

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 32 Número 1

Enero-junio 2022

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

- Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica
Arañel de Jesús Arredondo Pantaleón y Samuel Jurado Cárdenas
- Psiconefrología en tiempos de COVID-19: acciones a implementar en la atención a pacientes en hemodiálisis
Claudia Rodríguez Ramírez, Kely Landrián Lemus, Yodira Grau Valdés y Jorge Amado Grau Abalo
- Diseño y validación de la Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar
Tatiana Pedroza Varela, Nicolás Garzón Rodríguez, Paola Ortiz Bello, Daniel Murcia Leal y Fernando Riveras Muñoz
- Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión
José Nahum Rangel Villafaña y Samuel Jurado Cárdenas
- Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas
Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardín y Liliana Jazmín Salcido Cibrián
- La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática
Nayalis Nápoles Neyra, Humberto Blanco Yega y Perla Jannet Jurado García
- Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide
Roberto Israel Patoní Maldonado, Pedro José Rodríguez Henríquez, Edgar Salinas Rivera y Ana Beatriz Moreno Cautiño
- Soledad, rumiación y estrés como precursores del bienestar subjetivo en las parejas de pacientes con cardiopatía
Yanitzá Nicole Flórez-Rodríguez y Rozzana Sánchez-Aragón
- Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina
Pablo David Radusky, Virginia Zalazar e Inés Aristegui
- Salud mental en niños y adolescentes: un estudio exploratorio basado en la atención plena compasiva
Tanya María Fragoso y Ana Moreno Cautiño
- Creencias sobre las drogas: diferencias según su consumo en adolescentes
Barbara de los Ángeles Pérez Pedraza, Carla Mendoza Trejo, Diana Isabel López Rodríguez y Verónica Alexandra Molina Colama
- Hábitos de sueño en el confinamiento por Covid-19 en una muestra de niños colombianos
Aldayr David Rosero Bolaños y Germán Emilio Ortega Enríquez
- Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas
José Javier Altuve Burgos y Andrés Antonio Parra
- ¿Influye el estilo parental percibido por el hijo en el sobrepeso u obesidad infantil?
Ilse Tatiana Mejía Galván y Ferrán Padrós Blázquez
- Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado
Lorena Alonso-Llácer, Laura Lacomba-Trejo y Marián Pérez-Maín
- Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos
Alejandro Pérez Ortiz, Ana Leticia Becerra Gálvez, Guadalupe Arely Hernández Gálvez, María del Carmen Estrada Alvarado y Erick Alberto Medina Jiménez

ISSN: 1405-1109

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez
Rector

María Elena Rustrián Portilla
Secretaria Académica

Lizbeth Margarita Viveros Cancino
Secretaria de Administración y Finanzas

Rebeca Hernández Arámburu
Secretaria de Desarrollo Institucional

Agustín del Moral Tejeda
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 Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Dra. Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*

Dr. Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*

Dr. Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Volumen 32, Número 1 • Enero-junio de 2022

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.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2021-042213083600-203.

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 CLASE, LATINDEX, MIAR, EZB, Latinoamericana, IJIF, LatinRev y DORA.

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 32, Número 1
Enero-junio de 2022

Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica <i>Aranel de Jesús Arredondo Pantaleón y Samuel Jurado Cárdenas</i>	5
Psiconefrología en tiempos de COVID-19: acciones a implementar en la atención a pacientes en hemodiálisis <i>Claudia Rodríguez Ramírez, Kely Landrián Lemus, Yadira Grau Valdés y Jorge Amado Grau Abalo</i>	17
Diseño y validación de la Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar <i>Tatiana Pedroza Varela, Nicolás Garzón Rodríguez, Paola Ortiz Bello, Daniel Murcia Leal y Fernando Riveros Munévar</i>	25
Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión <i>José Nahum Rangel Villafaña y Samuel Jurado Cárdenas</i>	39
Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas <i>Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardín y Liliana Jazmín Salcido Cibrián</i>	49
La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática <i>Nayalis Nápoles Neyra, Humberto Blanco Vega y Perla Jannet Jurado García</i>	57
Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide <i>Roberto Israel Patoni Maldonado, Pedro José Rodríguez Henríquez, Edgar Salinas Rivera y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	71
Soledad, rumiación y estrés como precursores del bienestar subjetivo en las parejas de pacientes con cardiopatía <i>Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	81
Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina <i>Pablo David Radusky, Virginia Zalazar e Inés Aristegui</i>	93
Salud mental en niños y adolescentes: un estudio exploratorio basado en la atención plena compasiva <i>Tanya María Fragoso y Ana Moreno Coutiño</i>	105
Creencias sobre las drogas: diferencias según su consumo en adolescentes <i>Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza, Carla Mendoza Trejo, Diana Isabel López Rodríguez y Verónica Alexandra Molina Coloma</i>	115
Hábitos de sueño en el confinamiento por Covid-19 en una muestra de niños colombianos <i>Aldayr David Rosero Bolaños y Germán Emilio Ortega Enríquez</i>	125
Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas <i>José Javier Altuve Burgos y Andrés Antonio Parra</i>	137
¿Influye el estilo parental percibido por el hijo en el sobrepeso u obesidad infantil? <i>Ilse Tatiana Mejía Galván y Ferrán Padrós Blázquez</i>	151
Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado <i>Lorena Alonso-Llácer, Laura Lacomba-Trejo y Marián Pérez-Marín</i>	161
Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos <i>Alejandro Pérez Ortiz, Ana Leticia Becerra Gálvez, Guadalupe Arely Hernández Gálvez, María del Carmen Estrada Alvarado y Erick Alberto Medina Jiménez</i>	171

SUMMARY

Volume 32, Number 1
January-June 2022

Variables associated to burden in primary caregivers of people with chronic kidney disease <i>Aranel de Jesús Arredondo Pantaleón and Samuel Jurado Cárdenas</i>	5
Psychonephrology in the COVID-19 times: Actions to implement for the attention of patients in haemodialysis <i>Claudia Rodríguez Ramírez, Kely Landrián Lemus, Yadira Grau Valdés and Jorge Amado Grau Abalo</i>	17
Design and validation of the Scale of Attitudes towards Palliative Care of a Relative <i>Tatiana Pedroza Varela, Nicolás Garzón Rodríguez, Paola Ortíz Bello, Daniel Murcia Leal and Fernando Riveros Munévar</i>	25
Definition of suicide and of the thoughts and behaviors related to it: A review <i>José Nahum Rangel Villafaña and Samuel Jurado Cárdenas</i>	39
Emotional regulation as a protective factor of suicidal behaviors <i>Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardin and Liliana Jazmín Salcido Cibrián</i>	49
Self-efficacy and its influence in the dissatisfaction of body image: Systematic review <i>Nayalis Nápoles Neyra, Humberto Blanco Vega and Perla Jannet Jurado García</i>	57
Effect of compassionate mindfulness in pain, anxiety, and psychophysiological responses in rheumatoid arthritis <i>Roberto Israel Patoni Maldonado, Pedro José Rodríguez Henríquez, Edgar Salinas Rivera and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	71
Loneliness, rumination and stress as precursors of subjective well-being in couples of patients with heart disease <i>Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	81
Post-traumatic growth among gay men living with HIV from Buenos Aires, Argentina <i>Pablo David Radusky, Virginia Zalazar and Inés Aristegui</i>	93
Mental health in children and adolescents: An exploratory study based in compassionate mindfulness <i>Tanya María Frago and Ana Moreno Coutiño</i>	105
Beliefs about drugs: Differences according to own consumption by adolescents <i>Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza, Carla Mendoza Trejo, Diana Isabel López Rodríguez and Verónica Alexandra Molina Coloma</i>	115
Sleeping habits in confinement by Covid-19 in a sample of Colombian children <i>Aldayr David Rosero Bolaños and Germán Emilio Ortega Enríquez</i>	125
Health-related quality of life, depression and disease progression in Venezuelan breast cancer survivors <i>José Javier Altuve Burgos and Andrés Antonio Parra</i>	137
Does parenting style perceived by the child influence childhood overweight or obesity? <i>Ilse Tatiana Mejía Galván and Ferrán Padrós Blázquez</i>	151
Satisfaction with life, vitality, and positive emotions as protective factors in complicated grief <i>Lorena Alonso-Llácer, Laura Lacomba-Trejo and Marián Pérez-Marin</i>	161
Quality of life and daily life activities in Mexican older adults <i>Alejandro Pérez Ortiz, Ana Leticia Becerra Gálvez, Guadalupe Arely Hernández Gálvez, María del Carmen Estrada Alvarado and Erick Alberto Medina Jiménez</i>	171

