuo (Anderson *et al.*, 2016; Miguel, 2016; Noice, Noice, H. y Kramer, 2015; Ribeiro e Cunha, 2012). Sin embargo, no se ha documentado aún el efecto del teatro en variables psicológicas tales como la percepción de la calidad de vida y la frecuencia de soledad, por lo que el objetivo del presente estudio fue analizar esos efectos en un grupo de adultos mayores funcionales.

## MÉTODO

### Participantes

Mediante una convocatoria vía correo, redes sociales y carteles en un centro de estudios para adultos mayores, que fungió como lugar de la aplicación del taller, se reclutó a diez mujeres y cuatro hombres, con edades de 57 a 78 años.

Como criterio de inclusión se consideró ser adulto mayor interesado en realizar actividades teatrales, tener movilidad suficiente para ello, saber leer y escribir y tener buena vista para leer el material, con o sin lentes.

### Taller de teatro

El taller de teatro propuesto estuvo basado en la improvisación como forma de la acción, parte de la teoría teatral CADAC (Azar, 1977, 1988), y en los denominados “Una mirada cognitiva dentro de la esfera teatral” (Guajardo, 2016) e “Introducción al teatro” (Sosa, 2012).

Operacionalmente se efectuó en sesiones de dos horas cada una: dos sesiones de ensayos independientes y una sesión de presentación de práctica teatral dos veces por semana a lo largo de cinco semanas.

Cada sesión constaba de cuatro ejercicios teatrales. Al finalizar cada ejercicio, se retroalimentaban no solamente los aspectos propios de la

actuación, sino también se discutían los temas de los ejercicios y se compartían las emociones experimentadas durante los mismos.

### Instrumentos

*World Health Organization Quality of Life-Old* (WHOQoL-OLD) (Power *et al.*, 2005).

Este instrumento evalúa la calidad de vida, adaptado por Quiroz, García, Castro, Encinas y Flores (2013), y mide la satisfacción en diferentes ámbitos: económico, social y personal, asimismo la valoración que el individuo hace de su propia vida (González-Celis, 2009). La calidad de vida se define operacionalmente a través del puntaje obtenido en la escala, donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida.

Consta de 24 reactivos agrupados en seis subescalas: Habilidades sensoriales; Autonomía; Actividades pasadas, presentes y futuras; Participación social; Muerte y morir, e Intimidad. Los reactivos se valoran en una escala tipo Likert, con una puntuación para cada reactivo de 1 a 5. Alcanza un índice de confiabilidad, medido por el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.88.

*Escala de Soledad en el Adulto Mayor* (IMSOL-AM) (Montero y Rivera, 2009).

Evalúa la frecuencia de la experiencia de soledad en adultos mayores. Consta de veinte reactivos que se califican en una escala Likert con recorrido de 1 a 4.

Conceptualmente, la soledad se define como un fenómeno multidimensional potencialmente estresante que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre la salud física y psicológica del sujeto (Montero, 1999); mientras que operacionalmente es el puntaje obtenido en la escala IMSOL-AM, donde a mayor puntaje obtenido, mayor frecuencia de soledad.

Está constituida por dos subescalas: Alienación familiar, entendida como la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear, e Insatisfacción personal, como la falta de propósitos en la vida. Tiene un coeficiente  $\alpha$  de 0.89.

## Procedimiento

Durante la primera sesión se aplicó la batería de instrumentos de evaluación psicológica a los participantes y se realizó una sesión introductoria para que los integrantes dentro del grupo se conocieran y familiarizaran con la dinámica del taller. Al finalizar, ocho de los participantes fueron aleatoriamente asignados al grupo de intervención y seis al de control en espera.

Todos los participantes recibieron una explicación detallada de las actividades a llevarse a cabo en el taller de teatro, así como de las evaluaciones que se harían antes y después del mismo.

Para ello, se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado donde se hizo una explicación detallada de la investigación; tras firmarla, se les garantizó la confidencialidad y la permanencia voluntaria en las sesiones del taller.

Al finalizar la aplicación del taller al grupo de intervención, se efectuó el mismo taller y evaluación posterior con el grupo control en espera.

## Diseño

Se utilizó un diseño de dos grupos, antes y después (Kerlinger, 1973), en razón de que se contrastaron las puntuaciones obtenidas por los adultos mayores antes y después de su participación en el taller de teatro, en contraste con el grupo control en espera.

## RESULTADOS

Los puntajes totales de la frecuencia de soledad aumentaron en ambos grupos. Ese aumento fue menor en el grupo de intervención, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

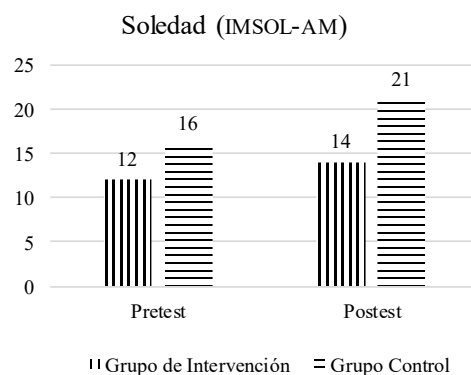
La Figura 1 muestra los puntajes totales de la escala IMSOL-AM (puntuación máxima: 100). Los puntajes de soledad incrementaron en ambos grupos entre el pretest y el postest.

El grupo de intervención tuvo un aumento de dos puntos, mientras que en el grupo control fue de cinco. Esto sugiere que, si bien hubo un au-

mento en la frecuencia de soledad percibida, esta fue menor en el grupo que participó en el taller, en comparación con el grupo control en espera.

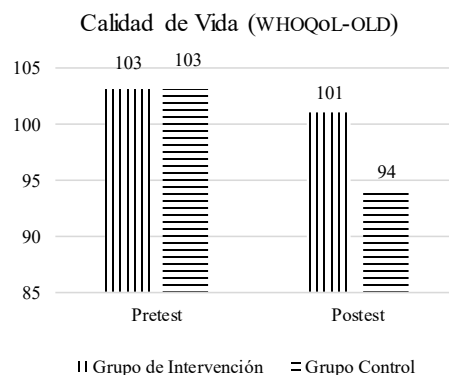
Los puntajes totales de calidad de vida disminuyeron en ambos grupos; sin embargo, la disminución fue menor en el grupo de intervención.

**Figura 1.** Puntajes totales de la escala IMSOL-AM.



La Figura 2 muestra los puntajes totales de la escala WHOQoL-OLD (puntuación máxima: 120). En ambos grupos los puntajes de calidad de vida disminuyeron del pretest al postest. El grupo de intervención disminuyó dos puntos, y nueve el de control, lo que sugiere un decremento en la percepción de calidad de vida en ambos grupos, aunque menor en el grupo de intervención.

**Figura 2.** Puntajes totales de la escala WHOQoL-OLD.



La Tabla 1 muestra los puntajes en las dos subescalas de soledad: Insatisfacción personal y Alienación familiar. No hubo cambios antes-después en la subescala de Insatisfacción personal, pero sí una tendencia al aumento en la de Alienación familiar,

menor que en el grupo control, el cual mostró una tendencia al aumento en ambas subescalas. Estos resultados, aunados con los puntajes totales de frecuencia de soledad percibida, a pesar de no ser estadísticamente significativos, exhibieron una tendencia hacia un aumento de la frecuencia de soledad percibida en ambos grupos, siendo mayor en el grupo control, lo que indica que los participantes en este estudio experimentaron una sensibilización a la experiencia solitaria, vinculada a la percepción de la calidad de relaciones familiares, más que a una carencia de propósitos personales.

**Tabla 1.** Puntajes de las subescalas del IMSOL-AM.

| Subescalas                     | Pretest | Postest | Diferencia |
|--------------------------------|---------|---------|------------|
| <b>Insatisfacción personal</b> |         |         |            |
| Grupo de intervención          | 5       | 5       | 0          |
| Grupo control                  | 6       | 8       | +2         |
| <b>Alienación familiar</b>     |         |         |            |
| Grupo de intervención          | 7       | 8       | +1         |
| Grupo control                  | 10      | 13      | +3         |

La Tabla 2 muestra los puntajes alcanzados en las seis subescalas del WHOQoL-OLD.

**Tabla 2.** Puntajes de las subescalas WHOQoL-OLD.

| Subescalas                                      | Pretest | Postest | Diferencia |
|---|---------|---------|------------|
| <b>Capacidad sensorial</b>                      |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 18      | 18      | 0          |
| Grupo control                                   | 18      | 16      | -2         |
| <b>Autonomía</b>                                |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 18      | 18      | 0          |
| Grupo control                                   | 18      | 18      | 0          |
| <b>Actividades pasadas, presentes y futuras</b> |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 18      | 16      | -2         |
| Grupo control                                   | 17      | 15      | -2         |
| <b>Muerte y agonía</b>                          |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 16      | 17      | +1         |
| Grupo control                                   | 17      | 15      | -2         |
| <b>Intimidad</b>                                |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 17      | 16      | -1         |
| Grupo control                                   | 16      | 16      | 0          |
| <b>Participación social</b>                     |         |         |            |
| Grupo de intervención                           | 17      | 18      | +1         |
| Grupo control                                   | 16      | 14      | -2         |

En la subescala de Capacidad sensorial no hubo cambios en los puntajes en el grupo de intervención, pero sí una disminución en el grupo control. En el caso de la subescala de Autonomía, no se observaron cambios en los puntajes de los grupos. El puntaje en la subescala de Actividades pasadas, presentes y futuras disminuyó en ambos grupos. Hubo asimismo una disminución en las subescalas de Intimidad y Muerte y agonía en el grupo de intervención, si bien menor que en la del grupo control. En contraste, hubo un aumento estadísticamente significativo en la subescala de Participación social en el grupo de intervención al compararlo con el grupo control, tanto intragrupo ( $w = 0.024$ ,  $z = -2.264$ ,  $\alpha = 0.05$ ) como intergrupos ( $U = 0.020$ ,  $z = 2.34$ ,  $\alpha = 0.05$ ). También se apreció un aumento en los puntajes del grupo de intervención y una disminución en los del grupo control. Al analizar los resultados en conjunto, se aprecia una tendencia a la disminución en los puntajes de calidad de vida en ambos grupos, que sin embargo fue menor en el grupo de intervención, el cual reportó incluso una mayor satisfacción con la percepción de la participación social, lo cual puede ser factiblemente atribuible a la experiencia del taller de teatro. Estos resultados indican que la participación en dicho taller tuvo un efecto en las dimensiones vinculadas a las relaciones interpersonales y los planes de vida de los participantes, más que con las dimensiones de funcionalidad física o cognitiva.

## DISCUSIÓN

Los modelos sobre la experiencia solitaria postulan de cómo la soledad va aumentando durante la edad senecta (Cohen-Mansfield y Parpura-Gill, 2007). Contrariamente a lo que se esperaba del taller, hubo una tendencia a aumentar la frecuencia de soledad en los participantes, aunque no fue estadísticamente significativa ni tan marcada cuando se le compara con la del grupo control. Una explicación factible para este resultado sugiere que rotular la experiencia solitaria durante los ejercicios teatrales pudo sensibilizar a los participantes para detectar la experiencia solitaria en sus vidas; no obstante, al finalizar los ejercicios se compartió todo aquello que era emocionalmente novedoso,



usando para ello la retroalimentación de las actividades como contenedor de las emociones y de las experiencias compartidas.

Durante los ejercicios, los participantes reportaron que cuando buscaban a otros miembros de su familia, como sus hijos, no estaban disponibles todas las veces, pues –según el testimonio de una participante– “Están haciendo también su vida”, lo que los ha orillado a buscar otras maneras de aprovechar su tiempo. Lo anterior, aunado a que “hay más tiempo para hacer otras cosas” durante la edad senecta, pueden arrojar luz sobre por qué fueron los puntajes en la subescala de Alienación familiar, y no en la de Insatisfacción personal, los que aumentaron en el postest.

En el WHOQoL-OLD se define la intimidad como la capacidad y frecuencia de amar y ser amado. Por la sensibilización a la soledad y por el hecho de que se discutió durante el taller de teatro sobre la frecuente imposibilidad de convivir con los seres queridos, se puede entender por qué hubo una disminución en esta subescala en el grupo de intervención, en contraste con el grupo control.

El grupo de intervención también presentó pérdidas importantes: la viudez y la pérdida de los hijos, las que fueron abordadas durante el taller. Ello pudo explicar la sensibilización que hubo con la subescala de Muerte y agonía del WHOQoL-OLD entre los participantes del grupo de intervención, comparados con los del grupo control. Así como la sensación de vulnerabilidad que representa hablar y actuar de soledad, hablar de la pérdida de seres queridos, ya sea por muerte, mudanza o comienzo de una vida independiente, pone en primer plano esta condición humana, si bien compartirla con el grupo puede servir como un contenedor emocional.

La participación social es una variable que reiteradamente se ha dicho que aumenta al considerar otras artes con adultos mayores (Cohen, 2006; Greer, Fleurie y Cantu, 2012; Solé, Mercadal, Gallego y Riera, 2010). Los resultados de este estudio evidencian la importancia de esta variable, específicamente vinculada al arte teatral (Brandalise, 2015; Noice *et al.*, 2015). El aumento en las puntuaciones de la subescala de Participación social del WHOQoL-OLD fue estadísticamente sig-

nificativo en el grupo de intervención, lo que es congruente con la evidencia disponible acerca de los efectos de la actividad artística con adultos mayores (Cohen, 2006; Cohen *et al.*, 2007; Yuen *et al.*, 2011). En este estudio se observó que los participantes, si bien se reportaron como vulnerables, tuvieron la oportunidad de mitigar esa sensación negativa al participar en los ejercicios de teatro y recibir el apoyo del grupo.

En entrevistas posteriores, los participantes reportaron una fuerte carga emocional durante algunos ejercicios del taller. A pesar de que hubo un aumento en los puntajes de la subescala de Alienación familiar del IMSOL-AM, así como un decremento en las subescalas de Intimidad y Muerte y agonía del WHOQoL-OLD, no fueron tan grandes como los obtenidos por el grupo control. Es pertinente señalar que hubo momentos en que los participantes reportaron experiencias de vulnerabilidad, casi siempre compartidas al final de cada ejercicio. En otras palabras, el taller de teatro se constituyó como un facilitador de sensibilización y contención de experiencias vulnerables, así como un promotor de la involucración activa de los participantes.

El teatro tiene en sí mismo una naturaleza social de cohesión y ritualización (Brandalise, 2015), por lo que los participantes no se encontraron en un escenario típico del laboratorio. En este taller pudieron verter sus experiencias, miedos y vulnerabilidades, y verlas reflejadas en sus propios compañeros. En las entrevistas posteriores compartieron vivencias sobre cómo estar con personas de una edad semejante reforzaba la idea de que la vejez no es una etapa de improductividad, incapacidad y pérdidas, sino de nuevos retos, al igual que cualquiera otra etapa de la vida. Estos testimonios refuerzan los hallazgos de investigaciones previas sobre los atributos positivos de la vejez (Anderson *et al.*, 2016; Mendes, 2016; Noice *et al.*, 2015; Ribeiro y Cunha, 2012).

Parte de los objetivos del taller de teatro consistieron en facilitar la participación social, por lo que es congruente el aumento significativo observado en los puntajes en esta subescala. Los participantes siguieron en contacto una vez concluido el taller para desarrollar otros proyectos teatrales



de manera independiente; es decir, el taller fungió como un semillero que germinó en proyectos autónomos.

En cuanto la soledad como una variable que afecta de manera negativa la calidad de vida de las personas en todos los dominios de esta (González-Celis, 2009), los resultados de este estudio mostraron que mediante la experiencia teatral es posible experimentar soledad y manejarla, encontrando apoyo en un grupo, en este caso uno de teatro. Por ello es importante conceptualizar la soledad como algo más allá de una experiencia negativa. Al respecto, es más estratégico considerar la soledad como un estresor (Montero y Sánchez-Sosa, 2001) que permite reestablecer y mejorar la calidad de las relaciones sociales (Heatley, Montero-López, M. y Dunbar, 2017).

Aunque los resultados de esta intervención resultan prometedores, el tamaño de la muestra utilizada dificulta la extrapolación de su efectividad; es, pues, necesaria la investigación de largo plazo con un mayor número de participantes. No obstante, este trabajo ofrece aportes en tres nive-

les: 1) conceptualmente, relaciona dos variables relevantes en las personas adultas mayores: la percepción de la calidad de vida y la frecuencia de la soledad; 2) metodológicamente, instrumenta un taller de teatro en términos científicos como vehículo para promover la salud mental de las personas adultas mayores, y 3) empíricamente, aborda el vínculo arte-ciencia como una opción de intervención para promover la adaptabilidad socioemocional de los participantes.

Las características del taller de teatro permiten ahondar en las experiencias y representaciones de todo aquello que se muestra en el escenario, por lo que un análisis fenomenológico del material obtenido del taller de teatro instrumentado es factible y queda como tarea pendiente para un análisis posterior. En consecuencia, las escalas psicológicas empleadas en este estudio representan indicadores de lo que significa participar en un taller de teatro en el que se discuten vivencialmente algunas variables que desempeñan un papel importante en la vejez, con la frecuencia de soledad percibida y la calidad de vida.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) el otorgamiento de la beca 450435 al primer autor para realizar estudios doctorales.

*Citación:* Guajardo, D. y Montero-López L., M. (2021). Calidad de vida y soledad en personas adultas mayores: efectos de un taller de teatro. *Psicología y Salud*, 31(2), 215-224. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2688>.

## REFERENCIAS

- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S. y Barnet, D. (2016). Translating knowledge promoting health through intergenerational community arts programming. *Health Promotion Practice*. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1524839915625037>. Swansea University Repository: <https://cronfa.swan.ac.uk/Record/cronfa29618>.
- Azar, H. (1977). *Zoon Theatrykon* (1a ed.). México: UNAM.
- Azar, H. (1988). *Cómo acercarse al teatro*. México: Plaza y Valdés.
- Bernard, M., Rickett, M., Amigoni, D., Munro, L., Murray, M. y Rezzano, J. (2015). Ages and stages: The place of theatre in the lives of older people. *Ageing and Society*, 35(6), 1119-1145.
- Brandalise, A. (2015). Music therapy and theatre: a community music therapy socio-cultural proposal for the inclusion of persons with autism spectrum disorders. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 15(1). Recuperado de <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2209>.
- Camic, P.M. (2008). Playing in the mud: Health psychology, the arts and creative approaches to health care. *Journal of Health Psychology*, 13(2), 287-298.

- Clift, S. (2012). Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 120-127.
- Cohen, G.D. (2006). Research on creativity and aging: the positive impact of the arts on health and illness. *Generations*, 30(1), 7-15.
- Cohen, G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K.M. y Simmens, S. (2007). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults: 2 year results. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 1(1-2), 5-22.
- Cohen-Mansfield, J. y Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294. Doi: 10.1017/S1041610206004200.
- Corral, A. (2008). El desarrollo psicológico durante la vida adulta. En B. Delgado (Ed.): *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez* (v. 2, pp. 167-184). Madrid: McGraw-Hill.
- Davis, B.W. (1985). The impact of creative drama training on psychological states of older adults: An exploratory study. *The Gerontologist*, 25(3), 315-321.
- Erikson, E. (1985). *El ciclo vital completado* (Trad. E. Prieto, 1a ed.). Madrid: Paidós.
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. Logroño (España): Universidad de la Rioja.
- González-Celis R., A.L. (2009). *Calidad de vida en el adulto mayor*. México: Instituto Nacional de Geriatria.
- González-Celis R., A.L. y Gómez B., J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5(12), 110-116.
- González-Celis R., A.L. y Lima O., L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15). Recuperado de <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>.
- Greer, N., Fleuriet, K. J. y Cantu, A.G. (2012). Acrylic Rx: A program evaluation of a professionally taught painting class among older Americans. *Arts & Health*, 4(3), 262-273.
- Guajardo, D. (2016). *Psicología y arte: una mirada cognitiva dentro de la esfera teatral*. Tesis inédita de Licenciatura. México: UNAM.
- Heatley T., A., Montero-López L., M. y Dunbar, R. (2017). Being unempathic will make your loved ones feel lonelier: Loneliness in an evolutionary perspective. *Personality and Individual Differences*, 116, 223-232.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre)*. México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre)*. Datos Nacionales. México: INEGI.
- Kerlinger, F.N. (1973). *Foundations of Behavioral Research* (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Mendes, N. (2016). *Contributos do teatro para o envelhecimento (cri)ativo*. Faro (Portugal): Universidade do Algarve.
- Miguel, D.F. (2016). *Processo artístico e terceira idade: Oficinas de teatro como estratégia de emancipação da velhice*. São Paulo (Brasil): Universidade de São Paulo.
- Montero-López L., M. (1999). *Soledad: desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. Tesis doctoral inédita. México: UNAM.
- Montero-López L., M., Luna B., D. y Shneidman, L.A. (2019). Loneliness in the elderly in Mexico, challenges to the public policies. *The Journal of Chinese Sociology*, 6(1). Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s40711-019-0106-0>.
- Montero-López L., M. y Rivera L., A. (2009). IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor. En A. L. González-Celis (Ed.): *Evaluación en psicogerontología* (pp. 123-131). México: El Manual Moderno.
- Noice, H. y Noice, T. (2008). An arts intervention for older adults living in subsidized retirement homes. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 16(1), 56-79.
- Noice, H. y Noice, T. (2011). Enhancing healthy cognitive aging through theater arts. En P. E. Hartman-Stein y A. LaRue (Eds.): *Enhancing cognitive fitness in adults* (pp. 273-284). New York: Springer.
- Noice, H. y Noice, T. (2013). Extending the reach of an evidence-based theatrical intervention. *Experimental Aging Research*, 39(4), 398-418.
- Noice, T., Noice, H. y Kramer, A.F. (2015). Theatre arts for improving cognitive and affective health. *Activities, Adaptation & Aging*, 39(1), 19-31.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-2214.
- Price, K.A. y Tinker, A.M. (2014). Creativity in later life. *Maturitas*, 78(4), 281-286.
- Quiroz C., O.A., García J., J.V., Castro S., B.E., Encinas D., M.S. y Flores R., G. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.

- Ribeiro e C., C.S. (2012). *Animação teatral e terceira idade: Contributos para um envelhecimento ativo*. Tese de Mestrado. Guimarães (Portugal): Universidade do Minho.
- Rivero W., P. (2013). La senectud: ¿ocaso o aurora? Éticas y políticas de la vejez. En O. Rivero-Serrano (Ed.): *Salud y envejecimiento: Situación actual, retos y propuestas* (pp. 42 -58). México: UNAM.
- Saucedo, J. (2018). *Percepción de calidad de vida mediante el formato WHOQOL-OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF No. 1 de la Delegación IMSS, Aguascalientes, Ags.* Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Aguascalientes (México): Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Solé, C., Mercadal B., M., Gallego, S. y Riera, M. (2010). Contributions of music to aging adults' quality of life. *Journal of Music Therapy*, 47(3), 264-281.
- Sosa R., M. (2012). *Introducción al teatro*. México: Centro de Arte Dramático, A.C.
- Staricoff, R.L. (2006). Arts in health: The value of evaluation. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 116-120.
- Stuckey, H.L. y Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254-263.
- Yuen, H.K., Mueller, K., Mayor, E. y Azuero, A. (2011). Impact of participation in a theatre programme on quality of life among older adults with chronic conditions: a pilot study: impact of theatre programme participation. *Occupational Therapy International*, 18(4), 201-208. Doi: 10.1002/oti.327.

# Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana

## *Psychometric properties of the MOS Social Support Questionnaire in a sample of patients with cardiovascular diseases in Mexican population*

Bibian Herrera Navarrete<sup>1</sup>, Óscar Galindo Vázquez<sup>2</sup>,  
Rogelio Bobadilla Alcaraz<sup>1</sup>, Frank J. Penedo<sup>3</sup> y Abel Lerma<sup>4</sup>

Universidad Latina<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Cancerología<sup>2</sup>  
University of Miami<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Bibian Herrera Navarrete, [bian\\_bi@hotmail.com](mailto:bian_bi@hotmail.com).

### RESUMEN

*Introducción:* El apoyo social se ha reportado como una variable que coadyuva a una mejor adaptación psicosocial en la población con enfermedades cardiovasculares. *Objetivo:* Determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Método:* Se empleó un diseño transversal, por disponibilidad y con un muestreo no probabilístico. Participaron 229 pacientes diagnosticados con enfermedades cardiovasculares, con edades de 25 a 80 años, 43.2% de los cuales eran mujeres. *Instrumento:* Cuestionario MOS de Apoyo Social. *Análisis estadístico:* Se realizaron modelos factoriales exploratorio y confirmatorio. *Resultados:* Se identificaron cuatro factores con 19 reactivos, con elevadas consistencias internas en cada subescala que explicaron 87.48% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio mostró índices ideales que indican un ajuste equilibrado y parsimonioso de la estructura del modelo a los datos, con error de medición muy cercano a cero. *Discusión:* La versión usada del Cuestionario MOS de Apoyo Social es un instrumento válido y confiable para su uso en la atención clínica y la investigación dirigidas a pacientes con enfermedades cardiovasculares. Esta población puede requerir atención psicosocial a lo largo de la atención de su salud, por lo que se requieren desarrollar programas de atención psicológica oportuna.

**Palabras clave:** Cuestionario MOS; Apoyo social; Enfermedades cardiovasculares; Población mexicana; Validación.

<sup>1</sup> Escuela de Psicología, Av. Pedro Henríquez Ureña 173, Los Reyes, Coyoacán, 04330 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [bian\\_bi@hotmail.com](mailto:bian_bi@hotmail.com) y [cybermeta011@gmail.com](mailto:cybermeta011@gmail.com).

<sup>2</sup> Servicio de Psicooncología, Unidad para la Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Av. San Fernando 22, Col. Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx) y [psiunigalindo@gmail.com](mailto:psiunigalindo@gmail.com).

<sup>3</sup> Cancer Survivorship Sylvester Comprehensive Cancer Center, 1475 NW 12th Ave., Miami, FL 33136, Estados Unidos, correo electrónico: [fpenedo@miami.edu](mailto:fpenedo@miami.edu).

<sup>4</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Carretera Pachuca-Actopan, Km. 4.5, Campo de Tiro, 42039 Pachuca de Soto, Hgo., México, correo electrónico: [aleta\\_44@yahoo.ca](mailto:aleta_44@yahoo.ca).

## ABSTRACT

**Introduction:** *Social support has been shown to improve psychosocial adaptation in patients with cardiovascular diseases.* **Objective:** *To determine the psychometric properties of the MOS Social Support Questionnaire in a sample of patients with cardiovascular diseases.* **Method:** *The study used a cross-sectional design with non-probability sampling due to availability. A total of 229 patients diagnosed with cardiovascular diseases, aged 25 ± 80 years, 43.2% were women and 56.8% men participated.* **Instrument:** *MOS Social Support Questionnaire.* **Statistical analysis:** *Exploratory and confirmatory factor modeling was performed.* **Results:** *four factors with 19 items were identified. Internal consistency of the subscales ranged between 0.95 to 0.98, with 0.97 for the global scale, and explained 87.48% of the variance. Confirmatory factor analysis yielded ideal indices (CFI, RMR, RMSEA) indicating a balanced and parsimonious fit of the model structure to the data, with measurement error very close to zero.* **Discussion:** *The examined version of the MOS Social Support Questionnaire proved to be a valid and reliable instrument for use in both clinical care and research aimed at patients with cardiovascular diseases. Since this population normally requires psychosocial care throughout their medical treatment, it is necessary to develop effective and well-timed psychological intervention programs.*

**Keywords:** MOS Social Support Questionnaire; Social support; Cardiovascular diseases; Mexican population; Validation.

Recibido: 16/12/2019

Aceptado: 07/05/2020

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año fallecen más personas por alguno de estos padecimientos que por cualquier otra causa. En mayor medida, afectan mucho a los países de ingresos bajos y medios, y más de 80% de las defunciones por esta causa se producen en estos; asimismo, afligen casi por igual a hombres y mujeres. En los próximos diez años casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principal-

mente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, y se prevé que estas se encuentren dentro de las principales causas de muerte en las próximas décadas.

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018), durante 2017 la principal causa de muerte de hombres y mujeres fueron las enfermedades del corazón, con 141,619 muertes, esto es, 20.1% del total de causas de mortalidad. Por ende, dichas enfermedades representan un importante problema de salud pública debido a que están asociadas a estilos de vida poco saludables.

Se han reportado diversos aspectos psicológicos como factores de riesgo para desarrollar este grupo de enfermedades, así como para afectar la adherencia al tratamiento y disminuir la calidad de vida durante el desarrollo de este. La sintomatología de ansiedad y depresión son aspectos psicológicos prevalentes en la población con ECV (Herrera, Galindo y Lerma, 2018). Un aspecto psicosocial como el apoyo social influye considerablemente en diversos aspectos relacionados con el proceso de salud y enfermedad, como la forma de afrontar el estrés, el ajuste y la adaptación a la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir complicaciones u otras enfermedades (Barra, 2004).

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres principales: emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; informativa, que involucra recibir consejo y orientación, e instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (Martín, Sánchez y Sierra, 2003).

En una revisión de la literatura, Lett *et al.* (2005) examinaron la relación entre el apoyo social y la cardiopatía, observando que un apoyo social escaso se asociaba a un aumento de 1,5 a 2 veces del riesgo de ECV en poblaciones sanas y en pacientes cardíacos; por su parte el apoyo funcional percibido se identificó como un factor predictivo del resultado clínico más importante que el apoyo estructural en las poblaciones con enfermedades cardíacas.



Los estudios epidemiológicos han establecido sistemáticamente que las redes sociales pequeñas o disfuncionales, la soledad, la sensación de apoyo emocional deficiente (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999; Rozanski *et al.*, 2005), el aislamiento social y la falta de apoyo social parecen aumentar el riesgo de ECV (Brummett *et al.*, 2001; Macmahon y Lip, 2002).

También se ha identificado la asociación del apoyo social con otras variables. Won y Son (2017), en un estudio hecho con 237 pacientes ambulatorios con enfermedad coronaria, identificaron que el apoyo social percibido explicaba 12% de la varianza en la actividad física. Además, la autoeficacia medió parcialmente las relaciones entre el apoyo social percibido y la actividad física.

Al igual que ocurre con otros factores de riesgo psicosocial, se ha observado una relación de gradiente entre el grado de apoyo social reducido y la probabilidad de eventos cardíacos adversos. El papel de los diversos factores sociales se evaluó en un metaanálisis efectuado de 148 estudios (Chida y Steptoe, 2008), identificándose que los factores sociales, incluidos el apoyo social y el nivel socioeconómico, se relacionan con los resultados de las ECV. En cuanto a la mortalidad de pacientes con enfermedad coronaria o postinfartados, se ha visto que quienes informan tener un mayor aislamiento social son los que tienen un mayor riesgo de mortalidad temprana (Brummett *et al.*, 2001).

El apoyo social puede actuar como un amortiguador ante eventos negativos de la vida, cumpliendo así una importante función protectora. Se han identificado algunas formas de apoyo social en la literatura, como el soporte estructural, que se refiere al tamaño, tipo y densidad de la red social, así como a la frecuencia de contacto que se tiene con esta, o el soporte funcional, a veces denominado apoyo tangible, que alude al soporte proporcionado por la estructura social (Smith y Blumenthal, 2011).

Así pues, el papel del apoyo social es relevante, y como amortiguador del estrés puede reducir la reactividad fisiológica e inhibir el desarrollo de lesiones vasculares, disminuyendo por consiguiente la probabilidad de eventos clínicos agudos, como los ataques cardíacos y las arritmias;

por otra parte, la falta de una red social de apoyo puede influir en que sea menos probable que el individuo consulte oportunamente un servicio de salud, realice los controles o siga adecuadamente los tratamientos, todo lo cual puede tener efectos adversos en la salud. En cambio, las personas que poseen redes sociales importantes tendrán un menor riesgo de enfermedad cardíaca crónica (Smith y Ruiz, 2002). Además, el funcionamiento psicosocial positivo ayuda a promover la vitalidad (es decir, un sentido innato de la energía), que a su vez produce una mayor sensación de bienestar, una búsqueda más activa de objetivos y una mayor capacidad de recuperación (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999; Kubzansky *et al.*, 2001).

El Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne y Stewart, 1991) fue diseñado como un cuestionario breve y autoadministrado para personas con enfermedades crónicas. Este instrumento evalúa los siguientes componentes: a) *Red de apoyo social*: variable que evalúa el número de personas que conforman la red de apoyo social (amigos y familiares); b) *Apoyo social emocional/informacional*: definida como el soporte emocional y la disponibilidad de recibir orientación y consejos; c) *Apoyo instrumental*: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) *Interacción social positiva*: definida por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, y e) *Apoyo afectivo*: señalado por las expresiones de amor y afecto.

Los componentes principales se componen de 19 ítems distribuidos en cuatro subescalas: apoyo emocional/informacional ( $k = 8$ ,  $\alpha = .96$ ), apoyo instrumental ( $k = 4$ ,  $\alpha = .92$ ), interacción positiva ( $k = 3$ ,  $\alpha = .94$ ) y apoyo afectivo ( $k = 3$ ,  $\alpha = .91$ ) (Londoño *et al.*, 2012). Otro instrumento es el cuestionario DUKE-UNC-11 (Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan, 1988), del cual Piña y Rivera (2007) reportan sus propiedades psicométricas en pacientes con enfermedad crónicas en población mexicana; sin embargo, solo evalúa el apoyo social afectivo y de confianza, no así otras áreas del apoyo social que sí considera el cuestionario MOS.

A partir de la creación del MOS se han reportado diversas validaciones en diferentes poblaciones. Poblete *et al.*, (2015), aplicándolo a pacientes con hipertensión arterial y diabetes chilenos, en-

cuentran una consistencia interna de .89 y cuatro factores (interacción social positiva, apoyo afectivo, apoyo instrumental y apoyo emocional informativo). En España, Costa y Gil (2007) validaron el MOS en una muestra de 400 pacientes ambulatorios con cáncer, obteniendo tres factores: apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. La cuarta dimensión propuesta en la versión original del instrumento (interacción social positiva) fue incluida en la dimensión de apoyo emocional/informacional.

Alonso, Montes, Menéndez y Graça (2007) identificaron en una muestra de 101 pacientes con enfermedades crónicas una adecuada consistencia interna, encontrando cuatro componentes, y concluyen que el cuestionario MOS contaba con propiedades psicométricas apropiadas para medir y evaluar los aspectos multidimensionales del apoyo social en población portuguesa.

Yu, Lee y Woo (2004) efectuaron un análisis factorial confirmatorio en 110 pacientes, estudio en que se demostró que los cuatro factores del MOS miden aspectos funcionales del apoyo social percibido. El coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas se ubicó entre 0.93 y 0.96, concluyéndose que el MOS cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y multidimensionales en población china con enfermedad crónica.

En Latinoamérica, Baca (2016), en una muestra peruana de 100 pacientes con cáncer, reportó propiedades psicométricas satisfactorias y similares a las ya mencionadas, obteniendo tres factores denominados Apoyo informacional, Apoyo afectivo y Apoyo instrumental. En población argentina, Rodríguez y Enrique (2007) identificaron tres factores: Consejo y confianza, Apoyo afectivo y Apoyo instrumental, con valores alfa de Cronbach de .876, .843 y .802, respectivamente. En dicho estudio se concluye que el cuestionario MOS es un instrumento válido y confiable para evaluar una estructura multidimensional del apoyo social, con aplicabilidad para detectar situaciones de riesgo social.

En México, Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez y Riveros (2014) reportan las propiedades psicométricas del MOS en una muestra de 313 pacientes con VIH, obteniendo un coeficiente alfa de

Cronbach de 0.97, con una varianza explicada de 72.22%. Sin embargo, el análisis factorial identificó dos factores, denominados Apoyo emocional informativo y Apoyo tangible, que no concuerdan con la versión original.

De acuerdo con los antecedentes mencionados sobre las validaciones del MOS en otras poblaciones, es posible concluir que el citado instrumento cuenta con propiedades psicométricas y estructurales adecuadas a diferentes poblaciones con enfermedades crónico-degenerativas diagnosticadas; sin embargo, en México la escala MOS no se encuentra validada en población con enfermedades cardiovasculares a pesar de la importancia de esta variable, por lo que contar con un instrumento válido y confiable es relevante en este escenario clínico. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana.

## MÉTODO

El estudio fue transversal, no experimental. Cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio mediante la comprensión y firma del consentimiento informado de investigación. El reclutamiento de los participantes fue por disponibilidad durante las visitas que hicieron los investigadores a los servicios ambulatorios de dos clínicas de segundo nivel de atención pública y privada a lo largo de cuatro meses. Se corroboró el diagnóstico médico y los criterios de participación mediante la revisión del expediente electrónico previo a la evaluación.

Los criterios de inclusión fueron ser pacientes con enfermedades cardiovasculares con diagnóstico médico confirmado, en cualquier tratamiento médico y saber leer y escribir. Los de exclusión, sufrir limitaciones visuales o auditivas severas y padecer afectaciones cognitivas. Se eliminaron aquellas personas que no concluyeron la investigación o no hubieran llenado correctamente los instrumentos.

### *Fase I. Adaptación cultural del instrumento del Cuestionario MOS de Apoyo Social.*

La versión original del instrumento fue traducida al español por dos psicólogos expertos en el área de la salud y retraducido al idioma original. Luego, la versión traducida fue sometida al juicio de doce expertos en el área de psicología de la salud para evaluar su validez de contenido, claridad, comprensión y pertinencia de los reactivos, instrucciones y opciones de respuesta.

Por último, se piloteó el instrumento en una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de ECV, de acuerdo a lineamientos internacionales (Koller *et al.*, 2007), para evaluar su dificultad y posibles confusiones; se consideró si la manera en que la pregunta era formulada resultaba ofensiva y, en su caso, se preguntaba al participante cómo podría enunciarla; también se evaluaron la comprensión de las instrucciones y de las opciones de respuesta.

### *Fase II. Obtención de las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social.*

#### **Instrumentos**

##### *Cédula de Identificación*

Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos y clínicos, tales como edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diagnóstico, tratamiento médico y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

##### *Cuestionario MOS de Apoyo Social*

Desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), es un instrumento autoaplicable que se compone de cinco factores: Red de apoyo, Apoyo social emocional/informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva y Apoyo afectivo, con un formato de respuesta en una escala Likert de 1 a 5 puntos. Posee un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96.

#### **Análisis estadísticos**

Los datos se capturaron en una base de datos y se organizaron para su correspondiente examen mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22, de

Windows. Se hizo un análisis descriptivo de cada reactivo para asegurar que no hubiera datos extremos y que contara con frecuencias en todas las casillas. Se generó una nueva variable con la suma de todos los reactivos y se identificaron los cuartiles extremos, con los cuales se corrió una prueba *t* de Student para dos muestras independientes, buscándose significancia en todos los reactivos para verificar que pudieran discriminar entre tener o no el constructo medido.

Luego se corrió un análisis cruzado con todos los reactivos para confirmar que las puntuaciones de los cuartiles extremos identificados corrieran en direcciones opuestas. Finalmente, se identificó la estructura factorial mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, adoptándose un nivel de significancia estadística de  $p < .05$ .

El análisis confirmatorio (AFC) evaluó el ajuste del modelo de cuatro factores mediante el método de máxima verosimilitud como sigue: identificar y especificar el modelo; estimar parámetros estandarizados (correlaciones  $R^2$ , covarianzas, índices de modificación y proporciones críticas de las diferencias), y finalmente evaluar el ajuste mediante la observación de límites aceptables de los estimadores, incluyendo la no colinealidad en las variables medidas (Byrne, 2010; George y Mallery, 2001; Kline, 2005). Se calcularon los siguientes índices:  $\chi^2$ , razón  $\chi^2/\text{gl}$ , índice de bondad de ajuste (GFI) y sus complementos (AGFI, TLI), así como el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) (Ullman, 2006), que es el mejor indicador para muestras cercanas o superiores a 200, y por último la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA).

## **RESULTADOS**

Se estudió una muestra no probabilística de 229 pacientes con ECV, de los cuales 130 fueron hombres y 99 mujeres, con un rango de edad de 25 a 80 años. En la Tabla 1 se presenta la descripción de la muestra.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas (N = 229).

|                                       |     | n                        | %                                      |     |      | n | % |
|---------------------------------------|-----|--------------------------|--|-----|------|---|---|
| Edad ( $\bar{x}$ = 51.40, 25-80) años |     | <i>Diagnóstico</i>       |  |     |      |   |   |
| Peso ( $\bar{x}$ = 76.69, 51-146) kg  |     | Hipertensión arterial    |  | 165 | 72.0 |   |   |
| Sexo                                  |     | Cardiopatía coronaria    |  | 33  | 14.0 |   |   |
| Hombre                                | 130 | 56.8                     | Insuficiencia cardiaca                 | 22  | 11.0 |   |   |
| Mujer                                 | 99  | 43.2                     | Enfermedad valvular periférica         | 6   | .01  |   |   |
| Escolaridad                           |     | Cardiopatía congénita    |  | 3   | .01  |   |   |
| Ninguna                               | 2   | 0.9                      | <i>Comorbilidad</i>                    |     |      |   |   |
| Primaria                              | 27  | 11.8                     | Sí                                     | 132 | 57.6 |   |   |
| Secundaria                            | 43  | 18.3                     | No                                     | 97  | 42.4 |   |   |
| Bachillerato                          | 84  | 36.7                     | <i>Enfermedad comórbida</i>            |     |      |   |   |
| Licenciatura                          | 57  | 24.9                     | Diabetes                               | 42  | 31.4 |   |   |
| Posgrado                              | 16  | 7.0                      | Obesidad                               | 20  | 14.9 |   |   |
| Estado civil                          |     | Diabetes y obesidad      |  | 19  | 14.2 |   |   |
| Soltero                               | 33  | 14.4                     | Enfermedades gastrointestinales        | 16  | 11.9 |   |   |
| Casado                                | 115 | 48.9                     | Otras                                  | 35  | 27.6 |   |   |
| Separado                              | 56  | 24.5                     | <i>Atención de salud mental previa</i> |     |      |   |   |
| Viudo                                 | 25  | 10.9                     | Sí                                     | 57  | 24.9 |   |   |
| Consumo de tabaco actual              |     | No                       |  | 172 | 75.1 |   |   |
| Sí                                    | 142 | 62.0                     | <i>Tiempo duración del Dx:</i>         |     |      |   |   |
| No                                    | 87  | 38.0                     | ( $\bar{x}$ = 74, 6-360) meses         |     |      |   |   |
|                                       |     | <i>ECV en familiares</i> |  |     |      |   |   |
|                                       |     | Sí                       |  | 173 | 75.5 |   |   |
|                                       |     | No                       |  | 56  | 24.5 |   |   |

El análisis de confiabilidad del Cuestionario MOS de Apoyo Social obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97. El valor KMO (Káiser-Meyer-Olkin Test) fue de 0.94 ( $p = 0.001$ ), confirmando que la muestra utilizada fue adecuada para este análisis. El análisis factorial se efectuó mediante rotación varimax, con un punto de corte a 0.50, identificándose cuatro factores: Apoyo social emocional/informacional, Interacción social positiva, Apoyo instrumental y Apoyo afectivo, comprendiendo los 19 reactivos originales con autovalores arriba de 1, que en conjunto explican 87.48% de la varianza. Las cargas factoriales de sus reactivos fueron de 0.95 a 0.98. En la Tabla 2 se muestran las medias, desviaciones estándar y cargas factoriales de cada uno de los reactivos finales.

Para el análisis confirmatorio se extrajo una muestra aleatoria de 152 sujetos de la muestra total disponible para probar el ajuste del modelo exploratorio previo a este nuevo conjunto de datos.

*Identificación:* El método de máxima verosimilitud permitió sobreidentificar un número de parámetros inferior al total de elementos no redundantes de la matriz, al tiempo que no se observaron correlaciones en los residuos, lo que indica un modelo recursivo.

*Especificación:* El modelo exploratorio previo de cuatro factores permitió especificar el modelo de la Figura 1, donde las variables latentes se representan con óvalos y las variables observables con rectángulos, y a su vez los errores de medición y residuales con óvalos más pequeños.

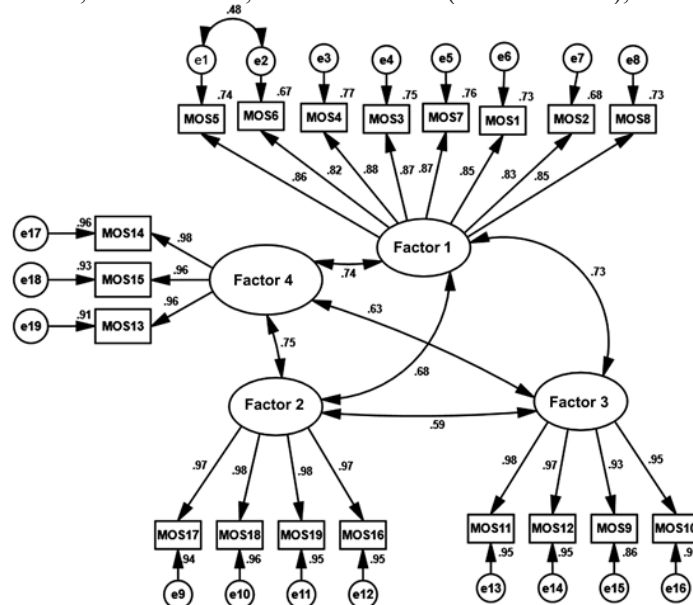
*Estimación de parámetros:* Con el programa AMOS se utilizó el método de máxima verosimilitud, con estimadores estandarizados, estimador  $R^2$  (correlaciones múltiples al cuadrado), covarianzas de los estimadores, índices por modificar y proporciones críticas para las diferencias.

*Evaluación del ajuste:* Se cuidó que los coeficientes estimados no excedieran los límites acep-

**Tabla 2.** Medias, desviaciones estándar y cargas factoriales de cada uno de los reactivos finales.

| Alfa total = 0.973<br>Varianza explicada total = 87.48%                                   | Componente |      |      | M del ítem | D.E. del ítem | $\alpha$ |
|---|------------|------|------|------------|---------------|----------|
| <i>Factor 1. Apoyo social emocional/informacional</i>                                     |            |      |      |            |               |          |
| 5. Alguien cuyo consejo realmente quiera o valore.  | .824       |      |      | 2.93       | 1.201         | 0.956    |
| 6. Alguien con quien compartir mis preocupaciones y temores más privados.                 | .789       |      |      | 2.95       | 1.134         |          |
| 4. Alguien en quien confiar o hablar sobre mí o mis problemas.                            | .789       |      |      | 3.12       | 1.063         |          |
| 3. Alguien que me dé buenos consejos en una crisis.                                       | .767       |      |      | 3.21       | 1.004         |          |
| 7. Alguien con quien ir para obtener sugerencias sobre cómo manejar un problema personal. | .745       |      |      | 3.23       | 1.072         |          |
| 1. Alguien con quien puedo contar para escucharme cuando necesito hablar.                 | .707       |      |      | 3.40       | .830          |          |
| 2. Alguien que me dé información para ayudarme a entender una situación.                  | .691       |      |      | 3.42       | .878          |          |
| 8. Alguien que entienda mis problemas.  | .689       |      |      | 3.04       | 1.090         |          |
| <i>Factor 2. Interacción social positiva</i>  |            |      |      |            |               |          |
| 17. Alguien con quien pueda reunirme para relajarme.                                      |            | .883 |      | 3.32       | 1.084         | 0.984    |
| 18. Alguien con quien pueda hacer algo agradable.   |            | .878 |      | 3.30       | 1.120         |          |
| 19. Alguien con quien pueda hacer cosas para ayudar a distraerme.                         |            | .872 |      | 3.31       | 1.102         |          |
| 16. Alguien con quien pasar un buen rato.   |            | .850 |      | 3.36       | 1.078         |          |
| <i>Factor 3. Apoyo instrumental</i>   |            |      |      |            |               |          |
| 11. Alguien que prepare mis comidas si yo no puedo hacerlo.                               |            |      | .859 | 3.71       | .957          | 0.975    |
| 12. Alguien que me ayude con las tareas diarias durante mi enfermedad.                    |            |      | .851 | 3.69       | .971          |          |
| 9. Alguien que me ayude si solo puedo estar en cama.                                      |            |      | .844 | 3.67       | .971          |          |
| 10. Alguien que me lleve al médico si necesito ir.  |            |      | .837 | 3.73       | .943          |          |
| <i>Factor 4. Apoyo afectivo</i>   |            |      |      |            |               |          |
| 14. Alguien a quien amar y me haga sentir querido.  |            |      |      | .762       | 3.44          | 0.958    |
| 15. Alguien que me abrace.  |            |      |      | .754       | 3.49          |          |
| 13. Alguien que me muestre amor y cariño.   |            |      |      | .738       | 3.45          |          |

**Figura 1.** Modelo AFC de primer orden de 4 factores para el MOS.  $\chi^2 = 296.047$ , 145gl,  $CMIN/gl = 2.042$ ,  $p = 0.000$ ,  $CFI = 0.966$ ,  $TLI = 0.960$ ,  $AGFI = 0.783$ ,  $RMR = 0.029$ ,  $RMSEA = 0.083$  (0.069 - 0.097), Hoelter,  $n = 96$  ( $p = 0.01$ ).





tables (excluyendo varianzas de error negativas o no significativas, coeficientes estandarizados superiores a 1, o errores estándar excesivamente elevados relacionados con algún coeficiente estimado). En este punto no se observó colinealidad en las variables medidas, pues las correlaciones fueron menores a 0.3 (Kline, 2005), ni puntajes extremos, univariados ni multivariados (George y Mailery 2001). Adicionalmente, se observó asimetría excelente en todas las variables (valores no superiores a  $\pm 1.00$ ).