VARIABLES ASOCIADAS A LA CARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Variables associated to burden in primary caregivers of people with chronic kidney disease

Arañel de Jesús Arredondo Pantaleón y Samuel Jurado Cárdenas

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Arañel de J. Arredondo P., aruscamb@gmail.com.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las variables del cuidado que se relacionan significativamente con la carga del cuidador, y cuantificar la intensidad del malestar que producen dichas variables en los cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. Participaron 31 cuidadores, quienes respondieron la Escala de Carga del Cuidador de Zarit y un cuestionario elaborado *ex profeso* que evaluó la intensidad del malestar que generan las variables del cuidado; cabe mencionar que entre dichos cuidadores, 71% mostró algún grado de carga. Se encontraron relaciones significativas entre la carga y ciertas variables de tipo social, económico y hospitalario referidas a la rigurosidad del tratamiento, la salud del paciente, el rol del cuidador y la dependencia del paciente, mismas que también fueron valoradas por los participantes como generadoras de niveles elevados de malestar. Dado los resultados, es necesario identificar a los cuidadores con carga, al igual que diseñar e implementar intervenciones orientadas a promover su bienestar biopsicosocial.

Palabras clave: Cuidador primario; Carga del cuidador; Variables de cuidado; Enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify care-related variables associated with caregiver's burden and quantify the intensity of discomfort produced by such variables in primary caregivers of chronic kidney disease patients. Thirty-one caregivers answered the Zarit Caregiver Burden Scale and a questionnaire evaluating the intensity of discomfort generated by the care variables. A total of 71% of caregivers showed some degree of burden. Significant relationships were found between the amount of burden and socioeconomic variables and with such hospital personnel practices such as the rigor of the treatment, the patient's health, the role of the caregiver, and the patient's degree of dependence. These variables also explained caregivers' distress and discomfort. These results point to the need to identify overwhelmed caregivers and design and implement interventions to promote their biopsychosocial well-being.

Key words: Primary caregiver; Burden; Care variables; Chronic kidney disease.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: aruscamb@gmail.com y jurado@servidor.unam.mx.



Recibido: 03/06/2020

Aceptado: 05/09/2020

La enfermedad renal crónica (ERC en lo sucesivo) se define como un conjunto de anomalías en la estructura y función de los riñones, las cuales persisten durante un periodo mayor a tres meses y tienen graves implicaciones en la salud (National Kidney Foundation, 2002).

Hoy día no se cuenta en México con un registro nacional que permita conocer con exactitud la cifra de casos de ERC en el país (Lastiri, 2016); sin embargo, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019), durante el año 2018 la ERC fue la décima causa de muerte, con una cifra de 13,845 fallecidos. Asimismo, durante el año 2014 se posicionó como el padecimiento crónico más costoso para la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que implica un considerable impacto financiero para dichas instituciones y las familias de quienes lo sufren (Figueroa, Gonzalez y Alarcon, 2016).

El esquema de tratamiento incluye la terapia sustitutiva de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante), medicamentos, vacunas, dieta individualizada y control en la ingesta de líquidos (National Kidney Foundation, 2002). Lo anterior entraña diversas modificaciones en el estilo de vida que tienen un impacto físico, psicológico y social para quien padece la enfermedad como para su cuidador primario (CP en lo sucesivo), quien es la persona del entorno del paciente que asume la responsabilidad del mismo en un sentido amplio, que cubre sus necesidades y toma decisiones por y para él (Organización Mundial de la Salud, 1999).

El perfil general del CP reportado en la literatura es el de mujeres, adultas, cónyuges o hijas del paciente, amas de casa, casadas, con escolaridad básica (Aguilera *et al.*, 2016; Laguado, 2019; Menati, Torabi, Andayeshgar y Khatony, 2020). En cuanto al número de horas dedicadas al cuidado se ha reportado que los cuidadores realizan su labor durante más de diez horas al día (Delgado, Barajas, Uriostegui y López, 2016; Romero, Bohórquez y Castro, 2018).

Entre las actividades del CP se encuentran las de brindar asistencia; apoyo social, emocional e instrumental al paciente; identificar y atender sus necesidades; manejar síntomas en el hogar; preparar los alimentos de acuerdo con la dieta renal; realizar la limpieza y el acondicionamiento del espacio físico; asumir los gastos; apoyar al paciente con las labores de higiene y vestido; verificar la toma de medicamentos, y transportar al receptor del cuidado (Avşar *et al.*, 2015; Einollahi *et al.*, 2009).

Como consecuencia de las demandas constantes de su labor, el CP suele reducir sus conductas de autocuidado y modificar sus hábitos alimenticios y de descanso, lo que puede originar alteraciones en su salud física. De acuerdo con la literatura, los problemas de salud que afectan en mayor medida a los CP son, a saber: complicaciones para caminar, dolor, fatiga, alteraciones estructurales en el cerebro, accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión y otras lesiones originadas al movilizar, cargar o transportar al paciente (Alnazly y Samara, 2014; Delgado *et al.*, 2016; Haley, Roth, Howard y Safford, 2010; Mendoza *et al.*, 2014; Smagula, Beach, Rosso, Newman y Schulz, 2017). El cuidado en casa se asocia con un aumento de las limitaciones funcionales de largo plazo (Caputo, Pavalko y Hardy, 2016). A su vez, en su estudio clásico, Schulz y Beach (1999) sostienen que el acto de cuidar es por sí mismo un factor de riesgo de mortalidad. De igual manera, se ha reportado que hay una asociación entre el número de horas dedicadas al cuidado y el riesgo de mortalidad del CP (Tseliou, Rosato, Maguire, Wright y O'Reilly, 2018).

Desde el punto de vista social, el CP encara circunstancias como la falta de tiempo para atender a otros miembros de su familia, escasas oportunidades para convivir con amigos y participar en actividades sociales o de ocio (Alnazly y Samara, 2014); asimismo, los CP con frecuencia refieren no contar con el apoyo de su familia, lo que deriva en conflictos en ese contexto. Lo anterior tiene como resultado el aislamiento social, los sentimientos de soledad y las dificultades para establecer relaciones interpersonales (Hoang, Green y Bonner, 2018).

A los puntos anteriormente mencionados se suman los gastos económicos derivados del padecimiento, así como el hecho de que, como consecuencia de las constantes demandas que implica la enfermedad, muchos pacientes y cuidadores pierden su trabajo o deben renunciar a él, lo que conlleva a disponer de recursos insuficientes para cubrir tanto las necesidades del paciente como los requerimientos cotidianos de la familia, lo que se traduce en una gravosa carga financiera (Collins y Swartz, 2011; Surendran, Venugopal, Dongre y Paninjukkunnath, 2018).

Las funciones del cuidador se asocian estrechamente al bienestar y a la estabilidad del paciente. En virtud de lo anterior, los CP perciben el cuidado como una labor en la cual existen estresores persistentes, incontrolables e impredecibles; luego entonces el cuidado cotidiano y permanente de una persona con ERC deriva en un acrecentamiento de la frustración y el cansancio del cuidador, lo que perjudica su salud psicológica (Collins y Swartz, 2011; Laguado, 2019; Surendran *et al.*, 2018). Autores como Kang, Yu, Foo, Chan y Griva (2019) señalan que la labor de cuidar trae consigo una disminución de la calidad de vida y una reducción significativa de la salud psicológica; a su vez, Romero *et al.* (2018) midieron el grado de perturbación que el cuidado ocasiona en las diversas áreas de la vida del sujeto, siendo la psicológica el área más afectada.

De acuerdo con la literatura científica, la labor de cuidado produce diversas consecuencias en la esfera psicológica, tales como aflicción, tristeza, inseguridad, miedo, angustia, soledad, irritabilidad, desesperanza, resentimiento, culpa, depresión, ansiedad, estrés, insomnio y carga del cuidador (Avşar *et al.*, 2015; Bardak *et al.*, 2018; Bawazier, Stanley, Sianipar y Suhardjono, 2018; Caputo *et al.*, 2016; Collins y Swartz, 2011; Hoang *et al.*, 2018; Kang *et al.*, 2019; Laguado, 2019; López, Ávila, Reyes y Miranda, 2018; Surendran *et al.*, 2018; Tseliou *et al.*, 2018; Velázquez y Espín, 2014).

La carga se refiere al grado de perturbación y malestar que la labor de cuidado ocasiona en las diversas áreas de la vida del sujeto, un estado que amenaza su salud integral (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Tal obligación, a su vez, pue-

de dividirse en objetiva y subjetiva. La primera se refiere a las actividades de cuidado y a las modificaciones que los CP experimentan en su vida cotidiana; mientras que la segunda alude a las preocupaciones, actitudes, emociones, percepciones y malestar subjetivo acerca del cuidado, así como el modo en que el CP vive la carga objetiva (Alvarado *et al.*, 2011; Hoenig y Hamilton, 1966; Schene, Tessler y Gamache, 1994).

En la literatura especializada se encuentra ampliamente documentada la presencia de diversos niveles de carga en los CP de personas con ERC. Autores como Rivero, Segura y Juárez (2015), Delgado *et al.* (2016), Hoang *et al.* (2018) y Menati *et al.* (2020) reportan niveles que van de moderados a intensos. Usman Shah *et al.* (2017) y Cubas, Sánchez y Gálvez (2019) hallaron en sus estudios que dicha carga se ubicaba entre los niveles de leve a moderado.

Distintos autores han documentado variables relevantes relacionadas con el cuidador y con las características del cuidado que producen malestar y carga en los CP de personas que viven con ERC, entre las que se encuentran: edad del CP y del paciente, factores económicos y laborales, tipo de tratamiento, apoyo percibido, ser o no cuidador único, responsabilidad en el cuidado y el tratamiento, tiempo de cuidado del paciente desde el momento del diagnóstico, salud del CP, número de horas dedicadas al cuidado, permanencia de la persona en diálisis y cuidado de sí mismo (Bardak *et al.*, 2018; Cubas *et al.*, 2019; Denardi *et al.*, 2013; Díaz, Ramones, Vargas y Alejo, 2018; Franco y Romero, 2019; Laguado, 2019; Usman Shah *et al.*, 2017; Velázquez y Espín, 2014).

De igual manera, se ha demostrado que las variables propias de las condiciones del cuidado también inciden en el desarrollo de la carga. Entre dichas variables se encuentran la frecuencia, intensidad y complejidad del tratamiento; el seguimiento riguroso de los procedimientos; las dudas, conocimientos y capacitación del CP sobre la enfermedad; los cuidados y el tratamiento; las urgencias inesperadas; las complicaciones y episodios agudos de la enfermedad; los reingresos hospitalarios y la duración de estos; el grado de dependencia del receptor del cuidado; la solicitud por parte del paciente de más ayuda de la que real-

mente necesita; la modificación de las rutinas y horarios; la disminución del tiempo libre; los problemas para desplazarse desde el hogar al hospital; la cronicidad del padecimiento; la progresión de la enfermedad; la inestabilidad en la salud del paciente y la posibilidad de que fallezca (Aguilera *et al.*, 2016; Cervantes *et al.*, 2020; Cubas *et al.*, 2019; Denardi *et al.*, 2013; Díaz *et al.*, 2018; Hoang *et al.*, 2018; Laguado, 2019; López *et al.*, 2018; Rivero *et al.*, 2015; Surendran *et al.*, 2018; Usman Shah *et al.*, 2017).

Las variables mencionadas ponen de manifiesto el impacto del cuidado en las diferentes áreas de la vida de la persona encargada de desempeñar dicha labor. Si bien es cierto que las variables que se relacionan con el malestar y el desarrollo de carga en el CP se han documentado ampliamente, son escasos los estudios en los que se cuantifica la percepción del malestar que cada una de las variables del cuidado genera en los cuidadores.

Derivado de las anteriores consideraciones, el objetivo general del presente estudio fue identificar las variables del cuidado que se relacionan significativamente con la carga del cuidador mediante el análisis de la relación entre los puntajes obtenidos en la Escala de Carga de Zarit y los alcanzados en las variables incluidas en un cuestionario elaborado *ex profeso* para la presente investigación, así como cuantificar la intensidad del malestar subjetivo que producen dichas variables en los cuidadores primarios de personas con ERC. Como objetivos específicos se establecieron los siguientes: describir el perfil sociodemográfico de los CP de personas con ERC, identificar los niveles de carga del cuidador y detectar las necesidades de intervención psicológica de los CP que acudían al servicio de nefrología del Hospital General de Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”.

MÉTODO

Participantes

Se llevó a cabo un estudio observacional, correlacional y de alcance descriptivo en el que colaboraron 31 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica, seleccionados median-

te la técnica de muestreo intencional no probabilístico. El número de cuidadores que participaron en el presente estudio equivale a 73.8% del total de pacientes inscritos en alguna modalidad de tratamiento sustitutivo del servicio de nefrología de la institución.

Los criterios de inclusión fueron el que manifestaran verbalmente ante los investigadores ser los cuidadores primarios, ser mayores de edad, acceder a participar de manera voluntaria en el estudio, aceptar firmar el formato de consentimiento informado y no estar recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Instrumentos

Formato de consentimiento informado.

Dicho formato fue redactado con base en los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética y la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, y autorizado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En la primera parte de este instrumento se proporciona información sobre la investigación y las consideraciones éticas de la misma, mientras que en la segunda sección los cuidadores acceden a participar firmando el citado formato.

Entrevista semiestructurada.

Esta entrevista incluye dieciocho preguntas organizadas de la siguiente manera: diez recaban información sobre los datos sociodemográficos; siete se relacionan con las características del cuidado, tales como el tipo de tratamiento que recibe el paciente, el tiempo durante el cual se ha ejercido el rol de cuidador, el número de horas al día dedicadas, y de ser el caso, el número de otras personas cuidadas además del paciente, enfermedades del cuidador y tratamiento que recibe en caso de ser así; finalmente, con el objetivo de identificar las necesidades de intervención, se incluyó la siguiente pregunta: “Si se le ofreciera un tratamiento psicológico, ¿qué temas le gustaría abordar?”.

Escala de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit, Eiler y Hassinger, 1985).

Se utilizó la validación realizada en México por Montero, Jurado, Valencia, Méndez y Mora (2014).

Se trata de una escala autoaplicable, integrada por 12 reactivos con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert (de “Nunca” a “Siempre”). Los ítems se agrupan en tres factores que explican 50% de la varianza: impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .84, con un modelo que cuenta con un buen ajuste, con valores iguales o superiores a .90. La escala se califica sumando las puntuaciones de todos los reactivos. El nivel de carga se interpreta de la siguiente manera: de 12 a 22 puntos: ausencia de carga; de 23 a 29 puntos: carga leve, y de 30 a 60 puntos: carga excesiva.

Cuestionario elaborado ex profeso para el estudio.