La Tabla 3 muestra excelentes medidas absolutas del ajuste global: el valor chi cuadrada fue de 296.05 ( $p \leq 0.001$ , 145 g.l.), mientras que la razón chi cuadrada entre los grados de libertad (CMIN/DF = 2.042) es excelente, lo que indica que los errores en las varianzas y covarianzas del modelo son nulos y que está ajustado a muestras cercanas o superiores a 200 datos, conforme lo sugieren expertos (Byrne, 2010).

Los estimadores del ajuste comparativo (CFI = 0.966) son ideales, lo mismo que el índice Tucker-Lewis, que toma en cuenta la complejidad del modelo (TLI = 0.960), mostrando un ajuste excelente a los datos, ya que al menos 96% de la

covarianza en estos puede ser reproducida por el modelo (Byrne, 2010).

Los índices de parsimonia y eficiencia (PCFI = 0.819) están muy cercanos al valor óptimo, lo que califica al modelo como complejo (Ullman, 2006), confirmado aceptablemente por el estadístico de bondad de ajuste (GFI = 0.834), mientras que la raíz del residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA = 0.083,  $IC^{95\%} = 0.069-0.097$ ), que penaliza el incremento en la complejidad del modelo, indica un ajuste muy aceptable a los datos al ser casi igual o menor de 0.08, reafirmado por el valor del error residual medio (RMR = 0.029), que está claramente por debajo del valor límite (inferior a 0.08), demostrando un error casi de cero y un ajuste casi perfecto, con diferencia prácticamente nula entre la matriz de covarianza observada y la predicha. Debido a lo anterior, es posible asumir una discrepancia casi nula entre el modelo propuesto y los datos analizados (Ullman, 2006). Por último, la prueba de Hoelter ( $n = 96$ ,  $p = 0.01$ ) permite aceptar la hipótesis (error alfa = 0.01) de que la muestra utilizada fue suficiente para los análisis al no superar teóricamente el número de datos reales.

**Tabla 3.** Índices de bondad de ajuste del modelo confirmatorio resultante del Cuestionario MOS de Apoyo Social de cuatro factores en pacientes cardiopatas ( $n = 152$ ).

| Estadístico   | Criterio deseable               | Valor en el presente estudio     | Interpretación  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|---|
| Ajuste absoluto<br>$\chi^2/g.l$<br>(CMIN/g.l)             | Menor a 2 o 3                   | 296.047/145,<br>gl = 2.042       | Los errores del modelo son nulos con la muestra utilizada y el ajuste absoluto es excelente |
| Índice de bondad de ajuste (GFI)                          | > 0.90<br>Preferente<br>> 0.95  | GFI = 0.834                      | Ajuste muy aceptable  |
| Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI)              | > 0.90<br>Preferente<br>> 0.95  | CFI = 0.966                      | Ajuste comparativo ideal  |
| Raíz del residuo cuadrático medio (RMR)                   | Próximo a cero                  | RMR = 0.029                      | Error del modelo cercano a cero, perfecto ajuste del modelo a los datos.                    |
| Raíz del residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA) | Menor a 0.08,<br>próximo a cero | RMSEA = 0.083<br>(0.069 – 0.097) | Error de aproximación del modelo casi cero, perfecto ajuste del modelo a los datos          |

## DISCUSIÓN

El apoyo social es una variable psicológica relevante para la adaptación psicosocial en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, susceptible de evaluarse y modificarse mediante intervenciones psicológicas basadas en evidencia. El presente estudio determinó las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en un grupo de pacientes mexicanos con cardiopatías, y corrobora la estructura confirmatoria de este instrumento, la que no se había llevado a cabo en población mexicana.

La consistencia interna y la varianza identificadas en este estudio, que son las más altas reportadas en la literatura internacional, mostraron una estructura de cuatro componentes factoriales que es semejante a la versión original de Sherbourne y Stewart (1991) y compatible con la versión de cuatro factores (interacción social positiva, afectivo, apoyo instrumental y emocional informativo) de Poblete *et al.* (2015), hecha en pacientes chilenos con hipertensión arterial y diabetes, lo que corrobora estos hallazgos en muestras diferentes con condiciones similares de salud. Concuera asimismo con los resultados de estudios que han identificado estos mismos componentes, y semejante a las versiones de tres factores (Costa y Gil, 2007; De la Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005; Londoño *et al.*, 2012; Rodríguez y Enrique, 2007). Sin embargo, no es compatible con la versión del mismo cuestionario para pacientes mexicanos con VIH de Martínez *et al.* (2014), que solo identificó apoyo emocional informativo y apoyo tangible, lo que indica que ambos grupos de pacientes perciben el apoyo social de forma diferente.

En pacientes con ECV, percibir apoyo emocional/informativo implica recibir información, mantener actividades recreativas que les hagan pasar un buen rato, les permitan relajarse y divertirse con alguien en quien se pueda confiar, compartir emociones y expresiones afectivas.

La relevancia de los hallazgos de este estudio consiste en validar el uso de una herramienta válida y confiable en un grupo de pacientes para quienes, de acuerdo a la literatura, el apoyo social representa una variable mediadora de tipo psicosocial para una mayor adaptación durante el

tratamiento médico. Por ejemplo, se han identificado en general ciertas relaciones dosis-respuesta entre un número creciente de factores de riesgo psicosocial y cardiopatía coronaria. El aumento de datos también indica que el funcionamiento psicosocial positivo sirve para mejorar la salud (Rozanski, 2014).

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, así como a interactuar de manera más positiva con otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés (Barra, 2004). Tales hallazgos son factibles de ser corroborados en pacientes mexicanos mediante la versión adaptada y validada para este grupo.

Finalmente, es de destacarse la alta comorbilidad con otras condiciones médicas, lo que refleja la realidad de la salud de la población mexicana, así como una prevalencia importante del uso de servicios de atención a la salud mental, lo cual pone de relieve el papel del apoyo social en este grupo de pacientes durante la atención de su salud.

En conclusión, el Cuestionario MOS de Apoyo Social puede ser utilizado en población mexicana con ECV en procedimientos de atención clínica para identificar el nivel de apoyo social con que cuenta el paciente para afrontar su condición. Asimismo, es una herramienta psicométrica para referenciar a los pacientes a una intervención psicológica correspondiente de manera oportuna para intervenir en la adaptación psicosocial.

Al ser un instrumento fácil de aplicar, breve y confiable para la práctica clínica y la investigación, resulta inapreciable para determinar la magnitud del problema del apoyo social, la prevención y la implementación de acciones para el tratamiento psicosocial. La consistencia interna y la varianza explicada, identificada en la versión para población mexicana, corrobora los antecedentes psicométricos de este instrumento. Los análisis confirmatorios indican que el instrumento es parsimonioso y equilibrado, con error próximo a cero, para medir el apoyo social en pacientes con ECV.

Entre las limitaciones y perspectivas futuras de este trabajo se encuentra la falta de validez

concurrente con otras variables psicológicas y clínicas que estarían correlacionadas con este constructo. Adicionalmente, establecer la estabilidad a

lo largo del tiempo del cuestionario se considera como un objetivo a lograr.

*Citación:* Herrera N., B., Galindo V., Ó., Bobadilla A., R., Penedo, F.J. y Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2), 225-235, <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>.

## REFERENCIAS

- Alonso, A., Montes, A., Menéndez, V. y Graça, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.
- Baca D., E. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI*, 1(9), 177-190.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., De Gruy, F.V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. Doi: 10.1097/00005650-198807000-00006.709-723.
- Brummett, B., Barefoot, J., Siegler, I., Clapp-Channing, N., Lytle, B., Bosworth, H., Williams, R. y Mark, D. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756.
- Costa S., M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128, 687-691.
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- George, D. y Mailery, M. (Eds.) (2001). *Using SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Herrera, B., Galindo, O. y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>.
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Koller, M., Aaronson, N., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P. y EORTC Quality of Life Group (2007). Translation procedures for standardized quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P. y Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins, C. y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Londoño N., E., Rogers, H., Castilla, J.F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Macmahon, K. y Lip, G. (2002). Psychological factors in heart failure: A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 162, 509-516.
- Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21, 29-37.

- Martínez B., A., Sánchez, S., Aguilar, E., Rodríguez, V. y Riveros, A. (2014). Adaptación y validación del cuestionario MOS de apoyo social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 4(2), 93-101.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Enfermedades cardiovasculares*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/).
- Piña L., J. y Rivera I., B. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*, 13(2), 53-63.
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. y Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*, 47(8), 523-531.
- Rodríguez, S. y Enrique H., C. (2007). Validación argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*, 7, 155-168.
- Rozanski, A. (2014). Behavioral cardiology: current advances and future directions. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(1), 100-110.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W. et al. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 637-51.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(2), 192-217.
- Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-712.
- Smith, P.J. y Blumenthal, J.A. (2011). Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Revista Española de Cardiología (English edition)*, 64(10), 924-933.
- Smith, T. y Ruiz, J. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Ullman, J.B. (2006). Structural equation modeling: reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 35-50.
- Won, M.H. y Son -y, J. (2017). Perceived social support and physical activity among patients with coronary artery disease. *Western Journal of Nursing Research*, 39(12), 1606-1623.
- Yu, D., Lee, D. y Woo, J. (2004). Psychometric testing of Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Research in Nursing & Health*, 2, 135-143.





# Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano

## *Demographic and symptomatological profile of patients in a Mexican psychotherapy center*

Carlos David de la Garza Tolentino<sup>1</sup>,  
Patricia del Carmen Mendoza Cabañas<sup>2</sup>, Juan Carlos Ocampo Alvarado<sup>3</sup>,  
Fernando Iván Leija Banda<sup>3</sup> y Ana Karen Espinosa Becerra<sup>3</sup>

Departamento de Investigación de Psicología Preventiva y Psicoterapia, A.C.<sup>1</sup>  
Departamento de Evaluación e Investigación Psicológica  
de Psicología Preventiva y Psicoterapia, A.C.<sup>2</sup>  
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Carlos D. de la Garza T., [carlosdelagarzat@gmail.com](mailto:carlosdelagarzat@gmail.com).

### RESUMEN

La información respecto a las personas atendidas en contextos clínicos es escasa; apenas se conocen sus características demográficas, sintomatología y demandas. Tal información es crucial para informar las decisiones operativas de los centros psicológicos, guiar la formación continua de los psicoterapeutas y dirigir el desarrollo de iniciativas clínicas centradas en el paciente. Así, el objetivo del presente estudio fue analizar el perfil demográfico y sintomatológico de los pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano, para lo cual se administró un cuestionario demográfico breve y el Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R) a 100 pacientes de primer ingreso con edad promedio de  $30.42 \pm 9.69$  años, de los cuales 58% eran mujeres. El instrumento psicométrico reveló índices de confiabilidad y validez adecuados, y todas sus dimensiones correlacionaron entre sí, salvo tres pares. Las dimensiones sintomatológicas más altas en promedio fueron la obsesión-compulsión, la depresión y el psicoticismo. Se encontraron diferencias significativas por género, siendo las mujeres quienes obtuvieron las mayores puntuaciones en tres dimensiones, y predictores para todas las escalas, excepto dos. Con base en los resultados, se propone recolectar permanentemente información sintomatológica de los pacientes a partir del SCL-90-R; priorizar la formación continua en el tratamiento de los problemas prevalentes en la adultez temprana y la sintomatología psicótica y depresiva, y dirigir los esfuerzos de captación de clientela hacia las mujeres adultas jóvenes.

**Palabras clave:** Psicoterapia; Sintomatología; Perfil demográfico; SCL-90-R.

### ABSTRACT

*Socio-demographic (SD) information regarding attendees in clinical settings is scarce. Their SD characteristics, symptoms and demands are seldomly known. This information can be crucial as basis for operational decisions in centers providing clinical services. Such data would help guide*

<sup>1</sup> (PSIPRE) Calle Loma Larga 2524, Obispado, 64060 Monterrey, México, correo electrónico: [carlosdelagarzat@gmail.com](mailto:carlosdelagarzat@gmail.com).

<sup>2</sup> Calle Loma Larga 2524, Obispado, 64060 Monterrey, México, correo electrónico: [mpp.patriciamendoza@gmail.com](mailto:mpp.patriciamendoza@gmail.com).

<sup>3</sup> Psicología Clínica y de la Salud, Av. Eugenio Garza Sada 2501 Sur, Tecnológico, 64849 Monterrey, México, correos electrónicos: [juan.ocampo01@cu.ucsg.edu.ec](mailto:juan.ocampo01@cu.ucsg.edu.ec), [a01195132@itesm.mx](mailto:a01195132@itesm.mx) y [a01206084@itesm.mx](mailto:a01206084@itesm.mx).

*training of psychotherapists, and direct the development of patient-centered clinical initiatives. The objective of the present study was to examine the demographic and symptomatic profile of patients in a Mexican psychotherapy center. A short demographic questionnaire and the Symptom Checklist-90 Revised were administered to 100 first-time patients. Fifty-eight percent of participants were women and had a total average age of 30.42 ±9.69 years. The scales yielded adequate validity and reliability values. All but three dimensions correlated with each other. The highest average of symptomatic dimensions included obsession-compulsion, depression, and psychoticism. Data revealed significant differences by gender with women reporting higher scores on three dimensions, and predictors for all but two scales. These results strongly suggest that centers should continuously collect symptomatic information on patients. The SCL-90-R can be used to prioritize continuous training in the treatment of problems prevalent in early adulthood and psychotic and depressive symptomatology. Also such data would be useful at directing client intervention efforts toward young female adults.*

**Keywords:** Psychotherapy; Symptomatology; Demographic profile; SCL-90-R.

Recibido: 17/12/2019

Aceptado: 11/06/2020

Se calcula que en México 17% de la población adulta padece uno o más trastornos, y que un cuarto de la población padecerá al menos uno en su vida (Rentería, 2018). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia, 2015), 18% de la población urbana en edad productiva sufre algún trastorno del estado de ánimo en ese país, como ansiedad, depresión o fobias; además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadoras y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos (Foro Consultivo, Científico y Tecnológico de la Oficina de Información Científica y Tecnológica, 2018). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) ((Medina-Mora *et al.*, 2003) ya reportaba en ese año que 28.6% de la población padecía por lo menos un trastorno correspondiente al CIE-10 en su periodo vital, y la misma encuesta también indica que solo una

de cada cinco personas que padecen un trastorno recibe tratamiento. De los Santos y Carmona (2018), a su vez, afirman que 17.3% de los mexicanos manifiestan sintomatología depresiva. Más aún, en países como México se estima que la brecha de tratamiento en trastornos mentales graves es de hasta 80% (Díaz *et al.*, 2019).

En México la cobertura para la atención de los problemas en salud mental es igualmente escasa; por ejemplo, en 2012 se reportó que el número de psiquiatras era de 3,823, esto es, una tasa de 3.47 por cada 100 mil habitantes (Vargas y Villamil, 2016). Este fenómeno, al igual que la pobre adherencia terapéutica y la ineffectividad del tratamiento, no son exclusivos del contexto mexicano (McAleavey *et al.*, 2017; Vaughan y Ochoa, 2016).

Debido a ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó no solo ampliar la cobertura sino mejorar los servicios de salud mental existentes, considerando el contexto y las circunstancias locales de la población objetivo (cf. Rentería, 2018). Tal lineamiento fue recogido en el último Programa de Acción Específico en Salud Mental del país (Secretaría de Salud, 2014), el cual propone potenciar los servicios estableciendo prioridades para la capacitación y entrenamiento de recursos humanos. Concedido lo expuesto, es menester que los profesionales y las organizaciones públicas y privadas de salud mental acaten las recomendaciones internacionales y los objetivos federales.

Para ello, siguiendo el adagio de las ciencias administrativas que afirma que “lo que no se mide no se puede mejorar” (Yanagawa, Ouzounian y Kaneko, 2019), es imprescindible conocer, en especial, a las personas que reciben el servicio. No obstante, las investigaciones hechas en esta dirección son insuficientes (Campodónico, 2018; Salaberria, Polo, Ruiz, Cruz y Echeburúa, 2016; Tejedo, 2019). En efecto, Labrador, Estupiñá y García (2010) advierten la falta de datos sobre la práctica psicoterapéutica, especialmente en el contexto clínico en oposición al investigativo: apenas hay información sobre las características demográficas, demandas, sintomatología y tipo de pacientes atendidos.

Este conocimiento es de sumo interés para los actores de la salud mental en el contexto mexicano. Las instituciones psicoterapéuticas podrían tomar en consideración la mencionada limitación para orientar de una mejor manera, con una visión centrada en el paciente, sus decisiones operativas y administrativas. Asimismo, podrían guiar la formación continua de los profesionistas con miras a una mejor especialización sobre los cuadros más comunes de la población específica a la que atienden. Por último, sería beneficioso para el diseño de acciones efectivas e iniciativas innovadoras que, en última instancia, nutran la praxis y favorezcan a los pacientes. Con base en lo expuesto, el objetivo de este estudio fue analizar el perfil demográfico y sintomatológico de los pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano.

En pos de tal objetivo es imprescindible disponer de un instrumento que facilite la exploración sintomatológica de la población con la que se trabaja. Aunque existe una miríada de escalas para la tarea, no todas poseen las características efectivas para poder ser aplicadas en el contexto real sobre el que se trabaja. Por su facilidad de aplicación, rapidez de respuesta y otras cualidades, sobresale el Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), de Derogatis (1977) (cf. también Derogatis, 1994, 2002). Es el último y más refinado producto de un largo linaje de escalas psicométricas, entre las que sobresale el Cornell Medical Index (1949) y el Hopkins Symptom Checklist, elaborada en los años cincuenta en la universidad homónima. Esta historicidad le ha permitido recoger y superar las deficiencias y limitaciones de sus precursoras, que fueron los primeros instrumentos elaborados para la valoración general del malestar psicológico y psicosomático.

El SCL-90-R es una propuesta de medición actualizada y más eficiente que las mencionadas. Ha sido empleado en varios países para examinar poblaciones generales y clínicas (Carrozzino *et al.*, 2016; Derogatis, 1994; Sereda y Dembitskyi, 2016; Urbán, Arrindell, Demetrovics, Unoka y Timman, 2016). Esto incluye muestras argentinas, chilenas, colombianas y mexicanas (Casullo y Castro, 1999; Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005; Gempp y Avendaño, 2008; Ponce, 2015;

Vargas y Londoño, 2016), y se le ha empleado para abordar múltiples preguntas de investigación. Lee, Allen, Black, Zanarini y Schulz (2016) lo usaron para examinar el impacto de la quetapina en pacientes con trastorno límite de la personalidad; otros lo aplicaron para esclarecer la relación entre el malestar psicológico y las recaídas en el alcoholismo (Engel *et al.*, 2016), y también ha sido aprovechado para explorar el bienestar de médicos, adolescentes y estudiantes (Carrozzino, Siri y Bech, 2019; Dai *et al.*, 2015; Yang, Choe, Baity, Lee y Cho, 2005). En definitiva, las bondades de la prueba le brindan una versatilidad que aborda un amplio abanico de situaciones y, por ende, puede ser adaptado al diseño investigativo de varias iniciativas.

Según la clasificación de diseños de investigación psicológica propuesta por Ato, López y Benavente (2013), el presente estudio fue de tipo empírico, transversal y descriptivo-selectivo, ya que hay un abordaje real de un problema particular con el fin de describir los hechos tal y como ocurren en su ambiente real, sin recurrir a la manipulación de las variables, y empleando la técnica de autoinforme en una muestra específica. Según el análisis propuesto por Martínez (2011), dicha orientación metodológica de levantamiento de datos representa una oportunidad para explicar y elaborar teorías en las que elementos intangibles desempeñan un papel determinante.

## MÉTODO

### Participantes

*Descripción del centro.* El Centro Psicoterapéutico PSIPRE es una sociedad civil constituida en 2003 con dirección fiscal en la ciudad de Monterrey (México). Su objetivo es favorecer la calidad de vida emocional de las personas, parejas y familias mediante herramientas tales como servicios psicoterapéuticos, talleres, conferencias y medios de comunicación, y su equipo de trabajo está conformado por trece terapeutas. Es un centro abierto al público en general que admite todo tipo de pacientes. Previamente al inicio de este estudio,

el centro recolectaba exclusivamente información de contacto de sus atendidos: nombre, número telefónico y correo electrónico.

*Descripción de los pacientes.* En el estudio participaron 100 pacientes de primer ingreso admitidos en el centro, mujeres en su mayoría, cuyas edades oscilaban entre 18 y 57 años ( $M = 30.42$ ; D.E. = 9.69). De ellos, 47% era del municipio de Monterrey, mientras que la fracción restante pertenecía a municipios aledaños, como Guadalupe, Escobedo y Santa Catarina. Por último, 21% de los evaluados estuvo constituido por estudiantes y habiendo representación de muchas otras disciplinas, como abogacía o arquitectura, por ejemplo. La Tabla 1 resume parte del perfil demográfico de los participantes.

**Tabla 1.** Características demográficas de la muestra.

| Característica            | F (%)   |
|---------------------------|---------|
| <i>Género</i>             |         |
| Femenino                  | 58 (58) |
| Masculino                 | 42 (42) |
| <i>Estado civil</i>       |         |
| Soltero                   | 54 (54) |
| Casado                    | 34 (34) |
| Otro                      | 12 (12) |
| <i>Intervalos de edad</i> |         |
| 18-23                     | 26 (26) |
| 24-29                     | 27 (27) |
| 20-35                     | 21 (21) |
| 36-41                     | 9 (9)   |
| 42-47                     | 8 (8)   |
| 48-52                     | 7 (7)   |
| 53 o más                  | 2 (2)   |

## Instrumentos

*Cuestionario demográfico breve.* Se empleó un cuestionario breve para recabar la información demográfica del paciente, incluyendo género, edad, estado civil, municipio de residencia y labor, tomando en cuenta las recomendaciones de Rubin, Dolev y Zilcha-Mano (2018).

*Symptom Checklist-90 Revised* (Derogatis (1977).

Se utilizó la adaptación al español desarrollada por Casullo y Castro (1999). El SCL-90-R sirve para evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos en población clínica y no clínica. Está compuesto por 90 reactivos referidos a la sintomatología de nueve malestares psicológicos o dimensiones sintomáticas: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Además, el instrumento reporta un índice global de severidad (IGS), que es una medida general de la intensidad del sufrimiento psicológico y psicopatológico; el total de síntomas positivos (TSP), una medida de la amplitud y diversidad de la psicopatología, y el índice de distrés de síntomas positivos (IDSP), que es un indicador de la intensidad sintomática media. Los ítems se responden en una escala de tipo Likert de cuatro puntos según la intensidad del síntoma: desde la ausencia total (0), hasta la máxima intensidad (4).

## Procedimiento

La obtención de datos se llevó a cabo a lo largo de seis meses por personal del centro y como parte del servicio para brindar al psicoterapeuta un indicador inicial del malestar del paciente. Como criterios de inclusión se estableció que fuesen pacientes adultos y que accedieran a firmar el acuerdo de consentimiento informado. Respecto a las consideraciones éticas, el presente estudio cumplió el criterio segundo del subapartado D del Código de Regulaciones Federales (Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, e Institutos Nacionales de Salud y Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación, 1991) en cuanto que incluye procedimientos de encuesta en los que la información recabada no puede ser directa o indirectamente vinculada a los sujetos. Además, siguiendo los lineamientos internacionales de ética en la experimentación con seres humanos, los participantes fueron informados del objetivo de la investigación, del anonimato de su participación, la confidencialidad de sus respuestas y la posibilidad



de retirar su consentimiento sin represalia alguna. Los cuestionarios fueron aplicados durante la primera visita del paciente, dentro de las instalaciones del centro y antes del inicio de la sesión. El tiempo de respuesta osciló entre diez y quince minutos. Después, las pruebas fueron calificadas por los propios autores y por un grupo de voluntarios capacitados en la metodología de revisión. El índice global de severidad (IGS), el total de síntomas positivos (TSP) y el índice de distrés de los síntomas positivos (IDSP) fueron computados empleando los baremos de la versión en español de la prueba.

### Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS, v. 20. Antes de iniciar los procedimientos estadísticos, se exploraron manualmente los registros con el propósito de identificar la información faltante, misma que fue sustituida por el valor nulo a fin de no afectar la calificación del instrumento. A continuación, se evaluó la confiabilidad del instrumento a través de medidas de consistencia interna, para lo cual se emplearon tres mediciones: el coeficiente alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia interna del cuestionario, esto es, el nivel de relación entre los reactivos de una misma escala; la correlación entre reactivos, que evalúa la homogeneidad de los reactivos con el fin de verificar si hay concordancia o redundancia en su medición, y la correlación reactivo-total, que revisa si los resultados de cada reactivo son consistentes con los de la totalidad de la escala sin el mismo.

A continuación, se evaluó la validez interna del instrumento. Considerando el tamaño de la muestra ( $n = 100$ ) con relación al número de variables medidas ( $x = 90$ ), se consideró que no sería apropiado llevar a cabo un análisis factorial exploratorio de la completitud del cuestionario, por lo que se optó por realizar el mismo procedimiento en cada una de las escalas tras el examen individual de la adecuación de la muestra mediante el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. El objetivo del

procedimiento de análisis factorial exploratorio fue probar la hipótesis de unidimensionalidad, es decir, el grado en el que el conjunto de reactivos de cada escala mide en mayor proporción un solo constructo latente. Hecho lo anterior, se hizo un análisis descriptivo de los resultados obtenidos y se examinaron las diferencias entre las muestras según su género. Por último, se desarrollaron nueve modelos predictivos por la técnica de análisis de regresión múltiple con la finalidad de explorar más a fondo los correlatos entre las variables de estudio.

## RESULTADOS

### Confiabilidad y validez

Se evaluó la confiabilidad del instrumento por escalas. Todas presentaron coeficientes alfa de Cronbach en el rango de aceptable ( $>.70$ ) o superior, según los umbrales convencionales detallados por Cortina (1993). Esto sugiere que las escalas presentan una consistencia interna adecuada entre los ítems que las componen. Hay que señalar, que después se computaron las correlaciones inter-reactivo para cada reactivo. En la misma línea, la media de la correlación inter-reactivo se mantuvo en el rango recomendado ( $.40 > r_{i-r} > .20$ ), salvo en dos escalas; lo cual indica que, aunque los ítems son homogéneos, hay suficiente variación entre ellos para que no sean redundantes o isomórficos (Piedmont, 2014). Por último, las correlaciones reactivo-total oscilaron en un rango aceptable ( $>.20$ ), salvo en una escala. Este último estadístico señala que las variables por escala se comportan de forma similar, lo que sugiere un grado saludable de paridad. Los resultados indican que el instrumento utilizado fue suficientemente confiable y, por lo tanto, produce resultados similares en condiciones consistentes.

Asimismo, se examinó la validez interna del instrumento. Todas las escalas reportaron un índice de Kaiser-Meyer-Olkin suficiente ( $>.70$ ) y una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ( $p < .001$ ), lo que indica que los datos son aptos



para proceder a un análisis factorial. Siguiendo las recomendaciones de Osborne (2014), se decidió por el método de extracción de factorización de los ejes principales con una rotación oblicua promax. Todas las escalas agruparon en un primer factor más de 40% de su varianza, salvo la escala PSI (36.333%). Sobre esto último, Pedersen, Urnes, Kvarstein y Karterud (2016) han encontrado que la misma responde a un constructo heterogéneo. No obstante, los hallazgos sugieren que el resto de las escalas del instrumento son mayormente unidimensionales, es decir, que miden un factor latente. La Tabla 2 resume los resultados de confiabilidad y validez de la escala.

**Tabla 2.** Confiabilidad y validez por escala.

| Escala | Número de ítems | $\alpha$ | ri-r | rr-t      | v1 (%) |
|--------|-----------------|----------|------|-----------|--------|
| SOM    | 12              | .87      | .36  | .42 – .66 | 41.60  |
| OBS    | 10              | .83      | .33  | .37 – .67 | 40.60  |
| SI     | 9               | .85      | .38  | .36 – .73 | 45.94  |
| DEP    | 13              | .91      | .42  | .28 – .80 | 48.65  |
| ANS    | 10              | .87      | .41  | .47 – .73 | 47.14  |
| HOS    | 6               | .74      | .32  | .27 – .61 | 44.57  |
| FOB    | 7               | .79      | .35  | .38 – .61 | 44.89  |
| PAR    | 6               | .76      | .35  | .37 – .61 | 46.12  |
| PSI    | 10              | .78      | .26  | .12 – .76 | 36.33  |

$\alpha$ : Coeficiente alfa de Cronbach estandarizado.

$r_{i-r}$ : Correlación inter-reactivo promedio.

$r_{r-t}$ : Rango de correlación reactivo-total.

$v_1$ : Porcentaje de varianza explicada por el primer factor.

## Análisis descriptivo

El IGS promedio fue de 52.70 (D.E. = 20.72), el TSP de 50.35 (DS = 20.19) y el IDSP de 51.20

(D.E. = 19.86). Los promedios por subescala, ordenados de forma ascendente, oscilan entre 35 (D.E. = 27.44) de FOB hasta 61.17 (D.E. = 20.18) de OBS. La asimetría y curtosis de las subescalas se mantuvo en el rango  $\pm 2$ . La Tabla 3 resume la información descriptiva por escala. Todas las subescalas correlacionaron significativamente entre ellas, a excepción de tres pares, y todas las correlaciones significativas halladas son positivas, la mayoría débiles ( $.39 > r > .20$ ) o moderadas ( $.59 > r > .40$ ), y solo una es fuerte ( $.79 > r > .60$ ), según Evans (1996). Esto podría sugerir una baja validez discriminante, como la reportada por Ardakani *et al.* (2016).

**Tabla 3.** Estadísticas descriptivas por escala.

| Variable      | Rango   | M     | D.E.  | $\gamma_1$ | $\gamma_2$ |
|---------------|---------|-------|-------|------------|------------|
| <i>Índice</i> |         |       |       |            |            |
| IGS           | 5 – 95  | 52.70 | 20.72 | -.13       | -.87       |
| TSP           | 6 – 88  | 50.35 | 20.19 | -.23       | -.66       |
| IDSP          | 5 – 95  | 51.20 | 19.86 | -.04       | -.21       |
| <i>Escala</i> |         |       |       |            |            |
| SOM           | 5 – 97  | 42.12 | 25.50 | .39        | -.94       |
| OBS           | 15 – 95 | 61.17 | 20.18 | -.43       | -.19       |
| SI            | 5 – 90  | 52.70 | 25.38 | -.46       | -.98       |
| DEP           | 5 – 95  | 57.80 | 22.60 | -.56       | -.40       |
| ANS           | 5 – 97  | 50.02 | 24.29 | -.12       | -1.05      |
| HOS           | 5 – 90  | 48.75 | 24.88 | -.34       | -.84       |
| FOB           | 5 – 90  | 35.00 | 27.44 | .39        | -1.13      |
| PAR           | 5 – 90  | 53.00 | 27.45 | -.60       | -.92       |
| PSI           | 5 – 97  | 58.82 | 26.36 | -.93       | -.21       |

M: Media; D.E.: Desviación estándar;  $\gamma_1$ : Asimetría;  $\gamma_2$ : Curtosis.

La Tabla 4 presenta la matriz producto-momento de correlaciones entre las escalas.

**Tabla 4.** Matriz producto-momento.

| Núm. | Escala | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1    | SOM    |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 2    | OBS    | .268** |        |        |        |        |        |        |        |
| 3    | SI     | NS     | .269** |        |        |        |        |        |        |
| 4    | DEP    | .385** | .340** | .531** |        |        |        |        |        |
| 5    | ANS    | .460** | .370** | .272** | .482** |        |        |        |        |
| 6    | HOS    | .252*  | NS     | .333** | .359** | .277** |        |        |        |
| 7    | FOB    | .357** | .218*  | .405** | .384** | .664** | .298** |        |        |
| 8    | PAR    | .281** | .208*  | .599** | .323** | .322** | .423** | .349** |        |
| 9    | PSI    | .292** | NS     | .480** | .463** | .231*  | .510** | .403** | .558** |

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

Se analizaron a continuación, las diferencias en la muestra dividida por género empleando la prueba *t* de Student para muestras independientes. Solo el índice global TSP, al igual que las escalas SI, PAR y PSI, mostraron diferencias significativas entre las muestras en los tres casos a favor de las participantes femeninas; por consiguiente, estas, en comparación con la muestra masculina, alcanzaron una media mayor en el índice y las escalas mencionadas. La Tabla 5 muestra las diferencias entre las medias de las muestras según el género.

**Tabla 5.** Diferencias entre medias según el género.

| Escala | Género    | M     | D.E.  | <i>t</i> |
|--------|-----------|-------|-------|----------|
| IGS    | Masculino | 48.81 | 23.24 | NS       |
|        | Femenino  | 55.52 | 18.39 |          |
| TSP    | Masculino | 43.67 | 21.96 | -2.82*   |
|        | Femenino  | 55.19 | 17.44 |          |
| IDSP   | Masculino | 52.50 | 22.42 | NS       |
|        | Femenino  | 50.26 | 17.93 |          |
| SOM    | Masculino | 43.14 | 29.70 | NS       |
|        | Femenino  | 41.38 | 22.22 |          |
| OBS    | Masculino | 62.19 | 21.83 | NS       |
|        | Femenino  | 60.43 | 19.06 |          |
| SI     | Masculino | 43.93 | 26.35 | -2.99*   |
|        | Femenino  | 59.05 | 22.84 |          |
| DEP    | Masculino | 53.93 | 23.62 | NS       |
|        | Femenino  | 60.60 | 21.60 |          |
| ANS    | Masculino | 49.40 | 26.53 | NS       |
|        | Femenino  | 50.47 | 22.77 |          |
| HOS    | Masculino | 43.69 | 27.23 | NS       |
|        | Femenino  | 52.41 | 22.56 |          |
| FOB    | Masculino | 32.62 | 29.64 | NS       |
|        | Femenino  | 36.72 | 25.86 |          |
| PAR    | Masculino | 44.76 | 29.40 | -2.55*   |
|        | Femenino  | 58.97 | 24.51 |          |
| PSI    | Masculino | 52.55 | 30.16 | NS       |
|        | Femenino  | 63.36 | 22.43 |          |

\* *p* < .05

### Análisis de regresión múltiple

Por último, se comprobaron modelos para la predicción de las dimensiones sintomáticas a partir

del análisis de regresión múltiple. Las variables predictoras fueron la edad, el género y todas las dimensiones sintomáticas, salvo la examinada como variable dependiente. El Modelo 1 ( $F_{10, 89} = 3.81, p < .001, R^2 = .30$ ) y Modelo 2 ( $F_{10, 89} = 2.41, p < .05, R^2 = .21$ ), correspondientes a la escala de somatizaciones y obsesión-compulsión, no mostraron buenos índices de ajuste, y tampoco reportaron predictores significativos al nivel propuesto. Los modelos posteriores presentaron una adecuación aceptable ( $R^2 > .30$ ). Las escalas de psicoticismo y depresión tuvieron la amplitud predictiva más alta, siendo predictores en cinco y cuatro modelos. Por otra parte, el mayor poder predictivo fue entre ansiedad y ansiedad fóbica.

El Modelo 3 ( $F_{10, 89} = 11.10, p < .001, R^2 = .56$ ), cuya variable dependiente es SI, encontró tres predictores significativos, que son PAR ( $\beta = .44$ ), DEP ( $\beta = .39$ ) y FOB ( $\beta = .25$ ). El Modelo 4 ( $F_{10, 89} = 9.24, p < .001, R^2 = .51$ ), cuya variable dependiente es DEP, encontró como predictores a SI ( $\beta = .43$ ), ANS ( $\beta = .36$ ), PAR ( $\beta = .28$ ) y PSI ( $\beta = -.24$ ). El Modelo 5 ( $F_{10, 89} = 13.52, p < .001, R^2 = .60$ ), cuya variable dependiente es ANS, reportó como predictores a FOB ( $\beta = .56$ ), DEP ( $\beta = .29$ ) y PSI ( $\beta = -.23$ ). El Modelo 6 ( $F_{10, 89} = 11.10, p < .001, R^2 = .56$ ), cuya variable dependiente es HOS, solo presentó como predictor significativo a PSI ( $\beta = .34$ ). El Modelo 7 ( $F_{10, 89} = 10.79, p < .001, R^2 = .55$ ), cuya variable dependiente es FOB, presentó los predictores ANS ( $\beta = .64$ ), SI ( $\beta = .26$ ) y PSI ( $\beta = .25$ ). El Modelo 8 ( $F_{10, 89} = 10.21, p < .001, R^2 = .53$ ), cuya variable dependiente es PAR, encontró tres predictores significativos, que son SI ( $\beta = .46$ ), PSI ( $\beta = .32$ ) y DEP ( $\beta = -.23$ ). Por último, el Modelo 9, cuya variable dependiente es PSI, reportó la mayor cantidad de predictores significativos. Estos son PAR, DEP ( $\beta = .46$ ), FOB ( $\beta = .46$ ), HOS ( $\beta = .46$ ) y ANS ( $\beta = .46$ ). La edad y género no figuraron como predictores significativos de ninguna escala. La Tabla 6 muestra los nueve modelos de regresión lineal computados.

**Tabla 6.** Predictores de las dimensiones sintomáticas del SCL por análisis de regresión múltiple.

| Predictores         | Modelo 1<br>(SOM) |       | Modelo 2<br>(OBS) |         | Modelo 3<br>(SI) |         | Modelo 4<br>(DEP) |          | Modelo 5<br>(ANS) |         | Modelo 6<br>(HOS) |        | Modelo 7<br>(FOB) |         | Modelo 8<br>(PAR) |         | Modelo 9<br>(PSI) |        |
|---------------------|-------------------|-------|-------------------|---------|------------------|---------|-------------------|----------|-------------------|---------|-------------------|--------|-------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|--------|
|                     | $\beta$           | t     | $\beta$           | t       | $\beta$          | t       | $\beta$           | t        | $\beta$           | t       | $\beta$           | t      | $\beta$           | t       | $\beta$           | t       | $\beta$           | t      |
| Edad                | .06               | .69   | -.03              | -.35    | .02              | .28     | .02               | .30      | -.05              | -.75    | -.05              | -.50   | .07               | .96     | -.12              | -1.59   | -.03              | -.38   |
| Género              | -.09              | -.93  | -.10              | -1.04   | .11              | 1.49    | .03               | .31      | .00               | .00     | .06               | .63    | -.03              | -.39    | .08               | 1.09    | .02               | .23    |
| SOM                 | -                 | -     | .10               | .88     | -.12             | -1.42   | .14               | 1.65     | .15               | 1.87    | .04               | .37    | .04               | .44     | .11               | 1.28    | .07               | .83    |
| OBS                 | .09               | .88   | -                 | -       | .11              | 1.36    | .10               | 1.15     | .14               | 1.92    | -.01              | -.07   | -.06              | -.75    | .02               | .27     | -.06              | -.68   |
| SI                  | -.19              | -1.42 | .19               | 1.36    | -                | -       | .43               | 4.19***  | -.19              | -1.90   | -.03              | -.20   | .26               | 2.49*   | .46               | 4.75*** | .01               | .12    |
| DEP                 | .21               | 1.65  | .15               | 1.15    | .39              | 4.19*** | -                 | -        | .29               | 3.24**  | .10               | .81    | -.14              | -1.40   | -.23              | -2.30*  | .28               | 2.73** |
| ANS                 | .26               | 1.87  | .28               | 1.92    | -.21             | -1.90   | .36               | 3.24**   | -                 | -       | .08               | .60    | .64               | 7.09*** | .20               | 1.74    | -.28              | -2.43* |
| HOS                 | .04               | .37   | -.01              | -.07    | -.02             | -.20    | .07               | .81      | .05               | .60     | -                 | -      | .00               | .05     | .10               | 1.20    | .24               | 2.84** |
| FOB                 | .06               | .44   | -.11              | -.75    | .25              | 2.49**  | -.15              | -1.40    | .56               | 7.09*** | .01               | .05    | -                 | -       | -.09              | -.81    | .27               | 2.56*  |
| PAR                 | .16               | 1.28  | .04               | .27     | .44              | 4.75*** | -.24              | -2.30*   | .17               | 1.74    | .15               | 1.20   | -.08              | -.81    | -                 | -       | .33               | 3.23** |
| PSI                 | .11               | .83   | -.09              | -.68    | .01              | .12     | .28               | 2.73**   | -.23              | -2.43*  | .34               | 2.84** | .25               | 2.56*   | .32               | 3.23**  | -                 | -      |
| R <sup>2</sup>      | .30               | .21   | .56               | .51     | .60              | .32     | .55               | .53      | .51               |         |                   |        |                   |         |                   |         |                   |        |
| R <sup>2</sup> adj. | .22               | .13   | .51               | .45     | .56              | .24     | .50               | .48      | .46               |         |                   |        |                   |         |                   |         |                   |        |
| SEE                 | 22.51             | 18.88 | 17.86             | 16.69   | 16.15            | 21.70   | 19.46             | 19.76    | 19.44             |         |                   |        |                   |         |                   |         |                   |        |
| F10, 89             | 3.81***           | 2.41* | 11.10***          | 9.24*** | 13.52***         | 4.10*** | 10.79***          | 10.21*** | 9.31***           |         |                   |        |                   |         |                   |         |                   |        |

$\beta$ : Coeficiente estandarizado beta; R<sup>2</sup>: coeficiente de correlación múltiple al cuadrado; R<sup>2</sup> adj.: coeficiente de correlación múltiple al cuadrado ajustado; SEE: error estándar del estimado. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

## DISCUSIÓN

Todas las escalas mostraron índices de confiabilidad adecuados ( $\alpha > .70$ ). Además, el análisis factorial exploratorio reporta un porcentaje de varianza satisfactoria en las diferentes subescalas ( $v1 > .40$ ), salvo en la de psicoticismo. Un examen posterior señala que un reactivo de dicha escala no se comporta igual que el resto, como lo sugiere su magnitud de correlación reactivo-total ( $r_{r-t} = .11$ ). No obstante, algunos estudios han encontrado que esta subescala puede ser problemática y, en todo caso, los presentes hallazgos abonan a ese juicio (Londoño *et al.*, 2018; Olsen, Mortensen y Bech, 2004). La alta correlación entre escalas podría indicar que el malestar psicológico, tal como lo mide el SCL-90, se estructura como un modelo unifactorial (Arrindell *et al.*, 2017; Preti, Carta y Petretto, 2019). No obstante, los análisis predictivos esclarecen las relaciones entre dimensiones, excluyendo la escala de somatización y la de obsesión-compulsión, mientras da protagonismo a la de depresión y psicoticismo. En este caso, se subraya el papel del psicoterapeuta al interpretar los resultados de la evaluación para circunscribir las posibles limitaciones del instrumento.

Respecto al perfil sociodemográfico de las pacientes de PSIPRE, se destaca que el mayor porcentaje de la clientela corresponde a las mujeres (58%), lo cual apoya los resultados de otros estudios de que las mujeres solicitan más esta clase de servicios (Bedi, Young, Davari, Springer y Kane, 2016), lo que podría vincularse a los estigmas culturales de la masculinidad, en los que ciertos ideales dominantes, como la fuerza y el estoicismo, se encuentran en contradicción directa con algunos procesos del tratamiento psicológico, como la vulnerabilidad emocional y la relación colaborativa (Seidler, Rice, Oliffe, Fogarty y Dhillon, 2017). Más allá de eso, sugiere que los esfuerzos de captación de clientes por parte del centro serían más efectivos entre la población femenina. También se halla que el estado civil más frecuente entre los participantes fue la soltería (54%) y una representación considerable de personas casadas (34%); no obstante, no se encontró una bibliografía relevante que permita desarrollar este resultado.

Un hallazgo importante es que la etapa etaria con mayor representación fue la adultez temprana en 81% de los casos. Como apunta Uriarte (2005), en la primera parte de esta etapa se juega la transición entre la adolescencia y una adultez

en la que reconquista la independencia personal, familiar y económica y se recibe la adjudicación del estatus social de adulto. Más allá, la considerable proporción de estudiantes y profesionales también amerita alguna consideración. En este sentido, ambas manifestaciones podrían guiar las decisiones administrativas sobre la educación continua de los terapeutas, y priorizar tópicos de interés o la sintomatología con alta prevalencia en el segmento poblacional con estas características. Finalmente, el municipio de residencia de los participantes puede orientar asimismo la expansión efectiva de la operación de PSIPRE en la zona metropolitana.

Hay que mencionar también, las medias encontradas en las escalas de obsesión-compulsión, depresión y psicoticismo muestran el perfil sintomatológico de la población a la que sirve PSIPRE y advierte sobre la importancia de recolectar permanentemente de información sobre la sintomatología de los pacientes al ser admitidos, para así enriquecer su valoración y tratamiento. Asimismo, explorar las diferencias por género resulta de gran utilidad para conocer la sintomatología de los miembros de los diversos segmentos del mercado al que sirve el centro. Así, las mujeres atendidas, en comparación con sus pares masculinos, padecen un mayor malestar asociado a la sensibilidad interpersonal y a la ideación paranoide. De la misma manera, muestran una mayor amplitud y diversidad de síntomas, lo que concuerda con un estudio de Martínez, Fuentes, González, de Oca y

Muñoz (2018) en el que se utilizó el mismo instrumento en participantes mexicanas. Finalmente, los modelos ensayados sugieren una vasta comorbilidad sintomatológica en los pacientes atendidos con rasgos en las dimensiones de psicoticismo y depresión, a la vez que refuerza la correlación de la díada ansiedad-ansiedad fóbica. Tales hallazgos compelen a la formación terapéutica adicional en estas tres categorías y previenen al terapeuta de una perspectiva unidimensional sobre el malestar de sus atendidos.

Una limitación importante del estudio fue el volumen de la muestra, pues impidió el análisis de la estructura factorial total del instrumento; sin embargo, cabe señalar que ese número responde a la afluencia de pacientes de nuevo ingreso admitidos por PSIPRE durante los meses señalados. Los presentes autores también reconocen que el estudio exclusivo de una muestra clínica ya implica ciertas condiciones psicométricas y que, en todo caso, sería favorable adicionar una muestra no clínica para fines comparativos. Como recomendaciones, se sugiere explorar más a fondo la validez del instrumento, e incluso adaptarlo a la población mexicana con base en una muestra demográfica representativa. Por último, se exhorta a investigadores, practicantes e instituciones concernientes a la salud mental a emprender iniciativas que busquen estrechar el existente pero frágil lazo que une la investigación y la práctica en el ámbito psicológico en el contexto mexicano.

*Citación:* De la Garza T., C.D., Mendoza C., P.C., Ocampo A., J.C., Leija B., F.I. y Espinosa B., A.K. (2021). Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano. *Psicología y Salud*, 31(2), 237-247. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2692>.

## REFERENCIAS

- Ardakani, A., Seghatoleslam, T., Habil, H., Jameei, F., Rashid, R., Zahirodin, A., Masjidi, A. (2016). Construct validity of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. *Iranian Journal of Public Health*, 45(4), 451-459.
- Arrindell, W.A., Urbán, R., Carrozzino, D., Bech, P., Demetrovics, Z. y Roozen, H.G. (2017). SCL-90-R emotional distress ratings in substance use and impulse control disorders: One-factor, oblique first-order, higher-order, and bi-factor models compared. *Psychiatry Research*, 255, 173-185.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Bedi, R.P., Young, C.N., Davari, J.A., Springer, K.L. y Kane, D.P. (2016). A content analysis of gendered research in the Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(4), 365-383.