Se utilizó este instrumento para medir la intensidad del malestar que producen las variables relativas al cuidado en los CP. Está conformado por 31 reactivos con ejemplos de condiciones relacionadas con el cuidado de pacientes con ERC (por ejemplo, acompañarlo a la sesión de hemodiálisis). Los reactivos del cuestionario están organizados en las siguientes áreas: apoyo social, rigurosidad del tratamiento, aspectos financieros, modificaciones en la vida cotidiana, periodicidad de las visitas al hospital, hospitalización, estado de salud y pronóstico del paciente, rol del cuidador, dependencia del paciente y conocimientos sobre el tratamiento y necesidad de información. El formato de respuesta de los reactivos se presenta en una escala tipo Likert que va de 0 a 5, en la cual debe puntuarse la intensidad del malestar que genera cada una de las condiciones que abordan los ítems, en donde 0 indica “No me genera malestar”, 5 equivale a “Me genera un extremo malestar” y NA “No se aplica a mi situación”.

Dicho cuestionario se construyó con base en la revisión de la literatura acerca de los aspectos del cuidado que se relacionan con el desarrollo de carga en los cuidadores primarios de personas con ERC, así como en las características de la enfermedad y los componentes del tratamiento. El instrumento se sometió a un proceso de validación por juicio de expertos en el que participaron dos médicos especialistas en nefrología y trasplante, así como una psicóloga especialista en psicología de la salud, quienes consideraron que el cuestionario

era claro, pertinente y apto para aplicarse en la población a la cual se dirigía. Asimismo, se pilotó en la comunidad con 20 cuidadores primarios de personas con ERC para determinar la claridad y pertinencia de los reactivos y la facilidad para responder el cuestionario, sin que los participantes reportaran haber tenido dificultades para contestarlo.

Procedimiento

El estudio se sometió a la evaluación por parte del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Una vez obtenido el dictamen aprobatorio por parte de dicha institución, así como la carta de no inconveniencia por parte del Hospital General de Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”, se acudió a la sala de espera del servicio de nefrología del hospital, donde la autora principal invitó a las personas identificadas como cuidadores primarios a participar en el estudio, explicando sus objetivos e importancia y en qué consistía su participación. A quienes accedieron y cumplieron con criterios de inclusión, se les leyó el consentimiento informado y se les solicitó firmarlo, reiterándoles las consideraciones éticas del estudio. Se les proporcionaron los instrumentos y se les explicó la manera de llenarlos, indicándoles que en caso de existir alguna duda, podían preguntar lo que desearan. Al terminar, se agradeció su colaboración.

RESULTADOS

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS, v. 20, de Windows. Con el objetivo de identificar las variables de cuidado vinculadas significativamente con la carga del cuidador, se analizó la relación entre los puntajes obtenidos en la Escala de Carga del Cuidador de Zarit y las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables del cuidado incluidas en el cuestionario elaborado *ex profeso* para la investigación. Para ello, se empleó el estadístico no paramétrico *rho* de Spearman. Los datos obtenidos muestran que 18 de las 31 variables incluidas en el cuestionario guardan una relación estadísticamente significativa

con la carga del cuidador. Dichas variables corresponden a nueve de las diez áreas ya mencionadas en la descripción del cuestionario. Las correlaciones fueron de bajas a moderadas. Los resultados

obtenidos en el coeficiente *rho* de Spearman y el nivel de significancia de cada una de las variables se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables del cuidado que muestran una relación estadísticamente significativa con la carga del cuidador y medias de malestar subjetivo generado por dichas variables.

ÁREA	VARIABLE	<i>rho</i> de Spearman	Sig.	Media
Apoyo social	No contar con ayuda para cuidar al paciente.	.37	.04	3.29
Rigurosidad del tratamiento	Seguir correctamente las instrucciones de los tratamientos.	.57	.00	3.74
	Planificar los alimentos de acuerdo a la dieta.	.48	.01	3.29
	Posibilidad de que el paciente no siga la dieta mientras el cuidador no está presente.	.37	.04	3.16
Aspectos financieros	Gastos económicos relacionados con la enfermedad.	.57	.00	4.84
Modificaciones en la vida cotidiana	Modificación de los horarios de comidas.	.67	.00	3.03
	Reducción del tiempo libre.	.63	.00	3.42
	Modificación de los horarios de sueño.	.56	.00	3.26
	Modificación de las rutinas para adaptarlas a las necesidades del paciente.	.49	.01	3.03
Periodicidad de las visitas al hospital	Horas de espera en el hospital mientras el paciente está en sesión de hemodiálisis.	.62	.00	2.84
	Tiempo invertido en acompañar al paciente a las sesiones de hemodiálisis.	.60	.00	3.10
	Acompañar al familiar a consulta.	.50	.01	3.65
Hospitalización	Cuidar al paciente durante la hospitalización.	.61	.00	3.52
	Condiciones adversas del CP durante la hospitalización.	.59	.00	3.48
Estado de salud y pronóstico del paciente	Posibilidad de fallecimiento del paciente debido a la ERC o comorbilidades asociadas.	.45	.01	4.55
	Posibilidad de recibir malas noticias sobre la salud del paciente durante la consulta o sesión de tratamiento.	.37	.00	4.45
Rol del cuidador	Ser ella/él quien se hace responsable del paciente.	.50	.00	4.13
Dependencia del paciente	El paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita.	.44	.01	2.74

Las correlaciones son significativas al .05

Una vez identificadas las variables de cuidado que mostraron una relación significativa con la carga, se calcularon las medias de las mismas para cuantificar la intensidad del malestar subjetivo que producen, encontrándose que las cuatro que obtuvieron mayores puntuaciones como generadoras de malestar en los cuidadores fueron los gastos económicos relacionados con la enfermedad, la posibilidad de que el paciente falleciera debido a la ERC o a comorbilidades asociadas, la posibilidad de recibir malas noticias sobre el estado de salud del paciente cuando acudían a las citas médicas o a las sesiones de tratamiento, y ser la persona que se hace responsable del paciente.

Se efectuaron análisis descriptivos para describir el perfil sociodemográfico de los participantes. De acuerdo con los datos obtenidos, en su mayoría los cuidadores fueron del sexo femenino (80.6%), amas de casa (54.8%), casadas (74.2%), con escolaridad de primaria (38.7%) y religión católica (90.3%). La media de edad fue 51.16 años (ubicándose en un rango de edad de 19 a 79 años). Respecto al parentesco, predominaron los cónyuges del paciente (38.7%), aunque también fue elevada la presencia de hijas e hijos (22.6%). Todos los participantes residían en la Ciudad de México.

En cuanto a las características de la labor de cuidado y la salud del CP, se encontró que 64.5%

de los participantes eran cuidadores de personas en tratamiento de hemodiálisis, habían desempeñado el cuidado durante un promedio de tres años con tres meses y dedicaban una media de 15.26 horas al día a su labor de cuidar. Respecto a la presencia de otras personas a cargo del cuidador, 80.6% de los participantes refirió cuidar únicamente al paciente con ERC. En lo referente a la salud de los CP, 35.5% de ellos refirió padecer alguna enfermedad, siendo la diabetes mellitus la más frecuente ($n = 7$). De los cuidadores que reportaron algún padecimiento, 90.9% afirmó recibir tratamiento.

Asimismo, se realizó una correlación *rho* de Spearman para establecer la relación entre la carga y las siguientes características del cuidado: edad del cuidador, tiempo durante el cual ha ejercido el cuidado y número de horas al día dedicadas a su labor. No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre dichas variables (edad del cuidador: $r = .03$, $p = .86$; tiempo que ha ejercido el cuidado: $r = .01$, $p = .97$, y horas al día dedicadas a su labor: $r = .01$, $p = .94$).

Con el fin de conocer si había diferencias estadísticamente significativas en la carga dependiendo del tipo de tratamiento que recibía el paciente, se utilizó el estadístico no paramétrico de comparación U de Mann-Whitney. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de carga entre los CP de personas en diálisis y hemodiálisis ($Z = -0.95$, $U = 87$, $p = .34$).

Los datos obtenidos en los análisis descriptivos concernientes a los puntajes en la Escala de Carga del Cuidador de Zarit indican que 42% de los CP mostraba una carga intensa, mientras que 29% registró una carga leve, lo que dio como resultado un porcentaje acumulado de .71 de cuidadores con algún grado de carga.

Por último, el análisis del reactivo correspondiente a las necesidades de apoyo psicológico por parte del cuidador arrojó los siguientes resultados: 20% de los participantes externó requerir estrategias para manejar la ansiedad, el estrés y la depresión; 20% solicitó estrategias para afrontar óptimamente los retos y dificultades relacionados con el cuidado; 14.3% consideró importante aprender a obtener apoyo social y mejorar la comunicación

con su familia y el paciente, y 11.4% manifestó necesitar aprender a cuidarse mejor.

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre la carga y las variables de cuidado mediante el análisis de la relación entre los puntajes en la Escala de Carga del Cuidador de Zarit y los obtenidos en las variables de cuidado en el cuestionario elaborado *ex profeso* para la investigación, así como cuantificar la intensidad del malestar que dichas variables producen en los cuidadores primarios que asistían a pacientes con ERC. En general, los hallazgos son congruentes con los reportados en la literatura. Estudios previos han apuntado variables que en este trabajo también resultaron tener una asociación significativa con la carga y producir malestar subjetivo, tales como la disminución del tiempo libre, la solicitud por parte del paciente de más ayuda de la que realmente necesita, ser el cuidador quien se hace cargo de la persona con ERC, seguir correctamente las instrucciones de los tratamientos, modificar las rutinas para adaptarlas a las necesidades del receptor del cuidado, modificar los horarios, no contar con ayuda para cuidar al paciente y apreciar la posibilidad de que el receptor del cuidado falleciera por la enfermedad que padece o por comorbilidades asociadas a la misma, lo cual coincide con la evidencia previa acerca de la carga relacionada con las alteraciones en la vida cotidiana, las demandas derivadas de la enfermedad y el grado de dependencia del paciente, así como la importancia del apoyo social en el desempeño de su labor (Aguilera *et al.*, 2016; Cervantes *et al.*, 2020; Cubas *et al.*, 2019; Denardi *et al.*, 2013; Díaz *et al.*, 2018; Hoang *et al.*, 2018; Surendran *et al.*, 2018; Usman Shah *et al.*, 2017; Velázquez y Espín, 2014).

Asimismo, un resultado consistente con estudios previos fue el de la variable relacionada con los gastos económicos derivados de la enfermedad (Cubas *et al.*, 2019; Laguado, 2019; Surendran *et al.*, 2018), la que, además de relacionarse significativamente con la carga, obtuvo la media mayor

de malestar subjetivo. Se trata de un área que merece una mención aparte por el impacto social que produce en razón del carácter de la ERC como un problema de salud pública asociado a altos costos económicos para los servicios de salud, mismos que se traducen en gastos elevados para el paciente y su familia (Figuroa *et al.*, 2016). Los egresos que genera el padecimiento no se limitan a costear el tratamiento sustitutivo, sino que también abarcan componentes como la dieta, los medicamentos y los gastos del traslado periódico al hospital para acudir a las sesiones de tratamiento, estudios y consultas. A lo anterior se agregan los gastos familiares cotidianos, y el hecho de que frecuentemente los pacientes y los cuidadores pierden su trabajo como resultado de las demandas que impone la enfermedad, lo que reduce las fuentes de ingresos y se convierte en un estresor significativo que se asocia con la carga en el cuidador.

En cuanto a las variables relacionadas con la alimentación, se encontró que planificar los alimentos de acuerdo a la dieta y la posibilidad de que el paciente no siga el régimen alimenticio mientras el cuidador no se encuentra presente, supervisándolo, son condiciones del cuidado que se relacionan de manera significativa con la carga. Lo anterior adquiere sentido dado que la alimentación y la adherencia al régimen nutricional prescrito son pilares fundamentales para el control de la ERC. No cumplir con la dieta genera efectos nocivos en la salud del paciente, tales como malnutrición, enfermedades cardiovasculares, proteinuria e incremento en la tensión arterial (Pérez, González, López, Sánchez y Selgas, 2017). La preparación de los alimentos corre en gran medida a cargo del cuidador, por lo que las complicaciones derivadas de no seguir las indicaciones nutricionales pueden implicar además, una responsabilidad social para quien ejerce el cuidado, quien generalmente espera satisfacer a cabalidad las expectativas sobre su labor.

En lo que concierne a la periodicidad de las visitas a la institución de salud, dos de las variables en las que se halló una asociación estadísticamente significativa con la carga fueron el tiempo invertido en acompañar al paciente a su sesión de hemodiálisis, así como las horas de espera en el hospital mientras recibe el tratamiento. Lo ante-

rior no solo tiene implicaciones relacionadas con la modificación de las rutinas, sino que además puede estar vinculado al hecho de que las sesiones de hemodiálisis tienen una duración promedio de tres a cuatro horas, tiempo durante el cual el cuidador debe permanecer en la sala de espera no únicamente aguardando la salida de su paciente, sino para estar disponible en caso de que se presente alguna complicación durante la sesión. Lo anterior puede representar una labor tediosa y constituir un estresor significativo, toda vez que existe la expectativa de que cada sesión transcurra sin eventualidades.

Acompañar al paciente a las consultas es una variable en la que pueden estar implicados factores como el tiempo, los ajustes que el cuidador debe hacer a sus rutinas, los sentimientos de incertidumbre y emociones como el temor y la preocupación, dado que otra variable que mostró una relación estadísticamente significativa con la carga, siendo una de consideradas como generadoras de mayor malestar, fue la posibilidad de recibir malas noticias sobre la salud del paciente durante la consulta o la sesión de tratamiento, lo cual puede implicar que las citas se perciban como una situación que de suyo implica la ocurrencia de diversos estímulos aversivos y estresores significativos, al igual que la producción de ideas y emociones anticipadas relacionadas con la progresión de la enfermedad y el futuro del paciente.

Respecto a las variables de la hospitalización, las que mostraron estar asociadas con la carga fueron las de cuidar al paciente durante la estancia intrahospitalaria, como las condiciones en las que se halla el CP durante la hospitalización del receptor del cuidado. Durante la práctica clínica en los servicios de nefrología puede observarse que, adicionalmente a la incertidumbre, el temor, el estrés, los gastos económicos y la fatiga que puede generar una hospitalización, los CP también se enfrentan a condiciones desfavorables, como incomodidad, falta de espacio físico y privacidad, ausencia de condiciones para asearse, descansar o alimentarse, restricciones para comunicarse con el resto de la familia y acompañamiento del paciente en los estudios y procedimientos, lo que aumenta su malestar físico y psicológico, en una situación que, de acuerdo con autores como Cervantes *et al.*

(2020) y Rivero *et al.* (2015), es percibida en sí misma como adversa.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los CP, los hallazgos del presente estudio coinciden con los reportados en la literatura especializada, en los que predominan los cuidadores del sexo femenino, los cónyuges del paciente, casados en su mayoría, las amas de casa y una baja escolaridad (Aguilera *et al.*, 2016; Laguado, 2019; Menati *et al.*, 2020).

Por lo que respecta al número de horas dedicadas al cuidado, los datos concuerdan con los resultados reportados por Delgado *et al.* (2016) y Romero *et al.* (2018), quienes encontraron que los CP gastaban más de diez horas al día al cuidado de su paciente; de manera similar, los participantes de esta investigación pasaban en promedio 15.26 horas diarias ejerciendo esa labor. Pese a ello, el número de horas dedicadas al cuidado, el tiempo durante el cual se ha ejercido el cuidado y la edad del cuidador fueron variables que no mostraron tener una asociación estadísticamente significativa con la carga, a diferencia de los reportados por Laguado (2019) y Usman Shah *et al.* (2017).

Con relación al tipo de tratamiento, en los datos de este trabajo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la carga de los CP en hemodiálisis y diálisis, lo que concuerda con los de Aguilera *et al.* (2016), quienes no encontraron diferencias significativas entre los cuidadores de pacientes en ambos tratamientos.