- Campodónico, N. (2018). Síntoma y demanda psicológica en el primer nivel de atención en la ciudad de La Plata. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 90-100.
- Carrozzino, D., Siri, C. y Bech, P. (2019). The prevalence of psychological distress in Parkinson's disease patients: The Brief Symptom Inventory (BSI-18) versus the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R). *Program Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88(10), 96-101.
- Carrozzino, D., Vassend, O., Bjørndal, F., Pignolo, C., Olsen, L. y Bech, P. (2016). A clinimetric analysis of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R) in general population studies (Denmark, Norway, and Italy). *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 374-379.
- Casullo, M. y Castro, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90. *Anuario de Investigaciones VII* (pp. 147-157). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Checklist 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Dai, Y., Zhang, B., Sun, H., Li, Z., Shen, L. y Liu, Y. (2015). Prevalence and correlates of psychological symptoms in Chinese doctors as measured with the SCL-90-R: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 369-383.
- De los Santos P., V. y Carmona V., S.E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119.
- Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de Salud y Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación (1991). *Código de Regulaciones Federales, 45 C.F.R.: Protección de sujetos humanos, §46.104* [En español]. Washington, D.C.: Autores.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore, MA: Johns Hopkins University.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Adaptación castellana de la técnica. Manual*. Minnesota: National Computer Systems.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas*. Barcelona: TEA Ediciones.
- Díaz C., L., Cabello R., H., Medina-Mora, M.E., Berenzon G., S., Robles G., R. y Madrigal L., E. Á. (2019). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1), 72-79.
- Engel, K., Schaefer, M., Stickel, A., Binder, H., Heinz, A. y Richter, C. (2016). The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. Can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol and Alcoholism*, 51(1), 27-31.
- Evans, J. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Foro Consultivo, Científico y Tecnológico de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). *Salud mental en México*. México: FCCYT.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Labrador, F., Estupiñá, F. y García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
- Lee, S., Allen, J., Black, D., Zanarini, M. y Schulz, S. (2016). Quetiapine's effect on the SCL-90-R domains in patients with borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 28(1), 4-10.
- Londoño N., H., Agudelo D., M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre D., C. y Arias, J.F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*, 21(2), 45-59.
- Martínez, P. (2011). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.
- Martínez, A., Fuentes, N., González E., S., De Oca, Y. y Muñoz, M. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 24(1), 97-113.
- McAleavey, A.A., Youn, S.J., Xiao, H., Castonguay, L.G., Hayes, J.A. y Locke, B.D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 1-18. Doi: 10.1080/10503307.2017.1395921.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Muñoz, C.L., Benjet, C., Jaimés, J.B., Fleiz B., C. y Aguilar G., S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Olsen, L.R., Mortensen, E.L. y Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90-R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 225-229.
- Osborne, J. (2014). *Best practices in exploratory factor analysis*. Scotts Valley, CA: CreateSpace Independent Publishing.



- Pedersen, G., Urnes, O., Kvarstein, E. y Karterud, S. (2016). The three factors of the psychoticism scale of SCL-90-R. *Personality and Mental Health, 10*(3), 244-255.
- Piedmont, R. (2014). Inter-item correlations. En A. Michalos (Ed.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer.
- Ponce, C. (2015). Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima metropolitana. *Liberabit, 21*(1), 153-165.
- Preti, A., Carta, M.G. y Petretto, D.R. (2019). Factor structure models of the SCL-90-R: Replicability across community samples of adolescents. *Psychiatry Research, 272*, 491-498.
- Rentería, M. (2018). *Salud mental en México*. Ciudad de México: Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión.
- Rubin, A., Dolev, T. y Zilcha-Mano, S. (2018). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 28*(5), 672-684.
- Salaberría, K., Polo L., R., Ruiz I., M., Cruz S., S. y Echeburúa, E. (2016). Análisis de la demanda en una unidad universitaria de asistencia psicológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(3), 299-308.
- Secretaría de Salud (2014). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico en Salud Mental*. México: Autor.
- Seidler, Z., Rice, S., Oliffe, J., Fogarty, A. y Dhillon, H. (2017). Men in and out of treatment for depression: strategies for improved engagement. *Australian Psychologist, 53*(5), 405-415. Doi: 10.1111/ap.12331.
- Sereda, Y. y Dembitskiy, S. (2016). Validity assessment of the Symptom Checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry, 16*(1), 300. Doi: 10.1186/s12888-016-1014-3.
- Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Tejedo, A. (2019). Condicionantes del diagnóstico en la demanda de ayuda psicológica en una unidad de atención psicológica en un campus universitario. *Revista de Psicoterapia, 30*(113), 213-237.
- Urbán, R., Arrindell, W., Demetrovics, Z., Unoka, Z. y Timman, R. (2016). Cross-cultural confirmation of bi-factor models of a symptom distress measure: Symptom Checklist -90- Revised in clinical samples. *Psychiatry Research, 239*, 265-274.
- Uriarte, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3*(1), 145-160.
- Vargas, A. y Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis, 21*, 111-130.
- Vargas, B. y Villamil S., V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental, 39*(1), 3-9.
- Vaughan, B. y Ochoa, E. (2016). Optimizing adherence and outcomes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 173*(5), 444-445.
- Yanagawa, B., Ouzounian, M. y Kaneko, T. (2019). Commentary: If you don't measure it, you can't improve it. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 160*(2), 469-470.
- Yang, C., Choe, B., Baity, M., Lee, J. y Cho, J. (2005). SCL-90-R and 16PF profiles of senior high school students with excessive internet use. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(7), 407-414.



# Accidentes o lesiones no intencionales: una perspectiva social

## *Accidents or unintentional injuries: A social perspective*

*Arturo Franco Ordaz y Rosa Elizabeth Sevilla Godínez*

Universidad de Guadalajara<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: *Arturo Franco Ordaz*, [psicofranco93@gmail.com](mailto:psicofranco93@gmail.com).

### RESUMEN

Las lesiones no intencionales son conocidas popularmente como “accidentes”, pero el designarlas como tales implica conceptualmente que son situaciones que están fuera del control humano. Popularizar conceptos que reasignen la capacidad de prevenir las lesiones ante los indicios de riesgo permite crear medidas que pueden evitar las consecuencias lesivas de ignorar el riesgo, y ver a así los llamados “accidentes” como fenómenos controlables, prevenibles y hasta eliminables.

**Palabras clave:** Riesgo; Lesión no intencional; Accidente; Peligro; Consecuencia; Detrimen-  
to; Prevención.

### ABSTRACT

*Unintentional injuries are popularly known as “accidents”, but designating them as such conceptually implies that such injuries are situations beyond human control. To promote and popularize the concept of unintentional injuries as involving the ability to prevent them on the basis of risk clues would help create interventions to avoid the harmful consequences of ignoring such risk. Thus it is necessary to conceive the so-called “accidents” as controllable, preventable, and even susceptible of elimination.*

**Keywords:** Risk; Unintentional injury; Accident; Danger; Consequence; Detriment;  
Prevention.

*Recibido:* 13/01/2020

*Aceptado:* 12/05/2020

## INTRODUCCIÓN

La forma en que se entiende “accidente” como concepto, o la interpretación que se le atribuye, influye en el comportamiento y en la actitud que se asume para vivir las situaciones ligadas al mismo, es decir, como debidas al azar. En cambio, el término de “lesiones no intencionales”, no implican una incapacidad para controlarlas, sino el daño causado sin insidia y la posibilidad de que su prevención sea factible; sin

---

<sup>1</sup> Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Sierra Mojada 950, Col. Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jal., México, tel. (333)397-91-63, correos electrónicos: [psicofranco93@gmail.com](mailto:psicofranco93@gmail.com) y [elizros@hotmail.com](mailto:elizros@hotmail.com).

embargo, la palabra a la que se recurre de forma coloquial para denotarlas es la ya mencionada “accidente”, que es una consecuencia del riesgo. No obstante, tal término causa problemas en la salud pública ya que denota la imposibilidad de actuar frente al riesgo o el peligro para prevenirlo o evitarlo (Ruiz, 2011). En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2016) la palabra peligro se define como “riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal”; a su vez, riesgo es definido como “contingencia o proximidad de un daño”. Según sus raíces epistemológicas (Corominas, 2003), “peligro” deriva del latín *periculum*, que hace referencia a un “ensayo” o “prueba”, situando entonces la posible lesión en el futuro, y de la misma raíz *peritus*, que significa “experimentado”. Por su parte, se cree que “riesgo” deriva de *risco* o *rischio*, del castellano “risco” o “peñasco escarpado”, por el peligro de transitar por él.

Al realizar el análisis de las definiciones, los conceptos de “peligro” y “riesgo” se retroalimentan, pues ambos aluden a la posibilidad de sufrir un daño, lo que origina que las acciones o las consideraciones sobre la capacidad para impedir lesiones en un cierto evento se vean infravaloradas, ya que existe la posibilidad de evitar estas. El problema surge cuando se compara lo que se desea lograr y el posible perjuicio que se puede generar en el proceso. Se subestima la probabilidad e intensidad del daño latente porque se ha aprendido que las experiencias riesgosas pueden alcanzarse sin sufrir daños, o que estos pueden ser mínimos; es decir, constituyen un riesgo aceptable.

Es esta misma exposición repetitiva o prolongada lo que aumenta la probabilidad del daño; haber salido bien librados del peligro o con un daño mínimo en eventos anteriores lleva a creer que se puede volver al peligro eludiendo las consecuencias negativas y obteniendo lo que se desea.

El riesgo es visto como una probabilidad. Se asume la consecuencia de un posible daño, y a la par la capacidad de lograr el éxito eludiéndolo. Al parecer, la posibilidad de salir bien librados es lo que vuelve a la palabra “riesgo” un término sesgado que aumenta la probabilidad de que se actúe de forma inadecuada para evitar aquel. Es decir,

el riesgo es en sí la capacidad del daño, y está presente en dos elementos que aparecen como posibles causas de ese riesgo: obtener lo deseado sin el daño, o afrontar el daño junto con lo deseado. Se puede percibir el riesgo como un daño, pero se aprecia también la posibilidad de tener éxito; por tanto, se hace la comparación entre el costo y el beneficio de tomar el riesgo, entre la comodidad de elegir el riesgo y la ejecución de tareas más elaboradas que lo anulen. Cuando la mayor parte de las veces se logra lo que se busca, es cuando se tiende a seguir asumiendo el riesgo que ello implica, creyendo que el azar es favorable. Es de esta forma que el riesgo proporciona una falsa libertad de asumir la responsabilidad al considerarse como algo incontrolable, a la vez que le resta importancia al daño por ser solo una posibilidad más en una situación de riesgo. Y esto es así porque la mayoría de las veces al asumir el riesgo se tiene éxito evadiendo el daño, lo que hace creer que la posibilidad de enfrentar al peligro y resultar dañado es mínima o nula, lo que genera una especie de experticia en la actividad de riesgo y una actitud poco o nada precavida. Del control y la atención al peligro se pasa a ignorarlo, a no esperarlo, llegando entonces a anular, dentro de las creencias, las posibilidades de que ocurra, a ocultarlo y a la vez potenciarlo, y a sorprendernos de que no lo hubiéramos considerado cuando ya no tomamos las precauciones que permitirían evadir o disminuir el daño que trajo consigo.

### El fatal riesgo

Evadir la capacidad del daño es pasar de su desestimación a su anulación, convirtiéndose de este modo en un riesgo latente, invisible y parte de la vida diaria. Se habla del fatalismo como la aceptación de un presente y un futuro ineludiblemente trágico, que depende del universo o de un ser divino que se halla fuera de nuestros límites; es decir, es una actitud de desigualdad frente al daño: ya no importa el peligro pues es algo en lo que se está sumergido y del cual ya no importa escapar (Blanco y Díaz, 2007). A esto, Martín-Baró (1989) afirma que tal estado de desinterés, de fatalismo, parte de la construcción social de pobreza,

explotación y desigualdad social, contexto que se vive principalmente en Latinoamérica. Dicha actitud está conformada por creencias, sentimientos y comportamientos. Martín-Baró señala tres principales creencias «1. “La vida está predefinida”; 2. “La propia acción no puede cambiar el destino fatal”, y 3. “Un Dios lejano y todopoderoso decide el destino de cada persona”» (p. 157), mismas que llevan a la inactividad, a dejar de pensar y planear un futuro, a vivir un presente constante sin consecuencias controlables, a la falta de conciencia de que la acción tiene efectos venideros. El fatalismo crea un círculo vicioso de conformismo al negar de forma ilusoria la existencia del riesgo: no se actúa para eliminarlo; por el contrario, perpetuando el daño posible, se aumenta su probabilidad. Asumir el conformismo como un problema cultural o de orden público parte de una perspectiva sociocultural (Frías, 2006); es decir no depende el riesgo totalmente de las características físicas del medio o de las estructuras cognitivas de los individuos de forma particular, sino que, bajo esta perspectiva, la valoración del riesgo depende de la construcción social vinculada a estructuras dadas de los valores sociales y la confianza que se tiene en las instituciones al representar una autoridad de conocimiento, así como de la manera en que se transforma la información en los medios. Debatar el concepto de riesgo y verlo como una problemática social (Sastre, Zonib, Esparza y Del Cura, 2016) es una forma de vislumbrar la dificultad cuando se emplean los términos “riesgo” y “peligro”, tan coloquialmente usados para referirse a las lesiones no intencionales. Es también una invitación a buscar un nuevo concepto capaz de romper con la posibilidad y que conlleve una prevención adecuada, además de motivar a las personas a tomar medidas preventivas por la seguridad que brindan, tanto de salud como de éxito en lo que se pretende lograr, separando así el concepto de riesgo de sus consecuencias negativas, esto es, las lesiones no intencionales.

### Consumir el riesgo

Pareciera que en la cultura de consumismo, de competencia, en la que se debe hacer más que el otro, o incluso hacer más cada día en lo individual, es

lo que da un valor, el que se obtiene en ocasiones a costa del daño al sujeto mismo o hacia los demás (Pacheco, 2012). En el caso del riesgo, es una fuente de reafirmación de las habilidades y de la capacidad de superar los problemas de la vida cotidiana, entre ellos el peligro, el riesgo vivido (Calvario, 2014). En otras palabras, el hecho de asumir o tomar el riesgo nos hace parecer como personas valientes y nos da una sensación de control, de poder. Una cultura donde se tiene que asumir y superar los obstáculos, donde los roles de género han creado la idea de que para ser “hombres” hay que ser arriesgados, y aquel que no lo haga se ve denostado como femenino; incluso las mujeres se adaptan para sumarse a esta idea al asumir roles propios de los hombres: “arriesgadas, valientes, temerarias y agresivas” (Lagarde y De los Ríos, 2008).

La idea es siempre ser el que logra más y demostrar que se es mejor que el otro, incluso mejor que uno mismo progresivamente. Acaparar recursos y capacidades parece ser el objetivo de tomar riesgos, los que se vuelven una prueba para demostrar la competencia de la persona. Con base en la actitud competitiva, prevenir es demostrar la incapacidad de superar los obstáculos; además, aparece como la premisa latente del capitalismo: la idea de la economía aplicada a la prevención; ahorrar recursos para afrontar riesgos, subrayar el costo-beneficio, el gasto que implica evitar un daño que realmente no parece seguro, constituye una inversión peligrosa, quizá con menos beneficios que gastos en términos de dinero, tiempo y esfuerzos físicos y cognitivos (Acevedo, 2013). No parece ser entonces la prevención una medida conveniente desde la perspectiva del consumidor del riesgo, para quien esta “adquisición” lo reafirma socialmente como “poseedor”, igual o superior que los demás en el continuo competir. Sin embargo, desde una perspectiva empresarial con una formación adecuada en la prevención, se opta por no tener pérdidas y no tanto por ganar más (Bestratén y Salas, 2013). Aunque esta postura parece contraria, proviene del mismo sistema enfocado al capital, pues una posición que se puede aplicar a los riesgos de lesiones no es buscar más salud, sino protegerla en el momento adecuado.

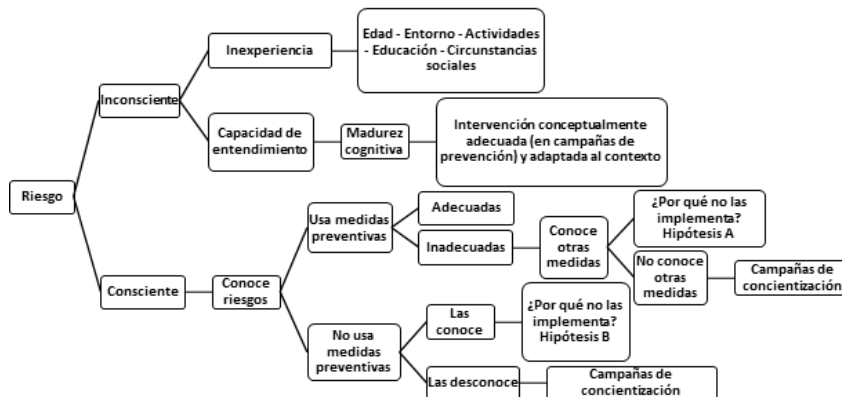


### La prevención del daño

Las campañas de prevención promueven la idea de realizar un esfuerzo más allá del acostumbrado por quienes no toman las precauciones debidas, sin considerar que estas personas no ven en esta actividad extra una gratificación convencional (la reafirmación de su persona o bien algún valor económico). Pareciera que en esas campañas se promociona la capacidad de deslindarse de la responsabilidad y de ignorar todo control sobre el riesgo<sup>2</sup>, sin tomar en cuenta las medidas adecuadas en casos de peligro; por ejemplo, los padres o tutores en el cuidado de menores de edad. Este

deslinde de la responsabilidad y la falta de control sobre el riesgo lleva en ocasiones a la sociedad a acusar al sistema de no proporcionar los recursos suficientes, o bien a culpar a alguna divinidad de la fatalidad del destino. Las campañas de concientización y prevención del riesgo en los anuncios televisivos o espectaculares, señalizaciones, spots de radio, talleres y charlas, son herramientas para concientizar a las personas y hacer que el daño no ocurra. La Figura 1 muestra la relación de causas de inconsciencia y consciencia del riesgo, siendo el resultado “las campañas de prevención”, con las consideraciones que se tratan de reflejar a través de este texto.

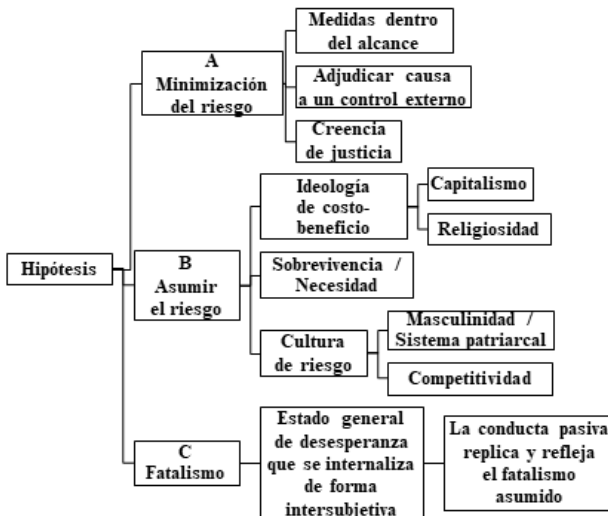
Figura 1. El riesgo y sus causas.



La Figura 2 muestra algunas hipótesis explicativas sobre el fatalismo como apaciguador de la acción y de asumir el riesgo como una prueba derivada

de la idea capitalista; la minimización del riesgo refleja las consecuencias de asumir el riesgo y del fatalismo.

Figura 2. Hipótesis de la toma de riesgo.



<sup>2</sup> De hecho, cuando se usa el término “accidente” dentro de los slogans, si bien se usa en ocasiones el de “lesión no intencional”, este no forma parte de publicidad, sino que está en el contenido de los programas elaborados para las campañas.

Como parte de la minimización del riesgo existen creencias que ven las lesiones como justas debido al comportamiento, ya como consecuencia de actuar de forma precipitada, ya como un castigo de alguna fuerza superior, generalmente de alguna divinidad, por lo que parcialmente pudiera considerarse como una actitud fatalista. Las campañas llegan a las personas de una forma que puede parecer inadecuada. Los términos que usan ofrecen comodidad al eliminar o reducir responsabilidad de las creencias socialmente construidas. Se asumen esos términos y se reflejan en el comportamiento de riesgo. Es necesario utilizar los medios de comunicación, las campañas y métodos de concientización sobre el riesgo y la prevención del daño empleando nuevos términos que impliquen realmente que las consecuencias de asumir riesgos –ya sean como reto o como algo que no se puede evitar– existen, están presentes y pueden ser irreversibles e incluso mortales. Quizá sea momento de dejar de hablar de “accidentes” y sustituir el término por *lesiones no intencionales*, y emprender campañas no de prevención como tal en un primer momento, sino de concientizar a las personas que no son “accidentes”, sino lesiones no intencionales, para programar en el pensamiento colectivo la posibilidad de realizar acciones para disminuir su incidencia.

Si bien modificar los términos usados en esas campañas para prevenir y concientizar sobre los riesgos no cambia las estructuras y las actitudes sociales, sí permite no seguir promoviendo la concepción de la escasa capacidad de control que se tiene para evitarlos, y modificar la acción directa reflexionando el lugar de las personas como agentes capaces de prevenirlos, lo que contribuiría a eliminar la actitud fatalista y fomentar la visión del riesgo no como una prueba a superar, sino como algo a evitar.

### Lesiones no intencionales

La forma adecuada de identificar el riesgo y sus consecuencias en conjunto, así como ver las lesiones, llamadas comúnmente “accidentes” como resultado directo de las medidas de prevención inadecuadas, es mediante el término *lesión no intencional*, el cual permite replantear la forma de apreciar los

accidentes (Ruiz, 2011). Asimismo, desaparece conceptualmente la capacidad del azar, ligada a términos tales como “accidente”, “riesgo” o “peligro”. Si se replantea la forma de nombrar la situación o hecho, para su prevención se puede hablar de evitar la lesión no intencional, y así trabajar directamente sobre el riesgo, siendo el objetivo actuar de forma preventiva y no sobre las consecuencias del descuido (Onís, Varona, Gil, Felici y Embid, 2015) lo que contribuye a transformar las probabilidades del daño en una forma de control sobre el riesgo, a fin de preverlo y generar estrategias adecuadas, cambiar el enfoque de la perspectiva del sentido de prevención de forma proactiva y actuar para mantener la seguridad, no para evitar el riesgo.

El término “detrimento” es señalado como una alternativa más para aludir a los daños generados por el riesgo y la falta de prevención adecuada. Si bien es una alternativa que hace referencia al campo de la economía debido a la adopción del término por dicha disciplina, la palabra en sí no es exclusiva de esa área. En la salud pública es usada en un contexto socioeconómico referido a los determinantes sociales y de la salud (Palomino, Grande y Linares, 2014). Sumado a esto, dicho término está excluido del uso común, y es por ello que se prefiere abundar y difundir el de “lesión no intencional”, que aparece como una oportunidad para recuperar y reforzar la conciencia de control sobre el riesgo mediante medidas adecuadas de prevención y así deslindarlo del azar.

Si bien el contexto social ha llevado a ver el futuro –englobando las acciones y medidas preventivas frente al riesgo– como algo incontrolable, lo cual no tiene caso intentar resolver (Casado y Moreno, 2015), el cambio de lenguaje en el ámbito académico, que intenta popularizar el multicitado término, permitirá replantear la capacidad de actuar, la cual es la principal limitante que plantea el fatalismo en el que viven aquellas personas vulnerables económica, educativa y socioculturalmente.

### Conclusiones

Este estado paradójico entre la idea del cuidado, la prevención y la salud se contrapone a la conducta

demostrada por las personas, que parecen competir y arriesgarse sin una razón aparente, lo que ha llevado a crear las figuras ya mostradas, las que pretenden presentar de una forma lógica las creencias y modos de vivir que conducen a las personas a asumir riesgos. Lo anterior obliga a formular hipótesis en el orden social, es decir, que denotan que no son situaciones de casos particulares, sino conductas y circunstancias que se repiten en cualquier población. La minimización del riesgo como un resultado del comportamiento y su repetición constante implica la falta del cuidado adecuado.

Por otra parte, asumir el riesgo es la imagen del sistema socioeconómico que modifica a los sujetos al replicar ideas individualistas y competitivas. El fatalismo bien puede englobar las otras hipótesis, pero es presentado a la par como una propuesta teórica en sí misma que alude a una consecuencia de las desigualdades sociales existentes, que llevan a un estado tal de desinterés que se

pierde el control y voluntad para realizar acciones preventivas.

Para la prevención de lesiones no intencionales es necesario reestructurar las campañas de concientización desde sus propios conceptos, si bien los estudios en torno al riesgo ya han modificado los términos como el de “accidente”, que limitan la capacidad de actuar y el deslinde de las responsabilidades que implica el cuidado, falta llegar a la población en riesgo mediante conceptos adecuados y al nivel de cada sector.

Es cierto que se vive socialmente en un estado paradójico de competencia y, a la vez, de pasividad, esta última a causa de un fatalismo generado por el estado socioeconómico y cultural que se vive. La práctica de los términos adecuados en el ámbito académico y profesional, así como los propios de la comunidad, se vuelve necesaria para dejar de replicar el conformismo sobre la forma de vivir.

*Citación:* Franco O., A. y Sevilla G., R. E. (2021). Accidentes o lesiones no intencionales: una perspectiva social. *Psicología y Salud*, 31(2), 249-254. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2693>.

## REFERENCIAS

- Acevedo R., R.A. (2013). El proceso de toma de decisiones: un modelo de economía. *Munich Personal RePEc Archive*, 31 de mayo, 1-21. Recuperado de [https://mpra.ub.uni-muenchen.de/50890/1/MPRA\\_paper\\_50890.pdf](https://mpra.ub.uni-muenchen.de/50890/1/MPRA_paper_50890.pdf).
- Bestratén B., M. y Salas O., C. (2013). Análisis coste-beneficio en la acción preventiva (I): bases conceptuales. *Notas Técnicas de Prevención*, 983, 1-10.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, 19(4), 552-558.
- Calvario P., J.E. (2014). *Género y masculinidad. Juegos de poder y configuración del peligro en el poblado Miguel Alemán, Sonora*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Casado Q., N. y Moreno J., P. (2015). El fatalismo como consecuencia del internamiento en prisión y su relación con otras variables psicosociales. *Apuntes de Psicología*, 33(2), 49-56.
- Corominas, J. (1987). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.
- Frías O., A. (2006). *La cultura y las conductas de riesgo en adolescentes*. Granada (España): Universidad de Granada.
- Lagarde R., M. (2008). *El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topías*. México: Gobierno del Distrito Federal e Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder psicología social desde Centroamérica II*. San Salvador: UCA Editores.
- Onís G., E., Varona P., I., Gil P., M., Felici, C. y Embid P., P. (2015). Lesiones no intencionadas en el centro escolar: ¿de qué estamos hablando? *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 17(68), 333-339.
- Pacheco F., R.A. (2012). El capitalismo neoliberal y su sujeto. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 2, 113-125.
- Palomino M., P.A., Grande G., M.L. y Linares A., M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra 1), 71-91.
- Real Academia de la Lengua Española. (30 de Noviembre de 2016). *Diccionario de la Real Academia Española*. Madrid: RAE.
- Ruiz P., M. (2011). ¿Se debe usar el término accidente en el ámbito de la investigación científica? *Panacea*, 12(33), 84-88.
- Sastre P., M., Zonib A., C., Esparza O., M.J. y Del Cura G., M.I. (2016). Prevalencia y factores asociados a lesiones no intencionales. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 18(71), 1-6.

# Factores psicosociales asociados con violencia de pareja entre hombres homosexuales mexicanos con VIH

## *Psychosocial factors associated with intimate partner violence among Mexican homosexual men with HIV*

*Cecilia Alderete-Aguilar<sup>1</sup>, Rebeca Robles-García<sup>2</sup>,  
Luciana Ramos-Lira<sup>2</sup>, Corina Benjet<sup>2</sup>, Nayelli Alvarado-Sánchez<sup>3</sup>  
y Marlene Lazcano-Ramírez<sup>4</sup>*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1,3</sup>  
Instituto Nacional de Psiquiatría de México “Ramón de la Fuente Muñiz”<sup>2</sup>  
Universidad del Pedregal<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Cecilia Alderete A., [cecilia.alderete.aguilar@gmail.com](mailto:cecilia.alderete.aguilar@gmail.com).

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo central comparar los factores psicosociales en hombres homosexuales (HH) con y sin violencia de pareja (VP) en una muestra de pacientes de una clínica de atención del VIH en la Ciudad de México. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto por sus características individuales como por variables propias de la comunidad gay que parecen evidenciar la asociación entre el rechazo y violencia social hacia minorías sexuales incluyendo la VP en esta población. Los hallazgos sugieren que el fenómeno de la VP entre HH con VIH requiere el desarrollo de intervenciones específicas para individuos, familias y comunidades.

**Palabras clave:** Violencia de pareja; Hombres; Homosexualidad; VIH; Factores psicosociales.

### ABSTRACT

*The main objective of the present study was to compare psychosocial factors of homosexual men (HM) with and without intimate partner violence (IPV) in a sample of patients from an HIV clinic in Mexico City. Statistically significant differences were found between groups regarding both individual characteristics and variables related to the Gay community. Such cultural features seem to associate rejection to social violence within sexual minorities and IPV in this population. These findings suggest that the IPV phenomenon between HM with HIV requires the development of specific interventions for individuals, families and communities.*

**Keywords:** Intimate partner violence; Men, Homosexuality; HIV; Psychosocial factors.

<sup>1</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas y de la Salud, Circuito de los Posgrados s/n, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)40-47-02-20, correo electrónico: [cecilia.alderete.aguilar@gmail.com](mailto:cecilia.alderete.aguilar@gmail.com).

<sup>2</sup> Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Calzada México-Xochimilco 101, Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, tel. (55)41-60-51-43, correos electrónicos: [reberobles@imp.edu.mx](mailto:reberobles@imp.edu.mx) y [ramosl@imp.edu.mx](mailto:ramosl@imp.edu.mx), [cbenjet@imp.edu.mx](mailto:cbenjet@imp.edu.mx).

<sup>3</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Avenida de los Barrios 1, 54090 Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, tel. (55)31-29-37-91, correo electrónico: [nayelli.alvarado.s@gmail.com](mailto:nayelli.alvarado.s@gmail.com).

<sup>4</sup> Departamento de Psicología, Transmisiones 51, Arboledas del Sur, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, tel. (55)48-66-35-69, correo electrónico: [marlene.lazcano@outlook.com](mailto:marlene.lazcano@outlook.com).

Recibido: 06/01/2020

Aceptado: 22/06/2020

**A**l hablar de violencia de pareja (VP en lo sucesivo) se hace referencia a un patrón de conducta en una relación íntima entre dos personas que genera daño físico, psicológico o sexual (Siemieniuk *et al.*, 2013). Es una conducta agresiva y coercitiva que tiene como propósito controlar a la pareja (Reyes, Rodríguez y Malavé, 2005) y que puede manifestarse mediante agresiones físicas, sexuales, verbales o emocionales, así como por restricciones económicas, aislamiento e intimidación (Siemieniuk *et al.*, 2013).

En general, diferentes autores (Chong, Mak y Kwong, 2013; McClennen, Summers y Vaughan, 2002; Toro y Rodríguez, 2001) han encontrado que las dificultades en la solución de problemas, el uso y abuso de sustancias y la violencia en la familia de origen contribuyen al desarrollo de la violencia en parejas de hombres. Se ha visto también que muchos de los que experimentan violencia con parejas del mismo sexo, al igual que las mujeres, presentan creencias distorsionadas sobre la pareja, por lo que no interpretan sus experiencias como violencia y de hecho minimizan la situación (Siemieniuk *et al.*, 2013).

Aunque se sabe que existen semejanzas, algunos investigadores han señalado diferencias significativas en el contexto en el que ocurre la VP heterosexual y la homosexual (Kimmes *et al.*, 2019; Roberts, 2005), puesto que hay algunos aspectos que son únicos de las parejas del mismo sexo: miedo a revelar la orientación sexual, experiencias previas de violencia y discriminación y falta de recursos adecuados en la comunidad, entre muchos otros (Ard y Makadon, 2011).

Se habla de factores únicos asociados a un tipo de relación que frecuentemente es estigmatizada por la sociedad, lo que probablemente lleva a experimentar prejuicios y discriminación (amenazas verbales, acoso, violencia), internalización de pensamientos negativos sobre la identidad y la orientación sexual, deseo de esconder esta última, o el hecho de ser pareja de alguien del mismo sexo. Todas estas experiencias pueden resultar en

un estrés de minoría sexual (Graham, Jensen, Givens, Bowen y Rizo, 2019).

Así, las diferencias en la violencia de pareja en la población heterosexual y en las minorías sexuales pueden ser entendidas usando un marco de referencia de estrés de minoría. Este marco socioecológico promueve el análisis de factores potenciales de riesgo o de protección que los individuos con relaciones con el mismo sexo pueden experimentar individual, relacional, comunitaria y socialmente por el hecho de pertenecer a una minoría sexual (Graham *et al.*, 2019). Entre los factores de riesgo destacan los estresores internalizados (homonegatividad internalizada, ocultación de la orientación sexual) como externalizados (discriminación, rechazo); se ha sugerido que la interacción de factores en los diferentes niveles influye en la experiencia de estrés de las minorías sexuales y como resultado potencia la aparición de la VP (Edwards, Sylaska y Neal, 2015; Kubicek, 2018).

Se ha documentado una alta prevalencia de VP en la población de hombres homosexuales (HH en adelante), equiparable a la de la población heterosexual (Badenes, Sánchez y Longobardi, 2019; Edwards *et al.*, 2015; Rodríguez y Toro, 2005; Tran *et al.*, 2014), con tasas que oscilan entre el 1 y 97%, siendo la violencia psicológica la reportada con mayor frecuencia, en tanto que los estudios sobre la violencia sexual reportan tasas más bajas de victimización (Pimentel, Cheng y Kelly, 2015; Tran *et al.*, 2014).

También se ha documentado una relación estrecha entre la VP y el VIH en hombres (Relf, 2001), con importantes implicaciones para la transmisión del virus, el uso de sustancias y los problemas de salud mental y de salud en general (Pantalone, Rood, Morris y Simoni, 2014); incluso algunos autores sugieren que los tres más grandes problemas que enfrentan los HH son el abuso de sustancias, el VIH y la violencia de pareja (Peterman y Dixon, 2003), y que la interrelación de estas variables genera resultados negativos en la salud de esta población (Pimentel *et al.*, 2015), particularmente vulnerable a los efectos de la VP debido al deterioro significativo en las conductas de autocuidado que esta genera, lo que afecta de forma negativa los marcadores biológicos de la enfermedad (Schafer *et al.*,



2012). Cabe mencionar que puede haber incluso una falta de apego al tratamiento antirretroviral asociada a la VP y, en consecuencia, una progresión más rápida a la fase de sida y una mayor mortalidad. Así pues, los efectos negativos de la VP en la salud física y mental podrían ser exacerbados en los individuos que además sufren de VIH (Ramachandran, Yonas, Silvestre y Burke, 2010).

La alta prevalencia de la violencia de pareja encontrada en los estudios realizados en HH con VIH indica la importancia de un tamizaje sistematizado para todos los pacientes que se atienden en los centros de VIH, incluidos por supuesto los hombres, a pesar de la percepción común de que solamente las mujeres son las víctimas y los hombres son siempre los agresores (Pantalone, Schneider, Valentine y Simoni, 2012).

La mayoría de las investigaciones sobre la violencia en parejas del mismo sexo se han efectuado en poblaciones angloamericanas, pero se desconoce su gravedad en muchos de los países latinoamericanos. En Puerto Rico, Cuba, Argentina y Chile se han llevado a cabo algunos estudios para conocer la prevalencia y la caracterización de este fenómeno (Ortega, 2014; Reyes *et al.*, 2005; Rodríguez y Toro, 2005; Téllez-Santalla y Walters, 2011; Saldivia, Faundez, Sotomayor y Cea, 2017), aunque no se han encontrado estudios específicos sobre la VP y el VIH en HH. Es por ello que resulta necesario encaminar los esfuerzos para conocer los factores psicosociales asociados con el fenómeno entre los HH latinoamericanos, particularmente entre aquellos con diagnóstico de VIH, en quienes constituye un importante riesgo para su salud.

Así, el presente estudio tuvo como objetivo central comparar algunos factores psicosociales entre HH mexicanos diagnosticados con VIH con y sin VP para detectar diferencias en la frecuencia o magnitud de dichos factores relacionados con la VP ejercida o recibida.

Con base en la revisión de la literatura relativa a los factores de riesgo de VP, tanto en parejas heterosexuales, como aquellos que son específicos en las parejas homosexuales, se planteó la hipótesis de que los HH con VIH que habían ejercido y recibido violencia de pareja mostrarían una frecuencia mayor de antecedentes de violencia intergenera-

cional, uso de sustancias, conflictos de pareja (y el consecuente uso de estrategias para afrontarlos), niveles superiores de distorsiones cognitivas (sobre la pareja y el uso de violencia), homonegatividad internalizada y una menor apertura sobre su orientación sexual (outness), en comparación con los HH que no habían experimentado VP.

## MÉTODO

### Diseño y participantes

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y comparativo de grupos con y sin VP, conformados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de HH que acudían a una clínica especializada en detección y atención a personas con VIH (Clínica Especializada Condesa), ubicada en la Ciudad de México. Se incluyeron hombres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de VIH de seis meses o más que reportaran tener o haber tenido alguna relación de pareja con otro hombre de al menos tres meses de duración, que dicha relación estuviera vigente durante o posteriormente a la confirmación del diagnóstico, que supieran leer y escribir, que aceptaran participar de manera voluntaria y firmaran el formato de consentimiento informado correspondiente. Fueron excluidos aquellos hombres que presentaron alguna alteración de su estado cognitivo (delirium, demencia, psicosis...).

La muestra total del estudio fue de 210 HH con diagnóstico confirmado de VIH, con una edad promedio de 32.15 (D.E. = 8) y una media de años de estudio de 14.32 (D.E. = 2.84), equivalente a estudios universitarios incompletos. De ellos, 76.2% (n = 160) reportó tener empleo o alguna actividad remunerada; 55.7% proporcionó datos de una relación actual, mientras que 44.3% informó sobre su última relación.

En relación con las variables relacionadas específicamente con el VIH, los participantes reportaron que el número de veces en promedio que se realizaron la prueba antes de conocer su diagnóstico fue de 3.45 (D.E. = 3.3); el tiempo promedio en meses que llevaban de conocer su diagnóstico fue de 48.62 (D.E. = 30.2); 97.1% (n = 204) se

encontraban tomando tratamiento antirretroviral y 23.3% (n = 49) habían dejado de tomarlo alguna vez desde la confirmación de su diagnóstico, y 76.7% (n = 161) de los hombres encuestados informó que su pareja conocía su diagnóstico de VIH.

Quienes contestaron el cuestionario reportaron que sus relaciones de pareja con otros hombres habían tenido una duración promedio de 40.3 meses (D.E. = 37.67, con un rango de 3-243). En una escala de 0 a 10, el nivel promedio de importancia que asignaron a la relación reportada fue de 8.83 (D.E. = 1.51), y 49% (n = 103) señaló estar viviendo o haber vivido con su pareja.

### Variables e instrumentos

Siguiendo el marco socioecológico del estrés de minoría, se establecieron tres categorías de variables: factores individuales, factores de la relación de pareja y factores de la violencia de pareja. Los primeros incluyeron historia de abuso intergeneracional, uso de sustancias, habilidades para resolución de conflictos (agresividad/asertividad), creencias asociadas con la VP, homonegatividad internalizada, *outness* (apertura sobre la orientación sexual) y datos sociodemográficos. Los factores de la relación de pareja evaluados fueron duración de la relación, cohabitación y nivel de importancia de la relación.

Los factores de VP abarcaron la percepción de violencia (si el participante consideraba que él, su pareja o ambos habían experimentado violencia en la relación), así como las conductas de violencia física, violencia emocional y violencia sexual, tanto recibida (si el participante había sido receptor de conductas violentas por parte de su pareja), como ejercida (si el participante había ejecutado conductas violentas hacia su pareja).

En una primera etapa, todos los instrumentos fueron adaptados y validados con población mexicana de HH, mostrando propiedades psicométricas adecuadas (Alderete *et al.*, 2017).

#### *Cuestionario de Violencia Doméstica para Hombres Gay* (Rodríguez y Toro, 2005).

Se utilizaron diferentes escalas de este instrumento para evaluar las conductas de violencia recibida ( $\alpha = .910$ ), violencia ejercida ( $\alpha = .869$ ), historia

de abuso intergeneracional, uso de sustancias, habilidades para solución de conflictos (asertividad,  $\alpha = .829$ ; agresividad  $\alpha = .879$ ), así como información relacionada con el estatus de VIH. Los reactivos se valoran en una escala tipo Likert, con recorrido de 0 a 3, con opciones de respuesta de “nunca” a “frecuentemente”, habiendo algunos de opción múltiple (en formato de respuesta Sí/No), lo que permite conocer la presencia y frecuencia de los factores estudiados. Este cuestionario constituye el único instrumento hallado para medir variables asociadas con la VP entre HH latinoamericanos.

#### *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia* (Echeburúa y Fernández, 1998).

Se adaptó el lenguaje de dicho inventario para evaluar las creencias distorsionadas relacionadas con la pareja y el uso de la violencia (cf. Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro, 2006). La versión aquí utilizada consta de 19 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 1 a 5, con opciones de respuesta de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”, con coeficiente alfa de Cronbach de 0.792. En él, las puntuaciones más elevadas indican una mayor ocurrencia de creencias distorsionadas.

#### *Inventario de Homonegatividad Internalizada* (Mayfield, 2001).

Se tradujo dicho inventario, diseñado para describir actitudes negativas hacia la homosexualidad en HH hacia la homosexualidad en general y hacia la propia, cuyos reactivos se evalúan en una escala tipo Likert que va de 1 a 6, con opciones de respuesta “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”, y que está dividido en tres subescalas: homonegatividad personal, afirmación gay y moralidad de la homosexualidad. En dicho instrumento, que tiene un coeficiente alfa de Cronbach total de .875, puntuaciones más altas indican mayor presencia de cada una de estas dimensiones.

#### *Escala de Outness* (Frost y Meyer, 2009).

Esta escala consta de cinco preguntas con opciones de respuesta que se valoran en una escala tipo Likert (de 0 a 3, con opciones de respuesta de “Ninguno” a “Todos”) para evaluar el nivel de aper-

tura a la familia, amigos heterosexuales, amigos LGBT, compañeros de trabajo y personal de salud. La versión en español mantuvo los cinco reactivos que originalmente la componen, obteniendo una consistencia interna de 0.855.

## Procedimiento

Se obtuvo la autorización del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y de la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México para poder llevar a cabo la presente investigación en un periodo de un año. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado en el cual se les aseguró que su participación sería voluntaria y confidencial, y que podían retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que ello generara algún perjuicio para su atención en la clínica.

Se invitó a participar a todos los hombres que acudían a consulta en el servicio de infectología de la clínica, a quienes se les abordaba en las salas de espera, preguntándoles si podían responder una encuesta mientras esperaban su turno de consulta; si respondían de manera afirmativa, se verificaban los criterios de inclusión, se les explicaban los objetivos y procedimientos del estudio, así como el llenado de los instrumentos, y se procedía a la aplicación de los mismos.

## Análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 20.0, de IBM.

Se definieron las características clínicas y demográficas de la muestra con base en las medias y desviaciones estándar para variables continuas, y con frecuencias y porcentajes para las categóricas. A fin de clarificar la relación entre los factores asociados con la VP, se conformaron dos grupos extremos de comparación: los hombres sin violencia y los hombres con violencia, tanto ejercida como recibida. Después de corroborar los criterios de normalidad mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se procedió a comparar las variables entre estos dos grupos extremos con un ANOVA para caracterizar mejor el fenómeno. El nivel alfa prefijado fue, en todos los casos, de 95%.

## RESULTADOS

Del total de los participantes, 68.1% ( $n = 143$ ) reportó no haber percibido violencia en su relación de pareja, mientras que 20.48% ( $n = 43$ ) informó que ambos miembros de la pareja habían sido víctimas de violencia. El porcentaje de hombres que percibieron que solo sus compañeros habían recibido violencia (2.38%,  $n = 5$ ) fue menor que el de aquellos que percibieron que únicamente ellos la habían recibido (9.05%,  $n = 19$ ). La Tabla 1 presenta esta percepción de VP.

La Tabla 2 muestra los tipos de violencia recibida o ejercida por los participantes, ya fuera emocional, física o sexual.

**Tabla 1.** Percepción de VP.

| Percepción  | <i>n</i> (%) |
|---|--------------|
| No percibió violencia                                       | 143 (68.1)   |
| Solo percibió que él ha sido víctima de violencia           | 19 (9.05)    |
| Solo percibió que su compañero ha sido víctima de violencia | 5 (2.38)     |
| Percibió que ambos han sido víctimas de violencia           | 43 (20.48)   |

**Tabla 2.** Conductas de VP.

| Conducta por tipo de violencia | Recibida     | Ejercida     |
|--------------------------------|--------------|--------------|
|                                | <i>n</i> (%) | <i>n</i> (%) |
| Violencia emocional            | 167 (79.5)   | 153 (72.9)   |
| Violencia física               | 84 (40)      | 79 (37.6)    |
| Violencia sexual               | 65 (31)      | 31 (14.8)    |

A fin de clarificar la posible relación de los factores seleccionados con la VP en HH diagnosticados con VIH, se conformaron dos grupos extremos de comparación: los hombres sin violencia y los hombres con violencia, tanto ejercida como recibida (de acuerdo con los puntajes de la Escala de Conductas

de Violencia del Cuestionario de Violencia Doméstica para Hombres Gay, de Rodríguez y Toro (2005) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución por grupos con y sin VP.

| Distribución de violencia                     | n (%)      |
|---|------------|
| Sin violencia                                 | 27 (12.86) |
| Solo ha recibido conductas de violencia       | 28 (13.33) |
| Solo ha ejercido conductas de violencia       | 8 (3.81)   |
| Ha recibido y ejercido conductas de violencia | 147 (70)   |

Para este análisis, se incluyeron los datos de 174 de los hombres encuestados (27 sin violencia y 147 con violencia recibida y ejercida), corroborando los criterios de normalidad para el grupo sin violen-

cia. A continuación se presentan los descriptivos y los estadígrafos únicamente para las variables que resultaron ser diferentes entre estos grupos.

En la comparación de factores individuales, se encontraron diferencias significativas en las creencias distorsionadas en relación a la pareja y el uso de violencia, en el uso de estrategias tanto asertivas como agresivas para resolver problemas, y en el consumo de alcohol en exceso, siendo más altos los puntajes en el grupo con violencia. En los factores de la relación de pareja, las diferencias significativas se encontraron en el nivel de importancia asignada a la relación (más alto en el grupo sin violencia), así como en la percepción de violencia tanto recibida como ejercida (más alta en el grupo con violencia) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Comparación de factores individuales y de relación entre HH seropositivos con y sin VP.

| FACTORES                            | Total        | Sin VP        | Con VP recibida y ejercida | gl | F     | Sig. |
|-------------------------------------|--------------|---------------|----------------------------|----|-------|------|
|                                     | (n = 174)    | (n = 27)      | (n = 147)                  |    |       |      |
|                                     | M (D.E.)     | M (D.E.)      | M (D.E.)                   |    |       |      |
| Nivel de importancia de la relación | 8.77 (1.56)  | 9.33 (1.14)   | 8.67 (1.61)                | 1  | 4.22  | .041 |
| Percepción de violencia recibida    | 1.35 (.47)   | 1.07 (.26)    | 1.4 (.49)                  | 1  | 11.3  | .001 |
| Percepción de violencia ejercida    | 1.26 (.44)   | 1.04 (.19)    | 1.31 (.46)                 | 1  | 8.82  | .003 |
| Agresividad                         | 7.6 (6.64)   | .96 (3.44)    | 8.84 (6.36)                | 1  | 39.12 | .001 |
| Asertividad                         | 11.42 (7.08) | 3.37 (5.51)   | 12.9 (6.31)                | 1  | 53.8  | .001 |
| Distorsiones cognitivas             | 35.52 (10.8) | 29.67 (12.06) | 36.6 (10.24)               | 1  | 9.86  | .002 |
| Consumo excesivo de alcohol         | 1.64 (.48)   | 1.48 (.51)    | 1.67 (.47)                 | 1  | 3.7   | .056 |

En general, las puntuaciones de agresividad y asertividad en la Escala de Solución de Conflictos del Cuestionario de Violencia Doméstica para Hombres Gay fueron bajas, hallándose diferencias significativas entre los grupos extremos sujetos a análisis; el grupo con violencia recibida y ejercida fue el que alcanzó puntuaciones más altas en ambas estrategias, teniendo en cuenta que la escala evalúa la frecuencia con que se utilizan estas últimas, y no así el nivel o la efectividad de los estilos de afrontamiento que manejan, las puntuaciones estarían indicando una mayor ocurrencia de conflictos en este grupo, lo que le lleva a utilizar con mayor frecuencia ambas estrategias.

En los factores de estrés de minoría se encontraron diferencias significativas en la apertura

sobre la orientación sexual (*outness*) con la familia, los amigos LGBT y el personal de salud; en todos los casos hubo una mayor apertura en el grupo con VP recibida y ejercida. En este mismo grupo hubo puntajes más altos de afirmación gay y puntajes más bajos de homonegatividad internalizada (Tabla 5).

Al comparar la historia de abuso intergeneracional, hubo diferencias significativas en el abuso sexual por parte del padre; maltrato emocional hacia la pareja e hijos, y físico hacia los hijos por parte de la madre; maltrato emocional y abuso sexual por parte de los hermanos, y maltrato emocional de alguna otra persona de la familia (Tabla 6).