En el caso de la salud física de los cuidadores, más de un tercio refirió padecer alguna enfermedad, siendo la diabetes mellitus la enfermedad más frecuente, lo que concuerda con los resultados de Delgado *et al.* (2016), y de ellos, 90.9% afirmó recibir tratamiento. En cuanto al porcentaje de CP que padecían alguna enfermedad y recibían atención médica, Cervantes *et al.* (2020) apuntan que los cuidadores de personas con ERC, después de ser testigos de la enfermedad del paciente, tratan de mejorar sus hábitos de autocuidado para no enfermar debido a su experiencia. Sin embargo, dados los niveles de carga y la relación significativa con variables como la reducción del tiempo libre, la modificación de las rutinas y el tiempo invertido en acompañar al paciente al tratamiento, debe considerarse la posibilidad de que algunos

de los cuidadores no dispongan del tiempo suficiente para su autocuidado, y que al priorizar la enfermedad del paciente no acudan a revisiones periódicas y, por ende, desconozcan si han desarrollado algún padecimiento.

En lo que se refiere a los niveles de carga del cuidador, 71% mostró algún grado de esta, hallazgo que apoya los resultados de Romero *et al.* (2018), quienes encontraron que el área psicológica era la más afectada al desempeñar la labor de cuidar, y de igual modo son congruentes con la literatura que reporta niveles de moderados a intensos (Delgado *et al.*, 2016; Hoang *et al.*, 2018; Menati *et al.*, 2020; Rivero *et al.*, 2015).

Por último, las necesidades de apoyo psicológico son coincidentes con las principales áreas afectadas por la labor de cuidado reportadas en la literatura, lo que, junto al porcentaje de carga encontrado y los datos concernientes a las variables de cuidado relacionadas con aquella, ponen de manifiesto la necesidad de incluir al CP dentro del esquema integral de atención al paciente con ERC. Autores como Rivero *et al.* (2015), Bardak *et al.* (2018) y Kang *et al.* (2019) subrayan la importancia de evaluar periódicamente el estado de los cuidadores, implementar intervenciones psicológicas y educativas para ellos, así como promover el trabajo interdisciplinario en aras de favorecer su bienestar biopsicosocial, además de fomentar la institucionalización de su labor impulsando la creación de espacios para su capacitación, el cuidado de su salud y el fortalecimiento de sus redes de apoyo, lo que al mismo tiempo se traducirá en un beneficio para los pacientes.

Desde este punto de vista, la intervención del psicólogo entrenado en el campo de la salud cobra especial relevancia en razón de que es el especialista en la evaluación y el manejo de los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales de la enfermedad, quien puede diseñar y poner en práctica intervenciones cuya eficacia y efectividad se sustenten en la evidencia.

Finalmente, la principal limitación del presente estudio fue el tamaño de la muestra, lo que no permite generalizar los resultados.

Cabe mencionar que en el servicio donde se llevó a cabo la investigación no hay pacientes en protocolos de trasplante ni de postrasplante, lo

cual no permitió conocer las variables asociadas a la carga en sus cuidadores, por lo que se sugiere que en futuros estudios se incluya a CP que asistan a dicha población. Por último, se sugiere que en

trabajos posteriores sean consideradas la ansiedad y la depresión, así como las alteraciones del sueño, con la finalidad de identificar el grado de relación que guardan con los niveles de carga.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se deriva de la tesis doctoral del primer autor bajo la dirección del segundo. Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que otorgó la beca número 449061, con número de CVU 363862; asimismo, al Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, al Hospital General de Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente” por las facilidades otorgadas para llevar a cabo esta investigación, y a los participantes del estudio.

Citación: Arredondo P., A.J. y Jurado C., S. (2022). Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. *Psicología y Salud*, 32(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2706>.

REFERENCIAS

- Aguilera, F.A., Castrillo, C.E., Linares, B., Carnero, G.R., Alonso, R.A., López, R.P. y Prieto, V.M. (2016). Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 359-365. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000400007>.
- Alnazly, E. y Samara, N. (2014). The Burdens on Caregivers of Patients above 65 Years Old Receiving Hemodialysis: A Qualitative Study. *Health Care: Current Reviews*, 2(1), 1-6. <http://doi.org/10.4172/2375-4273.1000118>.
- Alvarado, R., Oyanedel, X., Aliste, F., Pereira, C., Soto, F. y De la Fuente, M. (2011). Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 6-17. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v15.n2.7020>.
- Avşar, U., Avşar, U.Z., Cansever, Z., Yucel, A., Cankaya, E., Certeç, H., Keles, M., Aydinli, B. y Yucelf, N. (2015). Caregiver Burden, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Differences in Caregivers of Hemodialysis Patients Compared With Renal Transplant Patients. *Transplantation Proceedings*, 47(5), 1388-1391. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.04.054>.
- Bardak, S., Demir, S., Aslan, E., Turgutalp, K., Celikcan, H. D., Dolarslan, M. E., Kılıcarslan, C., Karasu, F., Jini Gunes, A., Kurt, C. y Kiykım, A. (2018). The other side of the coin in renal replacement therapies: the burden on caregivers. *International Urology and Nephrology*, 51(2), 343-349. <https://doi.org/10.1007/s11255-018-2029-0>.
- Bawazier, L.A., Stanley, I., Sianipar, W. y Suhardjono, S. (2018). Anxiety and depression among caregivers of hemodialysis patients at the Indonesian national referral hospital. *Medical Journal of Indonesia*, 27(4), 271-278. <https://doi.org/10.13181/mji.v27i4.2999>.
- Caputo, J., Pavalko, E.K., y Hardy, M.A. (2016). The Long-Term Effects of Caregiving on Women's Health and Mortality. *Journal of Marriage and Family*, 78(5), 1382-1398. <https://doi.org/10.1111/jomf.12332>.
- Cervantes, L., Carr, A. L., Welles, C. C., Zoucha, J., Steiner, J. F., Johnson, T., Earnest, M., Camacho, C., Suresh, K. y Hain-Wynia, R. (2020). The Experience of Primary Caregivers of Undocumented Immigrants with End-Stage Kidney Disease that Rely on Emergency-Only Hemodialysis. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2389-2397. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05696-3>.
- Collins, L. y Swartz, K. (2011). Caregiver Care. *American Academy of Family Physicians*, 83(11), 1309-1317. <https://www.aafp.org/afp/2011/0601/p1309.pdf>.
- Cubas, S.R., Sánchez, G.N. y Gálvez, D.N. (2019). Sobrecarga del cuidador del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 317-322. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000300011>.
- Delgado, Q.E., Barajas, G.T., Uriostegui, E.L. y López, L.V. (2016). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-9.

- Denardi, C.E., Beuter, M., Brondani, C.M., Regina, P.M., Brentano, A.M. y Da Silva, C. (2013). A Diálise Peritoneal na vivência de familiares cuidadores. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(3), 541-548.
- Díaz, N.K., Ramones, D.M., Vargas, E. y Alejo, M. (2018). Sobrecarga del cuidador familiar principal en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica según la escala de Zarit. *Salud, Arte y Cuidado*, 11(1), 33-44.
- Einollahi, B., Taheri, S., Nemati, E., Abbaszadeh, S., Pourfarziani, V. y Nourbala, M. (2009). Burden among Care-givers of Kidney Transplant Recipients and its Associated Factors. *Saudi Journal of Kidney Disease Transplant*, 20(1), 30-34.
- Figueroa L., A., Gonzalez B., M.A. y Alarcon I., J. (2016). Medical Expenditure for Chronic Diseases in Mexico: The Case of Selected Diagnoses Treated by the Largest Care Providers. *Plos One*, 11(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145177>.
- Franco, M.V. y Romero, M.E. (2019). Condiciones de cuidado en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal asociadas a sobrecarga. *Ciencia E Innovación En Salud*, 66, 1-12. <https://doi.org/10.17081/innosa.66>.
- Haley, W.E., Roth, D.L., Howard, G. y Safford, M.M. (2010). Caregiving Strain and Estimated Risk for Stroke and Coronary Heart Disease Among Spouse Caregivers: Differential Effects by Race and Sex. *Stroke*, 41(2), 331-336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.568279>.
- Hoang, V.L., Green, T. y Bonner, A. (2018). Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed methods systematic review. *Journal of Renal Care*, 44(2), 82-95. <https://doi.org/10.1111/jorc.12235>.
- Hoening, J. y Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. Comunicado de prensa núm. 538/19.
- Kang, A., Yu, Z., Foo, M., Chan, C.M. y Griva, K. (2019). Evaluating Burden and Quality of Life among Caregivers of Patients Receiving Peritoneal Dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 39(2), 176-180. <https://doi.org/10.3747/pdi.2018.00049>.
- Laguado J., E. (2019). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 22(4), 352-359. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400002>.
- Lastiri, Q.H. (2016). Enfermedad renal crónica en México: una política nacional todavía pendiente. En J.A. Tamayo y O. y H.S. Lastiri Q. (Eds.): *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla* (pp. 1-16). Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina.
- López, E., Ávila, S., Reyes, A. y Miranda, I. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. *Revista Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 157(1). <https://doi.org/10.36109/rmg.v157i1.82>.
- Menati, L., Torabi, Y., Andayeshgar, B. y Khatony, A. (2020). The Relationship Between Care Burden and Coping Strategies in Caregivers of Hemodialysis Patients in Kermanshah, Iran. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 133-140. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S233103>.
- Mendoza, S.R., Hernández, G.E., Medina, P.M., Company, S.M., Gómez, P.M., Suárez, P.L., Navarro, V.F. y Fiuza, P.M. (2014). Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(2). <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000200002>.
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. https://doi.org/10.5209/rev_Psic.2014.v11.n1.44918.
- National Kidney Foundation (2002). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 39, 1-266.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *WHO Fact Sheet "Caregiving"*. Geneva: WHO.
- Pérez, T.A., González, G.M., López S., A.M., Sánchez, V.R. y Selgas, R. (2017). Evaluación de la dieta en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis y su relación con el estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1399-1407. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.960>.
- Rivero G., R., Segura G., E. y Juárez C., N.B. (2015). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario. *Diálisis y Trasplante*, 36(2), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.dialis.2015.02.001>.
- Romero, M.E., Bohórquez, M.C. y Castro, M.K. (2018). Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). *Archivos de Medicina (Col)*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.2520.2018>.
- Schene, A.H., Tessler, R.C. y Gamache, G.M. (1994). Instruments measuring family on caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 29(5), 228-240. <https://doi.org/10.1007/BF00796381>.
- Schulz, R. y Beach, S.R (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>.
- Smagula, S.F., Beach, S., Rosso, A.L., Newman, A.B. y Schulz, R. (2017). Brain Structural Markers and Caregiving Characteristics as Interacting Correlates of Caregiving Strain. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(6), 582-591. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.02.015>.

- Surendran, P., Venugopal, V., Dongre, A. y Paninjukunnath, R. (2018). Perceived challenges faced by family caregivers of chronic kidney disease patients and suggested solutions: A qualitative study. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 7(6), 487-492. <http://doi.org/10.5455/ijmsph.2018.0307819032018>.
- Tseliou, F., Rosato, M., Maguire, A., Wright, D. y O'Reilly, D. (2018). Variation of Caregiver Health and Mortality Risks by Age: A Census-Based Record Linkage Study. *American Journal of Epidemiology*, 187(7), 1401-1410. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx384>.
- Usman Shah, H., Atif, I., Rashid, F., Babar, M.W., Arshad, F., Qamar, W., Khan, O.A. y Qadir, M. (2017). Assessment of caregiver burden of patients receiving dialysis treatment in Rawalpindi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(10), 1498-1501. <https://jpma.org.pk/PdfDownload/8383>.
- Velázquez, Y. y Espín, A. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 3-17.
- Zarit, S.H., Eiler, J. y Hassinger, M.J. (1985). Clinical assessment. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.): *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Rinehold.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.

Psiconefrología en tiempos de COVID-19: acciones a implementar en la atención a pacientes en hemodiálisis

Psychonephrology in the COVID-19 times: Actions to implement for the attention of patients in haemodialysis

Claudia Rodríguez Ramírez^{1, 2}, Kely Landrián Lemus³,
Yadira Grau Valdés⁴ y Jorge Amado Grau Abalo⁵

Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende”¹
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana^{2, 5}
Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Julio Trigo López”³
Universidad Central de Las Villas⁴

Autor para correspondencia: Claudia Rodríguez Ramírez, crr@infomed.sld.cu.

RESUMEN

Los pacientes con enfermedad renal crónica grado cinco en constituyen un grupo de pacientes sumamente vulnerable a contraer la COVID-19 o a desarrollar un cuadro clínico grave que implica nuevos desafíos para garantizar su supervivencia y bienestar psicológico. A pesar de que se han publicado diversos protocolos y recomendaciones destinadas tanto al paciente en diálisis como a sus familiares y proveedores de salud, hasta hoy no se dispone de información científica suficiente acerca de las acciones que los psiconefrólogos pudieran llevar a cabo durante la actual pandemia. Por consiguiente, en el presente trabajo se hace una breve caracterización de estos enfermos y se proponen acciones que dichos especialistas pueden efectuar para minimizar los riesgos psicosociales y preservar así la mejor calidad de vida posible de los pacientes, de sus familiares y de los equipos de salud durante la pandemia y en las etapas de recuperación.

Palabras clave: Psiconefrología; Enfermedad renal crónica; Diálisis; COVID-19.

ABSTRACT

Patients with end-stage-renal disease undergoing dialysis are a group of highly vulnerable patients to get COVID-19 or develop serious clinical complications and have to face new challenges to make sure their survival and psychological well-being. Despite many protocols and recommendations have been published aimed at both patients in dialysis and their relatives and healthcare providers, there is not enough scientific information about the actions that psychonephrologists could implement during this current pandemic. This article makes a brief characterization of this kind of patients and proposes a set of actions that health psychonephrologists could implement in order to minimize psychological risks and preserve the highest quality of life possible in these people and their relatives and healthcare providers during the pandemic and recovery stages.

Key words: Psychonephrology; End-Stage-Renal-Disease; Dialysis; COVID-19.

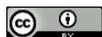
¹ Servicio de Nefrología. Calzada del Cerro No. 1551, Cerro, 10600 La Habana, Cuba, tel. (+53)53-22-71-15, correo: crr@infomed.sld.cu.

² Facultad de Ciencias Médicas “Salvador Allende”, Calle 146 Núm. 3102, Playa, La Habana, Cuba. Orcid: 0000-0002-5889-7362.

³ Servicio de Nefrología, La Habana, Cuba. Orcid: 0000-0001-6692-3818.

⁴ Departamento de Psicología, Santa Clara, Cuba. Orcid: 0000-0001-9886-4293.

⁵ Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo”, Calle 146 Núm. 3102, Playa, La Habana, Cuba. Orcid: 0000-0002-0044-3712.



Recibido: 26/02/2021

Aceptado: 12/03/2021

En diciembre de 2019 se notificó en la ciudad de Wuhan (República Popular China) la aparición de un brote epidemiológico que cursaba con un síndrome respiratorio agudo severo debido a un virus de etiología desconocida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a). Más tarde se identificó que se trataba de un coronavirus, al que se denominó SARS-CoV-2. A la enfermedad infecciosa causada por este nuevo virus se le conoce como COVID-19 (OMS, 2020a) y se manifiesta con cuadros respiratorios leves al principio que pueden llegar a convertirse en neumonías graves, con síndrome de distrés respiratorio, fallo multiorgánico y choque séptico (Ministerio de Sanidad Española, 2020).

Tras la notificación de los primeros casos de transmisión limitada de la COVID-19 en seres humanos fuera del territorio chino, en enero del 2020 la OMS declaró que este brote epidemiológico constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, la que podría afectar a gran escala a un número significativo de personas de diferentes latitudes por su severidad y fácil propagación (OMS, 2020b).