**Tabla 5.** Comparación de factores de estrés de minoría entre HH seropositivos con y sin VP.

| FACTORES                      | Sin VP<br>(n = 27) | Con VP recibida<br>y ejercida<br>(n = 147) | gl | F     | Sig. |
|-------------------------------|--------------------|--|----|-------|------|
|                               | M (D.E.)           | M (D.E.)                                   |    |       |      |
| Outness familia               | 1.56 (1.12)        | 2.08 (.92)                                 | 1  | 6.88  | .009 |
| Outness amigos LGBT           | 2 (1.03)           | 2.46 (.79)                                 | 1  | 6.96  | .009 |
| Outness personal de salud     | 1.78 (1.28)        | 2.22 (.99)                                 | 1  | 4.41  | .045 |
| Afirmación gay                | 20.26 (11.55)      | 30.27 (8.98)                               | 1  | 25.78 | .001 |
| Homonegatividad internalizada | 53.33 (13.47)      | 45.05 (16.34)                              | 1  | 6.15  | .014 |

Al comparar la historia de abuso intergeneracional, hubo diferencias significativas en el abuso sexual por parte del padre; maltrato emocional hacia la pareja e hijos, y físico hacia los hijos por parte de

la madre; maltrato emocional y abuso sexual por parte de los hermanos, y maltrato emocional de alguna otra persona de la familia (Tabla 6).

**Tabla 6.** Comparación de historia de abuso intergeneracional entre HH seropositivos con y sin VP.

| PERSONA Y TIPO DE ABUSO                           | Total<br>(n = 174) | Sin VP<br>(n = 27) | Con VP<br>recibida y<br>ejercida<br>(n = 147) | gl | F    | Sig. |
|---|--------------------|--------------------|---|----|------|------|
|   | M (D.E.)           | M (D.E.)           | M (D.E.)                                      |    |      |      |
| Padre abusó sexualmente de sus hijos.             | 0.91(.37)          | .81 (.55)          | .93 (.33)                                     | 1  | 7.83 | .006 |
| Madre violentó físicamente a sus hijos.           | 1.23 (.53)         | .96 (.43)          | 1.28 (.53)                                    | 1  | 8.41 | .004 |
| Madre maltrató emocionalmente a su pareja.        | 1.14 (.59)         | .89 (.32)          | 1.18 (.62)                                    | 1  | 5.8  | .017 |
| Madre maltrató emocionalmente a sus hijos.        | 1.13 (.49)         | .96 (.33)          | 1.16 (.51)                                    | 1  | 3.83 | .052 |
| Hubo maltrato emocional entre hermanos.           | 1.2 (.61)          | 1.15 (.36)         | 1.21 (.64)                                    | 1  | 9.86 | .002 |
| Hermanos abusaron sexualmente de usted.           | 1 (.30)            | 1.15 (.36)         | .97 (.28)                                     | 1  | 7.81 | .006 |
| Alguna otra persona lo maltrató e emocionalmente. | 1.45 (.51)         | 1.19 (.39)         | 1.5 (.51)                                     | 1  | 9.27 | .003 |

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que un alto porcentaje de los hombres encuestados había experimentado alguna conducta de violencia en su relación de pareja (83.8% había recibido alguna conducta violenta y 74.3% había ejercido alguna), y que la frecuencia de conductas violentas en la pareja fue más alta que la que se ha reportado en parejas de hombres en otros países (McClennen, 2005; Pantalone *et al.*, 2014; Pantalone *et al.*, 2012; Pimentel, Cheng y Kelly, 2015; Tran *et al.*, 2014).

A pesar de que poco más de 80% de los participantes había recibido alguna conducta violenta de parte de su pareja, solo 29.5% consideró que había sido víctima, y aunque casi 75% de los hom-

bres entrevistados había ejercido alguna conducta violenta hacia su pareja, únicamente 22% pensaba que su pareja había sido víctima de violencia en su relación. Tal discrepancia se ha observado también en estudios sobre la violencia en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes (De la Villa, García, Cuetos y Sirvent, 2017) y contra la mujer (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013), en los que se ha establecido la distinción entre el *maltrato declarado* (en el que la persona tiene conciencia del abuso y manifiesta haber recibido violencia) y el *maltrato técnico* (en el que están presentes las conductas de violencia identificadas a partir de las respuestas a un listado de situaciones, pero de las que la persona no tiene conciencia).

Esto deja ver cómo algunas conductas violentas se normalizan en el contexto de la relación



de pareja (lo que posiblemente está asociado a creencias distorsionadas), por lo cual en muchas ocasiones el individuo no identifica que dichas conductas constituyen un acto de violencia, sobre todo las conductas de violencia emocional o de coerción sexual. Bringas *et al.* (2015) explican que en muchas ocasiones la vivencia de una experiencia violenta no está asociada al reconocimiento de la misma, en parte por la atribución de normalidad a una conducta, basada en una interpretación errónea de lo que es el afecto. Ya Loinaz (2014) ha señalado que las distorsiones cognitivas influyen en el desarrollo y mantenimiento de la VP en tanto que existe una negación, minimización y culpabilización de la víctima, lo que promueve una menor atribución de responsabilidad de parte del agresor.

Al comparar factores psicosociales que se han asociado con la VP entre los grupos sin conductas de violencia, y en aquellos hombres con conductas de violencia recibida y ejercida, se encontraron diferencias significativas en el nivel de importancia asignado a la relación, siendo mayor dicho nivel en el grupo sin conductas de violencia; de igual manera, la percepción de violencia tanto recibida como ejercida fue menor en este grupo. Estos datos son congruentes con lo sugerido por Muñoz, González, Fernández y Fernández (2015), quienes señalan que cuando hay una mayor satisfacción con la relación —y por lo tanto se le asigna una mayor importancia— hay un menor número de conflictos y menos riesgo de manifestar conductas de violencia dentro de la pareja, aunque dichos autores lo establecen principalmente al contexto de las relaciones heterosexuales.

En concordancia con lo que se ha reportado en otros estudios sobre VP, tanto en parejas heterosexuales (Ferrer *et al.*, 2006) como homosexuales (Siemieniuk *et al.*, 2013), y corroborando la hipótesis planteada al inicio de este análisis, las distorsiones cognitivas en la pareja y el uso de violencia en su relación se hallaron con mayor frecuencia en el grupo de hombres con violencia recibida y ejercida, en contraste con aquellos sin VP. Minimizar las conductas de violencia, culpabilizar a quien las recibe y atribuir menor responsabilidad a quien las ejerce fueron las distorsiones ocurridas con mayor frecuencia. Otros estudios han documentado que este tipo de distorsiones influyen en el desarrollo

y mantenimiento de la violencia (Loinaz, 2014; Siemieniuk *et al.*, 2013); por lo tanto, es necesario no solamente intervenir en el desarrollo de habilidades conductuales, sino también en el cambio de estas creencias acerca de la pareja.

Por otra parte, el uso o abuso de alcohol y otras drogas se ha identificado como un factor de riesgo de VP en parejas heterosexuales (Muñoz *et al.*, 2015) como homosexuales (Edwards *et al.*, 2015). Más de 60% de los participantes en este estudio habían consumido alcohol en exceso, y cerca de la mitad alguna droga. El consumo de alcohol en exceso se apreció de manera ligeramente más alta en el grupo de hombres con violencia recibida y ejercida; sin embargo, no se evaluó la frecuencia de este consumo, y la mayoría de los participantes reportaron no estar bajo los efectos del alcohol cuando ocurrieron situaciones de VP.

Tal como se reporta en la literatura, los hombres en el grupo con violencia recibida y ejercida expresaron una mayor frecuencia de antecedentes de violencia en su familia de origen (Pantalone *et al.*, 2012; Rodríguez y Toro, 2005). Dentro de las conductas evaluadas, reportaron con más frecuencia que el padre había abusado sexualmente de sus hijos, así como haber sufrido la violencia física y emocional ejercida por la madre (tanto a los hijos como a la pareja). Esta información coincide con lo hallado por autores que sostienen que la exposición a comportamientos violentos en la familia de origen genera un repertorio de conductas violentas y un sistema de creencias que posteriormente se replican en las relaciones amorosas, ya homosexuales (Barrientos, Rodríguez, Escartín y Longares, 2016; Chong, Mak y Kwong, 2013), ya heterosexuales (Dardis, Dixon, Edwards y Turchik, 2015; Muñoz *et al.*, 2015).

Retomando el marco socioecológico del estrés de minorías, dos factores que pueden relacionarse con el estrés por pertenecer a una minoría sexual son la homonegatividad internalizada y la apertura sobre la orientación sexual. De hecho, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados en el nivel de apertura (*outness*) con la familia, con las amistades LGBT y con el personal de salud. Contrariamente a lo esperado, el grupo con violencia recibida y ejercida alcanzó puntuaciones más altas

de *outness* (que indican una mayor apertura) con personas de esos tres ámbitos. De igual manera, este grupo obtuvo puntuaciones más altas de afirmación *gay* y más bajas de homonegatividad internalizada.

Los datos aquí obtenidos indican la posibilidad de que los hombres con mayor apertura sobre su orientación sexual y que valoran su homosexualidad como una parte positiva e importante de su vida, sean más susceptibles a recibir rechazo y violencia por parte de las personas más cercanas (familiares y pares), así como de las instituciones de salud. De esta manera, factores individuales que pudieran considerarse positivos (apertura y afirmación) los exponen a situaciones sociales y comunitarias de discriminación y maltrato que podrían aumentar su riesgo de VP.

Aunque en la presente investigación se encontraron altos porcentajes de conductas de VP recibida y ejercida, es necesario señalar que las respuestas de los participantes fueron categorizadas según la presencia o ausencia de violencia, sin especificar la frecuencia e intensidad de dichas conductas. Este y otros estudios ejemplifican la falta de consenso que todavía existe para definir operacionalmente y medir adecuadamente el fenómeno de VP (Finneran, Chard, Sineath, Sullivan y Stephenson, 2012; Rodríguez y Toro, 2005; Wall, Sullivan, Kleinbaum y Stephenson, 2014), por lo que se requieren esfuerzos colaborativos entre los diferentes actores involucrados en el estudio de la VP para sistematizar eventualmente su medición en sus diferentes categorías.

El uso de instrumentos de autorreporte constituye otra limitación importante en el presente estudio, toda vez que puede haber sesgos de memoria, deseabilidad social o algunos otros factores que interfieran al contestar los cuestionarios (tiempos prolongados de espera, cansancio, necesidad de terminar pronto, etc.). Empero, las características propias del fenómeno estudiado dificultan la utilización de otros medios en muestras grandes (como registros u observaciones conductuales), en tanto que las escalas aquí utilizadas mostraron propiedades psicométricas adecuadas para medir los conceptos evaluados.

Cabe mencionar que el escenario donde se llevó a cabo la presente investigación es una clíni-

ca con características muy particulares dentro de los servicios de salud que se brindan en la Ciudad de México, y que los hombres que se atienden ahí también muestran un perfil sociodemográfico que puede diferir del de quienes asisten a otros centros de detección y atención a personas con VIH. Por lo tanto, la generalización de los resultados aquí obtenidos debe hacerse con cautela, a la vez que se sugieren mayores esfuerzos para su replicación en otros contextos, lo que ayudaría además a tener una muestra más amplia que permita observar una tendencia más clara del comportamiento de los datos y posibilite la realización de análisis estadísticos posteriores con los que puedan establecerse modelos predictivos y explicativos más complejos. Considerando que aquí no se hallaron diferencias significativas en las variables relacionadas con el estatus de VIH, valdría la pena incluir en futuras investigaciones hombres homosexuales con y sin diagnóstico confirmado.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el presente estudio constituye uno de los primeros acercamientos para conocer y describir el fenómeno de la VP entre HH con VIH en México. Los resultados aquí obtenidos permiten corroborar algunos factores individuales que se han asociado a la ocurrencia de conductas de VP, tanto en parejas heterosexuales como en aquellas del mismo sexo; pero además dejan ver cómo es que otros factores propios de pertenecer a una minoría sexual, como la homonegatividad internalizada y la apertura sobre la orientación sexual, pudieran exponer a estos hombres a situaciones de VP resultantes del rechazo y la violencia social a la que están expuestos, especialmente de la familia, los pares y el personal de salud.

Los datos aquí presentados señalan la importancia de comprender el fenómeno de la violencia de pareja entre hombres homosexuales con VIH como un fenómeno complejo y multidimensional. Se puede hablar de una relación violenta en la que hay implicados factores conductuales, cognitivos, sociales y propios de la relación que requieren ser identificados y modificados; de igual manera, siguiendo el modelo socioecológico de estrés de minorías, se evidencia que es necesario el desarrollo de intervenciones individuales, familiares y comunitarias específicas.

Así, las intervenciones individuales en el futuro deberán estar diseñadas para aprender a identificar conductas de violencia en la relación de pareja, desarrollar habilidades de comunicación asertiva y de solución de conflictos y modificar falsas creencias sobre la pareja y el uso de la violencia, pero además será necesario desarrollar in-

tervenciones colectivas, sociales o comunitarias para disminuir el estigma y la violencia hacia la población homosexual, particularmente hacia una población como la señalada, para comenzar a visibilizar la problemática que también existe en estas parejas al promover la detección y la atención oportuna de dicha situación.

*Citación:* Alderete A., C., Robles G., R., Ramos L., Luciana., Benjet, C., Alvarado S., N. y Lazcano R., M. (2021). Factores psicosociales asociados con la violencia de pareja entre hombres homosexuales mexicanos con VIH. *Psicología y Salud*, 31(2), 255-265. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2694>.

## REFERENCIAS

- Alderete A., C., Robles G., R., Vega R., H., Ramos L., L., Benjet, C. y Lazcano R., M. (2017, julio). Propiedades psicométricas del inventario de homonegatividad internalizada en hombres mexicanos que tienen sexo con hombres. *Memorias del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología*. Mérida, Yuc., México.
- Ard, K.L. y Makadon, H.J. (2011). Addressing intimate partner violence in lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 930-933.
- Badenes R., L., Sánchez M., J. y Longobardi, C. (2019). The relationship between internalized homophobia and intimate partner violence in same-sex relationships: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(3), 331-343.
- Barrientos, J., Rodríguez C., A., Escartín, J. y Longares, L. (2016). Violencia en parejas del mismo sexo: revisión y perspectivas actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 289-298.
- Bringas M., C., Cortés A., L., Antuña B., M.A., Flores G., M., López C., J. y Rodríguez D., F.J. (2015). Análisis diferencial de la percepción de jóvenes sobre maltrato en el noviazgo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 737-748.
- Chong, E., Mak, W. y Kwong, M. (2013). Risk and protective factors of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1476-1497.
- Dardis, C.M., Dixon, K.J., Edwards, K.M. y Turchik, J.A. (2015). An examination of the factors related to dating violence perpetration among young men and women and associated theoretical explanations: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 136-152.
- De la Villa M., M., García, A., Cuetos, G. y Sirvent, C. (2017). Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(2), 96-107.
- Echeburúa, E. y Fernández M., J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.): *Manual de violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid: Siglo XXI.
- Edwards, K.M., Sylaska, K.M. y Neal, A.M. (2015). Intimate partner violence among sexual minority populations: A critical review of the literature and agenda for future research. *Psychology of Violence*, 5(2), 112-121.
- Ferrer P., V.A., Bosch F., E., Ramis P., M.C., Torres E., G. y Navarro G., C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Finneran, C., Chard, A., Sineath, C., Sullivan P. y Stephenson, R. (2012). Intimate partner violence and social pressure among gay men in six different countries. *West Journal of Emergency Medicine*, 13(3), 260-271.
- Frost, D. y Meyer, I. (2009). Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men and bisexuals. *Journal of Counselling Psychology*, 56(1), 97-109.
- Graham, L., Jensen, T., Givens, A., Bowen, G. y Rizo, C. (2019). Intimate partner violence among same-sex couples in college: A propensity score analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(8), 1583-1610.
- Kimmes, J., Mallory, A., Spencer, C., Beck, A., Cafferky, B. y Stith, S. (2019). A meta-analysis of risk markers for intimate partner violence in same-sex relationships. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(3), 374-384.
- Kubicek, K. (2018). Setting an agenda to address intimate partner violence among young men who have sex with men: A conceptual model and review. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(4), 473-487.
- Loinaz, I. (2014). Distorsiones cognitivas en agresores de pareja: Análisis de una herramienta de evaluación. *Terapia Psicológica*, 32(1), 5-17.

- Mayfield, W. (2001). The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53-76.
- McClennen, J.C. (2005). Domestic violence between same-gender partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 149-154.
- McClennen, J.C., Summers, A.B. y Vaughan, C. (2002). Gay men's domestic violence: Dynamics, help-seeking behaviors, and correlates. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14(1), 23-49.
- Menéndez Á.D., S., Pérez P., J. y Lorence L., B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores, y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22, 41-53.
- Muñoz R., M., González L., P., Fernández G., L. y Fernández R., S. (2015) *Violencia en el noviazgo: Realidad y prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ortega, A. (2014). *Agresión en parejas homosexuales en España y Argentina: Prevalencias y heterosexismo*. Tesis inédita de doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Pantalone, D., Rood, B., Morris, B. y Simoni, J. (2014). A systematic review of the frequency and correlates of partner abuse in HIV-infected women and men who partner with men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25, S15-S35.
- Pantalone, D., Schneider, K., Valentine, S. y Simoni, J. (2012). Investigating partner abuse among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(4), 1031-1043.
- Peterman, L.M. y Dixon, C.G. (2003). Intimate partner abuse between same-sex partners: Implications for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 81, 40-59.
- Pimentel, M.L., Cheng, A.L. y Kelly, P.J. (2015). Syndemic theory and male same sex intimate partner violence: An urban/non-urban comparison. *Open Access Library Journal*, 2, e1407.
- Ramachandran, S., Yonas, M., Silvestre, A. y Burke, J. (2010). Intimate partner violence among HIV-positive persons in an urban clinic. *AIDS Care*, 22(12), 1536-1543.
- Relf, M. (2001). Battering and HIV in men who have sex with men: A critique and synthesis of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(3), 41-48.
- Reyes M., F., Rodríguez J., R. y Malavé, S. (2005). Manifestaciones de la violencia doméstica en una muestra de hombres homosexuales y mujeres lesbianas puertorriqueñas. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 449-456.
- Roberts, J.A. (2005). An integrative review of intimate partner violence among men who have sex with men: correlates of victimization and development of a conceptual framework. *Humanity and Society*, 29(2), 126-136.
- Rodríguez M., S. y Toro A., J. (2005). Description of a domestic violence measure for Puerto Rican gay males. *Journal of Homosexuality*, 50(1), 155-173.
- Saldivia M., C., Faundez R., B., Sotomayor L., S. y Cea L., F. (2017). Violencia íntima en parejas jóvenes del mismo sexo en Chile. *Última Década*, 46, 184-212.
- Schafer, K.R., Brant, J., Gupta, S., Thorpe, J., Winstead-Derlega, C., Pinkerton, R., Laughon, K., Ingersoll, K. y Dillingham, R. (2012). Intimate partner violence: A predictor of worse HIV outcomes and engagement in care. *Aids Patient Care and STDs*, 26(6), 356-365.
- Siemieniuk, R.A.C., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., Krentz, H.B. y Gill, M.J. (2013). Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: a population-based study. *HIV Medicine*, 14, 293-302.
- Téllez-Santaya, P.O. y Walters, A.S. (2011). Intimate partner violence within gay male couples: Dimensionalizing partner violence among Cuban gay men. *Sexuality and Culture*, 15, 153-178.
- Toro A., J. y Rodríguez M., S. (2001). Violencia doméstica en parejas de hombres gay puertorriqueños: prevalencia, violencia intergeneracional, conductas adictivas y destrezas de manejo de conflictos. *Perspectivas Psicológicas*, 3(4), 164-172.
- Tran, A., Lin, L., Nehl, E., Talley, C., Dunkle, K. y Wong, F. (2014). Prevalence of substance use and intimate partner violence in a sample of A/PI MSM. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(11), 2054-2067.
- Wall, K.M., Sullivan, P.S., Kleinbaum, D. y Stephenson, R. (2014). Actor-partner effects associated with experiencing intimate partner violence or coercion among male couples enrolled in an HIV prevention trial. *BMC Public Health*, 14, 209-221.





# Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud

## *Burnout and coping in health professionals*

Maricela Osorio-Guzmán, Carlos Prado-Romero  
y Georgina E. Bazán-Riverón

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Maricela Osorio-Guzmán, [mosorio@unam.mx](mailto:mosorio@unam.mx).

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar la correlación entre el nivel de burnout y el tipo de afrontamiento en una muestra de profesionales de la salud. Participaron 60 profesionistas, a los que se les aplicaron dos instrumentos: el Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). De acuerdo con las áreas evaluadas con el MBI-HSS, se encontró que 79% de los participantes mostraron bajo cansancio emocional; 64% obtuvieron puntuaciones bajas en despersonalización, y 71% una alta realización profesional. Los datos del CAE revelaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron de tipo racional. Hubo correlaciones positivas significativas entre diferentes áreas de los instrumentos. El síndrome de burnout se manifestó en la muestra en un nivel bajo, siendo la estrategia de afrontamiento más utilizada la solución de problemas.

**Palabras clave:** Burnout; Adaptación psicológica; Estrés psicológico; Cuerpo médico de hospitales.

### ABSTRACT

*The objective of the present study was to analyze the correlation between level of burnout and type of coping in a sample of health professionals. A total of 60 healthcare professionals participated, and completed the Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS), and the Stress Coping Questionnaire (SCQ). Regarding the areas evaluated with the MBI-HSS, 79% of the participants scored low in emotional fatigue, 64% obtained low scores in depersonalization, and 71% had high professional realization. The SCQ data revealed that the coping strategies most used were of rational type. Significant positive correlations were also found among different areas of the instruments. The burnout syndrome showed low levels in the sample, and the most commonly used coping strategy was problem solving.*

**Keywords:** Burnout; Psychological adaptation; Psychological stress; Hospital medical corps.

Recibido: 31/01/2020

Aceptado: 30/05/2020

---

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, Av. de los Barrios 1, 54090 Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 39806, Maricela Osorio-Guzmán <http://orcid.org/0000-0001-7798-5301>, Carlos Prado <https://orcid.org/0000-0003-0809-0672> y Georgina Bazán <https://orcid.org/0000-0001-6582-6370>. correos electrónicos: [mosorio@unam.mx](mailto:mosorio@unam.mx), [carlosprador9318@gmail.com](mailto:carlosprador9318@gmail.com) y [gebrmx@yahoo.com.mx](mailto:gebrmx@yahoo.com.mx).

El concepto de *burnout*, según Carlin y Garcés (2010), surge en 1974 a partir de las observaciones de Freudenberger mientras trabajaba como voluntario en la clínica para toxicómanos Free Clinic de Nueva York, en la que, pasado un periodo que iba de uno a tres años, sus compañeros sufrían una pérdida progresiva de energía y motivación en su labor, acompañada de claros síntomas de agotamiento, ansiedad y depresión.

El *burnout* es un síndrome que consta de tres dimensiones: el cansancio emocional (falta de recursos emocionales y sensación de no poder ofrecer nada a nivel afectivo), la despersonalización (serie de actitudes inhumanas, negativas, frías, cínicas y duras hacia los beneficiarios de su trabajo) y la baja realización profesional (sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales y profesionales) (Feitosa, Sousa, Alves, Gómez y Méndez, 2016; Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Este síndrome es el resultado de la acumulación de estrés en el ambiente laboral, y cuando es crónico puede tener efectos perjudiciales para la salud física, psicológica y emocional, lo que trae consigo diversos problemas, como apatía a la calidad clínica, ansiedad, depresión, ausentismo, agresividad y aumento del consumo de sustancias como café, alcohol, barbitúricos, alimentos y tabaco, y comprometiendo incluso las relaciones familiares (Díaz, 2010).

Hay diversos factores que aumentan la probabilidad de que aparezca dicho síndrome, como el deseo persistente de marcar una diferencia con los demás y obtener resultados excepcionales; tener un trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento; establecer relaciones negativas y antagonistas con los colegas; mostrar una elevada autoexigencia; mostrar una baja tolerancia al fracaso; tener necesidad de controlar a los demás; manifestar un sentimiento de omnipotencia ante una tarea, o sentir que se es indispensable (“nadie puede hacerlo más que yo”) (De la Rosa *et al.*, 2015; Rodríguez, Zarco y Gonzáles, 2009). Generalmente, tal proceso de evolución del síndrome comienza con un exceso de carga laboral, real o percibida, y estrés, que si no se trata oportunamente puede desencadenar problemas de salud, y en casos extremos hasta el suicidio (Moreno,

Seminotti, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2005; Weber y Jaekel, 2000).

Uno de los instrumentos más utilizados para medir las implicaciones y el grado de afectación debidos al *burnout* en el personal de salud es el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS en lo sucesivo), con el cual se ha desarrollado un sinnúmero de investigaciones en diferentes áreas de intervención de las ciencias biomédicas y psicológicas. Entre los hallazgos más importantes realizados en el área de la salud están los siguientes: 1) El grado de *burnout* en los profesionales de la salud está correlacionado negativamente con la experiencia laboral (Álvarez, Arc, Barrios y Sánchez, 2005; Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez, 2009; Castillo, Orozco, y Alvis, 2015; Moreno *et al.*, 2005); 2) El sexo femenino muestra mayores niveles de cansancio emocional, mientras que el masculino presenta niveles más elevados de despersonalización (Aranda, 2006; Dickinson *et al.*, 2007; Martín, Hernández, Arnillas y García, 2009); 3) Los trabajadores del área de la salud suelen habituarse al estrés constante (Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009), y 4) La actividad médica y la percepción de la alta relevancia del trabajo generan una adecuada satisfacción laboral (Balcázar, Montejo y Ramírez 2015; Pistelli, Perrochena, Moscoloni y Tarrés, 2011).

Las personas hacen frente a las situaciones de estrés de distintas formas, ya sea eliminando la fuente, o bien actuando sobre sus propios pensamientos, emociones y reacciones psicósomáticas para reducir su efecto (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández, 2003; Parrello, Ambrosetti, Iorio y Castelli, 2019), a lo que se le denomina comúnmente *afrontamiento*. Este es definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que exceden o desbordan los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984). Se distinguen dos principales tipos: el enfocado en la solución de problemas al actuar sobre el ambiente o sobre uno mismo para alterar la fuente estresante (Sandín y Chorot, 2003), y el enfocado en la regulación emocional, o sea, disminuyendo el efecto psicológico que causan las situaciones estresantes

(Acosta, Chaparro y Rey, 2008; Guerrero y Vicente, 2001).

Así, las estrategias de afrontamiento operan para disminuir el efecto estresante generado por la amenaza, y cuanto más lo reducen, puede hablarse de un afrontamiento más efectivo; también la forma en que se afrontan tales episodios tiene un efecto en el funcionamiento psicosocial, esto es, que un afrontamiento eficaz puede hacer que las personas tengan un mejor funcionamiento social, no obstante el número de episodios de estrés (Galán y Camacho, 2012).

Hay numerosas investigaciones que relacionan el *burnout* con el afrontamiento, cuyos principales resultados muestran que los profesionales de la salud tienden regularmente a llevar a cabo afrontamientos de tipo racional, mientras que la estrategia de recurrir a la religión es la menos utilizada (Piñeiro, 2013); así como que los varones emplean sobre todo el afrontamiento de evitación (Paris y Omar, 2009), y que el síndrome de *burnout* y las estrategias de afrontamiento están correlacionadas significativamente en los profesionales de la salud.

De lo anterior se desprende que las estrategias de afrontamiento pueden modificar de un modo importante la forma en que se experimenta el estrés al hacer que los efectos del *burnout* disminuyan.

Por consiguiente, el objetivo del presente estudio fue analizar la correlación entre los niveles de *burnout* y los tipos de afrontamiento de una muestra de profesionales de la salud.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 60 profesionales de la salud, hombres y mujeres, de veintidós estados de la República Mexicana, con edades comprendidas entre 21 y 75 años, y con una antigüedad laboral de 1 a 45 años. La selección se realizó a partir de un muestreo incidental. El diseño utilizado fue de tipo transversal y correlacional (Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007).

### Instrumentos

En lo referente a los instrumentos de evaluación, se recolectaron los datos sociodemográficos de los participantes e información general sobre su ejercicio profesional.

*Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey* (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1981).

Compuesto por 22 reactivos distribuidos en los tres factores mencionados, los que se valoran en una escala Likert de seis opciones; puntuaciones altas en las dos primeras escalas y baja en la tercera indican la presencia del síndrome. Las consistencias internas de sus escalas, medidas por el coeficiente alfa de Cronbach, son las siguientes: Cansancio emocional, 0.86; Despersonalización, 0.81, y Realización profesional, 0.53 (Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008).

*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés* (CAE) (Chorot y Sandín, 1987).

Consta de 42 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, el cual valora siete tipos de afrontamiento: focalizado en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, evitación, autofocalización negativa, reevaluación positiva, religión y expresión emocional abierta. La consistencia interna de este instrumento oscila entre 0.66 y 0.91 según las escalas que lo componen (González y Landero, 2007).

### Procedimiento

Se identificó a los profesionales de la salud en el marco de un congreso multidisciplinario nacional especializado, a los cuales se les solicitó su participación, requiriéndoles, en caso de aceptar, la firma de un formato de consentimiento informado. Los instrumentos se aplicaron en un aula del recinto donde se llevaba a cabo el evento. Hecho lo anterior, se procedió a seleccionar aquellos instrumentos que habían sido respondidos por completo para realizar la captura de los datos y su análisis.

## Análisis de datos

Una vez revisado y aprobado el proyecto general del cual se deriva el presente trabajo por el Comité de Bioética de la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, se efectuó el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra; se calcularon y describieron los puntajes de cada una de las escalas que componen los instrumentos; se compararon las medias de los diversos subgrupos (profesión, institución laboral y años de ejercicio profesional) a través de un análisis de varianza de un factor con comparaciones *post hoc* mediante la prueba HSD de Tukey para determinar las diferencias significativas entre cada uno de estos subgrupos, y finalmente se obtuvieron las correlaciones entre las diferentes variables y las áreas del cuestionario mediante la

prueba *r* de Pearson. El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS, v. 25.

## RESULTADOS

Respecto a las variables sociodemográficas, se obtuvo que 69% de los participantes fueron mujeres; la media de edad fue de 43.5 años (D.E. = 11.8), y en promedio tenían 16 años de experiencia profesional (D.E. = 10.64); respecto a la profesión de los participantes, en la Tabla 1 se muestra.

Los participantes provenían de veintiún estados de la República Mexicana, donde destacan en primer lugar la Ciudad de México (25.4%); en segundo lugar, Jalisco y Veracruz (9.5%); y en tercer lugar Baja California, Nuevo León, Oaxaca y Puebla (6.3%). En la Tabla 1 se puede observar las especialidades de dichos participantes y las instituciones en donde laboraban.

**Tabla 1.** Profesión e institución donde laboran los participantes.

| Variable   | Frec. | %    |
|--|-------|------|
| Profesión / Especialidad   |       |      |
| Enfermería   | 7     | 11.1 |
| Genetista  | 4     | 6.3  |
| Hematología  | 30    | 47.6 |
| Medicina General   | 1     | 1.6  |
| Medicina Interna   | 2     | 3.2  |
| Odontología  | 3     | 4.8  |
| Psicología   | 4     | 6.3  |
| Químicos   | 6     | 9.5  |
| Rehabilitación   | 3     | 4.8  |
| Trabajo Social   | 1     | 1.6  |
| Institución donde labora   |       |      |
| Hospitales universitarios  | 8     | 12.7 |
| Instituto Mexicano del Seguro Social                                     | 26    | 41.3 |
| Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado | 3     | 4.8  |
| Instituciones privadas   | 5     | 7.9  |
| Secretaría de Salud y Asistencia   | 19    | 30.2 |

## Niveles de *burnout*

A partir de los datos recopilados, se observó que los participantes exhibían niveles bajos de cansan-

cio emocional y despersonalización, mientras que puntuaron alto en el área de realización profesional (Tabla 2).

**Tabla 2.** Niveles de las puntuaciones obtenidas en las escalas del Maslach Burnout Inventory (MIB-HSS) por los profesionales de la salud.

| Escala                  | Bajo | Medio | Alto |
|-------------------------|------|-------|------|
| Cansancio emocional     | 79%  | 11%   | 10%  |
| Despersonalización      | 64%  | 22%   | 14%  |
| Realización profesional | 16%  | 13%   | 71%  |

Por otra parte, no se encontraron correlaciones significativas entre las escalas que componen el MIB-HSS y las variables sociodemográficas analizadas; sin embargo, se encontraron diferencias significativas en los niveles de realización profesional dependiendo de la institución donde laboran los participantes ( $F = 2.36; p < 0.04$ ); tales diferencias se hallaron entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ( $t = 2.54; gl = 27; p < 0.02$ ), obteniendo medias más altas en el primero. También hubo diferencias

significativas en el área de la realización profesional y en el sexo ( $t = 2.6; gl = 60; p < 0.01$ ), siendo esas medias mayores en los hombres.

### Tipos de afrontamiento

Referente a los tipos de afrontamiento, se encontró que las estrategias más utilizadas fueron las encaminadas a un afrontamiento racional de las situaciones, siendo las más frecuentes las focalizadas en la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social (Tabla 3).

**Tabla 3.** Media y desviación estándar de las puntuaciones obtenidas en los tipos de afrontamiento indicados en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

| Escala                                       | M     | D.E  |
|--|-------|------|
| Focalizado en la solución del problema (FSP) | 15.57 | 4.83 |
| Autofocalización negativa (AFN)              | 4.62  | 3.30 |
| Reevaluación positiva (REP)                  | 11.89 | 3.99 |
| Expresión emocional abierta (EEA)            | 4.19  | 3.58 |
| Evitación (EVT)                              | 6.89  | 4.59 |
| Búsqueda de apoyo social (BAS)               | 8.16  | 5.03 |
| Religión (RLG)                               | 5.38  | 5.61 |

Por otra parte, se encontraron correlaciones bajas negativas significativas entre la expresión emocional abierta y la edad ( $r = -0.35; p < 0.01$ ) y la expresión emocional abierta y los años de ejercicio profesional ( $r = -0.32; p < 0.01$ ). Asimismo, se hallaron diferencias significativas, en primer término, entre la edad de los participantes y la expresión emocional abierta ( $F = 2.44; p < 0.00$ ); la segunda entre la edad y el afrontamiento enfocado en la religión ( $F = 2.2; p < 0.01$ ), y finalmente entre la especialidad y el afrontamiento enfocado en la religión ( $F = 2.2; p < 0.03$ ).

### Relación afrontamiento-burnout

Se calculó la relación entre los puntajes obtenidos en el MIB-HSS y el CAE, encontrándose, por ejemplo, que hubo correlaciones positivas significativas entre el cansancio emocional y tres tipos de afrontamiento, también se observa una asociación negativa significativa con el tipo de afrontamiento focalizado en resolver el problema; en el caso de la despersonalización, se hallaron asociaciones moderadas positivas significativas con la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta y, por último, respecto a la realización profesional, se obtuvieron correlaciones positivas significativas con diferentes estrategias de afrontamiento (Tabla 4).



**Tabla 4.** Correlaciones entre las escalas de los instrumentos MIB-HSS y CAE.

| Escalas                                | Cansancio emocional | Despersonalización | Realización profesional |
|--|---------------------|--------------------|-------------------------|
| Focalizado en la solución de problemas | -.266*              | -.403**            | .453**                  |
| Reevaluación positiva                  | .032                | -.008              | .388**                  |
| Autofocalización negativa              | .506**              | .484**             | .015                    |
| Expresión emocional abierta            | .397**              | .371**             | .038                    |
| Evitación                              | .303*               | .126               | .125                    |
| Búsqueda de apoyo social               | .070                | .430               | .442**                  |
| Religión                               | -.001               | .003               | .226                    |

(\*) La correlación es significativa al nivel 0.05

(\*\*) La correlación es significativa al nivel 0.01

## DISCUSIÓN

Como se mencionó antes, el síndrome de *burnout* es un fenómeno que aparece frecuentemente en personas que trabajan bajo un estrés considerable (Díaz, 2010); por ello, es necesario llevar a cabo investigaciones en diferentes muestras y ámbitos de trabajo para analizar la ocurrencia del problema y los niveles que alcanza, y con ello plantear estrategias de intervención en áreas específicas.

Respecto a las diferencias encontradas entre los grupos, se pudieron observar niveles más altos de realización profesional según la institución donde laboraban los participantes, siendo los trabajadores del IMSS quienes obtuvieron las medias más altas; lo anterior puede estar asociado a las prestaciones y condiciones laborales de las que gozan, aspecto que podría ser motivo de futuros análisis. También se observaron diferencias en las áreas de realización profesional y en el sexo, obteniéndose una media mayor en los hombres, datos que coinciden con los de otros estudios (Aranda, 2006; Dickinson *et al.*, 2007; Martín *et al.*, 2009).

Respecto a las asociaciones entre los tipos de afrontamiento con las variables sociodemográficas, se observa una asociación negativa entre la edad y el tiempo de ejercicio profesional con la expresión emocional abierta (la cual se evalúa con ítems como “Descargué mi mal humor con los demás”; “Insulté a ciertas personas”, etc.), por lo que se infiere que la experiencia puede ser un factor que brinda herramientas a los profesionales de la salud para desarrollar un afrontamiento de tipo racional

(Álvarez *et al.*, 2005; Dickinson *et al.*, 2007; Martín *et al.*, 2009).

A partir de la relación existente entre los tipos de afrontamiento y los niveles de burnout, se puede inferir que aquellas personas que muestran en mayor medida afrontamientos racionales (solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva) tienden a padecer niveles menores de cansancio emocional y despersonalización, y mayores de realización profesional —datos que coinciden con los de autores como Galán y Camacho (2012)—, en contraposición con aquellas que exhiben afrontamientos predominantemente emocionales (autofocalización negativa, religión, expresión emocional abierta y evitación).

A partir de lo anterior, se puede concluir que el síndrome de *burnout* estuvo presente, en algún grado, en la totalidad de la muestra analizada; aunque los niveles fuesen bajos, según varios autores, existe el riesgo (Álvarez *et al.*, 2005; Aranda, 2006; Castillo *et al.*, 2015; Díaz, 2010; Dickinson *et al.*, 2007; Moreno *et al.*, 2005; Pereda *et al.*, 2009; Weber y Jaekel, 2000) de que estos profesionales manifiesten en el mediano y largo plazo un deterioro progresivo de sus relaciones interpersonales, cuadros de ansiedad, depresión y adicciones, así como de conductas automáticas, irritación constante, refugiándose en un lenguaje excesivamente técnico en sus interacciones con los demás.

También se encontró que el síndrome de *burnout* apareció en mayor grado en las mujeres y en los profesionistas que laboraban en instituciones diferentes al IMSS.

Referente a los tipos de afrontamiento, se apreció que las estrategias más utilizadas fueron las focalizadas en la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, esto es, las encaminadas a afrontar racionalmente las situaciones estresantes; una vez identificados estos tipos de afrontamiento, es posible estructurar diversas actividades que fortalezcan tales habilidades.

Aunque los resultados de la presente investigación son interesantes, se considera que el he-

cho de haber realizado el levantamiento de datos durante un congreso especializado determinó que la porción más amplia de la muestra fuera de especialistas en hematología, por lo que se sugiere para futuros trabajos incluir a un número mayor de participantes de otras especialidades.

Finalmente, como resultado de este tipo de estudio, es necesario plantear programas de prevención cuyos objetivos sean la modificación de comportamientos asociados al *burnout*.

*Citación:* Osorio G., M., Prado R., C. y Bazán R., G.E. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2), 267-274. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>.

## REFERENCIAS

- Acosta P., A., Chaparro L., C. y Rey C., A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26.
- Álvarez A., M., Arc M., L., Barrios A., E. y Sánchez A., R. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VIa. Cátedra de Medicina*, 141, 27-30.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 29, 1-7.
- Balcázar L., E., Montejó L., F. y Ramírez Y., L. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Atención Familiar*, 22(4), 111-114.
- Ballinas A., G., Alarcón, C. y Balseiro C., L. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(1), 23-29.
- Carlín, M. y Garcés E., J. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el campo laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Castillo I., Y., Orozco, J. y Alvis L., R. (2015). Síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Salud UIS*, 47(2), 187-192.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1987). *Escala de estrategias de coping (EEC)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (Policopiado).
- De la Rosa, G., Chang, S., Delgado, L., Oliveros, L., Murillo, D., Ortiz, R., Vela, G. y Yhuri, N. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Médica de México*, 151, 443-449.
- Díaz M., A. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología desde el Caribe*, 26, VIII-X.
- Dickinson M., E., González, C., Fernández M., A., Palomeque R., P., González, E. y Hernández, I. (2007). Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 75-79.
- Feitosa S., K., Sousa L., A., Alves F., S., Gomes de C., P. y Mendes de A., L. (2016). Síndrome de agotamiento laboral (burnout) y sus representaciones entre profesionales de la salud. Investigación en Enfermería. *Imagen y Desarrollo*, 18(2), 137-152.
- Galán, S. y Camacho E., J. (2012). *Estrés y salud. Investigación básica y aplicada*. México: El Manual Moderno.
- González M., T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Guerrero B., E. y Vicente C., F. (2001). *Síndrome de burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres (España): Universidad de Extremadura.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Manassero, M.A., Vázquez, A., Ferrer, V.A., Fornés, J. y Fernández, M.C. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca (España): Universitat des Illes Balears.

- Martín M., J., Hernández B., M., Arnillas M., H. y García, M. (2009). Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos? *Medicina Balear*, 24(3), 29-33.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Meda L., R.M., Moreno J., B., Rodríguez, A., Morante, M.E. y Ortiz, G.R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MIB-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
- Moreno, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez, R. y Morante, M.E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Paris, L. y Omar, A. (2008). Predictores de salud laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología*, 13(3), 233-244.
- Parrello, S., Ambrosetti, A., Iorio, I. y Castelli, L. (2019). School burnout, relational, and organizational factors. *Frontiers in Psychology*, 10, 1695. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01695.
- Pereda, L., Márquez F., G., Hoyos M., T. y Yáñez M., I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32, 399-404.
- Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 31, 125-150.
- Pistelli, Y., Perochena, J., Moscoloni, N. y Tarrés, M.C. (2011). Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(2), 129-134.
- Rodríguez, A., Zarco, V. y Gonzáles, J.M. (2009). *Psicología del trabajo*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Shaughnessy, J.J., Zechmeister, E.B. y Zechmeister, J.S (2007). *Métodos de investigación en Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Weber, A. y Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50(7), 512-517.

# “Me cuidan de más”. Imagen corporal y relaciones interpersonales en adolescentes con insuficiencia renal crónica

## *“They take too much care of me”. Body image and interpersonal relationships in adolescents with chronic kidney disease*

Laura Marcela Quezada Andrade<sup>1</sup>, Corina Benjet<sup>2</sup>,  
Rebeca Robles<sup>2</sup>, Angélica Riveros<sup>1</sup>, Dewi Hernández Montoya<sup>3</sup>,  
Mara Medeiros<sup>4</sup> y José Manuel Arreola<sup>5</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”<sup>2</sup>  
Instituto Nacional de Pediatría<sup>3</sup>  
Hospital Infantil de México “Federico Gómez”<sup>4</sup>  
Centenario Hospital Hidalgo<sup>5</sup>

Autor para correspondencia: Laura M. Quezada Andrade, [psic.quezada@hotmail.com](mailto:psic.quezada@hotmail.com).

### RESUMEN

*Introducción:* La insuficiencia renal crónica (IRC) que se padece durante la adolescencia puede tener repercusiones que interfieren en lograr los hitos propios de esta etapa, como la adquisición de la autonomía, la formación de la imagen corporal y la integración con el grupo de pares. *Objetivo:* Entender, desde la perspectiva de los adolescentes, los aspectos de la enfermedad que afectan sus relaciones con padres y pares y su imagen corporal. *Método:* Este estudio, de tipo exploratorio, descriptivo y cualitativo, se realizó mediante entrevistas a profundidad. Participaron adolescentes de entre 12 y 20 años de edad con IRC, pacientes de un hospital de segundo nivel del estado de Aguascalientes (México). Con el software *Atlas Ti*, se elaboraron matrices para la codificación de categorías y subcategorías. *Resultados:* En cuanto a su imagen corporal, los adolescentes manifestaron tener preocupaciones por cuestiones propias de la enfermedad, como inflamación, pérdida de peso y cambio en la coloración de la piel; en el área de autonomía, expresaron tener riñas con sus padres por la alimentación que deben seguir, por las salidas con amigos y por la sobreprotección de que son objeto, lo que los restringe en sus actividades cotidianas; respecto a sus pares, los participantes manifestaron obtener de ello un mayor apoyo social en su enfermedad. *Discusión:* Los adolescentes perciben que la IRC repercute negativamente en su imagen corporal y en su relación con sus padres. Las intervenciones psicológicas para adolescentes con IRC y sus padres de familia deben

<sup>1</sup> Av. Universidad 3000, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, tel. (55)13-79-90-02, correos electrónicos: [psic.quezada@hotmail.com](mailto:psic.quezada@hotmail.com) y [vercige52@gmail.com](mailto:vercige52@gmail.com).

<sup>2</sup> Centro de Investigación en Salud Mental Global, Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, tel. (55)41-60-5000, correos electrónicos: [cbenjet@gmail.com](mailto:cbenjet@gmail.com) y [reberobles@hotmail.com](mailto:reberobles@hotmail.com).

<sup>3</sup> Insurgentes Sur 3700, Letra C, Col. Insurgentes Cuicuilco, 04530 Ciudad de México, México, tel. (55)10-84-09-00, correo: [dewishm@comunidad.unam.mx](mailto:dewishm@comunidad.unam.mx).

<sup>4</sup> Calle Doctor Márquez 162, Col. Doctores, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, México, tel. (55)52-28-99-17, correo: [medeiro.mara@gmail.com](mailto:medeiro.mara@gmail.com).

<sup>5</sup> Av. Ferrocarril s/n, Alameda, 20259 Aguascalientes, Ags., México, tel. (449)994-67-20, correo: [dr.jmag@gmail.com](mailto:dr.jmag@gmail.com).

atender este tipo de repercusiones específicas de la enfermedad, a fin de amortiguar el impacto negativo que podría obstaculizar su desarrollo óptimo.

**Palabras clave:** Adolescentes; Insuficiencia renal crónica; Imagen corporal; Autonomía; Grupo de pares.

### ABSTRACT

*Introduction: Chronic kidney disease (CKD) implies significant psychosocial challenges and adaptive demands. When CKD is experienced during adolescence, the condition may imply specific repercussions for developmental challenges typical of adolescence, such as gaining autonomy from parents, increased integration with peers and adjustments in body image. Objective: The objective of the present study was to explore the adolescents' own perspective on aspects of the disease that affect their relationships with parents, peers and their body image. Method: The study was exploratory and descriptive in nature, it used a qualitative approach through in-depth interviews. Adolescents between 12 and 20 years of age with CKD participated. Data were analyzed with the Atlas Ti software in order to generate analysis matrices through coded categories and subcategories. The interview topics included aspects of body image, parent relationship, and peer integration. Results: Regarding body image, participants expressed concern with inflammation, weight loss, and change in skin color. Regarding autonomy, adolescents expressed conflicts with parents over food intake, following their diet, permissions to go out, and parental restriction of daily activities which participants considered excessive and overprotective. Regarding peers, adolescents expressed receiving their social support during the illness. Discussion: Adolescents perceive that CKD affects their body image and have conflicts with parents, but does not negatively impact upon peer relations. The development of a psychological intervention for adolescents and parents, and recommendations for clinicians based on the perceived impact of CKD, would help mitigate deleterious effects on the developmental tasks of adolescence and help encourage optimal health behaviors in the future.*

**Keywords:** Adolescents; Chronic kidney disease; Body image; Autonomy; Peers.

Recibido: 27/02/2020

Aceptado: 05/05/2020

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC en lo sucesivo) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones; suele ser lenta, progresiva e irreversible (Webster, Nagler, Morton y Masson, 2017). En los adolescentes es causada por anomalías congénitas del riñón y del tracto urinario; las etiologías adicionales incluyen trastornos glomerulares primarios y secundarios y enfermedades renales quísticas y hereditarias (Furth, Moxey-Mims y Ruebner, 2020). Además de estas causas, hay otras dos que son compartidas con las causas de IRC en adultos: la hipertensión y la diabetes (Piedrahita *et al.*, 2011). Globalmente, la mortalidad por IRC se ha incrementado en 108% de 1990 a 2015. La principal causa que genera la muerte por IRC en México es la diabetes mellitus, cuyo impacto en la mortalidad ha progresado del lugar 19 por nefropatía diabética en 1990, a convertirse en la tercera causa de muerte en 2015, lo que representa un incremento de 670% (Torres, Granados y López, 2017). La prevalencia general de la IRC en México en todas las edades es de 124 casos por cada millón de usuarios (Méndez *et al.*, 2014). Se estima que cada año aparecen de 800 a 1,000 pacientes con IRC con requerimiento de terapias sustitutivas, por lo que se espera que en los próximos años no habrá la infraestructura necesaria para albergar a este tipo de pacientes ni el soporte financiero, por lo cual la contratación de los servicios integrales o subrogados son una necesidad inaplazable (Méndez *et al.*, 2014).

En la ciudad de Aguascalientes (México), desde 2002 se ha detectado una elevada frecuencia de casos de IRC en niños y adolescentes, por lo que es importante resaltar que el objetivo del presente estudio se centra en este grupo de edad y población (Góngora, Serna, Gutiérrez y Pérez, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. La IRC representa un reto particular para el adolescente cuando se la compara con otras enfermedades crónicas, ya que los cuidados que requiere incluyen la restricción de alimentos y



agua, el cuidado de los catéteres, los tratamientos sustitutivos y el uso de fármacos de por vida (Medeiros y Muñoz, 2011). En los últimos años, la IRC ha cobrado importancia debido a la alta mortalidad que tiene en adolescentes, de hasta treinta veces más que en los jóvenes de la misma edad en la población general, además de las hospitalizaciones frecuentes y un deterioro significativo de su calidad de vida (Gutiérrez y Arias, 2015).

Las personas con IRC que se encuentran en la última etapa de la enfermedad son sometidas a terapias de reemplazo renal, entre las que se encuentran la diálisis, la hemodiálisis y el trasplante renal. En el caso de la diálisis, hay diferentes tipos, y dependerá de ello su duración y frecuencia. La hemodiálisis requiere que el paciente acuda a los hospitales a realizarse este procedimiento dos o tres veces por semana, con una duración de al menos tres horas cada sesión.

Los adolescentes con IRC tienen problemas añadidos, como trastornos en su maduración y desarrollo, así como frecuentes ausencias escolares y limitaciones en su aprendizaje y autonomía que ocasionan numerosas dificultades en su vida social y familiar (Aparicio, Fernández, Garrido, Luque e Izquierdo, 2010).

Las características psicológicas del desarrollo en la etapa adolescente conllevan retos y particularidades para el manejo de la enfermedad crónica, ya que es un periodo en el que se espera la consolidación y afirmación de la identidad del joven, incluidas su imagen corporal, autonomía e integración al grupo de iguales (Iglesia, 2013). A menudo, los adolescentes con enfermedades crónicas carecen de apoyo (García, Harden y Chapman, 2012), se les complica el desarrollo de su autonomía, la continuación de sus estudios, los cambios en su sexualidad a consecuencia de la uremia o el uso de fármacos, lo que altera la percepción de su imagen corporal y su autoestima. La IRC, en particular, constituye un importante desafío durante la adolescencia (García *et al.*, 2012), y en la población pediátrica se relaciona con una frecuencia elevada de trastornos psiquiátricos, particularmente los adaptativos, los depresivos, los trastornos de ansiedad y el deterioro cognitivo (Kogon *et al.*, 2013). Aparte de estos obstáculos, los adolescentes deberán afrontar la transición de los servicios

que reciben en las instituciones de salud (de pediatría a pacientes adultos). Tales transiciones se han relacionado con peores resultados para su salud (Chu, Maslow, von Isenburg y Chung, 2015), por lo que en el presente estudio se decidió incluir a los jóvenes de 19 y 20 años, los que se esperaba fuesen atendidos en los servicios de adultos.

Para desarrollar estrategias e intervenciones que fomenten un desarrollo óptimo se abarcan en el estudio las cuatro áreas que se enlistan a continuación.

La primera es la *imagen corporal*. En el desarrollo normal, los adolescentes deben adaptarse a un cuerpo cambiante, y a menudo hay un periodo de ajuste que se acompaña de sentimientos de vergüenza e incomodidad. Sin embargo, el cuerpo de un paciente con IRC es objeto de distintas manipulaciones por parte del equipo médico: exámenes, controles, visitas médicas, medicamentos, procedimientos como biopsias, diálisis, trasplantes, extracciones sanguíneas y demás, las que implican menoscabos de la intimidad, cambios estéticos desfavorables y falta de control sobre ciertos aspectos corporales.

La segunda área es el *conflicto* con los padres. Mientras que un cierto grado de conflicto es normal en la adolescencia como parte del proceso de lograr mayor independencia de los padres y un reajuste en su relación, el nivel de conflictos en los adolescentes con IRC aumenta por razones que tienen que ver con la adherencia al tratamiento. Un ejemplo de lo anterior es cuando los padres someten al adolescente a reglas que ya no corresponden a su edad, lo que puede generar conflictos al tener que negociar una autonomía ya alcanzada en etapas anteriores (Grau, 2013).

La tercera es la *sobreprotección* de los padres. La sobreprotección es una respuesta natural ante el temor de los padres por la vida o la salud de su hijo con IRC, manifestado en evitar que este haga cualquier esfuerzo, limitando así sus capacidades. En la IRC, el papel de los padres es fundamental, pues adquieren un alto grado de responsabilidad y culpabilidad sobre la condición de su hijo, lo que los lleva a tomar precauciones extremas de higiene para resguardarlo de todo daño, lo que da lugar a otras conductas sobreprotectoras (Tong, Lowe, Sainsbury y Craig, 2010).

La cuarta es la *integración* del grupo de pares. En la adolescencia, las relaciones entre pares, y principalmente la aceptación del grupo de iguales, son fundamentales para el funcionamiento social y emocional (Rubin, Bukowski y Bowker, 2015). Sin embargo, para los adolescentes con enfermedades crónicas el pertenecer y ser aceptado por un grupo puede ser un verdadero desafío, ya que se ven limitados por la enfermedad, lo que se traduce, por ejemplo, en un frecuente ausentismo escolar (Emerson *et al.*, 2016). Lo anterior conlleva a un tiempo limitado para estar con los compañeros, lo que reduce la cantidad de actividades gratificantes relacionadas con estos (Shute y Walsh, 2005). El funcionamiento social deteriorado, como las amistades de escasa calidad y la menor aceptación y el apoyo de los pares, se ha observado en niños y adolescentes con afecciones físicas crónicas (Martinez, Carter y Legato, 2011; Pinquart y Teubert, 2012). La literatura sugiere que estas cuatro áreas podrían verse afectadas cuando se padece una enfermedad crónica como la IRC. Sin embargo, los estudios sobre este problema son escasos, y hace falta tomar en cuenta la perspectiva de los adolescentes para desarrollar estrategias e intervenciones relevantes para ellos que mejoren su calidad de vida, su adherencia al tratamiento y su desarrollo óptimo. Por lo antes mencionado, el objetivo del presente trabajo cualitativo e interpretativo-descriptivo, con una aproximación a partir de la categorización de significados, fue conocer, desde la perspectiva de los adolescentes con IRC, cómo la enfermedad repercute en alcanzar los logros esperados durante la adolescencia.

## MÉTODO

### Participantes

Mediante un muestreo teórico-intencional por conveniencia, se hicieron entrevistas a profundidad a adolescentes de entre 12 y 20 años de edad que padecían IRC y que recibían tratamiento de diálisis, hemodiálisis o trasplante.

Los criterios de inclusión fueron que los participantes con IRC estuvieran entre los citados rangos de edad; que supieran leer y escribir; que acepta-

ran participar en el caso de los menores, y previa firma de los padres de la carta de consentimiento informado, tanto para los menores como para los jóvenes mayores de edad.

El criterio de exclusión fue que padecieran un déficit cognitivo que impidiera contestar la entrevista, según los informes proporcionados por los padres y los médicos tratantes, y como criterio de eliminación que ya no desearan seguir participando en el estudio.

### Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Centenario Miguel Hidalgo del estado de Aguascalientes, con el número 2018-R-06, cumpliendo así con los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, así como las normas nacionales e internacionales de investigación con seres humanos. Asimismo, se les pidió el consentimiento informado a los padres de los adolescentes y el asentimiento a los menores de edad (menores de 18); aquellos de 18 a 20 años otorgaron su propio consentimiento informado.

### Procedimiento

Los datos fueron recolectados en un periodo de seis meses. Para llevar a cabo la entrevista a profundidad se utilizó un guion de entrevista semiestructurada, expresamente desarrollada para este estudio, la cual abarcó las cuatro áreas de interés: imagen corporal, conflicto con los padres, sobreprotección por estos y aceptación por pares. También se contó con una hoja de datos sociodemográficos y clínicos que incluyó el tiempo de diagnóstico, los tratamientos sustitutivos, el tiempo de cada tratamiento sustitutivo, los medicamentos usados, la causa de la enfermedad, y si era el caso, el tiempo de haber sido trasplantado; de igual modo, se obtuvieron factores como edad, sexo, escolaridad y número de integrantes de la familia, entre otros. Antes de la colecta de los datos, se efectuó una inmersión inicial en la población y el servicio con el objetivo de familiarizar al investigador principal con el medio ambiente, los profesionales y los procedimientos de la consulta externa y de la hemodiálisis. Las entrevistas audiograbadas a los

pacientes, cuya duración aproximada fue de 40 minutos, fueron hechas individualmente durante las sesiones de hemodiálisis y durante la consulta externa en el caso de los pacientes trasplantados, en un consultorio facilitado por el servicio de nefrología, y luego fueron transcritas.

### Análisis de datos

Una vez que se transcribieron las entrevistas, se analizaron primero manualmente y después se utilizó el programa *Atlas ti*, un software profesional para el análisis de datos cualitativos. De acuerdo a la técnica de categorización libre de Kvale (2011), se construyeron las cuatro categorías centrales ya citadas. Las expresiones de los pacientes fueron respetadas en los fragmentos de las narraciones. Luego, se organizaron los datos utilizando tablas cruzadas, tomando como base las cuatro categorías.

Por último, se empleó la matriz de códigos para la visualización de las subcategorías. De acuerdo con lo que sugieren Kornblit y Beltramino (2004), la interpretación de los datos dotó de significado a las entrevistas realizadas.

### RESULTADOS

En el Cuadro 1 se presentan las características de los participantes. De los 19 participantes, doce fueron hombres y siete mujeres, 18 de los cuales eran solteros. De las causas de la enfermedad, 14 reportaron riñones hipoplásicos. El promedio de tiempo de diagnóstico fue de cinco años, con un rango de 1 a 17 años. De los 19 participantes, 16 eran trasplantados y los tres restantes pacientes en hemodiálisis.

**Cuadro 1.** Datos sociodemográficos de los participantes.

| Seudónimo | Sexo   | Edad (años) | Estado civil | Escolaridad  | Causa de la enfermedad | Tiempo de diagnóstico (años) | Tratamiento  |
|-----------|--------|-------------|--------------|--------------|------------------------|------------------------------|--------------|
| E1        | Hombre | 18          | Soltero      | Preparatoria | Hipoplasia             | 11                           | Trasplantado |
| E2        | Hombre | 19          | Soltero      | Licenciatura | Hipoplasia             | 3                            | Trasplantado |
| E3        | Hombre | 13          | Soltero      | Secundaria   | Infecciosa             | 4                            | Trasplantado |
| E4        | Mujer  | 20          | Soltera      | Preparatoria | Infecciosa             | 5                            | Trasplantado |
| E5        | Mujer  | 15          | Soltera      | Secundaria   | Infecciosa             | 4                            | Trasplantado |
| E6        | Hombre | 18          | Soltero      | Licenciatura | Síndrome               | 15                           | Trasplantado |
| E7        | Hombre | 15          | Soltero      | Secundaria   | Hipoplasia             | 9 meses                      | Trasplantado |
| E8        | Hombre | 16          | Soltero      | Preparatoria | Hipoplasia             | 7 meses                      | Trasplantado |
| E9        | Hombre | 19          | Soltero      | Licenciatura | Hipoplasia             | 7 meses                      | Trasplantado |
| E10       | Mujer  | 20          | Soltera      | Secundaria   | Hipoplasia             | 10                           | Trasplantado |
| E11       | Mujer  | 19          | Soltera      | Preparatoria | Hipoplasia             | 17                           | Trasplantado |
| E12       | Mujer  | 13          | Soltera      | Secundaria   | Hipoplasia             | 9                            | Hemodiálisis |
| E13       | Hombre | 13          | Soltero      | Secundaria   | Hipoplasia             | 3                            | Trasplantado |
| E14       | Hombre | 16          | Soltero      | Preparatoria | Hipoplasia             | 1                            | Trasplantado |
| E15       | Mujer  | 17          | Soltera      | Preparatoria | Lupus                  | 3                            | Trasplantado |
| E16       | Hombre | 20          | Soltero      | Preparatoria | Hipoplasia             | 15                           | Trasplantado |
| E17       | Hombre | 20          | Casado       | Secundaria   | Hipoplasia             | 2                            | Hemodiálisis |
| E18       | Mujer  | 12          | Soltero      | Primaria     | Hipoplasia             | 11                           | Trasplantado |
| E19       | Hombre | 17          | Soltero      | Primaria     | Hipoplasia             | 2                            | Hemodiálisis |

Tras una lectura cuidadosa de cada entrevista, se ordenaron los datos de acuerdo con las categorías abordadas (imagen corporal, conflicto con los pa-

dres, sobreprotección de los padres e integración con pares). En el Cuadro 2 se muestran las subcategorías de imagen corporal arrojadas por el aná-

lisis, así como un ejemplo del discurso de uno de los participantes de cada una. De la categoría de imagen corporal se obtuvieron cinco subcategorías: hinchazón de piel, pena por catéteres o cicatrices, baja estatura, adelgazar y cambio en la coloración de piel. En esta categoría se pudo no-

tar una diferencia en los pacientes que estaban en hemodiálisis, ya que todos ellos expresaron estar pasando por alguno de los problemas de imagen corporal mencionados, además de experimentar vergüenza o malestar.

**Cuadro 2.** Subcategorías de *Imagen corporal*.

| Imagen corporal               | Cita  | Frec. |
|-------------------------------|---|-------|
| <b>Catéteres o cicatrices</b> | "Siempre he usado blusas descubiertas, pero ahora se ve la cicatriz y he cambiado la ropa porque me da pena que se note o que la gente se quede viendo la cicatriz" (Mujer, 19 años). | 1     |
| <b>Baja estatura</b>          | "Antes de que me trasplantaran yo era muy chiquita, como que no crecía y no me sentía muy cómoda porque era diferente a los de mi edad y me daba pena" (Mujer 13 años).               | 3     |
| <b>Piel amarilla</b>          | "Mi piel era como amarillenta y no me gustaba cómo me miraban. Todos me hacían comentarios sobre eso y a mí no me hacían sentir bien" (Hombre, 15 años).                              | 9     |
| <b>Hinchazón</b>              | "Se me notaba hinchada la cara, los brazos o pies y no parecía yo; no me gustaba verme así; no me sentía muy bien y prefería no salir" (Hombre, 16 años).                             | 13    |
| <b>Delgadez</b>               | "Pues físicamente bien, entre comillas, porque enflaqué demasiado; pero pues antes estaba muy gordo y ahora me veo demasiado delgado" (Hombre, 15 años).                              | 4     |

Entre los que habían sido trasplantados, aunque mencionaron algunos de tales problemas, la mayoría dijo que en esos momentos no los presentaba ya que el trasplante se los había solucionado. También se observó una tendencia por parte de las mujeres a expresar más vergüenza que los varones por los cambios físicos generados en ellas por la enfermedad, la cual no mostraron tener las más jóvenes.

En el Cuadro 3 se presentan las subcategorías de conflicto con padres y un ejemplo del discurso de alguno de los participantes en cada una. Es importante resaltar que esta categoría pretende identificar los conflictos que se tienen con los padres distinguiendo entre si se deben a situaciones esperadas en la adolescencia o se derivan de la enfermedad. En esta categoría surgieron dos subcategorías, la de las riñas por las salidas de casa y la de las discusiones debidas a la alimentación que deben tener.

**Cuadro 3.** Subcategorías de *Conflictos con los padres*.

| Conflictos con padres | Citas  | Frec. |
|-----------------------|--|-------|
| <b>Salidas</b>        | «Desde el primer rechazo del riñón, pues sí, me protegen más: "Ponte cubrebocas para salir" o "No salgas por salir nada más; quédate mejor encerrado", y o cosas así. "Tomas mucha agua." No me dejan hacer nada y me enoja y nos peleamos más» (Hombre, 18 años). | 7     |
| <b>Alimentación</b>   | "En la alimentación, tenemos muchos problemas. Me están contando si ya tomé agua, y me cuentan las botellas, al igual que lo que como y lo que no. Hasta cuando voy a la casa de mi novio todos me cuidan, y eso es bastante molesto" (Mujer, 19 años).            | 10    |

En la subcategoría de conflictos debidos a sus salidas de casa, se pudo apreciar que un tercio de los participantes expusieron que estos se habían vuelto más frecuentes por la enfermedad. Los hombres reportaron más problemas en cuestiones de salidas que las mujeres, los cuales se hicieron más frecuentes entre los 15 y 18 años de edad, ya que en las edades más tempranas o más tardías

no señalaron tener tales conflictos con sus padres. También debe destacarse que no se apreció una diferencia entre los tipos de tratamiento, pues los participantes trasplantados también indicaron que los problemas habían aumentado por haber sufrido el trasplante y lo que esto acarrea, como el tiempo que deben estar aislados. El Cuadro 4 muestra las subcategorías y ejemplos de sobreprotección.

**Cuadro 4.** Subcategorías de *Sobreprotección de padres*.

| Sobreprotección  | Citas  | Frec. |
|--|--|-------|
| <b>Mimos</b>   | “Pues sí, yo veo que me tratan mejor que a mis hermanos, y que eso es mejor porque me compran más cosas a mí que a ellos” (Hombre, 13 años).   | 9     |
| <b>Sobreprotección en la alimentación</b>                  | “Pues me andaban cuidando que no tomara mucha agua, que no comiera lo que no debía, pero todo el tiempo me harta que hagan eso” (Mujer, 17 años).  | 13    |
| <b>Cuidados de otras enfermedades</b>                      | “Sí, pero así exageran; como por ejemplo cuando hace frío que no me enferme de la gripe porque no se me vaya a complicar” (Mujer, 15 años).  | 6     |
| <b>Prohibición de hacer deportes y actividades físicas</b> | “Luego ya me metí otra vez a karate, pero ya después del trasplante ya no puedo; ya no me dejan aunque yo les diga que ya no me dejan hacer nada de lo que hacía antes. No me dejan subirme al brincolín o divertirme porque tienen miedo de que se me salga el riñón” (Mujer, 17 años). | 4     |
| <b>Sobreprotección en salidas</b>                          | “Mi mamá ya no me deja salir a la calle sola con mis amigos o primos. Dice que es mejor que no salga para que me cuide. Esto me molesta mucho [pues]siento que no puedo hacer nada” (Mujer, 20 años).  | 7     |
| <b>Sobreprotección en la limpieza</b>                      | “Pues en todas las cosas me cuida de más. Dice que me quiere meter a una burbuja para que no me toquen y no me infecte con nada” (Mujer, 19 años).   | 5     |

Como se aprecia, en esta categoría hubo respuestas muy diversas; la mitad de los participantes señalaron que sus padres mostraban actitudes sobreprotectoras hacia ellos en sus salidas, comidas y alimentación, pero que a su vez también habían dejado de ser estrictos en cuestiones escolares, emocionales y económicas. Es decir, en lo académico los padres ya no les exigían buenas calificaciones, e incluso ya no les pedían que siguieran estudiando en la mayoría de los casos. De hecho, catorce de los diecinueve de los entrevistados no asistían a la escuela a causa de la enfermedad. Además, hasta un tercio de ellos dijeron que a partir de la enfermedad sus padres se habían vuelto permisivos con sus relaciones de pareja, lo que antes no ocurría. Sin embargo, una cuarta parte de

los pacientes afirmó que sentían que sus padres exageraban en algunos cuidados, en especial los que habían sido trasplantados, quienes expresaron que no podían hacer las actividades deportivas que antes practicaban, a pesar de que los doctores no habían prescrito tal limitación, la que atribuían a sus padres.

En general, en esta población de trasplante se manifestaron dificultades para retornar a las actividades rutinarias de la vida diaria antes del trasplante; no obstante que contaban con el órgano trasplantado, sentían que no podían hacer nada o que sus padres no se los permitían.

Por último, en el Cuadro 5 se presentan las subcategorías de integración de pares y un ejemplo del discurso de algunos participantes en cada una.

**Cuadro 5.** Subcategorías de *Integración de pares*.

| Integración de pares                     | Citas   | Frec. |
|--|---|-------|
| <b>Apoyo durante la enfermedad</b>       | “Sí me apoyaban, me ayudaban con las tareas y me visitaban desde que se enteraron de que estaba enferma” (Mujer 13).  | 15    |
| <b>Pérdida de actividades con amigos</b> | “Pues al momento de las salidas o cosas así yo no puedo ir, por ejemplo, a todos los lugares que ellos sí pueden, y eso me pone triste porque desde que estoy enfermo no puedo ir a las mismas cosas” (Hombre, 17). | 14    |

En esta categoría los adolescentes expresaron sus preocupaciones por ser o no integrados con sus pares o amigos por las condiciones derivadas de la enfermedad, como hospitalizaciones, hemodiálisis,

aislamiento y consultas, entre otras. Es importante resaltar que la mayoría de los participantes, a excepción de los pacientes de hemodiálisis, señalaron que sus amigos habían sido un gran apoyo



ante la enfermedad, y que desde que se enteraron de que habían enfermado su relación había crecido. Sin embargo, también mostraron preocupación y tristeza al tener que dejar de lado las salidas y fiestas con aquellos. Se pudo observar que tres de los pacientes expresaron tener dificultades para socializar; estos pacientes tenían en común que padecían la enfermedad desde que eran muy pequeños, lo que explicaba su dificultad para lograr ese propósito. En cambio, los participantes a los que se detectó la IRC en su adolescencia no expresaron tener dificultades para hacer o mantener amistades. Los pacientes con edades de 12 o 13 años no dieron gran relevancia a los pares, sino que manifestaron su acercamiento con los padres, principalmente.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue explorar la imagen corporal, el conflicto con los padres, la sobreprotección de los mismos y la integración con pares en adolescentes con IRC. El estudio permitió un acercamiento para conocer más a esta población a través de sus propios discursos. En la literatura sobre el tópico se afirma que una de las principales repercusiones de la IRC en el adolescente es en su imagen corporal (Ferris, Miles y Seamon 2016; Garino, 2010), debido a los efectos de los tratamientos y cambios físicos propios de la adolescencia. Los adolescentes con IRC pueden manifestar algún retraso en su crecimiento debido a las complicaciones renales. Además, las cicatrices, fistulas, catéteres y punciones alteran su imagen corporal y su relación con su grupo de pares (Martin *et al.*, 2018). Consistente con esos estudios, se pudo corroborar aquí la afectación de su imagen corporal. Además, los hallazgos permiten entender la complejidad de tal afectación según las diferencias en el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el tipo de tratamiento; en efecto, los adolescentes que tenían un diagnóstico reciente y estaban en hemodiálisis experimentaron una imagen corporal negativa, mientras que los pacientes que fueron diagnosticados desde pequeños no mostraron una preocupación excesiva por estos aspectos. De igual modo, los pacientes que fueron

trasplantados señalaron que ellos no atravesaban actualmente por cambios físicos ya que desde entonces eso se había eliminado, aunque comentaron que antes del trasplante habían atravesado por estas preocupaciones, y por emociones como vergüenza, enojo y tristeza.

Otro aspecto analizado fue conflictos con los padres. Si bien es algo esperado durante la adolescencia en virtud de que es la época en la que se observa un alejamiento de los padres para acercarse al grupo de pares, en este caso fue útil indagar con los participantes si estos conflictos eran provocados por la adolescencia o si eran causados o exacerbados por la enfermedad. En los relatos se encontró que los conflictos inherentes a la adolescencia habían disminuido en razón de la enfermedad, ya que los padres y los adolescentes habían cambiado sus prioridades; sin embargo, esto traía nuevos conflictos, como la alimentación y la ingesta de líquidos, pues quienes padecen IRC no pueden comer y beber como quisieran. De acuerdo con otros autores (Grau y Fernández, 2010; Tong *et al.*, 2010), esas situaciones son esperadas, toda vez que los padres afrontan una situación estresante por la que deben actuar con gran responsabilidad, lo cual repercute en una presión constante entre ellos y sus hijos. Se conoce que la alimentación desempeña un papel central en el tratamiento de la insuficiencia renal durante toda la vida, pues cada tratamiento requerirá una nutrición especial. Tener conflictos con los padres sobre la alimentación y la ingesta de líquidos repercute en el autocuidado de los adolescentes, tan necesario en esta enfermedad. Los datos hallados sugieren que el reto para padres de familia y los clínicos que trabajan con estos jóvenes es encontrar un equilibrio entre su salud y seguridad y permitir a la vez su autonomía.

Confirmando lo reportado anteriormente por Tong *et al.* (2010), es frecuente que los padres de los adolescentes con enfermedades crónicas muestren conductas de sobreprotección debido a la preocupación por las infecciones o padecimientos que pueda desencadenar la enfermedad. En este caso, los participantes reportaron en su mayoría que sus padres habían cambiado su comportamiento hacia ellos desde que se enteraron de su enfermedad, los trataban de un modo diferente y manifestaban un

trato preferencial hacia ellos, emocional o tangiblemente, comparado con el que reciben sus hermanos. En el rubro escolar, afirmaron que redujeron sus exigencias, y en algunos casos decidieron suspender sus estudios de manera indefinida para que solo se dedicaran a cuidar su salud.

Tales conductas de los padres interfieren con el logro de la autonomía y dificultan el afianzamiento de lazos con el grupo de pares; lejos de obtener beneficios, los adolescentes se ven impedidos para continuar con su vida y con lo que esperan llevar a cabo en esa edad. También se encontraban con que sus padres no les permitían practicar los deportes o actividades físicas usuales, a pesar de que los médicos no habían dado esas instrucciones. Sería, pues, importante proporcionar información precisa a los padres para que puedan acompañar a sus hijos sin sobreprotegerlos cuando no lo requieren, y permitiéndoles, por el contrario, ejercer su autonomía y el cuidado de sí mismos.

El último tópico fue la integración con los pares. Diversos autores (Rubin *et al.*, 2015; Emerson *et al.*, 2016) han descrito la importancia que tiene la integración a los grupos de pares durante la adolescencia, y la dificultad que entraña mantener estas relaciones cuando se padece una enfermedad crónica. En el estudio se observó que los participantes encontraban difícil confiar en alguien para compartirle sus preocupaciones sobre sí mismos y las que les ocasionaba su enfermedad; sin embargo, se sentían muy apoyados por sus amigos y por el grupo de pares. En contraste con lo reportado en otros estudios efectuados en menores con otras enfermedades crónicas, quienes han encontrado amistades de menor calidad, con escasa aceptación y menos apoyo de los pares (Martínez *et al.*, 2011; Pinquart y Teubert, 2012). Los adolescentes en el presente estudio relataron que en la escuela sus pares tenían una actitud positiva hacia ellos e incluso los protegían, y que a partir del momento en que se enteraron de la enfermedad se hizo más estrecha su amistad, y hasta emprendieron acciones para favorecer su bienestar. Dijeron no sentirse rechazados ni excluidos por el grupo de pares, debido posiblemente a que la enfermedad no es muy conocida socialmente y que, por lo tanto, no se le estigmatiza, a lo que

debe añadirse que la cultura mexicana fomenta el apoyo y la lealtad hacia las amistades. Lo que sí expresaron fue que lamentaban perderse de ciertas actividades escolares o de las salidas con sus amigos por las constantes consultas médicas y hospitalizaciones. Algunos de ellos se habían aislado y no mostraban interés alguno por salir. Dentro de este grupo se encontraron los pacientes de hemodiálisis y los más jóvenes, por lo que necesitan disponer de estrategias para integrarse a sus pares.

Es importante reconocer algunas limitaciones del estudio para la interpretación de los hallazgos. En principio, la muestra no fue equitativa en cuanto al tipo de tratamiento al momento de la entrevista ni por edad; la mayor parte de los participantes fueron trasplantados; no hubo ningún paciente en diálisis y solo se contó con tres en hemodiálisis. De igual forma, las diferencias expresadas respecto a la imagen corporal y la relación con los pares entre los adolescentes tempranos y tardíos sugieren realizar a futuro un análisis dividiendo la etapa adolescente en temprana, mediana y tardía.

Lo participantes provenían de un mismo hospital, por lo que sus experiencias no representan las de otras poblaciones de adolescentes con IRC. Finalmente, este estudio se enfocó en la perspectiva y vivencias de los adolescentes, por lo que se recomienda para futuras investigaciones complementar esta información con la perspectiva de los padres de familia para un mayor entendimiento de la afectación que genera la IRC en el desarrollo adolescente y para desarrollar estrategias de intervención psicológica y de consejo parental más efectivas.

A pesar de las limitaciones antes señaladas, este estudio proporciona datos relevantes para quienes trabajan con estos pacientes. Los adolescentes con IRC se atienden en los servicios de pediatría o de adultos; por ende, se concede escasa atención a sus necesidades específicas. Al mismo tiempo, muchos servicios (el hospital donde se realizó el estudio incluido) no cuentan con un servicio psicológico para los pacientes y sus familias. Por ello, los hallazgos de este estudio resaltan los aspectos de la enfermedad y el tratamiento que puedan tener repercusiones en los hitos del desarrollo de la etapa adolescente.

Debido al mayor peso que asignaron los participantes a los conflictos con sus padres y a la sobreprotección de los mismos que impide u obstaculiza su integración con sus pares, existe la necesidad de educar a unos y otros sobre las actividades que comprometen, y las que no, la salud de los jóvenes. Es necesario identificar otras actividades alternas que no implican riesgo, desarrollar estrategias con ambos para fomentar la autonomía en el autocuidado y la adherencia terapéutica, y trabajar una crianza consistente ya que los adolescentes relataron experimentar los extremos del control (en términos de no permitir algunas actividades que carecen de peligro médico) y la permisividad (como disminuir sus expectativas académicas). Como señaló una participante: “Antes no me dejaban ver a mi novio; ahora, con la enfermedad, sí, y me consiente más, creo que porque piensan que me voy a morir”. Lo anterior refleja las repercusiones de no disponer de un manejo psicológico para la paciente y sus padres, en donde se percibe una carencia de conocimientos sobre las atenciones que requiere la enfermedad, lo que limita la vida de los adolescentes y de sus cuidadores primarios. Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad, atender las repercusiones psicosociales específicas para la edad podría tener beneficios para el bienestar de los pacientes en

su transición a la adultez. Además, una apropiada intervención con pacientes y padres de familia se podría efectuar en talleres entre los mismos adolescentes con insuficiencia, toda vez que en la mayoría de los casos se perciben como los únicos que enfrentan estas dificultades a esa edad; finalmente, se podría sensibilizar a los clínicos sobre las preocupaciones y necesidades psicológicas específicas de tales pacientes.

Sería importante complementar esta información con la perspectiva de los padres de familia para un mejor entendimiento de cómo afecta la IRC en el desarrollo adolescente para diseñar estrategias de intervención psicológica y consejería parental. Todo ello con el fin de promover en estos pacientes la adaptación a su enfermedad, la adherencia al tratamiento y la resolución favorable de las tareas esperadas propias de la adolescencia. También se debe promover que los pacientes continúen su educación para que finalmente se inserten en el mercado laboral. Es importante trabajar los paradigmas sobre los enfermos con IRC por los que se les impide continuar sus estudios o trabajar debido a los mitos que hay sobre la enfermedad. En la parte de la investigación, es fundamental que se continúe profundizando en estos temas para así armar a los profesionales de la salud con las herramientas adecuadas.

## AGRADECIMIENTOS

La autora principal agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada, cvu (547633) con número de becario (299947) y número de apoyo (455248).

*Citación:* Quezada A., L.M., Benjet, C., Robles, R., Riveros, A., Hernández M., D., Medeiros, M. y Arreola, J.M. (2021). “Me cuidan de más”: Imagen corporal y relaciones interpersonales en adolescentes con insuficiencia renal crónica. *Psicología y Salud*, 31(2), 275-285. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2696>.

## REFERENCIAS

- Aparicio L., C., Fernández E., A., Garrido C., G., Luque de P., A. e Izquierdo G., E. (2010). Calidad de vida percibida por niños con insuficiencia renal crónica y por sus padres. *Nefrología*, 30(1), 103-109.
- Chu, P.Y., Maslow, G.R., von Isenburg, M. y Chung, R.J. (2015). Systematic review of the impact of transition interventions for adolescents with chronic illness on transfer from pediatric to adult healthcare. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 19-27.
- Emerson, N.D., Distelberg, B., Morrell, H.E., Williams-Read, J., Tapanes, D. y Montgomery, S. (2016). Quality of life and school absenteeism in children with chronic illness. *The Journal of School Nursing*, 32(4), 258-266.

- Ferris, M.E., Miles, J.A. y Seamon, M.L. (2016). Adolescents and young adults with chronic or end-stage kidney disease. *Blood Purification*, 41(1), 205-210.
- Furth, S.L., Moxey-Mims, M. y Ruebner, R. (2020). Chronic kidney disease in children. *Chronic Renal Disease* (Chapter 67), 1239-1253. Doi: 10.1016/b978-0-12-815876-0.00075-9.
- García G., G., Harden, P. y Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *Kidney and Blood Pressure Research*, 35(5), 299-304.
- Garino, R. (2010). L'IRC, effets psychologiques sur l'adolescence et les liens familiaux: Analyse des effets intrapsychiques et intersubjectifs sur l'adolescent et son groupe familial confrontés à l'insuffisance. *Rénale Chronique*. Saarbrücken (Germany): Éditions Universitaires Européennes.
- Góngora O., J., Serna V., F., Gutiérrez M., I. y Pérez G., C. (2008). Prevalencia de insuficiencia renal crónica en niños de Aguascalientes, México. *Salud Pública de México*, 50(6), 436-437.
- Grau, C. (2013). Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 217-224.
- Grau, C. y Fernández H., M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.
- Gutiérrez L., F.H. y Arias J., A.C. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Revista Médica de la Universidad Industrial de Santander*, 28(1), 1.
- Iglesia, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93.
- Kogon, A.J., Vander, S.A., Weiss, N.S., Smith, J., Flynn, J.T. y McCauley, E. (2013). Depression and its associated factors in pediatric chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, 28(9), 1855-1861.
- Kornblit, A.L. y Beltramino, F.G. (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. México: Ediciones Morata.
- Martinez, W., Carter, J.S. y Legato, L.J. (2011). Social competence in children with chronic illness: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 878-890.
- Medeiros D., M. y Muñoz A., R. (2011). Enfermedad renal en niños. Un problema de salud pública. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68(4), 259-261.
- Méndez D., A., Pérez A., G., Ayala A., F., Ruiz R., R.A., González I., J. de J. y Dávila T., J. (2014). Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diálisis y Trasplante*, 35(4), 148-156.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes*. Ginebra: OMS.
- Piedrahita E., V., Prada M., M., Vanegas R., J., Vélez E., C., Serna E., L., Serrano G., A., Flórez, J., Cornejo O., J. y Martínez S., J. (2011). Causas de enfermedad renal crónica en niños atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, entre 1960 y 2010. *Iatreia*, 24(4), 347-352.
- Pinquart, M. y Teubert, D. (2012). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 376-389.
- Rubin, K.H., Bukowski, W.M. y Bowker, J.C. (2015). Children in peer groups. En M. H. Bornstein, T. Leventhal y R. M. Lerner (Eds.): *Handbook of child psychology and developmental science: Ecological settings and processes* (pp. 175-222). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shute, R.H. y Walsh, C. (2005). Adolescents with chronic illnesses: School absenteeism, perceived peer aggression, and loneliness. *The Scientific World Journal*, 5, 535-544.
- Tong, A., Lowe, A., Sainsbury, P. y Craig, J.C. (2010). Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: an in-depth interview study. *Child: Care, Health and Development*, 36(4), 549-557.
- Torres T., M., Granados G., V. y López O., L.R. (2017). Global burden of disease of chronic kidney disease in Mexico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(Supl. 2), S118.
- Webster, A.C., Nagler, E.V., Morton, R.L. y Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238-1252.





# Intervención psicológica en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

## *Psychological intervention in people with chronic kidney disease in hemodialysis*

Mariana Becerril González<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Mariana Becerril González, [marii.becerril@hotmail.com](mailto:marii.becerril@hotmail.com).

### RESUMEN

*Introducción:* La enfermedad renal crónica es un padecimiento que deteriora el funcionamiento de los riñones de manera constante, progresiva e irreversible; por ello, es necesario fomentar la adherencia al tratamiento a favor de la calidad de vida y mejorar así los mecanismos de adaptación de quienes lo sufren. *Objetivo:* Incrementar la adherencia al tratamiento y los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales en adultos con enfermedad renal crónica en etapa 4-5 dentro del programa de hemodiálisis de un hospital de alta especialidad del Estado de México. *Método:* Se evaluó a un total de 16 personas con la Escala de Adherencia Terapéutica, y los mecanismos de adaptación de las personas con ERC en terapia de hemodiálisis, aplicándoseles un programa de once sesiones grupales por semana, con enfoque cognitivo-conductual y terapia racional emotiva. *Resultados:* Las puntuaciones de preevaluación y postevaluación mostraron que los mecanismos de adaptación aumentaron significativamente, y asimismo el puntaje de adherencia al tratamiento, manteniéndose el control de ingesta de medicamentos y alimentos. *Discusión:* El programa es útil en la muestra para incrementar los mecanismos de adaptación y adherencia al tratamiento.

**Palabras clave:** Enfermedad renal crónica; Adherencia al tratamiento; Mecanismos de adaptación.

### ABSTRACT

*Introduction:* Chronic kidney disease (CKD) is a disease that seriously compromises functioning of the kidneys in a constant, progressive, and irreversible way. Thus it is necessary to increase adherence to medical treatments in order to improve quality of life and adaptation mechanisms of such patients. *Objective:* To increase treatment adherence and psychological, affective, and social adaptation mechanisms in adults with chronic kidney disease in stage 4-5 on hemodialysis. *Method:* Through a quasi-experimental design, the effects of an intervention were evaluated on the Therapeutic Adherence Scale and the adaptation mechanisms on 16 patients with CKD in hemodialysis. A program of 11 weekly group sessions with cognitive-behavioral and rational-emotive therapy was applied. *Results:* Pre and post-evaluation scores showed that coping mechanisms increased significantly; treatment adherence score increased and medication and food intake control was maintained. *Discussion:* The program was useful to increase coping mechanisms and adherence to treatment.

**Keywords:** Chronic kidney disease; Adherence to treatment; Adaptation mechanisms.

---

<sup>1</sup> Retorno Bosques de Brasil 18, Bosques de la Hacienda, 2° Sección, Cuautitlán Izcalli, Edo. de México, México, tel. (55)55-44-70-41-64, correo electrónico: [marii.becerril@hotmail.com](mailto:marii.becerril@hotmail.com) y [marianabecerrilg10@gmail.com](mailto:marianabecerrilg10@gmail.com).

Recibido: 22/04/2020

Aceptado: 20/06/2020

El ser humano es un ente biopsicosocial que cuando se ve afectada la salud, ve también perjudicado su desarrollo óptimo; asimismo, cuando experimenta alteraciones en su salud mental, entendida como la capacidad de afrontar las tensiones de la vida cotidiana y de ser funcional en su contexto social, experimenta también una alteración en su bienestar individual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La enfermedad renal crónica (ERC en lo sucesivo) deteriora gradual y progresivamente el funcionamiento de los riñones al reducirse el número de nefronas que realizan las funciones excretoras, depurativas y metabólicas (Pascual *et al.*, 2017). Se desarrolla como consecuencia de padecimientos renales primarios, glomerulonefritis, quistes urológicos, hipoplasia renal y nefropatía diabética, entre otros, por lo que es la segunda causa de muerte en México con más de 101 mil personas fallecidas el año 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018). Las repercusiones impactan en distintas áreas de las personas con ERC; por ejemplo, padecen anemia, apatía, desubicación espacial, alucinaciones, irritabilidad, depresión, ansiedad. Los enfermos disminuyen sus actividades y se ven sometidos a restricciones dietéticas (Ortiz y Riobó, 2012).

La ERC se evalúa en una progresión de cinco estadios de deterioro de la función renal a través de los cuales se valora el filtrado glomerular estimado y albuminuria de la persona con ERC. En cada estadio se calculan ciertas características específicas, y es en el estadio 4-5 donde se considera y prepara un tratamiento de sustitución renal o un tratamiento paliativo (Martínez *et al.*, 2014).

La enfermedad renal tiene alta morbilidad; de hecho, cerca de una décima parte de la población mundial se ve afectada por esta enfermedad. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) de América Latina reportó que 613 pacientes por cada millón de habitantes tuvieron un tratamiento para la sustitución de la función renal en el año 2011 (Organización Panamericana de la Salud, 2015). En México las cifras

son alarmantes, ya que es una enfermedad que por más de cuatro años ha formado parte de las diez causas de mortalidad más importantes. En 2018 hubo al menos 13,875 defunciones a causa de insuficiencia renal (INEGI, 2018). Es por este motivo que resulta importante su estudio para conocer sus consecuencias afectivo-emocionales y brindar a los pacientes la atención psicológica requerida.

Ante este panorama desgastante para las personas con ERC se requieren intervenciones especializadas para mejorar o mantener la calidad de vida. Contar con un equipo multidisciplinario en el que cada trabajador de la salud aporte sus conocimientos y sume sus esfuerzos para brindar un tratamiento integral a las personas con ERC es uno de los puntos clave para un tratamiento exitoso (Molina, Sánchez, Castro y Morera, 2014).

El conocimiento aportado por diversas investigaciones subraya el papel de la psicología de la salud en la investigación y resolución de problemas relacionados con los aspectos subjetivos y comportamentales relacionados con el proceso de salud-enfermedad (Martín y Grau, 2014). Los psicólogos auxilian en el alivio de los malestares emocionales, conductuales y sociales, y en el caso de enfermedades degenerativas pone particular atención en la depresión y la ansiedad, frecuentes en las personas (García, Bados y Saldaña, 2012; OMS, 2017). Utilizan también los recursos de la tanatología y de los cuidados paliativos incidiendo en el sentido de la vida a partir de la enfermedad, utilizando para ello las potencialidades que se detectan en la persona con ERC (Ramírez, 2016).

El psicólogo de la salud trabaja sobre variables que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, entendido este como el conjunto de comportamientos efectivos para cumplir con las prescripciones médicas (farmacológicas y no farmacológicas) que se requieren para el control de la enfermedad (Soria, Vega y Nava, 2009), debido a que la persona con ERC sufre alteraciones psicológicas de tipo cognitivo, afectivo-emocional y conductual que lo llevan a sabotear el tratamiento (García *et al.*, 2016). De igual manera, para los psicólogos es necesario promover los mecanismos de adaptación a la enfermedad, entendida como la habilidad y capacidad de una persona para responder al cambio en su estilo de vida y para adaptarse

a una situación estresante manteniendo su integridad orientada hacia la salud y el crecimiento (Devia, Falcón, Farfán y Vargas, 2010).

Diversas investigaciones sobre la intervención psicológica en personas con ERC demuestran sus beneficios. La OMS inició en 2004 esta iniciativa, creando para ello una guía de trabajo para padecimientos prolongados, la cual tiene como propósito fomentar la adherencia terapéutica a partir de intervenciones múltiples en pacientes, prestadores de servicio y el propio sistema de salud; Así, por ejemplo, a partir de la terapia racional emotiva Ecuador trabajó con distorsiones cognitivas que afectaban el estado de ánimo, comprobándose que disminuían los síntomas depresivos (Córdoba, 2010). En México se aplicó un programa psicoeducativo para mostrar cambios en el nivel de conocimientos sobre la insuficiencia renal crónica buscando un sentido positivo (Torres, 2010); Mendoza, González, Cabrera y Arzate (2016) dieron a conocer que existen variables asociadas a la calidad de vida en las que es necesario intervenir, como la depresión, la ansiedad y la soledad, con el fin de mejorar la actitud hacia el tratamiento y la adherencia, de modo que permitiese gozar de una buena salud mental. En España, específicamente en Islas Canarias, se llevó a cabo una intervención psicológica para enfermos crónicos a través del uso de refranes, cuyos resultados mostraron una mejor postura sobre la manera de vivir, entendiendo mejor la enfermedad de los participantes (Pelechano, 2012); mientras que en Barcelona se implementó un programa de actividades recreativas en hemodiálisis, mostrando que los programas lograron reducir el estrés, la ansiedad y la depresión reportados al inicio por los 37 participantes (Pedreira *et al.*, 2020). En Sevilla también se hizo un estudio sobre el impacto del tratamiento psicoterapéutico a partir de la psicoterapia gestalt, cuyos resultados mostraron disminuciones en los índices de depresión de los pacientes en hemodiálisis, aumento en la adherencia al tratamiento y una relación entre los indicadores psicológicos y fisiológicos en las personas con ERC (Salas y Fernández, 2019).

Sin importar el enfoque desde el cual se efectúe la intervención, las personas generarán sus propios beneficios, y es por ese motivo que la presente

investigación con enfoque cuantitativo, explicativo y diseño cuasiexperimental, tuvo como objetivo mejorar los conocimientos que actualmente se tienen sobre los programas de intervención grupales en personas con ERC en tratamiento de hemodiálisis con técnicas cognitivo-conductuales y terapia racional emotiva, a fin de acrecentar la adherencia al tratamiento y los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales en adultos con ERC en etapa 4-5 dentro del programa de hemodiálisis de un hospital de alta especialidad del Estado de México (México).

## MÉTODO

### Participantes

Participaron pacientes con ERC del programa de hemodiálisis del hospital de los turnos matutino y vespertino, quienes fueron invitados a participar, principalmente con ERC del segundo y tercer bloque, en un periodo de ocho meses. Al principio, 27 personas con ERC fueron reclutadas, aunque únicamente 16 concluyeron el programa de intervención psicológica.

Se excluyó a aquellos que no estuvieran en el programa de hemodiálisis, que no pudieron asistir o que no estuvieron interesados, así como a los participantes que faltaran a cuatro sesiones consecutivas.

### Instrumentos

*Escala de Adherencia Terapéutica* (Soria, Vega y Nava, 2009).

Este instrumento consta de 21 ítems puntuados de 0 a 100; se divide en tres categorías: Control de ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual y Autoeficacia. Es una escala que, para calificarla, se suman el valor de las respuestas; tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .91 y está adaptada a población mexicana.

*Mecanismos de Adaptación de los Pacientes con ERC en Terapia de Hemodiálisis* (Devia, Falcón, Farfán y Vargas, 2010).

Este cuestionario evalúa los mecanismos psicológicos, afectivos y sociales. Estandarizado para po-

blación mexicana, tiene un coeficiente alfa de 0.7 y consta de 33 enunciados que se valoran en una escala tipo Likert.

### Análisis estadístico

Se capturaron las respuestas de los instrumentos en el programa SPSS para llevar a cabo un análisis de las tres categorías de la Escala de Adherencia Terapéutica; para el análisis total de adherencia, se evaluó el puntaje del nivel como baja, moderada o alta, efectuándose el cálculo del nivel comprometido, compensatorio e integrado en los mecanismos de adaptación. En cada análisis se obtuvieron medidas de tendencia central. Asimismo, se efectuó un análisis para muestras relacionadas con el fin de comparar los resultados de la preevaluación y la postevaluación; se realizó también una correlación entre los citados instrumentos.

### Procedimiento

Este trabajo se llevó a cabo en el área de hemodiálisis del hospital, en el que la población total de personas con ERC fue de 98.

Se realizaron once sesiones semanales a pie de cama durante la primera hora del tratamiento, y otras antes de que los participantes ingresaran a hemodiálisis, todas ellas de forma grupal. El programa de intervención tuvo un enfoque cognitivo-conductual y de terapia racional emotiva, por lo que, utilizando las técnicas de modificación de conducta, se abordan de igual manera la parte emocional de las reacciones de los individuos para aumentar la adherencia al tratamiento y los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales.

Este estudio cumplió en todo momento con el código de ética y estuvo apegado a las consideraciones éticas y lineamientos de investigación en el área médica. Se explicó previamente a todos los participantes los objetivos y forma de trabajar, al final de lo cual todos ellos firmaron un consentimiento informado del trabajo psicológico en el que participarían.

## RESULTADOS

Siguiendo los objetivos del estudio y los criterios de participación, se incluyeron 16 participantes. La Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de la población analizada.

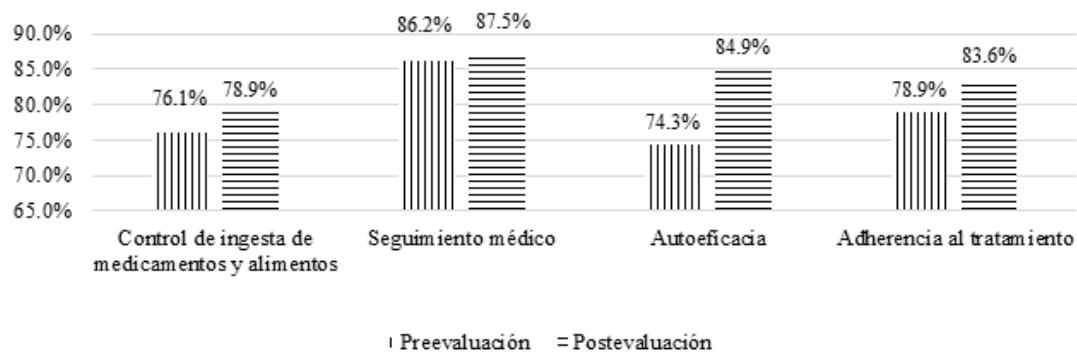
**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los participantes.

|                                  |                         |       |
|----------------------------------|-------------------------|-------|
| Sexo                             | Masculino               | 69%   |
|                                  | Femenino                | 31%   |
| Edad                             | + 36.7<br>$\sigma = 15$ |       |
| Tiempo desde el inicio de la ERC | 1 a 2 años              | 37.5% |
|                                  | 3 a 4 años              | 43.8% |
|                                  | 5 a 6 años              | 12.5% |
|                                  | 8 años y más            | 6.3%  |
| Ocupación                        | Trabaja                 | 63%   |
|                                  | Hogar                   | 25%   |
|                                  | Pensionados             | 6%    |
|                                  | Estudiantes             | 6%    |
| Estado civil                     | Soltero(a)              | 50%   |
|                                  | Casado(a)               | 50%   |
| Grado académico                  | Secundaria              | 44%   |
|                                  | Primaria                | 31%   |
|                                  | Nivel superior          | 19%   |
|                                  | Medio superior          | 6%    |

En la Gráfica 1 se presentan los resultados comparativos de la adherencia al tratamiento. Se obtuvo un aumento en el promedio total de 4.7% y en sus categorías: control de ingesta de medicamentos y alimentos, 2.7%; seguimiento médico, 1.3%, y autoeficacia, 10.5%.

En la Gráfica 2 se muestra una comparación de los resultados obtenidos respecto a los mecanismos de adaptación; al final hubo un incremento del promedio inicial de 9.1%; la subcategoría de mecanismos psicológicos aumentó en 3.7% en la postevaluación, la de mecanismos afectivos en 1% y la de mecanismos sociales en 3.7%.

Para evaluar la relación entre variables, se efectuó una correlación bivariada entre el EAT y el referente a los mecanismos de adaptación, de la preevaluación a la postevaluación, para comprobar la existencia de una estrecha relación entre ambas variables, cuyas correlaciones se muestran en la Tabla 2.

**Gráfica 1.** Comparación preevaluación y postevaluación de adherencia al tratamiento en personas con ERC en hemodiálisis.**Gráfica 2.** Comparación de preevaluación y postevaluación de los mecanismos de adaptación en personas con ERC en hemodiálisis.**Tabla 2.** Correlaciones de la preevaluación y postevaluación de las personas con ERC en hemodiálisis.

|                       |              | Adherencia total | Control de ingesta de medicamentos y alimentos | Seguimiento médico | Autoeficacia |
|-----------------------|--------------|------------------|--|--------------------|--------------|
| <b>Preevaluación</b>  | Mecanismos   | .63**            | .35  | .06                | .67**        |
|                       | Psicológicos | .61*             | .35  | .04                | .70**        |
|                       | Afectivos    | .54*             | .41  | .13                | .47          |
|                       | Sociales     | .33              | .09  | .02                | .45          |
| <b>Postevaluación</b> | Mecanismos   | .70**            | .63**  | .67**              | .40          |
|                       | Psicológicos | .38              | .47  | .21                | .19          |
|                       | Afectivos    | .30              | .50*   | .02                | .19          |
|                       | Sociales     | .58*             | .32  | .75**              | .36          |

\*\*\* $p \leq 0.001$ ; \*\* $p \leq 0.01$ ; \* $p \leq 0.05$

En la preevaluación, hubo una correlación significativa entre los mecanismos de adaptación con la adherencia al tratamiento y la autoeficacia; las subcategorías del instrumento también obtuvieron una correlación significativa entre los mecanismos psicológicos y la adherencia al tratamiento y la autoeficacia, y mecanismos afectivos con adhe-

rencia al tratamiento. Tras la aplicación del programa de intervención psicológica, las correlaciones significativas fueron entre los mecanismos de adaptación y la adherencia al tratamiento, el control de ingesta de medicamentos y alimentos, y el seguimiento médico; las subcategorías de mecanismos afectivos correlacionaron con el control



de ingesta de medicamentos y alimentos, y los mecanismos sociales con la adherencia total y el seguimiento médico.

## DISCUSIÓN

Con base en el objetivo del estudio, que fue aumentar la adherencia al tratamiento y los mecanismos de adaptación psicológicos, afectivos y sociales en adultos con ERC en etapa 4-5 en un programa de hemodiálisis, es posible apreciar que el programa de intervención de once sesiones ejecutado grupalmente demostró su funcionalidad en los 16 participantes, pacientes de un hospital de alta especialidad del Estado de México. Los puntajes obtenidos así lo demuestran, como en otros programas que han obtenido resultados similares.

En la presente investigación algunas de las temáticas que mostraron éxito fueron, adherencia a la dieta, registros conductuales de hábitos alimenticios, conocimiento sobre la enfermedad, diario de emociones, técnicas de respiración, técnicas de autocontrol; y algunas de esta en el estudio de Rodríguez, Rentería y García (2013), también permitieron obtener respuestas favorables por parte de las personas en la adherencia a la dieta.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, tras la aplicación del programa de once sesiones las personas con ERC se vieron más comprometidas con su estado de salud, por lo que acudieron de manera regular a las sesiones de hemodiálisis, consultas médicas, toma de medicamentos y control de la alimentación; también aumentó su autoeficacia, mostrándose más seguros de sí mismos, de su capacidad de realizar actividades y de responsabilizarse de su propio proceso salud-enfermedad.

Es importante señalar que según Oblitas (2009) y García *et al.* (2016), las funciones del psicólogo deben incluir también las de la psicoeducación sobre la enfermedad para generar cambios, recomendación que se puso en práctica en el programa porque resulta esencial para que el paciente desarrolle la adherencia al tratamiento y

busque el sentido positivo de la enfermedad (Torres, 2010).

Este programa ayudó a que los mecanismos de adaptación se ubicaran en el nivel compensatorio, en tanto que ayudan al individuo a buscar respuestas adaptativas que regulen su manera de actuar, favoreciendo así el afrontamiento de la enfermedad; se trabajó con las estrategias personales para que los participantes cuidaran su salud; en el ámbito afectivo, se aplicaron técnicas para el manejo de las emociones y la ansiedad; se utilizaron técnicas de relajación, autoestima y autorreconocimiento. Los mecanismos sociales tienen que ver con el rol dentro de la familia, las relaciones con amigos y compañeros de trabajo, de modo que al mejorar el manejo de emociones las relaciones sociales generaron un ambiente más cordial y menos hostil. A partir del programa se incrementaron los mecanismos sociales, mismos que no implicaban al comienzo una relación significativa, lo que es uno de los aportes de la presente investigación.

En conclusión, el programa de intervención psicológica mostró resultados positivos y permitió aumentar los mecanismos de adaptación de las personas con enfermedad renal crónica en estadio 4-5. En cuanto a la adherencia al tratamiento, el incremento no fue significativo; sin embargo, se obtuvo una mejor respuesta en el control de la ingesta de medicamentos y alimentos. Se sugiere en futuras investigaciones evaluar el tipo de actividades realizadas, su ejecución en tiempos precisos y las creencias de los participantes en los psicólogos en aras de lograr una adherencia al tratamiento más exitosa.

En el referido hospital, las personas con ERC no habían tenido un contacto con el área de Psicología, por lo que este programa logró ese acercamiento a través de la intervención y fomentó la idea de establecer un mejor trabajo multidisciplinario al subrayar los beneficios que dicho trabajo trae consigo, además de sensibilizar al personal de salud como un eslabón necesario para aumentar la adherencia al tratamiento y los mecanismos de adaptación en los participantes.

## REFERENCIAS

- Córdoba, M.A. (2010). *El abordaje psicológico desde Ellis en pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica en edades comprendidas entre los 30 y 65 años del área de Hemodiálisis del Hospital Carlos Andrade Marín*. Tesis inédita de Licenciatura. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Devia, K., Falcón, A., Farfán, M. y Vargas, E. (2010). Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la Unidad de Diálisis Lara II C.A. Barquisimeto. *Revista de Medicina y Ciencias de la Salud*, 11(3), 1-66.
- García, D., Ochoa, M., Martínez, N., González, B., Sánchez, M. y Martínez, M. (2016). Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Cuidarte*, 7(1), 1144-1151.
- García, S., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo- conductual de una persona con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de Psicología*, 42(2), 245-258.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
- Martín A., L. y Grau A., J.A. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- Martínez, C. y Grupo de Redactores (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 34(2), 243-262. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento\\_consenso.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento_consenso.pdf).
- Mendoza M., H., González V., R., Cabrera F., N.L. y Arzate R., R. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 972-993.
- Molina, J., Sánchez, C., Castro, M. y Morera, S. (2014). Aspectos clínicos, preclínicos, terapéuticos y sociales de la insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Veterinaria*, 15(1), 1-17.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3a ed.). México: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid).
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Enfermedad crónica del riñón: Materiales de comunicación*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=read&layout=article&cid=7682&Itemid=40937&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=read&layout=article&cid=7682&Itemid=40937&lang=es).
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Día mundial de la salud: La depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Washington, D.C. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es).
- Ortiz, A. y Riobó, S. (2012). Nutrición e insuficiencia renal crónica. *Nutrición Hospitalaria*, 5(1), 41-52.
- Pascual, V., Serrano, A., Pedro B., J., Ascaso, J., Barrios, V., Millán, J. y Cases, A. (2017). Enfermedad renal crónica y dislipidemia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 29(1), 22-35.
- Pedreira R., G., Vasco G., A., Martínez D., Y., Herrera M., C., Baz R., M. y Junyent I., E. (2020). Déficit de actividades recreativas en hemodiálisis. Satisfacción y coste económico ante un proyecto lúdico terapéutico. *Enfermería Nefrológica*, 23(1), 83-92.
- Pelechano, V. (2012). Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38(157/158), 1-26.
- Ramírez, B. (2016). Logoterapia y tanatología. Tejiendo una gran red para la creación del hospice vida, esperanza y amor. *Revista Mexicana de Logoterapia*, 5, 64-90.
- Rodríguez, M., Rentería, A. y García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: Efectos de una intervención. *Summa Psicológica*, 10(1), 91-101.
- Soria, R., Vega, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- Torres C., S. (2010). Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención educativa para pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 37-46.



# Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios con patrón de consumo excesivo de alcohol

## *Executive functions in university students with binge drinking alcohol intake*

*Alejandra Mondragón-Maya<sup>1</sup>, Yvonne Flores-Medina<sup>2</sup>,  
Gabriela López-Arreaga<sup>1</sup>, Selzin López-Ramírez<sup>1</sup>  
y Francisco Paz-Rodríguez<sup>3</sup>*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”<sup>2</sup>  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Francisco Paz-Rodríguez, [fpaz@innn.edu.mx](mailto:fpaz@innn.edu.mx).

### RESUMEN

El patrón de consumo excesivo de alcohol (CEA en lo sucesivo) se define como la ingesta excesiva de alcohol en una misma ocasión, con una frecuencia mínima de una vez al mes. Los jóvenes con CEA son vulnerables a presentar déficits cognitivos; específicamente, alteraciones en funciones ejecutivas, las cuales están estrechamente relacionadas con la maduración y el funcionamiento de los lóbulos frontales. El objetivo de este trabajo fue evaluar el funcionamiento ejecutivo de jóvenes universitarios con CEA mediante una batería especializada para la evaluación de tales funciones. Se evaluó a 39 estudiantes divididos en dos grupos según su ingesta de alcohol: grupo de consumo excesivo de alcohol (GCE), con 20 participantes, y grupo control (GC), con 19. Se utilizó la Batería Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas y los Lóbulos Frontales (BANFE en lo que sigue). Se observaron diferencias significativas en el dominio dorsolateral y en la puntuación total de la BANFE. El GC tuvo un mejor desempeño que el GCE. En el análisis específico de las subpruebas, se observó un desempeño significativamente menor del GCE respecto al GC en tareas de memoria de trabajo verbal y flexibilidad cognitiva, por lo que se concluye que el patrón de consumo excesivo de alcohol tiene un efecto negativo sobre las funciones ejecutivas, especialmente en las asociadas con el área prefrontal dorsolateral, lo que resulta compatible con la hipótesis de la vulnerabilidad del lóbulo frontal al consumo de alcohol.

**Palabras clave:** Consumo excesivo de alcohol; Funciones ejecutivas; Alcohol; Consumo de riesgo; Consumo de sustancias.

---

<sup>1</sup> Carrera de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, correos electrónicos: [trook79@gmail.com](mailto:trook79@gmail.com), [gabrielalopezarreaga@gmail.com](mailto:gabrielalopezarreaga@gmail.com), [melistar\\_tink@hotmail.com](mailto:melistar_tink@hotmail.com).

<sup>2</sup> Servicio de Rehabilitación, Calzada México-Xochimilco Núm. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, correo electrónico: [yg.floresmedina@gmail.com](mailto:yg.floresmedina@gmail.com).

<sup>3</sup> Departamento de Neuropsicología y Grupos de Apoyo, Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, 14269 Ciudad de México, México, tel. (55)55-28-78-78, correo electrónico: [fpaz@innn.edu.mx](mailto:fpaz@innn.edu.mx).

## ABSTRACT

*Binge drinking (BD) intake pattern is defined as excessive alcohol consumption in a single occasion, at least once a month. Young adults with BD intake pattern may be at increased risk for cognitive impairment. Particularly, deficits in executive functions strongly relate to frontal lobe maturation and functioning. The objective of the present study was to assess executive functioning of university students with BD intake pattern, using a specialized neuropsychological battery for such functions. Thirty-nine students were included and divided into two groups according to their alcohol intake pattern: BD group (BDG = 20) and control group (CG = 19). The Neuropsychological Battery of Executive Functions and the Frontal Lobes (NBEFFL) was applied. Significant differences were observed in the dorsolateral domain and NBEFFL's total score, where the CG outperformed the BDG. Specific subtest analyses showed significantly poorer performance of BDG than CG in verbal working memory and cognitive flexibility tasks. In conclusion, BD pattern intake has a negative effect on executive functions, particularly those associated to the dorsolateral prefrontal area. These results are consistent with the frontal lobe vulnerability hypothesis related to alcohol consumption.*

**Keywords:** Binge drinking; Executive functions; Alcohol; Risk intake; Substance abuse.

Recibido: 02/03/2020

Aceptado: 19/06/2020

## INTRODUCCIÓN

El patrón de consumo excesivo de alcohol (CEA en lo sucesivo) se define como la ingesta excesiva de alcohol (más de cinco copas para hombres o cuatro para mujeres) en una misma ocasión, con una frecuencia mínima de una vez al mes. Tales episodios se mezclan con periodos de abstinencia (Chung, Creswell, Bachrach, Clark y Martin, 2018; Wechsler, Davenport, Dowdell y Rimm, 1995; Wechsler *et al.*, 2002). Este patrón de consumo es frecuente en países latinoamericanos como México, Brasil y Perú (Monteiro, 2007); cabe señalar que en el caso de México, la prevalencia del CEA ha aumentado en los últimos años de 12.3% en 2011 a 19.8% en 2016 (Reséndiz *et al.*, 2018). Recientemente, Kulis, Marsiglia, Nuño, Lozano y Medina-Mora (2018) reportaron

una prevalencia de CEA en estudiantes de escuelas públicas de 14%.

Diversos estudios epidemiológicos han señalado que el CEA es frecuente en adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo. Datos de países europeos y americanos estiman que la presencia de CEA en jóvenes de 15 a 16 años se mantiene en un rango de 8 a 11% (Kuntsche, Kuntsche, Thrul y Gmel, 2017). En México, el estudio de Reséndiz *et al.* (2018) mostró que el CEA aumentó al doble de 2011 a 2016 (de 4.3 a 8.3%) en jóvenes de entre 12 y 17 años. Asimismo, que en personas mayores de 18 años también aumentó significativamente durante este mismo periodo: de 13.9% en 2011 a 22.1% en 2016. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENSANUT) 2018 (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018), la población de 10 a 19 años reportó una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 21.7% (mujeres 13.8%, hombres 42.8%). Las cinco entidades con porcentajes de consumo más elevados fueron Puebla (30.8%), Colima (30.3%), Ciudad de México (29.5%), San Luis Potosí (29.3%) y Jalisco (29.1%). De estos consumidores, 11.5% ingieren bebidas alcohólicas casi todos los días.

Las consecuencias negativas relacionadas con el patrón CEA en adolescentes y adultos jóvenes se han descrito ampliamente. Una revisión de Kuntsche *et al.* (2017) que estudió el impacto del CEA sobre la salud mostró que este patrón de consumo se relaciona con actividades de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección, manejar bajo los efectos del alcohol o actuar de forma violenta hacia los demás y hacia sí mismo.

La adolescencia y la adultez temprana son periodos críticos en el neurodesarrollo de los seres humanos. Los hallazgos sobre los procesos de maduración cerebral coinciden en señalar que tanto la poda neuronal, que permite la eliminación de sinapsis poco funcionales, como la mielinización de áreas específicas como la corteza prefrontal, se mantienen hasta la adultez joven y culminan cerca de los 30 años (Lebel y Beaulieu, 2011; López *et al.*, 2014). Las alteraciones en las trayectorias de maduración generadas por agentes tóxicos como el alcohol en esta etapa pueden producir cambios



estructurales y funcionales, con consecuencias en la conducta de los individuos. Los trabajos de Hermens *et al.* (2013), Jacobus y Tapert (2013), Squeglia, Jacobus y Tapert (2014), Cservenka y Brumback (2017) y Lees *et al.* (2020) reportan coincidentemente que en los adolescentes con consumo nocivo de alcohol puede apreciarse una disminución acelerada del volumen de la sustancia gris en estructuras como el hipocampo, la corteza prefrontal y el cerebelo, así como un adelgazamiento de la sustancia blanca que conecta estas estructuras. Tales resultados pueden generar por sí mismos modificaciones en la eficiencia del procesamiento de la información, esto es, tener consecuencias cognitivas directas. Adicionalmente, algunos autores han encontrado que el consumo de alcohol en la adolescencia se asocia con un aumento en la activación de zonas como la corteza insular, la subcallosa y la región anterior del giro del cíngulo cuando existen pistas relacionadas con el consumo. Dicha hiperactividad de las zonas límbicas, asociada a las pistas sobre el consumo de alcohol y la disminución del volumen y la conectividad cortical en zonas de integración de la información y control de la conducta, aumentan en adolescentes con CEA el riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia al alcohol (Haller, Handley, Chassin y Bountress, 2010; Lannoy, Billieux, Dormal y Maurage, 2019).

Hay una bibliografía creciente sobre los efectos específicos del CEA y el funcionamiento cognitivo en adolescentes y adultos jóvenes. Se reportan, por ejemplo, fallas específicas en el proceso de atención sostenida o concentración y en la memoria episódica (Hartley, Elsabagh y File, 2004; Mota *et al.*, 2013; Townshed y Duka, 2005), y también alteraciones en las funciones ejecutivas, que son definidas por Stuss y Alexander (2000) como procesos específicos relacionados con diferentes regiones de los lóbulos frontales, que convergen en un concepto general de funciones de control o sistema de supervisión. Tales funciones están relacionadas con la organización de la conducta compleja, la respuesta afectiva, la respuesta social y la metacognición. De acuerdo con Diamond (2013), dichas funciones pueden dividirse en respuesta inhibitoria, control de la interferencia, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y pla-

neación. Se ha reportado que jóvenes con CEA presentan un funcionamiento ejecutivo deficiente en dominios como flexibilidad cognitiva, planificación, automonitoreo, memoria de trabajo, toma de decisiones e inhibición, en comparación con su grupo normativo, lo que concuerda con la sensibilidad del lóbulo frontal al consumo de alcohol (Hartley *et al.*, 2004; Houston *et al.*, 2014; Lannoy, Billieux, Dormal y Maurage, 2019; Lannoy, Maurage, D'Hont, Billieux y Dormal, 2019; Lees *et al.*, 2019; Mota *et al.*, 2013; Parada *et al.*, 2012; Salas *et al.*, 2016; Scaife y Duka, 2009; Townshed y Duka, 2005).

Pese a la gran cantidad de literatura que hay acerca de los déficits cognitivos asociados con el CEA, también existen reportes que resultan inconsistentes con esos hallazgos. Hartley *et al.* (2004), por ejemplo, exploraron tareas de memoria de trabajo visoespacial entre individuos con y sin CEA y no encontraron diferencias significativas. Boelema *et al.* (2015) no hallaron diferencias en la maduración del funcionamiento ejecutivo (memoria de trabajo, inhibición y atención) en un estudio longitudinal de niños con distintos patrones de consumo de alcohol (no consumo, consumo leve, consumo excesivo infrecuente, consumo excesivo ascendente, consumo excesivo descendente y consumo excesivo crónico), mismos que fueron evaluados neuropsicológicamente en dos momentos: a los 11 y a los 19 años. En un estudio reciente de Hendricks, van de Rest, Snippe, Kieboom y Hogenelst (2020), en el que se evaluó memoria, planeación y razonamiento en estudiantes universitarios en una primera ocasión con un seguimiento efectuado al año, no se encontró asociación entre el desempeño cognitivo y el consumo de alcohol. En la misma línea, en el estudio de Mahedy *et al.* (2020) se evaluó memoria de trabajo, inhibición y reconocimiento de emociones en un grupo de participantes con diferentes grados de consumo de alcohol, sin encontrar una asociación entre el desempeño cognitivo y el CEA.

Cabe señalar que, también se ha explorado si hay diferencias en las alteraciones cognitivas relacionadas con el sexo en personas con CEA. Los hallazgos son muy variables, puesto que algunos autores han encontrado efectos negativos del CEA más evidentes en las mujeres: en pruebas de me-

moria de trabajo espacial (Scaife y Duka, 2009; Townshed y Duka, 2005) y velocidad de procesamiento (Salas *et al.*, 2016). Hartley *et al.* (2004) observaron que los hombres con CEA mostraban una respuesta más lenta ante una tarea de reconocimiento espacial, en comparación con varones sin CEA, efecto no observado en las mujeres. Boelema *et al.* (2015) no encontraron que el sexo fuera una variable moderadora del desempeño cognitivo. Algo particularmente interesante es que existen estudios hechos con técnicas de neuroimagen en los que se han apreciado cambios diferenciales del sistema nervioso entre hombres y mujeres con CEA. Squeglia, Schweinsburg, Pulido y Tapert (2011), por medio de resonancia magnética funcional, hallaron una interacción significativa entre el sexo en individuos con CEA en las regiones frontales, temporales y el cerebelo. De hecho, las mujeres con CEA mostraban una menor activación de estas zonas, la cual se relacionó con un bajo desempeño en la atención sostenida y la memoria de trabajo; mientras que hombres con CEA mostraron una mayor activación en tales zonas, asociada a un mejor desempeño en tareas visoespaciales. Squeglia *et al.* (2012), en un estudio hecho con resonancia magnética, encontraron que las mujeres con CEA tenían un mayor grosor cortical en las zonas frontales izquierdas, lo cual se asocia con problemas visoespaciales, inhibitorios y atencionales. Los hombres con CEA mostraron menor grosor cortical, que está asociado a un bajo desempeño en tareas de atención. En la revisión sistemática realizada por Carbia, López, Corral y Cadaveira (2018) se señala que la evidencia al respecto, dada la heterogeneidad de los resultados reportados, es poco concluyente.

Considerando las dificultades que hay para comparar los estudios, es probable que utilizar instrumentos específicos para la evaluación de las funciones ejecutivas sea de especial utilidad para caracterizar el perfil cognitivo de los jóvenes con CEA. Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue evaluar el funcionamiento ejecutivo en jóvenes universitarios con patrón de CEA, y compararlo con un grupo de jóvenes sin ese patrón, utilizando

para ello una batería neuropsicológica especializada para evaluar tales funciones.

## MÉTODO

### Participantes

Se reclutó originalmente a 105 participantes (39 mujeres y 67 hombres), con un rango de edad de 18 a 26 años, todos ellos estudiantes del nivel de licenciatura de la carrera de Psicología, de los que se obtuvo información sobre su consumo de alcohol. La mayoría cursaba el primer semestre (84%) y asistía a clases en el turno matutino (79%). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayores de 18 años, estudiantes universitarios y residentes en la Ciudad de México o zona metropolitana. A su vez, los criterios de exclusión fueron tener un diagnóstico de trastornos neurológicos o psiquiátricos, estar bajo tratamiento con hipnóticos o neurolépticos al momento de la evaluación, o presentar problemas físicos que impidieran la evaluación. Se identificó a 33 jóvenes que cumplían con el criterio de CEA (31.4%), de los cuales se excluyeron 13 debido a que no cumplían con los criterios para continuar en el estudio, retiraron su consentimiento o se perdió la comunicación con ellos. Una vez conformado el grupo con patrón CEA (GCE,  $n = 20$ ), se conformó el grupo control con los jóvenes sin tal patrón, similares en sexo y edad al GCE (GC,  $n = 19$ ). La muestra final se constituyó con 39 participantes: 15 hombres y 24 mujeres. En la Tabla 1 se presentan las características demográficas y de consumo de alcohol de ambos grupos. Como se esperaba, hubo diferencias significativas entre los grupos en términos de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol.

### Instrumentos

Se utilizó una hoja de datos demográficos y de antecedentes patológicos personales y familiares mediante la cual se verificaron los criterios de inclusión y exclusión de los participantes. Además,

**Tabla 1.** Características demográficas y de consumo de alcohol de la muestra estudiada.

| Característica demográfica                                       | GCE<br>n (%) | GC<br>n (%) | <i>p</i>          |
|--|--------------|-------------|-------------------|
| Edad (D.E.)  | 20.5 (1.7)   | 21.4 (2.1)  | .164 <sup>a</sup> |
| <i>Sexo:</i>   |              |             |                   |
| Hombres  | 9 (45.0)     | 6 (31.0)    | .389 <sup>b</sup> |
| Mujeres  | 11 (55.0)    | 13 (69.0)   |                   |
| <i>Frecuencia de consumo de alcohol:</i>                         |              |             |                   |
| Nunca  | 0 (0)        | 8 (42)      | .001 <sup>c</sup> |
| Una vez al mes o menos   | 11 (55)      | 11 (57.9)   |                   |
| De dos a cuatro veces al mes                                     | 9 (45)       | 0 (0)       |                   |
| <i>Número de copas ingeridas por ocasión:</i>                    |              |             |                   |
| 0  | 0 (0)        | 8 (42.1)    | .001 <sup>c</sup> |
| 1 – 2  | 0 (0)        | 9 (47.4)    |                   |
| 3 – 4  | 9 (45)       | 2 (10.5)    |                   |
| 5 – 6  | 4 (20)       | 0 (0)       |                   |
| 7 – 9  | 4 (20)       | 0 (0)       |                   |
| 10 o más.  | 3 (15)       | 0 (0)       |                   |
| <i>Frecuencia de consumo de seis copas o más en una ocasión:</i> |              |             |                   |
| Nunca.   | 4 (20)       | 15 (79)     | .002 <sup>b</sup> |
| Una vez al mes o menos.  | 15 (75)      | 4 (21)      |                   |
| Una vez a la semana o más.                                       | 1 (5)        | 0 (0)       |                   |

GCE = Grupo de consumo excesivo de alcohol; GC = Grupo control; D.E. = Desviación estándar. a: Prueba *t*; b: Chi cuadrada; c: Test de Fisher.

para descartar posibles alteraciones psiquiátricas en los participantes, se utilizó el Listado de Comprobación de Síntomas (SCL-90, por las siglas en inglés de Symptom Checklist-90). Es este un instrumento de autorreporte, con 90 reactivos que deben responderse en una escala Likert de 0 a 4 puntos. El instrumento proporciona un Índice de Severidad Global, que indica la probable existencia de un trastorno mental. El SCL-90 fue adaptado y validado en población mexicana por Cruz, Blas, González y Chávez (2005), quienes informaron de su alta consistencia interna y adecuada validez de constructo.

La división de los grupos de comparación se hizo con las preguntas 1, 2 y 3 del Test de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), en la versión en español de Rubio, Bermejo, Caballero y Santo Domingo (1998). Dichas preguntas permiten identificar el consumo de riesgo de al-

cohol según su frecuencia y cantidad (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993). El valor crítico se definió como haber tomado cinco copas de bebidas alcohólicas en el caso de los hombres, o cuatro para las mujeres en una misma ocasión, para lo cual se emplearon dos preguntas de la escala AUDIT para categorizar la muestra: “¿Cuántas copas tomas en un día que bebes?” y “¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más copas en la misma ocasión?”. Quien cumplía el criterio se consideraba como un caso de CEA.

La evaluación de las funciones ejecutivas se llevó a cabo mediante la Batería Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas y los Lóbulos Frontales (BANFE), creada por Flores, Ostrosky y Lozano (2012). Su objetivo principal es la exploración de un amplio número de procesos cognitivos dependientes de diversas regiones de la corteza prefrontal. Consta de catorce subpruebas que evalúan funciones complejas que dependen de la corteza

orbitofrontal y prefrontal medial (dominio orbito-medial), corteza prefrontal anterior (dominio prefrontal anterior) y corteza prefrontal dorsolateral (dominio dorsolateral). Las subpruebas incluidas en cada dominio son las siguientes:

#### *Dominio prefrontal orbitomedial*

*Efecto Stroop.* Evalúa la capacidad de inhibición y desempeño ante la interferencia.

*Juego de cartas.* Explora la capacidad de toma de decisiones respecto al análisis de riesgo-beneficio.

*Laberintos (errores).* Evalúa la capacidad de respetar reglas y seguir instrucciones.

#### *Dominio prefrontal anterior*

*Clasificaciones semánticas.* Estimula la creación de diferentes grupos semánticos explorando la capacidad de abstracción.

*Refranes.* Evalúa la comprensión, comparación y selección del sentido figurado.

*Metamemoria.* Brinda información sobre la predicción y los ajustes del propio desempeño en una prueba clásica de aprendizaje verbal.

#### *Dominio prefrontal dorsolateral*

*Señalamiento autodirigido.* Constituye una medida de memoria de trabajo visoespacial en la que el participante debe señalar una serie de figuras sin repetir.

*Memoria de trabajo visoespacial.* El participante debe retener y reproducir secuencialmente una serie de figuras.

*Ordenamiento alfabético de palabras.* Explora la memoria de trabajo verbal, ya que el sujeto debe ordenar mentalmente de forma alfabética una lista de palabras.

*Clasificación de cartas.* Medición clásica de flexibilidad cognitiva.

*Laberintos (aciertos).* Evalúan la capacidad de planeación visoespacial.

*Torre de Hanoi.* Explora la capacidad para planear de manera secuencial y bajo ciertas restricciones.

*Suma y resta consecutivas.* Evalúan la capacidad de secuenciación inversa.

*Fluidez verbal.* Indica la capacidad de producción verbal en un tiempo determinado.

Los procesos de aplicación y calificación de la BANFE se llevaron a cabo siguiendo las especificaciones del manual de la prueba, por lo que se utilizaron los valores normativos de población mexicana proporcionados por la misma.

#### **Procedimiento**

El presente estudio estuvo avalado por la Comisión de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México mediante el oficio CE/FESI/012020/1335. Se invitó a participar a estudiantes inscritos en una universidad pública del Estado de México de manera voluntaria. Los estudiantes interesados en formar parte del estudio fueron evaluados preliminarmente con el SCL-90, y asimismo se recolectaron datos demográficos y antecedentes patológicos personales y familiares para verificar los criterios de inclusión y exclusión. Si los participantes cumplían con estos criterios, se les daba una hoja de consentimiento informado para que fuera firmada por ellos. Posteriormente, se hacía la evaluación neuropsicológica, con una duración aproximada de 60 minutos. La información obtenida se capturó en una base de datos para su análisis estadístico, el cual se llevó a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS, v. 20. Se contrastó la hipótesis de normalidad mediante el test Kolmogorov-Smirnov, utilizándose estadística paramétrica descriptiva para el análisis de los datos demográficos y consumo de alcohol. La comparación del desempeño neuropsicológico se efectuó con la prueba *t* de Student, calculándose el tamaño del efecto con la prueba *g* de Hedges.

#### **RESULTADOS**

La Tabla 2 muestra las puntuaciones normalizadas por dominio anatómico de ambos grupos según la BANFE. Aunque el GCE obtuvo puntuaciones menores que el GC en todas las áreas, se observaron diferencias significativas en el dominio dorsolateral ( $t = -2.128, p = .040$ ), que mostró un tamaño del efecto mediano ( $g = .686$ ), y en la puntuación total del instrumento ( $t = -2.636, p = .012$ ) con tamaño grande del efecto ( $g = .842$ ).

**Tabla 2.** Comparación de las puntuaciones normalizadas en ambos grupos por dominio anatómico de acuerdo con la BANFE.

| <b>Dominio</b>      | <b>GCE<br/>M (D.E.)</b> | <b>GC<br/>Media<br/>(D.E.)</b> | <b><i>t</i></b> | <b><i>g</i></b> |
|---------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| Orbitomedial        | 91.6 (32.9)             | 98.8 (12.1)                    | -.895           | 0.287           |
| Prefrontal anterior | 103.2 (10)              | 105.7 (7.8)                    | -.877           | 0.277           |
| Dorsolateral        | 75.5 (18.5)             | 88.2 (18.5)                    | -2.128*         | 0.686           |
| Total               | 76.3 (18)               | 90.4 (15.3)                    | -2.636*         | 0.842           |

GCE = Grupo de consumo excesivo de alcohol; GC = Grupo control. \* $p < .05$ .

Se analizaron las puntuaciones naturales obtenidas en las tareas que conforman cada área de la prueba para conocer la ejecución relacionada con procesos específicos del funcionamiento ejecutivo, observándose diferencias en la tarea de ordenamiento

alfabético de palabras, ensayo 3 ( $t = -2.107$ ,  $p = .042$ ) y en la tarea de clasificación de tarjetas ( $t = -2.198$ ,  $p = .036$ ). En ambos casos el GC tuvo una ejecución superior al GCE, siendo mediano el tamaño del efecto (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación entre grupos de las puntuaciones naturales obtenidas en las tareas de la BANFE.

| <b>Dominio</b>             | <b>Tarea</b>                                 | <b>GCE<br/>M (D.E.)</b> | <b>GC<br/>M (D.E.)</b> | <b><i>t</i></b> | <b><i>g</i></b> |
|----------------------------|--|-------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Orbitomedial</b>        |  |                         |                        |                 |                 |
|                            | Stroop A – Aciertos                          | 79.7 (4.8)              | 77.5 (14.4)            | .652            | .207            |
|                            | Stroop A – Errores                           | 2.1 (2.4)               | 3.6 (7.6)              | 1.469           | .269            |
|                            | Stroop A – Tiempo                            | 7 (17.2)                | 1.3 (0.2)              | 1.483           | .462            |
|                            | Stroop B – Aciertos                          | 79.6 (15.1)             | 83.7 (0.7)             | -1.190          | .378            |
|                            | Stroop B – Errores                           | 1.9 (5.6)               | 0.1 (0.3)              | 1.469           | .447            |
|                            | Stroop B – Tiempo                            | 14.6 (24)               | 6.4 (15.9)             | 1.271           | .400            |
|                            | Juego de cartas - Porcentaje cartas riesgo   | 29.4 (11.7)             | 34.8 (11.1)            | -1.480          | .473            |
|                            | Juego de cartas – Total                      | 32.9 (17.8)             | 37.4 (22.5)            | -.697           | .222            |
|                            | Clasificación de tarjetas – Errores          | 0.5 (1.2)               | 0.7 (0.8)              | -.688           | .195            |
|                            | Laberintos – Errores                         | 1.2 (1.6)               | 0.5 (1.2)              | 1.320           | .493            |
| <b>Prefrontal anterior</b> |  |                         |                        |                 |                 |
|                            | Clasificación semántica                      | 21.7 (6.4)              | 21.9 (5.4)             | -.129           | .033            |
|                            | Refranes – Aciertos                          | 4.2 (0.7)               | 5.8 (8.3)              | -.855           | .275            |
|                            | Refranes – Tiempo                            | 18.9 (23.2)             | 15.7 (23)              | .427            | .138            |
|                            | Metamemoria – Error negativo                 | 2.7 (1.9)               | 2.3 (1.4)              | .672            | .230            |
|                            | Metamemoria – Error positivo                 | 1.2 (1.3)               | 1.2 (1.2)              | -.154           | 0               |
| <b>Dorsolateral</b>        |  |                         |                        |                 |                 |
|                            | Señalamiento autodirigido – Aciertos         | 19.9 (4.1)              | 18.4 (4)               | 1.126           | .370            |
|                            | Señalamiento autodirigido – Perseveración    | 2.7 (2)                 | 2.6 (1.8)              | .025            | .052            |
|                            | Señalamiento autodirigido – Tiempo           | 10.6 (18.3)             | 7 (13.3)               | .706            | .224            |
|                            | Memoria trabajo visoespacial – Nivel         | 2.8 (0.9)               | 2.4 (0.8)              | 1.508           | .469            |
|                            | Memoria trabajo visoespacial – Perseveración | 0.1 (0.3)               | 0 (0.2)                | 1.000           | .390            |
|                            | Memoria trabajo visoespacial – Errores orden | 1.9 (1.9)               | 3 (2.7)                | -1.355          | .451            |
|                            | Ordenamiento – Ensayo 1                      | 1.6 (0.8)               | 1.6 (1)                | .059            | .000            |
|                            | Ordenamiento – Ensayo 2                      | 2.9 (1.2)               | 2.8 (1.3)              | .135            | .000            |

Continúa...



|   |             |             |         |      |
|---|-------------|-------------|---------|------|
| Ordenamiento – Ensayo 3                           | 2.3 (1.4)   | 3.4 (1.7)   | -2.107* | .708 |
| Clasificación tarjetas – Aciertos                 | 42.9 (12.3) | 49.7 (6.2)  | -2.198* | .692 |
| Clasificación tarjetas - Perseveraciones          | 3.1 (4.4)   | 1.4 (1.6)   | 1.631   | .508 |
| Clasificación tarjetas – Perseveraciones criterio | 0 (0.2)     | 0 (0)       | .974    | NA   |
| Clasificación tarjetas – Tiempo                   | 24.2 (87.5) | 13.7 (40.2) | .481    | .152 |
| Clasificación semántica – Categorías              | 8.8 (2.3)   | 9 (2.5)     | -.254   | .083 |
| Clasificación semántica – Promedio                | 7.2 (7.4)   | 5.1 (1.3)   | 1.220   | .390 |
| Clasificación semántica – Total                   | 21.7 (6.4)  | 21.9 (5.4)  | -.129   | .033 |
| Laberintos – Planeación                           | 2.2 (2.7)   | 2 (2.2)     | .246    | .000 |
| Laberintos – Tiempo                               | 94.8 (48.1) | 86.8 (49)   | .512    | .164 |
| Torre 3 – Movimientos                             | 12.4 (7.1)  | 12.2 (6.3)  | .110    | .029 |
| Torre 3 – Tiempo                                  | 19.6 (18.8) | 23.8 (20.2) | -.666   | .215 |
| Torre 4 – Movimientos                             | 30.4 (22.7) | 31.7 (12.2) | -.227   | .070 |
| Torre 4 – Tiempo                                  | 22.1 (42.1) | 11.6 (18.9) | .996    | .318 |
| Suma – Aciertos                                   | 16.9 (6.6)  | 18.6 (4.2)  | -.973   | .305 |
| Suma – Tiempo                                     | 31.5 (19)   | 31.1 (19)   | .074    | .021 |
| Resta a partir de 100 – Aciertos                  | 9.9 (2.7)   | 11.2 (2.8)  | -1.443  | .472 |
| Resta a partir de 100 – Tiempo                    | 11.2 (14.6) | 19 (22.7)   | -1.280  | .411 |
| Resta a partir de 40 – Aciertos                   | 10.2 (3)    | 10.5 (3)    | -.339   | .100 |
| Resta a partir de 40 – Tiempo                     | 25 (18.3)   | 33.8 (17)   | -1.547  | .497 |
| Fluidez verbal – Aciertos                         | 20.7 (7.9)  | 19.6 (6.9)  | .444    | .148 |
| Fluidez verbal – Perseveraciones                  | 0.6 (0.8)   | 0.3 (0.7)   | 1.128   | .398 |

GCE = Grupo de consumo excesivo de alcohol; GC = Grupo control; M = Media; D.E. = Desviación estándar.

\* $p < .05$ .

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el funcionamiento ejecutivo de jóvenes con patrón CEA y comparar su desempeño con un grupo de jóvenes sin este. Los resultados muestran un efecto negativo del CEA sobre el perfil de funcionamiento ejecutivo. La disminución en el puntaje total de la BANFE, así como las bajas puntuaciones en el dominio dorsolateral del instrumento, son consistentes con los estudios que plantean que el CEA tiene un efecto negativo en las funciones ejecutivas en jóvenes, probablemente asociadas a un retraso madurativo de los lóbulos frontales (Hartley *et al.*, 2004; Houston *et al.*, 2014; Lannoy *et al.*, 2019; Lannoy *et al.*, 2018; Lees *et al.*, 2019; Mota *et al.*, 2013; Parada *et al.*, 2012; Salas *et al.*, 2016; Scaife y Duka, 2009; Townshed y Duka, 2005).

Además, dichos resultados son compatibles con los estudios de neuroimagen que han encontrado diferencias en los patrones de maduración

prefrontal en jóvenes con CEA. Hay evidencia robusta de la reducción del volumen de materia blanca en áreas prefrontales en esta población, lo que se correlaciona con las fallas en el funcionamiento ejecutivo y en la conducta (Clark, Thatcher y Tapert, 2008; Cservenka y Brumback, 2017; Hermens *et al.*, 2013; Jacobus y Tapert, 2013; Lees, Meredith, Kirkland, Bryant y Squeglia, 2020; Petit, Maurage, Kornreich, Verbanck y Campanella, 2014; Siqueira, Smith y Committee on Substance Abuse, 2015; Squeglia *et al.*, 2014). Respecto a las diferencias halladas en el dominio prefrontal dorsolateral, también hay consistencia con otros estudios que han explorado el funcionamiento de esta área a través de la evaluación neuropsicológica (Mota *et al.*, 2013; Parada *et al.*, 2012; Scaife y Duka, 2009), así como con resonancia magnética funcional (Ames *et al.*, 2014; Cservenka y Brumback, 2017; Dager *et al.*, 2014).

Los resultados del presente estudio muestran en consecuencia que el funcionamiento ejecutivo

general podría estar comprometido en estos jóvenes. Si se analizan las puntuaciones de las tareas que conforman la prueba, se puede observar que el desempeño de los participantes con CEA fue consistentemente más pobre que el del grupo control, aunque no hubo diferencias significativas en todas las tareas. Sin embargo, la ponderación del índice general que ofrece el instrumento muestra una clara diferencia entre los grupos. Aunado a ello, la diferencia observada respecto al funcionamiento prefrontal dorsolateral proporcionado por la batería señala que las tareas relacionadas con estas regiones (memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, planeación, etc.) no se ejecutaron al nivel esperado según su grupo de comparación.

El análisis por tarea ofrece información relevante en cuanto que hubo diferencias en el ensayo 3 de la prueba de ordenamiento alfabético de palabras y el número de aciertos de la tarea de clasificación de tarjetas; estas pruebas se asocian con memoria de trabajo verbal y flexibilidad cognitiva. El bajo desempeño de los jóvenes CEA en ambas es un hallazgo consistente con lo reportado en otras investigaciones (García, Expósito, Sanhueza y Angulo, 2008; García, Expósito, Sanhueza y Gil, 2009; Parada *et al.*, 2012; Sanhueza, García y Expósito, 2011). Sin embargo, es importante mencionar que otros estudios han encontrado afectaciones en la memoria de trabajo visoespacial, principalmente (Scaife y Duka, 2009; Townshend y Duka, 2005). En una revisión relativamente reciente de Carbia *et al.* (2018) se señala que el desempeño en tareas de memoria de trabajo verbal es similar entre jóvenes CEA y controles. Al respecto, tales autores plantean que las tareas clásicas de memoria de trabajo verbal (p. e. *span* de dígitos en progresión y regresión) podrían no ser sensibles en esta población ya que su demanda cognitiva es baja. Es probable que la prueba utilizada en el presente estudio (ordenamiento alfabético de palabras) implicara una mayor exigencia cognitiva. En ella, el sujeto debe ordenar alfabéticamente una lista de palabras. Se le presentan tres listas progresivamente demandantes: la primera consta de cinco palabras que empiezan con vocales; la segunda contiene seis palabras que empiezan con consonantes, y la tercera incluye siete palabras que empiezan con consonante o vocal. Se asume

que esta tarea es más demandante que otras porque hay varios procesos involucrados para realizarla de manera exitosa, como el automonitoreo (Flores *et al.*, 2012). Es interesante que en el presente estudio se hallaran diferencias significativas solamente en la tercera lista (ensayo 3), la cual es más compleja y, por lo tanto, demanda mayores recursos cognitivos.

Respecto a la flexibilidad cognitiva, la evidencia también es controversial. En la revisión de Lopez *et al.* (2014) se afirma que dicha flexibilidad no parece estar afectada en jóvenes con patrón CEA, aunque algunos estudios han señalado la ocurrencia de alteraciones en función del sexo, siendo las mujeres el grupo que muestra un desempeño más pobre en tareas que evalúan este proceso (Hartley *et al.*, 2004; Scaife y Duka, 2009). En la revisión de Carbia *et al.* (2018) se señalan las recientes evidencias sobre las alteraciones en la flexibilidad cognitiva, y se afirma que las inconsistencias entre los diversos estudios pueden deberse a las diferentes tareas utilizadas para evaluar este dominio. Los presentes resultados aportan evidencia sobre una menor capacidad de flexibilidad cognitiva observada en jóvenes con patrón CEA. No fue posible realizar comparaciones fiables en función del sexo que permitieran aportar más información debido al tamaño de la muestra.

Este estudio exploró la relación entre el patrón CEA y las funciones ejecutivas en una muestra de universitarios mexicanos con un instrumento específico del funcionamiento ejecutivo, lo que permitió evaluar a profundidad los dominios cognitivos asociados con los lóbulos frontales. Tal instrumento, además de específico, cuenta con normas de la población mexicana, por lo que resultó sensible para evaluar la población en cuestión. A juicio de los presentes autores, no hay estudios que hayan evaluado la relación entre el patrón CEA y las funciones ejecutivas en universitarios mexicanos. De cualquier manera, se encontraron resultados consistentes con la literatura internacional que describe los efectos negativos del CEA sobre el funcionamiento ejecutivo. En este trabajo se halló que funciones relacionadas con la corteza prefrontal dorsolateral, como la memoria de trabajo verbal y la flexibilidad cognitiva, parecen estar especialmente afectadas en esta población. Las

tareas de memoria de trabajo verbal que implican una mayor demanda cognitiva podrían ser más sensibles para evaluar los efectos del CEA en esta población, por lo que se recomienda su utilización en futuras investigaciones. Es así como aquí se aporta evidencia sobre los efectos del consumo excesivo de alcohol en el funcionamiento cognitivo de estudiantes universitarios, lo que debe tomarse en consideración para la realización de programas de prevención, psicoeducación o intervención en poblaciones vulnerables como las de los adolescentes y adultos jóvenes.

Aun así, el presente estudio padece algunas limitaciones importantes, como el tamaño de la muestra, razón por la cual los resultados deben ser tomados con precaución; por otro lado, no se tomó en cuenta el consumo de otras sustancias, como marihuana o cocaína, que tienen un importante efecto en el funcionamiento ejecutivo (Bava y Tapert, 2010; Siqueira *et al.*, 2015). Por último, el alcance del estudio es correlacional, es decir, no es posible establecer una relación causal entre el CEA y las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo. Es posible que la falta de maduración cerebral –que podría verse reflejada indirectamente en el funcionamiento ejecutivo– ocasione que los jóvenes consuman alcohol en exceso, en lugar de que tal consumo tenga efectos sobre el desarrollo cerebral y se refleje en ciertas alteraciones funcionales cognitivas (Hermens *et al.*, 2013).

Sin embargo, algunos estudios con animales han evidenciado que el consumo de alcohol tiene efectos en el desarrollo del sistema nervioso durante la adolescencia (Crews, Braun, Hoplight, Switzer y Knapp, 2000; Silvers, Tokunaga, Mittleman y Matthews, 2003); además, los cambios anatómofuncionales relacionados con el consumo de riesgo CEA parecen ser similares a los observados en el alcoholismo crónico (Bates, Bowden y Barry, 2002; Clark *et al.*, 2008). Ambas líneas de investigación apuntan a que el consumo excesivo de alcohol tiene consecuencias directas en el desarrollo del sistema nervioso. Para futuros estudios se sugiere evaluar muestras más grandes, de manera longitudinal y tomando en cuenta el consumo de otras sustancias, lo que permitirá obtener información de mayor alcance.

En conclusión, el CEA tiene un efecto negativo generalizado sobre el funcionamiento ejecutivo en jóvenes universitarios; en particular, las funciones asociadas con la corteza dorsolateral parecen especialmente sensibles. Estos datos resultan congruentes con la hipótesis de la vulnerabilidad del lóbulo frontal ante el consumo excesivo de alcohol. Los presentes hallazgos tienen implicaciones clínicas importantes debido a que la disminución en la función cognitiva de los jóvenes, aunada a la baja percepción de riesgo por el consumo, podría aumentar el riesgo para desarrollar un trastorno por uso de sustancias.

*Citación:* Mondragón-Maya, A., Flores-Medina, Y., López-Arreaga, G., López-Ramírez, S. y Paz-Rodríguez, F. (2021). Funciones ejecutivas en estudiantes universitarios con patrón de consumo excesivo de alcohol. *Psicología y Salud*, 31(2), 295-306. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2698>.

## REFERENCIAS

- Ames, S.L., Wong, S.W., Bechara, A., Cappelli, C., Dust, M., Grenard, J.L. y Stacy, A.W. (2014). Neural correlates of a Go/NoGo task with alcohol stimuli in light and heavy young drinkers. *Behavioral and Brain Research*, 274, 382-389. Doi: 10.1016/j.bbr.2014.08.039.
- Bates, M., Bowden, S.C. y Barry, D. (2002). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 193-212. Doi: 10.1037//1064-1297.10.3.193.
- Bava, S. y Tapert, S.F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychological Reviews*, 20, 398-413. Doi: 10.1007/s11065-010-9146-6.
- Boelema, S., Harakeh, Z., van Zandvoort, M.J.E., Reijneveld, S.A., Verhulst, F.C., Ormel, J. y Vollebergh, W.A.M. (2015). Adolescent heavy drinking does not affect maturation of basic executive functioning: Longitudinal findings from the TRAILS study. *PLoS ONE*, 10(10) (Artículo e0139186). Doi: 10.1371/journal.pone.0139186.
- Carbia, C., López C., E., Corral, M. y Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 332-349. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.04.013.

- Chung, T., Creswell, K.G., Bachrach, R., Clark, D.B. y Martin, C.S. (2018). Adolescent binge drinking: Developmental context and opportunities for prevention. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 5-15. Recuperado de [psycnet.apa.org/record/2019-05003-001](http://psycnet.apa.org/record/2019-05003-001).
- Clark, D.B., Thatcher, D.L. y Tapert, S.F. (2008). Alcohol, psychological dysregulation, and adolescent brain development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 375-385. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00601.x.
- Crews, F.T., Braun, C.J., Hoplight, B., Switzer, R.C. y Knapp, D.J. (2000). Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1712-1723. Recuperado de [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104119/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11104119/).
- Cruz C., S., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez R., A. (2005). Datos sobre validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212808>.
- Cservenka, A. y Brumback, T. (2017). The burden of binge and heavy drinking on the brain: Effects on adolescent and young adult neural structure and function. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1111. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.01111.
- Dager, A.D., Jamadar, S., Stevens, M.C., Rosen, R., Jiantonio-Kelly, R.E., Sisante, J.F., Raskin, S.A., Tennen, H., Austad, C.S., Wood, R.M., Fallahi, C.M. y Pearlson, G.D. (2014). fMRI response during figural memory task performance in college drinkers. *Psychopharmacology*, 231, 167-179. Doi: 10.1007/s00213-013-3219-1.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Reviews in Psychology*, 64, 135-168. Doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750.
- Flores, J.C., Ostrosky S., F. y Lozano, A. (2012). *Batería de funciones frontales y ejecutivas (BANFE)*. México: El Manual Moderno.
- García M., L.M., Expósito, J., Sanhueza, C. y Angulo, M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-279. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/269/256>.
- García M., L.M., Expósito, J., Sanhueza, C. y Gil, S. (2009). Rendimiento cognitivo y alcoholismo de fin de semana en adolescentes. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9, 75-91.
- Haller, M., Handley, E., Chassin, L. y Bountress, K. (2010). Developmental cascades: academic achievement to adult substance use disorder. *Developmental Psychopathology*, 22(4), 899-916. Doi: 10.1017/S0954579410000532.
- Hartley, D.E., Elsabagh, S. y File, S.E. (2004). Binge drinking and sex: Effects on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 78, 611-619. Doi: 10.1016/j.pbb.2004.04.027.
- Hendricks, H., van de Rest, O., Snippe, A., Kieboom, J. y Hogenelst, K. (2020). Alcohol consumption, drinking patterns, and cognitive performance in young adults: A cross-sectional and longitudinal analysis. *Nutrients*, 12, Article 200. Doi: 10.3390/nu12010200.
- Hermens, D.F., Lagopoulos, J., Tobias-Webb, J., De Regt, T., Dore, G., Juckes, L., Latt, N. y Hickie, I.B. (2013). Pathways to alcohol-induced brain impairment in young people: A review. *Cortex*, 49, 3-17. Doi: 10.1016/j.cortex.2012.05.021.
- Houston, R.J., Derrick, J.L., Leonard, K.E., Testa, M., Quigley, B.M. y Kubiak, A. (2014). Effects of heavy drinking on executive cognitive functioning in a community sample. *Addictive Behaviors*, 39, 345-349. Doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.032.
- Jacobus J. y Tapert, S.F. (2013). Neurotoxic effects of alcohol in adolescence. *Annual Reviews in Clinical Psychology*, 9, 703-721. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185610.
- Kulis S., S., Marsiglia F., F., Nuño G., B.L., Lozano M., D. y Medina-Mora, M.E. (2018). Traditional gender roles and substance-use behaviors, attitudes, exposure, and resistance among early adolescents in large cities of Mexico. *Journal of Substance Use*, 23(5), 471-480. Doi: 10.1080/14659891.2017.1405088.
- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Thrull, J. y Gmel, G. (2017). Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology and Health*, 1-42. Doi: 10.1080/08870446.2017.1325889.
- Lannoy, S., Billieux, J., Dormal, V. y Maurage, P. (2019). Behavioral and cerebral impairments associated with binge drinking in youth: A critical review. *Psychologica Belgica*, 59(1), 116-155. Doi: 10.5334/pb.476.
- Lannoy, S., Maurage, P., D'Hont, F., Billieux, J. y Dormal, V. (2018). Executive impairments in binge drinking: Evidence for a specific performance-monitoring difficulty during alcohol-related processing. *European Addiction Research*, 24, 118-127. Doi: 10.1159/000490492.
- Lebel, C. y Beaulieu, C. (2011). Longitudinal development of human brain wiring continues from childhood into adulthood. *The Journal of Neuroscience*, 31, 10937-10947. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02597.x.
- Lees, B., Meredith, L.R., Kirkland, A.E., Bryant, B.E. y Squeglia, L.M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 192, Article 172906. Doi: 10.1016/j.pbb.2020.172906.
- Lees, B., Mewton, L., Stapinski, L.A., Squeglia, L.M., Rae, C.D. y Teesson, M. (2019). Neurobiological and cognitive profile of young binge drinkers: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 29, 357-385. Doi: 10.1007/s11065-019-09411-w.



- López C., E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo excesivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: una revisión. *Adicciones*, 26(4), 334-359. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/39>.
- Mahedy, L., Suddell, S., Skirrow, C., Fernandes, G.S., Field, M., Heron, J., Hickman, M., Wootton, R. y Munafò, M. R. (2020). Alcohol use and cognitive functions in young adults: Improving causal inference. *Addiction*. Doi: 10.1111/add.15100.
- Monteiro, M.G. (2007). *Alcohol and public health in the Americas. A case for action*. Washington, D.C.: World Health Organization. Recuperado de [www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_public\\_health\\_americas.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas.pdf).
- Mota, N., Parada, M., Crego, A., Doallo, S., Caamaño I., F., Rodríguez, S., Cadaveira, F. y Corral, M. (2013). Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among university students: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 108-114. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.024.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2012). Executive function and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37, 167-172. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.015.
- Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C., Verbanck, P. y Campanella, S. (2014). Binge drinking in adolescents: A review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 198-206. Doi: 10.1093/alcalc/agt172.
- Reséndiz, E., Bustos, M.N., Mújica, R., Soto, I.S., Cañas, V., Fleiz, C., Gutiérrez, M.L., Amador, N., Medina-Mora, M.E. y Villatoro, J.A. (2018). National trends in alcohol consumption in Mexico: Results of the National Survey on Drug, Alcohol and Tobacco Consumption 2016-2017. *Salud Mental*, 41(1), 7-15. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2018.003.
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C. y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.
- Salas G., D., Fernandez G., M., Pozueta, A., Diaz C., I., Lamarain, M., Perez, C. y Sanchez J., P. (2016). Binge drinking in young university students is associated with alterations in executive functions related to their starting age. *PLOS ONE*, 11(11), Article e0166834. Doi: 10.1371/journal.pone.0166834.
- Sanhueza, C., García M., L.M. y Expósito, J. (2011). Weekend alcoholism in youth and neurocognitive aging. *Psicothema*, 23, 209-214.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Scaife, J.C. y Duka, T. (2009). Behavioral measures of frontal lobe function in a population of young social drinkers with binge drinking pattern. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 93, 354-362. Doi: 10.1016/j.pbb.2009.05.015.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018)*. Ciudad de México: Autores. Recuperado de [ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](http://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).
- Silvers, J.M., Tokunaga, S., Mittleman, G. y Matthews, D.B. (2003). Chronic intermittent injections of high-dose ethanol during adolescence produce metabolic, hypnotic, and cognitive tolerance in rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1606-1612. Doi: 10.1097/01.ALC.0000090141.66526.22.
- Siqueira, L., Smith, V. y Committee on Substance Abuse (2015). Binge drinking. *Pediatrics*, 136(3), e718-e726. Doi: 10.1542/peds.2015-2337.
- Squeglia, L.M., Jacobus, J. y Tapert, S.F. (2014). The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 501-510. Doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00028-8.
- Squeglia, L.M., Schweinsburg, A.D., Pulido, C. y Tapert, S.F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: Differential gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1831-1841. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01527.x.
- Squeglia, L.M., Sorg, S.F., Schweinsburg, A.D., Wetherill, R.R., Pulido, C. y Tapert, S.F. (2012). Binge drinking differentially affects adolescent male and female brain morphometry. *Psychopharmacology*, 220(3), 529-539. Doi: 10.1007/s00213-011-2500-4.
- Stuss, D.T. y Alexander, M.P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual view. *Psychological Research*, 63(3-4), 289-298. Doi: 10.1007/s004269900007.
- Townshed, J.M. y Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(3), 317-325.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdell, G. y Rimm, E.B.A. (1995). Gender specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85(7), 982.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T.F. y Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public College Alcohol Study surveys: 1993-2001. *Journal of the American College Health*, 50, 203-217. Doi: 10.1080/07448480209595713.



# Conflicto relacional y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción de parejas con cardiopatía

## *Relational conflict and stress in subjective well-being and satisfaction of couples with heart disease*

*Andrea Bravo-Doddoli y Rozzana Sánchez-Aragón*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Andrea Bravo-Doddoli, [andbrado@hotmail.com](mailto:andbrado@hotmail.com).

### RESUMEN

La enfermedad cardíaca no solo tiene efectos en el paciente sino también en su pareja, debido a que al generar estrés puede facilitar la experiencia de conflicto en la relación, ya sea por motivos como las demandas de la enfermedad, la capacidad de enfrentarla, así como cuestiones más extremas como los sentimientos de pérdida o incluso el temor de la muerte de la pareja y el abandono que implicaría. Cuando el conflicto es frecuente en las relaciones de pareja genera emociones negativas, causando un malestar que impactará directamente en la evaluación que se hace de la relación. Por lo anterior, esta investigación tuvo como objetivos: 1) examinar las diferencias en los motivos de conflicto, estrés, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación en hombres y mujeres con cardiopatía y sus parejas sanas; y 2) identificar los efectos de los motivos de conflicto y el estrés en el bienestar subjetivo y satisfacción con la relación. Para ello participaron 204 parejas heterosexuales, en las cuales uno de los miembros tiene una cardiopatía y el otro estaba sano al momento de la aplicación. Los hallazgos demostraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos que indican que ellas experimentan más conflictos por indiferencia, actividades de la pareja y adicciones; y tienen más descontrol ante el estrés y emociones negativas en comparación con los hombres. Asimismo, se observaron diferencias en los conflictos por religión en donde se observa que son las mujeres sanas quienes los reportan más. Finalmente, se observaron –en general– efectos negativos del conflicto y el estrés en el bienestar subjetivo y en la satisfacción con la relación.

**Palabras clave:** Pareja; Cardiopatía; Conflicto relacional; Estrés; Bienestar; Satisfacción con la pareja.

### ABSTRACT

*Heart disease has effects not only on the patients, but also on their partner. Increased stress may facilitate conflict in the relationship stemming from demands of the disease itself and the ability to face it. Further stress may arise from more extreme issues, such as feelings of loss, or even the fear of the partner's death and the implied abandonment. Frequent conflict in relationships generates negative emotions, causing discomfort that will directly impact the evaluation of the relationship. The objectives of the present study were to: 1) examine the differences in the sources of conflict, stress, subjective well-being and relationship satisfaction in men and women with heart disease and healthy partners; and 2) identify the effects of conflict and stress sources on subjective well-being and relationship satisfaction. A total of 204 heterosexual couples participated, in which one of the*

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos: [andbrado@hotmail.com](mailto:andbrado@hotmail.com) y [rozzara@unam.mx](mailto:rozzara@unam.mx).

*members had heart disease and the other was healthy at the time of data collection. The results showed statistically significant differences by gender, indicating that women experience more conflicts due to indifference, partner activities and addictions. Also, women experience a higher sense of loss of control in the face of stress and had more negative emotions than men. Likewise, differences were observed in religion-related conflicts, with healthy women reporting them the most. Finally, negative effects of conflict and stress on subjective well-being and relationship satisfaction were generally observed.*

**Keywords:** Partner; Heart disease; Conflict related; Stress; Well-being; Satisfaction with the partner.

Recibido: 06/04/2020

Aceptado: 25/06/2020

## INTRODUCCIÓN

La pareja es un vínculo importante en la vida de las personas pues se le considera un lazo significativo basado en la premisa del amor, la comunicación y el apoyo (Fromm, 1959). Así, cuando uno de los miembros de la pareja enferma, su compañero es la principal fuente de soporte (Gere y Schimmack, 2011); sin embargo, las mujeres son quienes especialmente han tenido el papel de cuidadoras, por lo que si el hombre es el enfermo, este soporte se magnifica para aquellas (Pearlin, 1983). Por lo anterior se han efectuado diversos estudios que analizan la importancia de la pareja del paciente en las enfermedades crónicas, ya que se ha visto que los pacientes solteros que han sufrido un infarto de miocardio tienen una mayor tasa de mortalidad que los casados o los que viven en concubinato (Latour y Gutiérrez, 1995).

Así, el contexto relacional<sup>2</sup> se ve afectado por la enfermedad de alguno de sus miembros, toda vez que entra en juego una variable más que puede producir estrés (Nina, 2016). Se ha encontrado asimismo una correlación entre las enfermedades

<sup>2</sup> El término relacional se utiliza a través del presente manuscrito para referirse al vínculo establecido entre dos personas a partir de interacciones, frecuentes en función del tiempo dando cabida a una relación (Guerrero, Andersen y Afifi, 2017).

del corazón y el estrés crónico, el cual se comporta diferente en hombres y mujeres y que genera también diferentes reacciones psicológicas; por ejemplo, las mujeres padecen un mayor malestar emocional, como angustia, sufrimiento, dolor y tensión que los hombres (Sánchez *et al.*, 2006). Otro factor que afecta el desarrollo del estrés es el rol que se desempeña en la pareja: en las mujeres, el estrés será mayor debido a las demandas del trabajo, los quehaceres domésticos, las tareas como madre y su rol de cuidadora, mientras que se considera que los hombres no deben cumplir el rol de cuidador principal, desempeñar las labores del hogar ni cuidar a los hijos (Pearlin, 1983).

En consecuencia, la vida de la pareja se ve afectada en su estabilidad, mantenimiento e intimidad (Neff y Karney, 2004), lo que exige de ambos miembros el uso de habilidades muy particulares para manejar el estrés, pues de ello depende que no sobrevengan conflictos. Así, estos últimos se pueden definir como una forma en la que los miembros de la diada expresan sus diferencias o desacuerdos sobre diversos motivos, como la educación de los hijos, la indiferencia, las actitudes propias o de la pareja, la desconfianza, la convivencia con familia extendida, la religión, las personalidades de ambos y muchos más, los que favorecen diferentes reacciones de carácter emocional, cognoscitivo y conductual (Sillars, Roberts, Leonard y Dun, 2000). Los motivos de conflicto con algún miembro enfermo pueden surgir también por razones como el temor de perderlo, la falta de cuidados, el seguimiento de los tratamientos (Colleen, 1985), la irritabilidad o la dependencia que puede llegar a desarrollar aquel (Mercado y Hernández, 2007), entre muchos otros. El sexo influye asimismo en los motivos de conflicto, pues los hombres manifiestan mayores conflictos debidos a la desconfianza y los celos, mientras que en las mujeres se generan por una incompatibilidad de intereses, por apatía o por las adicciones que se hayan producido (Arnaldo, 2001).

En este punto hay que señalar que el conflicto y sus motivos son normales e inevitables (Kline, Pleasant, Whitton y Markman, 2006). A pesar de la carga emocional negativa que implican, la angustia que se vive y la incapacidad para ceder o plantear soluciones (Connolly y Konarski, 1994),

en algunas ocasiones tales conflictos pueden promover oportunidades de cambio, de negociación, de adaptación a las diferencias y de crecimiento como pareja, lo que puede hacerse evidente en la satisfacción con la relación (Flores, Díaz-Loving y Rivera-Aragón, 2004), aunada al bienestar subjetivo de los miembros de la pareja (Díaz, 2001).

A su vez, el bienestar subjetivo involucra la valoración que las personas hacen sobre sus vidas, tomando en consideración tanto los aspectos más inmediatos —como los estados de ánimo—, al igual que aquellos mediatos en los que se valora la satisfacción global que hace el individuo de su vida (Springer, Pudrovska y Hauser, 2011). Diener *et al.* (2009) señalan que el bienestar subjetivo se compone de experiencias emocionales positivas y negativas, la noción de prosperidad y la satisfacción de vida. Al respecto, autores como Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) apuntan que las personas más satisfechas con su vida son las que poseen más habilidades, elaboran más apreciaciones personales, tienen un mayor dominio de su entorno y un mejor control de la tensión ante situaciones estresantes; por ello, quien tiene un alto bienestar subjetivo expresa una mayor satisfacción con la vida, así como más emociones positivas y menos negativas (Díaz, 2001).

Carr, Freedman, Cornman y Schwarz (2014) encontraron que la satisfacción con la vida se encuentra estrechamente asociada con la calidad de la relación de pareja, la que contribuirá a que ambos miembros se sientan satisfechos entre mayor sea aquella. Así, la satisfacción con la relación es una experiencia individual dentro de una relación que puede ser evaluada por cada persona en respuesta al grado del placer marital (Kaplan y Maddux, 2002). Depende de las expectativas, necesidades y deseos individuales respecto a la relación que promueven la confianza, la intimidad, la unión, el respeto y la tolerancia, que son de gran importancia en la relación de pareja (Armenta y Díaz-Loving, 2008). Cuando hay una considerable satisfacción con la relación, los problemas que surgen dentro de la misma se resuelven de una forma positiva, pero cuando los motivos de conflicto se mantienen, la satisfacción disminuye (García y Vargas, 2002). Asimismo, esta última está vinculada con la salud física de las personas

(Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010) puesto que las interacciones negativas entre la pareja se asocian significativamente con un autorreporte más pobre de salud (Bookwala, 2005), estrés y enfermedades cardiovasculares (Baker *et al.*, 2000).

La posibilidad de que las relaciones cercanas negativas sean predictores del estado de salud de las personas se debe a que estas tienden a reproducir mentalmente los encuentros negativos más que los positivos (Taylor, 1991), e incluso más aquellos en los que las emociones son más intensas y con mayores efectos fisiológicos (como las funciones autónomas, los cambios neuroendocrinos, las alteraciones en la coagulación y las respuestas inflamatorias e inmunes), como la preocupación y la ansiedad (De Vogli, Chandola y Marmot, 2007). Por ejemplo, se ha encontrado que la angustia en la pareja se asocia con dieta deficiente, falta de ejercicio y de adherencia a los regímenes médicos (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001), abuso de sustancias y alcoholismo en los hombres (Horwitz y White, 1991).

Con base en la idea de que la enfermedad de uno de los integrantes de la pareja puede ocasionar estrés y motivos de conflicto, los que a su vez afectan el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación de ambos miembros, los objetivos de este estudio fueron examinar las posibles diferencias en la percepción de los motivos de conflicto, estrés, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación en hombres y mujeres con cardiopatía y sus parejas sanas, e identificar los efectos de los motivos de conflicto y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación.

## MÉTODO

### Participantes

Se empleó una muestra no probabilística por cuota (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de 204 parejas heterosexuales, en las que uno de sus miembros estaba diagnosticado con cardiopatía, todos ellos residentes de la Ciudad de México. Respecto a las mujeres, 56% de ellas presentaba cardiopatía, en tanto que, de los hombres, 57% dijo padecerla. El rango de edad de los participantes fue de

18 a 88 años ( $M = 48$ ,  $D.T. = 11.69$ ), en tanto que su escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 26% de secundaria, 32% de preparatoria y 42% de licenciatura. Se trabajó con participantes que tuvieran pareja, de los cuales 76% indicó estar casado y 24% vivir en unión libre, con un tiempo de vivir juntos de 10 meses a 50 años ( $M = 22.32$ ,  $D.T. = 11.90$ ). Los participantes reportaron tener de 0 a 8 hijos.

## Instrumentos

### *Escala de Motivos de Conflicto en la Pareja* (Ocadiz, 2001)

Consta de 70 ítems en formato tipo Likert de cinco puntos de respuesta (de 1, “Nunca”, a 5 “Siempre”) que indican la frecuencia con la cual surgen diversos motivos de conflicto entre la pareja, los que se distribuyen en trece factores que explican 66.10% de la varianza y poseen en conjunto un coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) total de .86: 1) Educación de los hijos ( $\alpha = .91$ ), que consta de nueve reactivos, como: “Forma en que trata a mis hijos”; 2) Indiferencia ( $\alpha = .86$ ), constituido por diez reactivos, como: “Diferentes puntos de vista sobre diversos temas”; 3) Actividades de la pareja ( $\alpha = .82$ ), formado por seis reactivos como: “Sus actividades no permiten que tenga mucho tiempo para mí”; 4) Actividades propias ( $\alpha = .84$ ), conformado por siete reactivos, como: “El tiempo que le dedico a mis actividades”; 5) Desconfianza ( $\alpha = .79$ ) formado por siete reactivos, como: “Mi pareja me miente”; 6) Relaciones con la familia política ( $\alpha = .74$ ), compuesto por cuatro reactivos, como “Influencia de su familia”; 7) Religión ( $\alpha = .84$ ), compuesto por tres reactivos, como: “Creencias religiosas diferentes”; 8) Personalidad ( $\alpha = .82$ ) formado por cuatro reactivos, como: “Su carácter”; 9) Sexualidad ( $\alpha = .82$ ), con tres reactivos, como: “Mis intereses en las relaciones sexuales”; 10) Dinero/Irresponsabilidad ( $\alpha = .74$ ), constituido por cinco reactivos, como: “El modo en que gasto el dinero”; 11) Celos ( $\alpha = .72$ ), formado por cuatro reactivos: “Platico con personas del sexo opuesto”; 12) Adicciones ( $\alpha = .65$ ), consta de tres reactivos, como: “Yo fumo” y “Mi pareja fuma”; y 13) Familia de origen ( $\alpha = .74$ ), constituido por tres reactivos, como: “Influencia de mi familia”.

### *Escala de Estrés Percibido* (Cohen, Kamark y Mermelstein (1983)

Validado para población mexicana por Flórez y Sánchez-Aragón (2019), consta de trece reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 1, “Nunca”, a 5, “Muy frecuentemente”); dichos reactivos están distribuidos en dos factores que explican 50.96% de la varianza, y en total tienen un coeficiente  $\alpha$  de .823: 1) Descontrol ( $\alpha = .77$ ), que tiene como reactivos: “¿Qué tan frecuentemente se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?” y “¿Qué tan frecuentemente se ha sentido nervioso(a) y estresado(a)”; 2) Control ( $\alpha = .72$ ), que tiene como reactivos: “¿Qué tan frecuentemente ha sentido que tenía todo bajo control?” y “¿Qué tan frecuentemente lidió exitosamente con problemas irritantes de la vida?”.

### *Escala de Bienestar Subjetivo* (Diener *et al.*, 2009)

Validado para población mexicana por Granillo, Sánchez-Aragón y Zepeda (2019), está compuesta por tres subescalas con reactivos de formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”). Dichas subescalas son Experiencia Positiva y Negativa, compuesta por once reactivos que se distribuyen en dos factores que explican 58.99% de la varianza: Experiencia Positiva ( $\alpha = .85$ ), con ejemplos de reactivos como: “Felicidad” o “Contento”, y Experiencia Negativa ( $\alpha = .81$ ), con reactivos como “Displacer” o “Negativo”; Prosperidad, compuesta por ocho reactivos que explican 58.12% de la varianza y que posee un  $\alpha$  total de .893, en la que algunos reactivos son: “Tengo una vida útil y significativa”, y Satisfacción con la Vida, compuesta por cinco reactivos que explican 63.78% de la varianza y que tiene un  $\alpha$  total de .846. Un ejemplo de ítem es: “Estoy satisfecho(a) con mi vida”.

### *Indicadores de Satisfacción con la Relación* (Sánchez-Aragón, 2013)

Son siete reactivos en formato de respuesta Likert que indican grados de agrado-desagrado con la relación en general, la atención y el cariño que se recibe por parte de la pareja, el respeto que brinda,



las actividades compartidas y la calidad y frecuencia de sus relaciones sexuales.

### Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de psicología entrenados que acudieron a lugares (clínicas, hospitales, centros comerciales, casas, escuelas, universidades, oficinas, etc.) de la Ciudad de México en los que se pudiesen encontrar personas que cumplieran con los criterios de inclusión: ser adulto, tener una escolaridad mínima de secundaria, estar en una relación de pareja heterosexual en la que uno de los miembros hubiera sido diagnosticado con cardiopatía, con más de un año de relación y al menos seis meses de vivir juntos. Ya identificados los participantes, se les pidió su colaboración voluntaria, confidencial y anónima para responder al cuestionario. Una vez otorgada su autorización, se procedió a la aplicación, se dio respuesta a las preguntas que pudieran surgir durante la misma y se pusieron a su disposición los hallazgos de la investigación en un futuro mediato.

### RESULTADOS

Para poder cumplir con el primer objetivo de esta investigación, se realizó un análisis de varianza de 2 x 2, considerando como variables de clasificación al sexo (hombre y mujer) y el estado de salud (tener una cardiopatía o estar sano), y como variables intervinientes los motivos del conflicto, el estrés percibido, el bienestar subjetivo y su satisfacción con la relación.

### *Efectos principales por sexo*

Los hallazgos muestran que, respecto a los motivos de conflicto, las mujeres reportaron más conflictos relacionados con las actividades de la pareja (tiempo que dedica a sus actividades, por lo que se percibe que no pone atención suficiente a la pareja ni a la relación), indiferencia (conflicto ante puntos de vistas divergentes, por lo que es difícil tomar decisiones y llegar a un acuerdo) y adicciones (consumo de alcohol y tabaco por parte de la pareja y de la persona misma), en comparación con los hombres. Por su parte ellos indicaron que eran sus propias actividades (actividades realizadas, tiempo que se les dedica y que ocasiona que no se tenga tiempo para la pareja; asimismo, incluye el preferir estar en otro lugar o hacer cosas distintas que estar con la pareja), las que producían más motivos de conflicto en comparación con las mujeres.

En torno al estrés percibido, las mujeres puntuaron más alto en el factor de descontrol (sentido de incapacidad para controlar cosas importantes de la vida, estar triste por algo inesperado, sentirse nerviosa y estresada), en comparación con los hombres; estos puntuaron más alto en control (tener todo bajo control, como los problemas irritantes y los cambios importantes de la vida y los problemas personales). Para el bienestar subjetivo se encontró que eran ellas quienes habían experimentado más emociones negativas en el último mes (displacer, tristeza, miedo y enojo), y que fueron los hombres quienes reportaron mayor satisfacción con su relación en general y con el respeto que les brindaba su pareja, en comparación con las mujeres (Tabla 1).

**Tabla 1.** Diferencias entre hombres y mujeres.

| Variable             | Variable                 | Hombres     | Mujeres     | F                | p     |
|----------------------|--------------------------|-------------|-------------|------------------|-------|
| Motivos de conflicto | Indiferencia             | 2.07        | <b>2.39</b> | F(1 376); 13.146 | 0.000 |
|                      | Actividades propias      | <b>2.46</b> | 2.09        | F(1 381); 14.007 | 0.000 |
|                      | Actividades de la pareja | 2.13        | <b>2.43</b> | F(1 382); 10.290 | 0.001 |
|                      | Adicciones               | 1.59        | <b>1.79</b> | F(1 388); 7.230  | 0.007 |
| Estrés               | Control                  | <b>3.57</b> | 3.34        | F(1 388); 14.109 | 0.000 |
|                      | Descontrol               | 2.69        | <b>2.99</b> | F(1 388); 16.098 | 0.000 |
| Bienestar subjetivo  | Experiencia negativa     | 2.20        | <b>2.42</b> | F(1 386); 8.785; | 0.003 |
| Satisfacción         | Con mi relación          | <b>3.85</b> | 3.59        | F(1 400); 4.246  | 0.040 |
|                      | Respeto que me brinda    | <b>3.34</b> | 3.28        | F(1 400); 5.618  | 0.018 |



### Efectos principales por estado de salud (con cardiopatía vs sano)

Cabe señalar que aquí no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, lo que implica que, sin importar si se es el paciente o su pareja sana, se experimentan los mismos motivos de conflicto, estrés, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación.

### Efectos de interacción sexo y estado de salud

En este rubro, los análisis mostraron que fueron las mujeres sanas quienes reportaron con más frecuencia los motivos de conflicto por creencias religiosas y la forma de vivir la religión, seguidas por los hombres con cardiopatía, las mujeres con cardiopatía y los hombres sanos (Tabla 2).

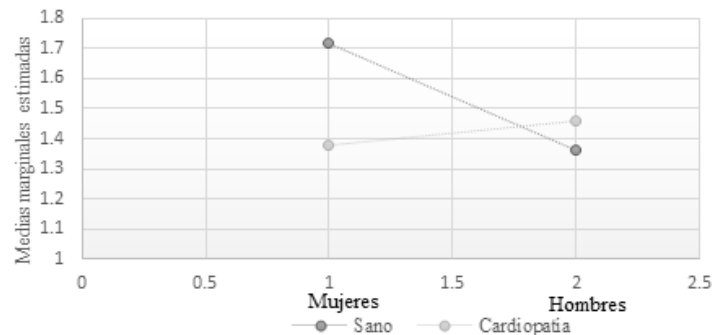
**Tabla 2.** Diferencias entre hombres y mujeres y estado de salud.

| Variable | Estado de salud | Hombres | Mujeres | F                | p    |
|----------|-----------------|---------|---------|------------------|------|
| Religión | Sano            | 1.36    | 1.72    | F(1, 381); 6.197 | .013 |
|          | Cardiopatía     | 1.46    | 1.38    |                  |      |

Para verificar la diferencia de la Tabla 2, se elaboró una gráfica de medias marginales estimadas, en la cual se observa que las medias que difieren fueron las de las mujeres con cardiopatía y las mujeres sanas (F [1, 202]; 5.658;  $p = .016$ ). Para

el caso de los hombres, se realizó el mismo procedimiento, hallándose que no había diferencias significativas entre los hombres enfermos y los sanos (F[1, 123]; .028;  $p = .869$ ) (Figura 1).

**Figura 1.** Resultados de medidas marginales estimadas por sexo y estado de salud.



Después, con la finalidad de cumplir el segundo objetivo de la investigación, se efectuaron algunos análisis, por separado, de correlación producto-momento de Pearson para hombres y mujeres, ya que los resultados previos mostraron más diferencias por sexo que por estado de salud. Tales resultados de dichos análisis muestran que tanto mujeres como hombres reportaron que a más motivos de conflicto por *indiferencia* (conflicto ante puntos de vistas divergentes, por lo que es difícil tomar decisiones y llegar a un acuerdo), *desconfianza* (mentiras de parte de uno mismo y de la pareja, falta de confianza y de conversaciones tanto sobre lo que hacen como a lo que a su pareja le

gustaría) y *dinero* (conflictos causados por las diferencias por el gasto y la distribución del dinero, que se relaciona con la falta de responsabilidad de la pareja), menos experiencias emocionales positivas (como felicidad y contento que la persona ha vivido y sentido el último mes), menos satisfacción con la vida (conseguir las cosas que consideran importantes, estar satisfecho con la vida) y menos prosperidad (tener una vida útil y significativa y relaciones sociales gratificantes y de apoyo), así como más experiencias emocionales negativas (displacer, tristeza, miedo y enojo vividos y sentidos en el último mes).

En contraposición a un mayor *control del estrés* (tener todo bajo control, como los problemas irritantes de la vida, los cambios importantes y los problemas personales), más experiencias emocionales positivas, más satisfacción con la vida y prosperidad y menos emociones negativas.

En ambos grupos se observa que entre más conflictos surgen por las *actividades de la pareja* (el tiempo que la misma dedica a sus propias actividades, por lo que no se da una atención suficiente a la pareja ni a la relación) y más descontrol ante el estrés (sentido de incapacidad para controlar cosas importantes de la vida, estar triste por algo inesperado, sentirse nervioso y estresado) habrá más experiencia negativa y menos satisfacción con la vida, y menos experiencia emocional positiva y prosperidad. Cuando hombres y mujeres refieren tener más conflictos por las *actividades propias* (actividades que se realizan y el tiempo que se les dedica, lo que ocasiona que no se tenga tiempo para la pareja; asimismo, incluye el que se prefiere estar en otro lugar o hacer otras cosas que estar con la pareja) expresan tener más experiencias emocionales negativas y, por tanto, menos positivas.

Se encontró que entre más problemas surgen por las *distintas personalidades* de los miembros de la pareja (que surgen debido al carácter y la forma de ser de cada uno); se apreciaron más experiencias emocionales negativas tanto en hombres como en mujeres, en aquellos los sucesos se relacionaron con menos satisfacción con la vida, prosperidad y experiencias emocionales positivas. En la medida en que aparecen más problemas por cuestiones de *religión* (creencias religiosas y la forma de vivir la religión que cada miembro de la pareja considera adecuadas), en las mujeres hay más experiencias emocionales negativas, mientras que en los hombres menos experiencias positivas, menos satisfacción con la vida y prosperidad. De modo similar, en la medida en que se tienen más conflictos debido a la *sexualidad* (frecuencia e interés que se tiene en las relaciones sexuales), las mujeres se sienten menos satisfechas con su vida y menos prósperas, mientras que ellos sienten menos experiencias emocionales positivas y más negativas.

En el caso de los hombres, se observa que entre más *celos* se experimentan (cuando cualquiera de los miembros conversa o interactúa con personas del sexo opuesto), menos satisfacción de vida y menos prosperidad. Tanto en los hombres como en las mujeres, entre más conflictos surgen debidos a sus *familias de origen* (discusiones porque la familia propia trata de influir o intervenir en la relación) hay más experiencias emocionales negativas, mientras que en las mujeres sus repercusiones llegan a afectar su sensación de prosperidad y satisfacción de vida, y entre más problemas hay sobre la *familia política* (influencia que ejerce sobre la pareja, intervención en la relación, convivencia que hay que tener con la familia de la pareja), se perciben menos experiencias emocionales positivas, y también una menor satisfacción de vida, tanto en hombres como en mujeres; en los hombres, también disminuye su sensación de prosperidad y aumentan la experiencia emocional negativa (Tabla 3).

Se efectuó un análisis de correlación producto-momento de Pearson para hombres y mujeres a fin de identificar el grado de asociación entre los motivos de conflicto con la satisfacción con la relación, el cual mostró que entre más conflictos debidos a la *indiferencia y personalidad*, había una menor satisfacción con la relación, la atención que se recibe, el respeto que se brinda, la frecuencia y calidad de relaciones sexuales satisfactorias y el cariño que se recibe en ambos sexos. Solamente en el caso de las mujeres se observó que entre más conflictos aparecían en dichas áreas, menos satisfacción había en las actividades compartidas. En ellas, entre más problemas relativos a *los hijos* existen (trato, forma en que se les disciplina, tiempo que conviven con ellos) experimentarán menos satisfacción con la frecuencia de las relaciones sexuales, las actividades que se comparten con la pareja y el cariño que reciben. De igual manera, en la medida en que las mujeres tienen más conflictos por *desconfianza*, tendrán también menos satisfacción con las actividades compartidas, el cariño que reciben, la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales, su relación, el respeto que le brinda su pareja y la atención que reciben (Tabla 4).

**Tabla 3.** Correlaciones entre motivos de conflicto con la pareja y estrés percibido con bienestar subjetivo.

|                             |                          | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
|-----------------------------|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Motivos de conflicto</b> | Hijos                    |         |         |         |         |         |         |         |         |
|                             | Indiferencia             | -.342** | -.359** | .329**  | .337**  | -.255** | -.316** | -.317** | -.330** |
|                             | Personalidad             |         | -.279** | .241**  | .338**  | –       | -.298** | –       | -.320** |
|                             | Desconfianza             | -.344** | -.346** | .476**  | .391**  | -.299** | -.313** | -.337** | -.378** |
|                             | Actividades propias      | -.221** | -.204** | .211**  | .255**  |         |         |         |         |
|                             | Religión                 |         | -.279** | .295**  |         |         | -.203** |         | -.229** |
|                             | Sexualidad               |         | -.199** |         | .249**  | -.192** |         | -.211** |         |
|                             | Celos                    |         |         |         |         |         | -.200** |         | -.239** |
|                             | Dinero                   | -.360** | -.320** | .299**  | .409**  | -.301** | -.387** | -.351** | -.326** |
|                             | Familia de origen        |         |         | .247**  | .215**  | -.198** |         | -.188** |         |
|                             | Familia política         | -.183** | -.200** |         | .191**  |         | -.218** | -.183** | -.227** |
|                             | Actividades de la pareja | -.262** | -.312** | .300**  | .265**  |         | -.213** | -.245** | -.322** |
|                             | Adicciones               |         | -.221** |         | .287**  |         | -.248** |         | -.254** |
| <b>Estrés</b>               | Descontrol               | -.298** | -.189** | .515**  | .495**  |         | -.343** | -.277** | -.300** |
|                             | Control                  | .532**  | .522**  | -.397** | -.414** | .502**  | .410**  | .508**  | .444**  |

**Tabla 4.** Correlaciones entre motivos de conflicto con la pareja y estrés percibido con satisfacción relacional

|                             |              | Con mi relación |         | Atención que recibo |         | Respeto que me brinda |         | Frecuencia de relaciones sexuales |         | Cariño que recibo |         | Actividades que comparto |   | Calidad de relaciones sexuales |         |
|-----------------------------|--------------|-----------------|---------|---------------------|---------|-----------------------|---------|-----------------------------------|---------|-------------------|---------|--------------------------|---|--------------------------------|---------|
|                             |              | M               | H       | M                   | H       | M                     | H       | M                                 | H       | M                 | H       | M                        | H | M                              | H       |
| <b>Motivos de conflicto</b> | Hijos        |                 |         |                     |         |                       |         | -.206**                           |         | -.182**           |         | -.194**                  |   |                                |         |
|                             | Indiferencia | -.251**         | -.189** | -.249**             | -.232** | -.217**               | -.185** | -.268**                           | -.182** | -.285**           | -.222** | -.300**                  |   | -.237**                        | -.229** |
|                             | Personalidad | -.289**         | -.246** | -.262**             | -.200** | -.351**               | -.237** | -.258**                           | -.306** | -.325**           | -.274** | -.312**                  |   | -.317**                        | -.297** |
|                             | Desconfianza | -.321**         |         | -.250**             |         | -.288**               |         | -.273**                           |         | -.335**           |         | -.348**                  |   | -.334**                        | –       |
|                             | Religión     |                 |         |                     |         | -.211**               |         |                                   |         | -.202**           |         | -.191**                  |   |                                |         |
|                             | Act pareja   |                 |         |                     |         |                       |         |                                   |         | -.266**           |         | -.193**                  |   |                                |         |
|                             | Adicciones   |                 |         |                     |         | -.263**               |         |                                   |         |                   |         |                          |   |                                |         |
| <b>Estrés</b>               | Descontrol   | -.209**         |         |                     |         | -.196**               |         | -.266**                           |         | -.207**           |         | -.219**                  |   | -.193**                        |         |
|                             | Control      | .222**          |         | .211**              |         |                       |         |                                   |         | .187**            | .210**  | .184**                   |   |                                | .215**  |

## DISCUSIÓN

Hoy día las cardiopatías son la primera causa de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) y dejan considerables secuelas emocionales (Kubzansky y Kawachi, 2000) que no únicamente afectan al paciente, sino que perjudican también la salud física y mental de su cuidador principal (Chang, Chiou y Chen, 2010), que en la mayoría de los casos es la pareja (Gere

y Schimmack, 2011), en quien generan ansiedad, estrés y depresión (Chang *et al.*, 2010). Por ello, el estudio de las enfermedades cardiovasculares y sus consecuencias emocionales se ha hecho más abundante ya que tienen una importancia real y muy actual. Ante esto, el presente análisis tuvo por objetivos examinar las diferencias entre los motivos de conflicto, estrés, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación en hombres y mujeres con cardiopatía y sus parejas sanas, e identificar

los efectos de los motivos de conflicto y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación.

En lo que respecta al primer objetivo, las mujeres reportaron, con más frecuencia, motivos de conflictos debidos a la indiferencia, actividades de la pareja y adicciones, en comparación con los hombres. Lo anterior puede deberse a que, según Buss (1989), son ellas quienes invierten más recursos y tiempo hacia su pareja, a diferencia de los hombres; por ello, cuando sus parejas no disponen de tiempo para ellas, suele haber más conflictos. Asimismo, lo que provoca que las mujeres reporten con más frecuencia el consumo de tabaco y alcohol en el conflicto tiene sentido, toda vez que muchos estudios señalan que son ellos quienes son los principales consumidores de tales sustancias (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2017). Por su parte, los hombres señalan tener más conflictos por el tiempo que le dedican a sus propias actividades, lo que ocasiona que no se disponga de tiempo para la pareja; hay que señalar que este conflicto tiene como fuente la conservación de su independencia (Buss, 1989), lo que para las mujeres no es tan necesario (Arnaldo, 2001).

Respecto al estrés percibido, se observó que las mujeres tienen un mayor sentimiento de incapacidad para controlar cosas importantes de la vida, a diferencia de ellos que puntuaron más alto en tener bajo control los problemas y situaciones de la vida. Esto se complementa con el hecho de que son las mujeres quienes puntuaron más alto en la experiencia emocional negativa del bienestar subjetivo (displacer, tristeza, miedo y enojo) en comparación con los varones. Debido a que las mujeres han mostrado ser más emocionales lo que implica que “se enganchan” más fácilmente en estímulos desencadenadores del estrés en comparación con ellos, quienes han evidenciado su habilidad en el control emocional, independientemente de sus emociones son negativas o positivas (Sánchez-Aragón y Méndez, 2011).

En cuanto a dicho objetivo, se observó asimismo que respecto a la satisfacción con la relación se hallaron diferencias significativas entre los sexos en los indicadores de “satisfacción con mi relación” y “satisfacción con el respeto que me

brinda mi pareja”, en cuanto que los hombres alcanzaron medias superiores, lo que puede deberse a que ellos hacen evaluaciones más generales de la relación y son menos específicos (Sánchez-Aragón, 2019a), lo que favorece tal diferencia; no obstante esta significativa disimilitud, hay que indicar que ambos sexos puntuaron por arriba de la media, lo que implica que tienden a sentirse más que medianamente satisfechos con estos aspectos.

En cuanto a las posibles diferencias debidas al estado de salud, es decir, entre el miembro de la pareja con cardiopatía y su pareja sana, los resultados mostraron una cierta igualdad; es decir, los motivos de conflicto reportados por el paciente y su pareja, el estrés, el bienestar subjetivo y la satisfacción no se ven afectados diferencialmente. Esto resulta lógico considerando que ambos se ven afectados de igual manera por las vicisitudes de la vida, incluida la condición de salud de uno de ellos (Figuroa *et al.*, 2005). De hecho, se ha reportado que el miembro sano de la pareja puede llegar a tener el mismo nivel o la misma sensación de estrés que el miembro enfermo (Garrido, 1993), lo que implica que la enfermedad no es un factor que influya en algunos de los resultados obtenidos.

Sin embargo, los efectos por interacción indican que las mujeres sanas reportan más conflictos por la religión, en comparación con las enfermas, los hombres sanos y los enfermos. Este hallazgo resultó significativo, pero con medias bajas, lo que exige en el futuro una exploración más precisa en este tipo de parejas.

Respecto al segundo objetivo, se observó que en las parejas hay frecuentemente conflictos debidos a indiferencia, desconfianza y dinero, y que por ello hay más experiencias emocionales negativas que positivas, al igual que menos prosperidad y satisfacción con la vida. Lo anterior implica que la falta de interés y confianza y la consiguiente incertidumbre sobre el buen manejo de las finanzas familiares afecta no solamente los estados emocionales transitorios que aparecen durante las discusiones, sino que trascienden incluso la noción de sentir que la vida tiene sentido. Las consecuencias de estos conflictos deterioran las bases de su relación y les impide cumplir sus metas conjuntamente (Gere y Schimmack, 2011). La confianza

en particular desempeña un papel central ya que es el fundamento y la condición de estabilidad de la pareja (Núñez, Cantó y Seebach, 2015), por lo que la falta de ella desestabilizará y vulnerará el vínculo (García, Rivera-Aragón, Reyes y Díaz-Loving, 2011), lo que a su vez provocará que disminuya la felicidad individual y aumentará el temor de perder a la pareja, y por tal motivo experimentarán mayores experiencias emocionales negativas. Ello justifica justamente el hallazgo de que el conflicto por celos impactará directamente la percepción de prosperidad y satisfacción con la vida únicamente en los hombres, lo que significa una mayor dificultad para procesar la competencia con un rival y el sentimiento de ser menos valioso para la mujer, resultado no encontrado en ellas. En cuanto al dinero, este causará conflictos por la manera en que se distribuye y se gasta; entre menor es el ingreso, la forma de distribuirlo debe ser más cuidadosa y con más responsabilidad, lo que lo hace un tema más delicado, y por lo tanto causante de problemas que perturbará el bienestar subjetivo (Moyano y Ramos, 2007).

Este mismo efecto (más experiencias emocionales negativas y menos positivas, y menor prosperidad y satisfacción con la vida) se observó en los hombres debido a los conflictos causados por las diferentes personalidades de los miembros de la pareja. Sin duda esta causa de disputa es importante, ya que muchas veces, en lugar de ver la diferencia como un complemento positivo, se le ve como una gran limitación que obliga a la pareja a ser más tolerante, empática e incluso a regular mejor sus emociones, pues es frecuente que se moleste o entristezca por dichas discrepancias (Granillo y Sánchez-Aragón, 2019) y por las exigencias de la propia enfermedad.

El mismo patrón de respuesta se observa en lo referente a los conflictos surgidos por las adicciones de la pareja, y son los hombres a quienes les altera más en la forma de un detrimento de su sensación de que su vida ha sido significativa y en que se sienten satisfechos con la misma. Ello podría deberse al peso que le confieren a la situación social, que es muchas veces el ámbito para el consumo de alcohol y tabaco, por lo que, al ser un problema con la pareja, esta posibilidad de salir

con los amigos y beber y fumar les causa malestar (Diener *et al.*, 2009).

En el caso del problema ocasionado por las actividades propias, se observan experiencias emocionales negativas, pero que no trascienden hacia la prosperidad. Esto resulta así ya que en las personas con cardiopatía la propia enfermedad genera una predisposición hacia la hostilidad, la ira y la agresividad (Kubzansky y Kawachi, 2000), las que incrementan las emociones de desconfianza o la sensación de no ser parte de las otras esferas de vida de su pareja, lo que lastima el sentido de unidad y conexión entre ambos miembros cuando no se incluye al otro en tales actividades (García *et al.*, 2011). La persona sana, a su vez, experimentará más emociones negativas debido a que no puede disfrutar de sus propias actividades por el tiempo que deben dedicar a su pareja y la carga emocional que eso conlleva (Chang *et al.*, 2010). Sin embargo, cuando se evalúa el conflicto debido las actividades del otro, ambos se ven afectados en sus experiencias emocionales, en su satisfacción con la vida y en la noción de prosperidad, aunque esto último ocurre solo en los hombres. Aquí es posible apreciar el peso diferencial que se da a quien resulta responsable del conflicto; es decir, cuando son “mis actividades” únicamente genera malestar, pero cuando son “sus actividades”, entonces afecta el sentido de si se ha conseguido en la vida lo que más se desea, e incluso considerar que se ha tenido una vida útil y próspera en el caso de los hombres.

La manera en la que se relacionan los conflictos provocados en la pareja por la sexualidad resulta muy interesante dado que a ellos les afecta en la experiencia emocional inmediata (menos positiva y más negativa), mientras que en ellas se expande a la valoración de su vida en un sentido más amplio. Ante esto, hay que decir que cuando el funcionamiento sexual en la pareja es un problema, puede ser una señal de deterioro, y por tanto causará malestar psicológico general, con posibilidad de desarrollar problemas de autoestima, ansiedad o depresión (Carrobbles, Gámez y Almendros, 2011).

Con coeficientes de correlación menos robustos pero significativos está la manera en la que



las familias de origen y la política afectan el bienestar subjetivo de los participantes, favoreciendo emociones negativas y afectándolas a ellas cuando se trata de su familia, y a ellos cuando se trata de la de su esposa en términos de prosperidad y de satisfacción de vida. Esto pone en evidencia lo lesivo de la intromisión de la familia de la mujer en la relación de la pareja, lo que es indicador de la falta de límites y de alta expansión que la familia mexicana efectúa de manera automática, aun a costa del bienestar de la pareja, obligando a los miembros de la misma a negociar los límites hacia fuera, así como las normas dentro de su misma estructura a fin de salvaguardar su bienestar y satisfacción (Riquelme, 2013).

Entre el estrés y el bienestar subjetivo se notaron relaciones fuertes que indican que, en la medida en que se tiene control sobre las situaciones amenazantes que atentan contra las propias capacidades, se goza de un mayor bienestar subjetivo (experiencias emocionales positivas, prosperidad y satisfacción con la vida), y a la inversa. Ello se apoya en lo reportado por Carrim, Basson y Coetzee (2006), quienes encontraron que el tener pensamientos de control sobre las situaciones está asociado con mayores niveles de felicidad, y en sentido contrario, que los sentimientos negativos, así como de no poder controlar aspectos importantes de la vida, se vinculan con bajos niveles de bienestar global (Torun y April, 2006).

También se examinaron las relaciones entre los motivos de conflicto y el estrés en la satisfacción con la relación de los participantes. De manera general, los hallazgos muestran que las causas de los problemas están asociadas a una evaluación negativa de la relación (Álvarez, García y Rivera, 2015), y ello se hace más que evidente cuando los motivos son la indiferencia y las personalidades opuestas de los miembros de la diada. Como ya se señaló líneas atrás, este tipo de situaciones dañan la infraestructura emocional de la pareja (Sánchez-Aragón, 2016), por lo que afectan de manera sistemática las áreas de satisfacción evaluadas. Particularmente, la indiferencia o la falta de interés son, en muchas ocasiones, sinónimos de un rompimiento relacional (Sánchez-Aragón y Martínez, 2014), toda vez que ponen de manifiesto el

nulo valor que tiene la relación o la pareja en la vida de la persona. Esto, en el contexto del paciente con cardiopatía, resulta aún más sombrío, pues si requiere atención, cuidado, acompañamiento y solidaridad, el que haya desinterés y apatía en el otro no solamente irá en perjuicio de la relación, sino también de la salud de los miembros de la pareja, y más todavía en aquel con cardiopatía. El conflicto originado por las diferentes personalidades traerá complicaciones en la pareja debido a sus distintos niveles de comprensión de dicho conflicto y al obstáculo que imponen a la toma conjunta de decisiones, entre muchos otros aspectos, lo que generará un menoscabo de la calidad de la relación y, con ello, de la satisfacción (Flores, 2011).

Otro grupo de resultados que deben considerarse muestran que, para las mujeres, los conflictos causados por desconfianza, religión, actividades de la pareja y adicciones afectan negativamente su satisfacción con la relación, la atención, el respeto, el cariño, las actividades y la calidad y la frecuencia de la actividad sexual. Tales efectos pueden deberse a que —como se indicó previamente— este tipo de conflictos minan paulatinamente la relación según su frecuencia, de tal suerte que las actividades de la pareja y la desconfianza implican dudar, lo que puede escalar hacia la total desvinculación (Sánchez-Aragón y Martínez, 2014). Los problemas ocasionados por cuestiones religiosas se evidencian en las creencias y las conductas que se realizan en la cotidianidad y que pueden estar muy arraigadas en los miembros de la pareja, por lo que es muy difícil negociarlas. Por último, los conflictos generados por las adicciones favorecen que el sentido de la vida se lacere, lo que facilita la aparición de reacciones de rechazo e incluso de violencia hacia la pareja, lo que trae consigo que la satisfacción con la relación disminuya (Herrera y Arena, 2010).

Únicamente en las mujeres se observó que entre más conflictos surgían con sus parejas por el trato hacia los hijos y la manera como se les educaba, menos satisfacción con la frecuencia de las relaciones sexuales, las actividades compartidas y el cariño recibido por la pareja, lo que podría deberse a que, al decir de Fromm (1959), son fi-

nalmente las madres las más protectoras con los hijos, por los que les tienen un amor incondicional, por lo que los conflictos provocados en esa área, aunados a la propia cardiopatía, hacen que se sientan menos a gusto con el cariño recibido de su pareja, lo que repercute en su deseo sexual y en el deseo de compartir actividades y espacios con aquella (Yogev, 2007).

Al examinar en las mujeres la relación entre el estrés y la satisfacción, se apreciaron algunos efectos significativos. Los resultados se entienden mejor cuando se considera que las mujeres sanas pueden sentir estrés debido a su rol de cuidadoras principales del hombre enfermo (Pearlin, 1983), mientras que en el caso de las mujeres enfermas el estrés es generado también por la propia enfermedad (Kubzansky y Kawachi, 2000). Es así que cuando las mujeres experimentan este sentido de incapacidad para controlar los eventos inesperados que las amenazan, tienen menos satisfacción en sus relaciones, y cuando sienten que pueden controlar los problemas, cambios y situaciones que le exigen demasiado, muestran más satisfacción. Cuando uno de los miembros de la pareja padece una cardiopatía, y que esta puede ser vista como el estímulo desencadenador de estrés, tal resultado sugiere que si las mujeres fueran o no las enfermas, el control resulta fundamental para sentirse bien; dicho dominio requiere de otros recursos, tales como la resiliencia, el optimismo y la autoeficacia para regular las emociones (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020; Sánchez-Aragón, 2019b), a fin de que ellas se empoderen y, en compañía, puedan afrontar de mejor manera su vida personal y de pareja.

## AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN304919 del proyecto “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y enfermedades crónico-degenerativas”.

*Citación:* Bravo-Doddoli, A. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Conflicto relacional y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción de parejas con cardiopatía. *Psicología y Salud*, 31(2), 307-321. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2699>.

Así, el presente estudio comprueba que los motivos de conflicto, como el estrés y su control, están asociados a la experiencia de bienestar, tanto en lo que corresponde a estados emocionales transitorios, como a aquellos que se refieren a la valoración más profunda de la propia vida en términos de significado, de contar con personas que brindan gratificación, de que se ha logrado lo que se considera importante y de que se siente en general satisfacción con su vida. Estos hallazgos son comunes a hombres y mujeres, pero también diferentes, lo que hizo posible conocer un poco más a cada uno de los miembros de la pareja en el contexto de una enfermedad crónico-degenerativa como la cardiopatía. En el futuro será interesante examinar estas y otras variables, explorar particularmente a los tipos de cardiopatía, y también analizar de qué manera las características de un miembro afectan al otro y viceversa.

Como limitantes de esta investigación se encuentran el uso del autorreporte para evaluar las variables en cuestión, ya que no permite estudiar la variable a profundidad; sin embargo, es una manera de poder aproximarse al estudio de más personas y manejar los datos de una forma más objetiva, libre de interpretaciones personales. Se puede apuntar que los hallazgos del estudio pueden ser discutidos desde la teoría de género, la cual puede proveer explicaciones basadas en los roles sociales, sus exigencias y sus tensiones (Pearlin, 1983); no obstante, el enfoque y el objetivo de esta investigación se orientó a partir de la psicología social de la salud, particularmente del análisis del peso de la cardiopatía como enfermedad crónico-degenerativa en la vida de la pareja.

## REFERENCIAS

- Álvarez R., E., García M., M. y Rivera A., S. (2015). Satisfacción marital a través de la dinámica del conflicto y la culpa. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 48-51.
- Armenta H., C. y Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y satisfacción: analizando la interacción de pareja. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 23-27.
- Arnaldo O., O.Y. (2001). *Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas*. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baker, B., Paquette, M., Szalai, J.P., Driver, H., Perger, T., Helmers, K., y Tobe, S. (2000). The influence of marital adjustment on 3-year left ventricular mass and ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3453-3458. Doi: 10.1001/archinte.160.22.3453.
- Bookwala, J. (2005). The Role of Marital Quality in Physical Health During the Mature Years. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 85-104. Doi: 10.1177/0898264304272794.
- Buss, D.M. (1989). Conflict between the sexes: Strategic interference and the evocation of anger and upset. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 735-747. Doi: 10.1037/0022-3514.56.5.735.
- Carr, D., Freedman, V.A., Cornman, J.C. y Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930-948. Doi: 10.1111/jomf.12133.
- Carrim, N.M.H., Basson, J., y Coetzee, M. (2006). The relationship between job satisfaction and locus of control in a South African call center environment. *South African Journal of Labour Relations*, 30(2), 66-81. <http://hdl.handle.net/10500/13681>.
- Carrobbles, J.A., Gámez G., M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34.
- Chang, H.-Y., Chiou, C.-J., y Chen, N.-S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271. Doi: 10.1016/j.archger.2009.04.006.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404.
- Colleen, J. (1985). The Impact of Illness on Late-Life Marriages. *Journal of Marriage and Family*, 47(1), 165-172. Doi: 10.2307/352078.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>.
- Connolly, J.A., y Konarski, R. (1994). Peer self-concept in adolescence: Analysis of factor structure and of associations with peer experience. *Journal of Research on Adolescence*, 4(3), 385-403. Doi: 10.1207/s15327795jra0403\_3.
- De Vogli, R., Chandola, T., y Marmot, M.G. (2007). Negative aspects of close relationships and heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 167(18), 1951-1957. Doi: 10.1001/archinte.167.18.1951.
- Díaz L., G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.
- Figueroa, M.I., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán, Argentina. *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Flores G., M.M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de Investigación Psicológica*, 1(2), 216-232.
- Flores G., M.M., Díaz-Loving, R. y Rivera-Aragón, S. (2004). Validación psicométrica del inventario de negociación del conflicto en parejas de una subcultura tradicional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 77(1), 39-55.
- Flórez R., N. y Sánchez-Aragón, R. (2019). Escala de Estrés Percibido. En M. Morales B. (Ed.): *Memorias del XLVI Congreso Nacional de Psicología "360 años de la Psicología"*. El Marqués, Qro. (México), 3, 4 y 5 de abril.
- Fromm, E. (1959). *El arte de amar*. México: Paidós.
- García M., M., Rivera-Aragón, S., Reyes L., I., y Díaz-Loving, R. (2011). El enfrentamiento y el conflicto: factores que intervienen en la depresión. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 415-427.
- García M., M. y Vargas N., I. (2002). Satisfacción marital y evitación del conflicto. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes L. (Eds.): *La Psicología Social en México* (v. IX, pp. 756-762). México: Asociación Mexicana de Psicología.
- Garrido M., E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5(1), 337-347.

- Gere, J. y Schimmack, U. (2011). When romantic partners' goals conflict: Effects on relationship quality and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 37-49. Doi: 10.1007/s10902-011-9314-2.
- Granillo V., A.D. y Sánchez-Aragón, R. (2020). *El papel de la resiliencia, el optimismo y la autoeficacia en la empatía hacia pacientes con cardiopatía*. Manuscrito no publicado.
- Granillo V., A.D., Sánchez-Aragón, R. y Zepeda G., G.D. (2019). Bienestar subjetivo: medición integral y validación en México. En M. Morales B. (Ed.): *Memorias del XLVI Congreso Nacional de Psicología "360 años de la Psicología"*. El Marqués, Qro. (México), 3, 4 y 5 de abril.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2019). Tolerancia y afectividad en el escenario romántico. *Vertientes*, Número Especial, 103-105.
- Guerrero, L.K., Andersen, P.A., y Afifi, W.A. (2017). *Close encounters: Communication in relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.
- Herrera P., J.M. y Arena V., C.A. (2010). Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18, 557-564. Doi: 10.1590/S0104-11692010000700011.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. y Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Horwitz, A. y White, H. (1991). Becoming married, depression, and alcohol problems among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 221-237.
- Kaplan, M. y Maddux, J.E. (2002). Goals and marital satisfaction: Perceived support for personal goals and collective efficacy for collective goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 157-164. Doi: 10.1521/jscp.21.2.157.22513.
- Kiecolt-Glaser, J. y Newton, T. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychology Bulletin*, 127(4), 472-503. Doi: 10.1037/0033-2909.127.4.472.
- Kline, G.H., Pleasant, N.D., Whitton, S.W. y Markman, H.J. (2006). Understanding couple conflict. En A. L. Vangelisti y D. Perlmán (Eds.): *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Kubzansky, L.D. y Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 323-337. Doi: 10.1016/S0022-3999(99)00091-4.
- Latour, J. y Gutierrez, V.T. (1995). Efecto de los factores psicosociales en la supervivencia a corto y largo plazo de los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Medicina Intensiva*, 19, 183-188.
- Mercado M., F. y Hernández I., E. (2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2178-2186.
- Moyano D., E. y Ramos A., N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(22), 284-200.
- Neff, L. y Karney, B. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 134-148. Doi: 10.1177/0146167203255984.
- Nina E., R. (2016). Estrés y el afrontamiento diádico en la relación marital. *Revista Griot*, 9(1), 48-56.
- Núñez, F., Cantó M., N. y Seebach, S. (2015). Confianza, mentira y traición: el papel de la confianza y sus sombras en las relaciones de pareja. *Sociológica*, 30(84), 117-142.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Las diez principales causas de defunción*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Pearlin, L.I. (1983). Role strains and personal stress. En H. B. Kaplan (Ed.): *Psychosocial stress. Trends in theory and research* (pp. 3-32). New York: Academic Press.
- Riquelme A., M. (2013). *Factores psicosociales que afectan la relación de pareja cuando la mujer tiene un crecimiento profesional y económico mayor que el del hombre*. Tesis inédita de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. (2013). Comunicación emocional, cercanía y satisfacción en las relaciones amorosas. *Relacionamento Interpessoal*, 1, 173-183.
- Sánchez-Aragón, R. (2016). *La pareja romántica en México. Desentrañando su naturaleza comunicativa y emocional*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. (2019a). Enamoramiento y satisfacción relacional como determinantes de la co-regulación de emociones positivas en hombres y mujeres. *Vertientes*. Número Especial, 68-70. Recuperado de <https://www.zaragoza.unam.mx/3-congreso-internacional-de-psicologia-de-la-fes-zaragoza/>.
- Sánchez-Aragón, R. (2019b). Effects of gratitude, tolerance and compassion in health and emotional co-regulation in the couple. *Memoirs of the Bilingual Congress of the International Society for Research on Emotions*. Amsterdam, 10-13 de julio.
- Sánchez-Aragón, R. y Martínez P., M. (2014). Correlatos entre bienestar subjetivo y regulación emocional del enojo: diferencias por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 179-198.



- Sánchez-Aragón, R. y Méndez C., R. (2011). Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 51-75.
- Sillars, A., Roberts, L. Leonard, K. y Dun, T. (2000). Cognition during marital conflict: the relationship of thoughts and talk. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(4-5), 479-502. Doi: 10.1177/0265407500174002.
- Springer, K.W., Pudrovska, T. y Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392-398. Doi: 10.1016/j.ssresearch.2010.05.008.
- Taylor, S. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization minimization hypothesis. *Psychology Bulletin*, 110(1), 67-85.
- Torun, E. y April, K. (2006). Rethinking individual control: Implications for business managers. *Journal for Convergence*, 7(1), 36-39. Doi: 10.1037/0033-2909.110.1.67.
- Yogev, S. (2007). Dual-career couples: conflicts and treatment. *The American Journal of Family Therapy*, 11(2), 38-44. Doi: 10.1080/01926188308250120.





# Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias

## *Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample of Mexican patients with respiratory diseases*

*Alma Vanessa Madrigal González<sup>1</sup>, María Guadalupe Pablo Díaz<sup>1</sup>,  
Joel Flores Juárez<sup>2</sup>, Eryka Urdapilleta Herrera<sup>3</sup>, Gabriela Lara Rivas<sup>3</sup>  
y Óscar Galindo Vázquez<sup>4</sup>*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Universidad Latina<sup>2</sup>

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias<sup>3</sup>

Instituto Nacional de Cancerología<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Óscar Galindo Vázquez, [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx).

### RESUMEN

*Introducción:* La ansiedad y la depresión son problemas de salud mental prevalentes en pacientes con enfermedades respiratorias, por lo que su detección de forma válida y confiable es necesaria para que dichos pacientes reciban una oportuna y adecuada atención psicosocial. *Objetivo:* Validar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes con enfermedades respiratorias. *Método:* Se empleó un diseño transversal, instrumental, con un muestreo no probabilístico y por disponibilidad. Se incluyeron 260 participantes diagnosticados con enfermedades respiratorias, con un rango de edad de 15 a 95 años, de los cuales 50.4% eran hombres y 49.6 % mujeres, especificándose los criterios de inclusión. *Resultados:* La muestra se caracterizó mayormente por sufrir enfermedades infecciosas y con comorbilidades. El análisis factorial confirmatorio de la HADS identificó dos factores, corroborando la estructura original. *Discusión:* La HADS mostró ser un instrumento válido y confiable para su uso en la atención clínica e investigación dirigida a pacientes con enfermedades respiratorias, población que puede requerir atención psicosocial durante la atención de su salud física.

**Palabras clave:** Ansiedad; Depresión; Enfermedades respiratorias; México; Validación.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [vanessa.madrigal.27@gmail.com](mailto:vanessa.madrigal.27@gmail.com) y [mag\\_pabdi@hotmail.com](mailto:mag_pabdi@hotmail.com).

<sup>2</sup> Escuela de Psicología, Campus Sur UNILA, Av. Pedro Henríquez Ureña 173, Col. Los Reyes, Del. Coyoacán, 04330 Ciudad de México, México, correo electrónico: [signus\\_dark@hotmail.com](mailto:signus_dark@hotmail.com).

<sup>3</sup> Programa de Apoyo a Pacientes y Familiares, Calz. de Tlalpan 4502, Col. Belisario Domínguez, Secc 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [erykau@yahoo.com.mx](mailto:erykau@yahoo.com.mx) y [agabilara@hotmail.com](mailto:agabilara@hotmail.com).

<sup>4</sup> Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Servicio de Psicooncología, Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc 16, Del. Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 60259, correo electrónico: [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx).

## ABSTRACT

**Introduction:** *Anxiety and depression symptoms are prevalent in patients with respiratory diseases. Thus detecting such symptoms in a valid and reliable way is relevant for developing and implementing timely and adequate psychosocial care.* **Objective:** *To validate the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample Mexican patients with respiratory diseases.* **Method:** *An instrumental, cross-sectional design, with non-probability sampling, was used due to participant availability. A total of 260 patients diagnosed with respiratory diseases, aged from 15 to 95 years participated; 50.4% men and 49.6% women.* **Results:** *The sample was characterized mainly by infectious diseases and comorbidities. Confirmatory factor analysis on HADS data yielded two factors, thus corroborating the original structure.* **Discussion:** *HADS proved to be a valid and reliable instrument for its use in clinical care and research aimed at patients with respiratory diseases provided that these patients tend to require psychosocial care throughout the duration of their condition.*

**Keywords:** Anxiety; Depression; Respiratory diseases; Mexico; Validation.

Recibido: 06/04/2020

Aceptado: 08/06/2020

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), las enfermedades no transmisibles son la causa principal de mortalidad en el mundo y causan 41 millones de defunciones al año, de las cuales 3.9 millones son por enfermedades respiratorias. En México, este tipo de padecimientos tienen considerables efectos en la salud pública, tal es el caso de la influenza de 2009 y el COVID-19 en 2019.

Cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones de la OMS (2004), 235 millones padecen asma, 64 millones enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y millones más rinitis alérgica, así como otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse. En esta misma línea, y según el estudio sobre la carga

mundial de morbilidad, la OMS (2017) en 2016 evaluó la prevalencia de EPOC en 251 millones de casos y en 2017 estimó 235 millones de casos de asma; cabe mencionar que estas cifras están consideradas a nivel mundial.

Los foros de las sociedades respiratorias internacionales indican que las enfermedades de tipo respiratorio imponen una inmensa carga sanitaria en todo el mundo, y que cinco enfermedades respiratorias (EPOC en tercer lugar; infecciones de las vías respiratorias inferiores en el cuarto; cáncer traqueal, bronquial y pulmonar en el sexto; tuberculosis en el duodécimo, y asma en el vigésimo octavo) figuran entre las causas más comunes de muerte en todo el mundo.

Se estima que 65 millones de personas padecen EPOC de moderada a grave, de los cuales fallecen aproximadamente tres millones cada año, lo que convierte a esta enfermedad en la tercera causa de muerte en todo el mundo. Hay que señalar que las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte. Se estima que los problemas de salud respiratorios causan casi 4 millones de muertes al año (por ejemplo, las infecciones del tracto respiratorio causadas por la influenza matan de 250 mil a 500 mil personas). En 2015, 10.4 millones de personas desarrollaron tuberculosis, y aproximadamente 1.4 millones murieron a causa de esta infección (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

En este grupo de pacientes, los síntomas de ansiedad y depresión se han asociado con varias patologías crónicas respiratorias (Gada, Khan, DeFina y Sherwood, 2014). La prevalencia descrita de los síntomas de ansiedad en pacientes con EPOC es del 35-40% (Yohannes y Alexopoulos, 2014), y está asociada a déficits cognitivos (Roncero *et al.*, 2016). Las dificultades para respirar generan síntomas de ansiedad, y cuando son persistentes pueden manifestarse no tan solo como ansiedad generalizada, sino incluso como trastornos de pánico (Pothirat *et al.*, 2015).

Miravittles *et al.* (2014) identificaron en 727 pacientes 34.5% de síntomas de ansiedad y 27.6% de depresión, hallando que la presencia de disnea

persistente genera mayores niveles de ansiedad y de depresión si se le compara con una manifestación con escasos síntomas. También se ha encontrado en pacientes con EPOC prevalencias de depresión que oscilan entre 6 y 75% (Pothirat *et al.*, 2015). Por su parte, Llanos y Ponce (2019) identificaron en pacientes con tuberculosis 76% de depresión, ocupando el síndrome depresivo mayor 6% de la misma. Por su parte Lugo, Reynoso y Fernández (2014) hallaron en pacientes mexicanos con EPOC que 50% se encontraban de leve a severamente deprimidos y que 75% presentaban ansiedad de leve a severa.

Los problemas de salud pública respiratorios globales han afectado considerablemente a la población mexicana, como la influenza ocurrida en 2009 (Córdova *et al.*, 2009) y el COVID-19 durante el año pasado. Duan y Zhu (2020) han reportado diversas dificultades en la cooperación entre los servicios de salud comunitarios y las instituciones de atención de salud mental; por ejemplo, se dificultaba la asignación de profesionales de salud apropiados a las personas afectadas por la epidemia, y después de la remisión de la infección viral los pacientes no eran transferidos oportunamente de un hospital a una institución comunitaria de servicios de salud para recibir tratamiento psicológico continuo.

Estas necesidades psicológicas y las variaciones de la prevalencias en pacientes con enfermedades respiratorias pueden deberse a lo heterogéneo de las poblaciones estudiadas y a la diversidad de instrumentos utilizados, ya que en algunos casos se valoraban los síntomas de depresión y en otros se restringían a la ocurrencia de cuadros depresivos establecidos (Roncero *et al.*, 2016) y adicionalmente a un posible subdiagnóstico; como se puede ver, el carecer de equipos de salud mental puede impedir la identificación de tales sintomatologías.

Se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes médicamente enfermos, siendo una de las más utilizadas la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), la cual ha sido muy útil

en los medios hospitalarios no psiquiátricos y en la atención primaria. Este instrumento considera dimensiones cognitivas y afectivas y omite los aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito), evitando así atribuirlos a la enfermedad. Se ha utilizado este instrumento para fines propios de la atención clínica y para identificar los efectos de intervenciones psicosociales en poblaciones con enfermedades agudas y crónicas.

La HADS se ha utilizado en México para fines clínicos y de investigación y se ha validado en pacientes obesos (López *et al.*, 2002), mujeres con diversas condiciones de enfermedad (Villegas, 2004), pacientes con cáncer de mama (Ornelas, Tufiño y Sánchez-Sosa, 2011), con VIH (Nogueada, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013), con cáncer (Galindo *et al.*, 2015), cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo, Meneeses, Herrera, Caballero y Aguilar, 2015), personas con trastorno de la conducta alimentaria (Barriguete, Pérez, De la Vega, Barriguete y Rojo, 2017) y pacientes con enfermedades cardiovasculares (Herrera, Galindo y Lerma, 2018). En tales estudios se han reportado coeficientes alfa de Cronbach de entre 0.78 y 0.90, así como estructuras factoriales similares a las de la versión original.

Sin embargo, hace falta una versión validada para población mexicana con enfermedades respiratorias; por consiguiente, el objetivo del presente estudio, con diseño no experimental, transversal e instrumental, fue validar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra con este tipo de pacientes.

## MÉTODO

### Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística en una institución mexicana pública de tercer nivel de atención hospitalaria, constituida por 260 pacientes de ambos sexos. La tabla 1 muestra las características generales de dicha muestra.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra (N = 260).

| <b>Género</b>         | <b>f</b> | <b>%</b> | <b>Lugar de residencia</b>   | <b>f</b> | <b>%</b> |
|-----------------------|----------|----------|------------------------------|----------|----------|
| Masculino             | 131      | 50.4     | Ciudad de México             | 129      | 49.6     |
| Femenino              | 129      | 49.6     | Interior de la república     | 131      | 50.4     |
| <b>Escolaridad</b>    |          |          | <b>Ocupación</b>             |          |          |
| Ninguna               | 19       | 7.3      | Campesino(a)                 | 13       | 5.0      |
| Primaria              | 72       | 27.7     | Comerciante                  | 31       | 11.9     |
| Secundaria            | 70       | 26.9     | Desempleado(a)               | 39       | 15.0     |
| Preparatoria          | 51       | 19.6     | Empleado(a)                  | 34       | 13.1     |
| Licenciatura          | 46       | 17.7     | Estudiante                   | 10       | 3.8      |
| Posgrado              | 2        | 0.8      | Hogar                        | 86       | 33.1     |
| <b>Estado civil</b>   |          |          | Jubilado(a)/pensionado(a)    | 3        | 1.2      |
| Soltero(a)            | 72       | 27.7     | Oficio                       | 40       | 15.4     |
| Casado(a)             | 106      | 40.8     | Actividad profesional        | 4        | 1.5      |
| Viudo(a)              | 25       | 9.6      | <b>Religión</b>              |          |          |
| Unión libre           | 39       | 15.0     | Católica                     | 211      | 81.2     |
| Divorciado(a)         | 11       | 4.2      | Cristiana                    | 21       | 8.1      |
| Separado              | 7        | 2.7      | Testigo de Jehová            | 5        | 1.9      |
| <b>Diagnóstico</b>    |          |          | Otros                        | 6        | 2.3      |
| Intersticiales        | 18       | 6.9      | Ninguna                      | 17       | 6.5      |
| Infeciosas            | 103      | 39.6     | <b>Tipo de comorbilidad</b>  |          |          |
| Cáncer                | 20       | 7.7      | Obesidad                     | 22       | 8.5      |
| Obstructivas          | 56       | 21.5     | Diabetes e hipertensión      | 42       | 16.2     |
| Procedimientos        | 32       | 12.3     | Diabetes                     | 25       | 9.6      |
| Quirúrgicas           | 15       | 5.8      | Hipertensión                 | 30       | 11.5     |
| Otros                 | 16       | 6.1      | Otros                        | 35       | 13.5     |
| <b>Pronóstico</b>     |          |          | <b>Consumo de sustancias</b> |          |          |
| Bueno                 | 19       | 7.3      | No                           | 109      | 41.5     |
| Malo                  | 14       | 5.4      | Sí                           | 151      | 58.1     |
| Regular               | 6        | 2.3      | <b>Tipo de sustancia</b>     |          |          |
| Reservado a evolución | 221      | 85.1     | Alcohol                      | 34       | 13.1     |
| <b>Comorbilidad</b>   |          |          | Tabaco                       | 27       | 10.4     |
| Sí                    | 154      | 59.3     | Alcohol y tabaco             | 75       | 28.8     |
| No                    | 106      | 40.8     | Alcohol, tabaco y cocaína    | 3        | 1.2      |
|                       |          |          | Alcohol, tabaco y marihuana  | 4        | 1.6      |
|                       |          |          | Otros                        | 10       | 4.0      |

## Procedimiento

La obtención de los participantes fue por disponibilidad durante las visitas a hospitalización en cualquiera de los servicios entre agosto y marzo. Cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio mediante la lectura, comprensión y firma del formato de consentimiento informado de investigación.

*Criterios de inclusión:* 1) Ser pacientes hospitalizados en cualquiera de los servicios clínicos por diagnóstico médico confirmado de enfermedad respiratoria, 2) que hubiesen sido evaluados dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, 3) que aceptaran ser valorados mediante la HADS, 4) que respondieran todos los reactivos del instrumento, 5) no haber sido diagnosticados o tra-



tados en los últimos seis meses por algún trastorno psiquiátrico, 6) no estar en tratamiento farmacológico o psicológico.

*Criterios de exclusión:* 1) Tener complicaciones vasculares mayores o disnea que impidiera la evaluación, 2) que mostraran deficiencias cognitivas, así como problemas auditivos o visuales severos, 3) estar intubados, 4) que no tuviesen trastornos de aprendizaje, 5) que hubieran sufrido traqueotomías.

*Criterio de eliminación:* 1) Que durante el llenado del instrumento el paciente decidiera no seguir contestándolo.

## Instrumentos

### *Cedula de identificación*

Se diseñó y aplicó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil) y clínicos (diagnóstico, pronóstico, tratamiento médico, comorbilidad médica y antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas).

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

La HADS (Hospitalized Anxiety and Depression Scale por sus siglas en inglés) es un instrumento autoaplicable que consta de catorce reactivos: siete diseñados para medir los síntomas de ansiedad y siete los de depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 3. La HADS se puede contestar en 5 o 6 minutos; los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas no tienen problemas para los reactivos, y son de fácil aplicación para el equipo de salud (Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann, 2002). Las instrucciones, reactivos y opciones de respuesta son comprendidos adecuadamente por parte de los pacientes.

### **Análisis estadísticos**

Se efectuó una auditoría de la base de datos, 10% de la muestra, para determinar la confiabilidad. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un sistema de aleatorización en el programa SPSS,

versión 21.0. Se obtuvo una puntuación total de 99.76 de 100%, lo que indica que los datos son confiables.

Se hizo un análisis descriptivo de cada reactivo para asegurar que no hubiera datos extremos y que se contara con datos en todas las casillas resultantes. Se generó una nueva variable con la suma de todos los reactivos y se identificaron los cuartiles extremos, con los cuales se corrió una prueba *t* de Student para dos muestras independientes, en la que se buscó significancia en todos los reactivos, demostrando con ello que podían discriminar entre tener o no el constructo medido.

Luego se hizo un análisis cruzado con todos los reactivos para confirmar que las puntuaciones de los cuartiles extremos identificados corrieran en direcciones opuestas. Finalmente, se identificó la estructura factorial mediante un análisis exploratorio de componentes principales con rotación varimax, mientras que el confirmatorio y la consistencia interna se hicieron mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

### **Análisis factorial exploratorio**

Se realizó este análisis con rotación varimax. Los criterios utilizados fueron cargas factoriales iguales o mayores a .40, y por lo menos dos ítems en un solo factor. Finalmente, se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, adoptándose un nivel de significancia estadística de  $p < .05$  (Gardner, 2003).

### **Análisis factorial confirmatorio**

Se evaluó el modelo con el mejor ajuste mediante un análisis factorial confirmatorio empleando el método de máxima verosimilitud a partir de la observación de límites aceptables de los estimadores, parámetros estandarizados, así como de la no colinealidad en las variables medidas. Se estimaron los índices de ajuste global  $\chi^2$  y la razón  $\chi^2/\text{gl}$ , los índices de bondad de ajuste (GFI), los indicadores adicionales (AGFI, TLI), así como el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) (Byrne, 2010; George y Mallery, 2001; Kline, 2005).

## RESULTADOS

### Análisis factorial exploratorio

El análisis de confiabilidad de la HADS obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach total de 0.852. El valor de la prueba KMO (Káiser-Meyer-Olkin) fue de 0.864 ( $p = 0.001$ ). Debido a que las correlaciones

internas fueron de medias a bajas, el análisis factorial se hizo mediante rotación varimax, ajustándose a dos factores que comprenden los 14 reactivos originales con autovalores arriba de 1, que en conjunto explicaron 44.84% de la varianza, con cargas factoriales de sus reactivos que van de 0.496 a 0.729. En la Tabla 2 se muestran las cargas factoriales de cada uno de los reactivos finales.

**Tabla 2.** Análisis factorial exploratorio de la HADS.

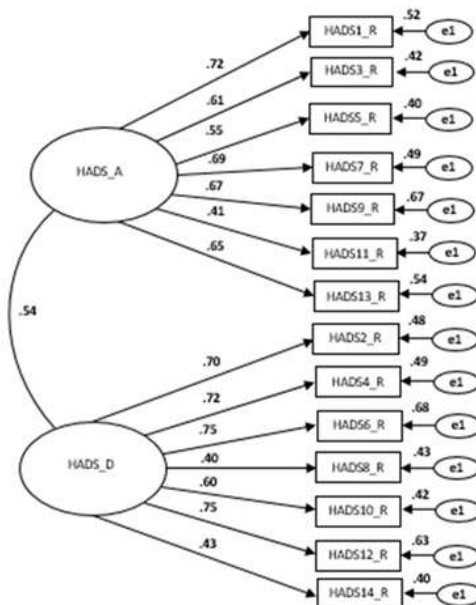
| Coefficiente alfa de Cronbach global ( $\alpha$ ) = 0.852<br>Varianza explicada = 44.84% | Carga factorial |              | Varianza explicada | Alfa de Cronbach |
|--|-----------------|--------------|--------------------|------------------|
| <b>HADS-A: Subescala de ansiedad</b>   |                 |              | 34.69%             | $\alpha = 0.795$ |
| 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a).   | 0.729           | -.011        |                    |                  |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.                  | 0.719           | .155         |                    |                  |
| 13. Presiento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro.                   | 0.653           | .277         |                    |                  |
| 9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago.                   | 0.642           | .091         |                    |                  |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.   | 0.613           | .363         |                    |                  |
| 11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme.                          | 0.559           | .300         |                    |                  |
| 7. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a).                         | 0.496           | .313         |                    |                  |
| <b>HADS-D: Subescala de depresión</b>  |                 |              | 10.15%             | $\alpha = 0.776$ |
| 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.                 | .087            | 0.670        |                    |                  |
| 6. Me siento alegre.   | .388            | 0.655        |                    |                  |
| 12. Me siento con esperanzas respecto al futuro.   | .019            | 0.635        |                    |                  |
| 4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas.                                     | .240            | 0.633        |                    |                  |
| 2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer.                                      | .231            | 0.596        |                    |                  |
| 10. He perdido el deseo de estar bien arreglado(a) o presentado(a).                      | .155            | 0.574        |                    |                  |
| 8. Siento como si yo cada día estuviera más lento.                                       | .223            | 0.566        |                    |                  |
| <i>M</i>   | 11.49           | 9.28         |                    |                  |
| <i>D.E.</i>  | 3.902           | 3.039        |                    |                  |
| <i>Varianza del factor</i>   | 15.224          | 9.236        |                    |                  |
| <i>Correlación intraclass del factor</i>   | .352a           | .314a        |                    |                  |
| <i>Valor inferior</i>  | .300            | .264         |                    |                  |
| <i>Valor superior</i>  | .408            | .369         |                    |                  |
| <i>Valor F</i>   | 4.797           | 4.202        |                    |                  |
| <i>Valor p</i>   | $\leq 0.001$    | $\leq 0.001$ |                    |                  |

### Análisis factorial confirmatorio

La razón  $\chi^2/g1$  de ajuste global (95.1,  $p = 0.001$ ) del modelo ajustado a esta población tuvo una bondad de ajuste (GFI) de 0.931 y comparativo (CFI) de 0.935, así como un índice RMR de 0.052 (próximo

a 0) y RMSEA de 0.056, por lo que el modelo concuerda con la versión original. Las cargas factoriales y la varianza del error explicado por cada reactivo pueden observarse en la Figura 1.

**Figura 1.** Modelo AFC HADS (n=260).  $\chi^2 = 52.261$ , CMIN/gl = 2.021  $p \leq 0.0001$ , CFI = 0.961, TLI = 0.952, AGFI = 0.851, RMR = 0.052, RMSEA = 0.078 (0.035–0.151), Hoelter, n = 260 ( $p \leq 0.01$ ).



### Puntos de corte

Se recodificó el sumatorio total y por factores dividiéndose por cuartiles (25, 50, 75), con el propósito de obtener los puntos de corte y sus prevalencias. Los puntos de corte para los síntomas de ansiedad fueron los siguientes: de 0 a 8, sin ansiedad o ansiedad mínima; de 9 y 10, ansiedad leve; de 11 a 13, ansiedad moderada, y de 14 y más, ansiedad grave. En cuanto a los síntomas de depresión, los puntos de corte fueron, a saber: de 0 a 6 sin depresión o depresión mínima; de 7 y 8, depresión leve; de 9 y 10, depresión moderada, y de 11 y más, depresión grave. Los puntos de corte de la HADS total fueron: de 0 a 16, sin síntomas o síntomas mínimos; de 17 a 19, síntomas leves; de 20 a 23, síntomas moderados, y de 24 en adelante, síntomas graves.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito validar la HADS en una muestra de pacientes diagnosticados con enfermedades respiratorias, caracterizada por contar con el mayor porcentaje de enfermedades infecciosas (tuberculosis, influenza, neumonía), en su mayoría con un pronóstico reservado en su

evolución, lo que implica la falta de certeza sobre su mejoría.

Se identificó una alta comorbilidad médica, siendo las enfermedades cardiometabólicas concomitantes las más prevalentes, con 59.3%; adicionalmente, se identificó 58.1% de consumo de sustancias, entre las cuales las más frecuentes fueron el alcohol y el tabaco, lo que en conjunto dificulta una respuesta positiva a los esquemas terapéuticos y obstaculiza la mejoría de este grupo de pacientes durante y después del tratamiento (Cordoba *et al.*, 2009). Lo anterior representa una población que requiere una atención multidisciplinaria extensa, de acuerdo a las múltiples necesidades de tratamiento médico y modificación de estilos de vida, en la cual la identificación de síntomas de ansiedad y depresión es primordial.

La HADS mostró una adecuada consistencia interna y una varianza explicada similares a las de otros estudios si se conserva la totalidad de los reactivos, lo que concuerda con la versión original de Zigmond y Snaith (1983), logrando así diferenciar dos factores de sintomatología psicológica ya detallada en estudios hechos con población mexicana con diferentes diagnósticos de enfermedades crónico-degenerativas, como pacientes con cáncer (Galindo *et al.*, 2015; Ornelas *et al.*, 2011), con

trastorno de la conducta alimentaria (Barriguete *et al.*, 2017) y en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo *et al.*, 2015). Sin embargo, de todas las validaciones hechas en México, solo el estudio de Luna *et al.* (2020) reportó el AFC en pacientes embarazadas, siendo compatible la estructura de dos componentes con la obtenida en la presente investigación, lo que confirma un modelo sencillo, parsimonioso y teóricamente relevante que corrobora el planteamiento original de la escala.

En relación a los puntos de corte, difieren de los establecidos en la versión original de Zigmond y Snaith (1983) y en otras poblaciones de pacientes mexicanos, como los señalados por Ornelas *et al.* (2011) en pacientes con cáncer de mama, y por Galindo *et al.* (2015) en pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer, esto debido a la modificación del número de reactivos en cada subescala. Cabe señalar que la mayoría de los estudios hechos en México no los reporta (cf. Barriguete *et al.*, 2017; Díaz, González, Sánchez y Fernández, 2018; Galindo *et al.*, 2015; Herrera, Galindo y Lerma, 2018; López *et al.*, 2002; Luna *et al.*, 2020; Noguera *et al.*, 2013; Suárez *et al.*, 2019; Villegas, 2004; Yamamoto *et al.*, 2018).

La evaluación de los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión presentes en los problemas respiratorios endémicos de México, o emergentes en el mundo por medio de la HADS representa una alternativa para un adecuado tamizaje en los servicios de salud mental; por ejemplo, en pandemias como la de la influenza en México de 2009 no fue un problema menor, lo que hace ver que los programas de salud mental específicos para

las emergencias sanitarias son necesarios para abordar los efectos psicológicos en el personal sanitario, los pacientes, sus familias y la población en general (Cordoba *et al.*, 2009).

Se recomienda, pues, utilizar esta versión con el objetivo de evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales en quienes lo requieran, así como emplearla en las investigaciones relativas a la salud mental en este grupo de pacientes.

En conclusión, la HADS es un instrumento que mostró una estructura factorial de acuerdo a lo esperado, al igual que propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades respiratorias. Esta versión concuerda en su estructura factorial con la original y con la utilizada en los otros estudios reportados previamente.

Se recomienda asimismo usarla en escenarios clínicos, especialmente con pacientes hospitalizados, como ocurrió en el presente estudio, y en la práctica ambulatoria, así como para evaluar los efectos de intervenciones psicológicas en pacientes con ERC con afectaciones psicosociales.

De la misma manera, su utilización en escenarios de tamizaje resulta sencilla y factible.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista clínica para confirmar los posibles casos de depresión o ansiedad que evidencien las variables a estudiar.

Se sugiere, por último, evaluar la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo, su sensibilidad al cambio de los procedimientos médicos, así como su efectividad para identificar los efectos de las intervenciones psicológicas en este grupo de pacientes.

*Citación:* Madrigal G., A.V., Pablo D., M.G., Flores J., J., Urdapilleta H., E., Lara R., G. y Galindo V., Ó. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias. *Psicología y Salud*, 31(2), 323-332. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2700>.

## REFERENCIAS

- Barriguete, J., Pérez, R., De la Vega, R., Barriguete, P. y Rojo, L. (2017). Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(1), 69-77.



- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Córdova V., J.A., Sarti, E., Arzoz P., J., Manuell L., G., Méndez J., R. y Kuri M., P. (2009). The influenza A (H1N1) epidemic in Mexico: Lessons learned. *Health Research Policy & Systems*, 7(1), 21. Doi: 10.1186/1478-4505-7-21.
- Díaz B., C.G., González C.R., A.L. M., Sánchez C., C.T. y Fernández V., M. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 75-87.
- Duan, L. y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales (2017). *El impacto global de la enfermedad respiratoria* (2ª ed.). México: Asociación Latinoamericana de Tórax.
- Gada, E., Khan, D., DeFina, L. y Sherwood, E. (2014). The relationship between asthma and self-reported anxiety in a predominantly healthy adult population. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 112, 329-332.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, 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.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M. y Aguilar, J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392.
- Gardner, R. (2003). *Estadística para psicología utilizando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- George, D. y Mailery, M. (2001). *Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. Boston, MA: Aliyn & Bacon.
- Herrera, B., Galindo, O. y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1).
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Llanos T., F. y Ponce C., C. (2019). Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Revista de Neuropsiquiatría*, 82(2), 104-109. Doi: 10.20453/rnp.v82i2.3536.
- López J., C., Vázquez, V., Arcilla, D., Sierra A., E., González, J. y Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Lugo G., I.V., Reynoso E., L. y Fernández V., M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(2), 114-121.
- Luna, D., Castañeda H., D.V., Guadarrama A., A.L., Figuerola E., R.P., García A., A., Ixtla P., M.B. y Lezama F., M.Á. (2020). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican pregnant women. *Salud Mental*, 43(3), 137-146.
- Miravittles, M., Molina, J., Quintano, J., Campuzano, A., Pérez, J. y Roncero, C. (2014). Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. *Respiratory Medicine*, 108, 1615-1625. Doi: 10.1016/j.rmed.2014.08.010.
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R. y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Ornelas M., R., Tufiño, M. y Sánchez-Sosa, J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Pothirat, C., Chaiwong, W., Phetsuk, N., Pisalthanapuna, S., Chetsadaphan, N. e Inchai, J. (2015). Major affective disorders in chronic obstructive pulmonary disease compared with other chronic respiratory diseases. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 1583-1590.
- Roncero, C., Campuzano, A., Quintan, J., Molina, J., Pérez, J. y Miravittles, M. (2016). Cognitive status among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 543-551. Doi: 10.2147/COPD.S100850.
- Suárez M., A., Petersen A., F., Almeida V., A., Robles G., R., Camacho, Á. y Fresán O., A. (2019). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican adults with ischemic and hypertensive cardiomyopathy. *Archivos de Cardiología de México*, 89(3), 221-226. Doi: 10.24875/ACME.M19000060.
- Villegas, G. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis inédita de maestría en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.



- Yamamoto F., J.K., Sarmiento A., A., García A., M., Gómez G., L.E., Toledo M., J., Olivares G., L. y Fresán O., A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, 41(8), 477–482. Doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.05.009.
- Yohannes, A. y Alexopoulos, S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23, 345-349. Doi: 10.1183/09059180.00007813.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 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

Prevention programs of child obesity in Mexico:  
A PICO systematic review

*Alejandro Pérez Ortiz, Mayara Ortega Luyando and Adriana Amaya Hernández*

Anxiety as a predictor of impulsive behavior  
in overweight and obese children

*Javier Nahúm Alfaro Belmont, Patricia Romero Sánchez and Ariel Vite Sierra*

Epidemiological analysis of suicidal behavior in vitiligo patients

*Edmundo Denis Rodríguez, Nancy Patricia Ríos Maya, Guadalupe Melo Santiesteban,  
Patricia Beatriz Denis Rodríguez and Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández*

Behaviors associated to the disorders of pica, rumination,  
and avoidant/restrictive food intake in adolescents

*Karla Areli Medina-Tepal, Rosalía Vázquez-Arévalo, Xóchitl López-Aguilar  
and Juan Manuel Mancillo-Díaz*

Quality of life and loneliness in older adults:  
Effects of a theatre workshop

*Dario Guajardo and María Montero-López Lena*

Psychometric properties of the MOS Social Support Questionnaire  
in a sample of patients with cardiovascular diseases  
in Mexican population

*Bibian Herrera Navarrete, Óscar Galindo Vázquez,  
Rogelio Bobadilla Alcaraz, Frank J. Penedo and Abel Lerma*

Demographic and symptomatological profile of patients  
in a Mexican psychotherapy center

*Carlos David de la Garza Talentino, Patricia del Carmen Mendoza Cabañas,  
Juan Carlos Ocampo Alvarado, Fernando Iván Leija Banda and Ana Karen Espinosa Becerra*

Accidents or unintentional injuries: A social perspective

*Arturo Franco Ordaz and Rosa Elizabeth Sevilla Godínez*

Psychosocial factors associated with intimate partner violence  
among Mexican homosexual men with HIV

*Cecilia Alderete-Aguilar, Rebeca Robles-García, Luciana Ramos-Lira,  
Carina Benjet, Nayelli Alvarado-Sánchez and Marlene Lazzcano-Ramírez*

Burnout and coping in health professionals

*Maricela Osorio-Guzmán, Carlos Prado-Romero  
and Georgina E. Bazán-Riverón*

"They take too much care of me". Body image  
and interpersonal relationships  
in adolescents with chronic kidney disease

*Laura Marcela Quezada Andrade, Corina Benjet, Rebeca Robles,  
Angélica Riveras, Dewi Hernández Montoya,  
Mara Medeiros and José Manuel Arreola*

Psychological intervention in people  
with chronic kidney disease in hemodialysis

*Mariana Becerril González*

Executive functions in university students  
with binge drinking alcohol intake

*Alejandra Mondragón-Maya, Yvonne Flores-Medina,  
Gabriela López-Arreaga, Selzin López-Ramírez and Francisco Paz-Rodríguez*

Relational conflict and stress in subjective well-being  
and satisfaction of couples with heart disease

*Andrea Bravo-Doddoli and Rozzana Sánchez-Aragón*

Psychometric properties of the Hospital Anxiety  
and Depression Scale (HADS) in a sample  
of Mexican patients with respiratory diseases

*Alma Vanessa Modrigal González, María Guadalupe Pablo Díaz,  
Joel Flores Juárez, Eryka Urdapilleta Herrera,  
Gabriela Lara Rivas and Óscar Galindo Vázquez*