Debido a las alarmantes y crecientes cifras de nuevos contagios y fallecidos hasta ese momento, el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró a la COVID-19 como una pandemia y reiteró el llamado a todos los países a adoptar medidas y buscar estrategias integrales enfocadas en salvar vidas, en prevenir y disminuir el número de infecciones y en mitigar sus consecuencias (OMS, 2020c). El 13 de febrero del 2021 se estimaba que más de 111,5 millones de personas en el mundo habían enfermado de COVID-19 y que más de 2,4 millones de personas habían muerto a causa de esta enfermedad (RTVE Noticias, 2021).

La elevada carga biológica, física y psíquica que caracteriza a las enfermedades renales crónicas repercute significativamente en la calidad de vida y en la supervivencia de las personas que las padecen. La psiconefrología constituye la disciplina o la rama aplicada de la psicología de la salud que se encarga de delimitar las características

psicosociales y espirituales de los pacientes con enfermedades renales, con su consecuente aplicación práctica, que incluye la atención a los familiares-cuidadores y a los miembros del equipo de salud. Pretende ofrecer nuevas perspectivas sobre el desarrollo y la evolución de las enfermedades renales, y aportar una visión amplia, integradora y exacta de las consecuencias de dichas enfermedades (Levy, 1983; Marta, 2008; Pérez *et al.*, 2011).

El presente trabajo pretende efectuar una breve caracterización de la vulnerabilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica ante la COVID-19, así como proponer algunas acciones que los psicólogos de la salud que trabajan en el área de la nefrología pudieran poner en práctica para disminuir los riesgos psicosociales y preservar así la mayor calidad de vida posible para pacientes en hemodiálisis, así como para sus familiares y proveedores de la salud durante la pandemia y las etapas de recuperación.

Enfermedad renal crónica y COVID-19

La OMS señala que la COVID-19 afecta a cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, raza y estrato social, y que la mayoría de ellas suele presentar síntomas leves o moderados y recuperarse sin necesidad de un tratamiento hospitalario (OMS, 2020d). Sin embargo, hay personas y grupos altamente susceptibles de contraer la COVID-19 o a desarrollar cuadros clínicos graves (Ministerio de Sanidad Española, 2020; Toledo, Pérez, Oliva y Toledo, 2020), ya sea por edad avanzada, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas cardiovasculares o pulmonares, cáncer, enfermedad renal crónica, inmunodepresión, entre otros), profesión que se tenga (personal sanitario, entre otros) o escenarios hospitalarios (como las unidades de diálisis).

Tanto en la comprensión como en el control y el manejo de las pandemias, la psicología (disciplina que se ocupa del estudio del comportamiento y de la subjetividad humana) ha aportado y continúa aportando evidencia científica que ayuda a los decisores a desarrollar y planificar estrategias más eficaces ante este tipo de contingencias. A pesar de que los agentes biológicos son los causantes de las enfermedades infecciosas y

que para su erradicación o prevención se requiere de vacunas y tratamientos efectivos, los factores psicosociales y espirituales median de forma relevante tanto el desarrollo de estos fenómenos epidemiológicos, como su manejo y control (Chacón, Fernández y García, 2020; Urzúa, Vera, Caqueo y Polanco, 2020).

Las investigaciones psicológicas realizadas han demostrado que variables como la aparición, prevención y formas de afrontamiento de las enfermedades, al igual que la adherencia terapéutica, están determinadas por los comportamientos, creencias, emociones y actitudes individuales, al igual que los compartidos en las familias y la sociedad (Urzúa *et al.*, 2020; Martínez, Grau y Rodríguez, 2017).

Diversos modelos psicológicos, como el de locus de control, el de creencias de salud o el de autoeficacia, entre muchos otros, han intentado explicar cómo es que las personas adquieren y mantienen conductas salutogénicas o patogénicas. En este sentido, la literatura ha apuntado a que los mecanismos por los cuales se adquiere, se eliminan o se mantienen los comportamientos se deben principalmente a ciertos procesos de aprendizaje y que, por lo tanto, están determinados por creencias, emociones, actitudes y estilos personales (Urzúa *et al.*, 2020).

Históricamente, las pandemias han obligado a modificar de un modo abrupto diversos comportamientos de las poblaciones, y el distanciamiento físico ha constituido una de las medidas cardinales para prevenir las enfermedades respiratorias infecciosas, medida que tiene sin embargo un efecto negativo en las áreas psicológica, física, social, recreativa, económica y laboral de las personas (Piña, 2020). A pesar de que ha habido epidemias de enfermedades respiratorias similares, puede considerarse a la COVID-19 como la más devastadora, la que más muertes ha causado y la que ha ocasionado el mayor impacto emocional, económico y social en todo el globo en las últimas décadas (Urzúa *et al.*, 2020).

Las pandemias, además de generar crisis sanitarias y económicas, también tienen efectos psicológicos negativos de gran envergadura en las personas debido al temor, la incertidumbre y el sufrimiento que generan (Taylor, 2019). Según in-

numerables estudios científicos realizados en los periodos de las enfermedades infecciosas precedentes a la COVID-19, un número significativo de personas sufrieron miedo y temor ante la cercanía de los demás (Van Lent, Sungur, Kunneman, Van de Velde y Das, 2017), estigmatización, rechazo y discriminación (Barrett y Brown, 2008; Mawar, Sahay, Pandit y Mahajan 2005; Pellowski, Kalichman, Matthews y Adler, 2013; Price-Smith, 2009), niveles elevados de trastornos emocionales y de angustia (Lee, 2007), entre muchos más efectos.

A pesar de la relativamente reciente aparición de la COVID-19, numerosos investigadores han reportado el impacto y las reacciones psicológicas en las personas debidos a esta enfermedad y a la cuarentena consecuente (Mucci, Mucci y Diolaiuti, 2020; Poli, Gemignani y Conversano, 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia y Ventriglio, 2020). Entre las afectaciones observadas pudieran citarse las siguientes: aparición o agudización de problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos premórbidos (trastornos de ansiedad, depresión, somatización, ira, suicidio, estrés postraumático y otros) (Brooks *et al.*, 2020; Burtscher, Millet y Burtscher, 2020; Huang, Han, Luo, Ren y Zhou, 2020; Imran, Zeshan y Pervaiz, 2020; Meda *et al.*, 2021; Mehra, Rani, Sahoo, Parveen y Singh, 2020; Ornell *et al.*, 2020; Roy *et al.*, 2020; Shen, Zou, Zhong, Yan y Li, 2020; Troisi, 2020; Yuan *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020; Zhu *et al.*, 2020;), xenofobia (Mamun y Griffiths, 2020), miedo, incertidumbre y sentimientos de inseguridad y desesperanza como primeras respuestas emocionales (Ozamiz, Dosil, Picaza e Idoiaga, 2020; Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa y Benedek, 2020), aumento de la violencia intrafamiliar (Marques *et al.*, 2020; ONU, 2020) y del consumo de alcohol, tabaco (Campbell, 2020) y sustancias psicoactivas (Organización de Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2020).

Entre los grupos de personas muy vulnerables a contraer la COVID-19 y a desarrollar un cuadro clínico grave con elevada mortalidad se encuentran los de pacientes con enfermedad renal crónica, grado cinco, bajo tratamiento sustitutivo de la función renal, en especial aquellos en diálisis hospitalaria (Sequera, Quiroga, Arriba y

Fuente, 2020; Henry y Lippi, 2020), debido a varios factores, a saber: disminución significativa de la función inmunológica, edad avanzada, elevada comorbilidad asociada, fragilidad y elevadas probabilidades de diseminación de la COVID-19 en las unidades de diálisis (Bikbov *et al.*, 2020; Chan *et al.*, 2020; Henry y Lippi, 2019, 2020; Ministerio de Salud de Argentina, 2020; OPS y OMS, 2020; Park *et al.*, Sequera *et al.*, 2020). Entre las comorbilidades más frecuentes en estos pacientes se pueden citar la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, enfermedades que han mostrado tener una asociación positiva e independiente con la variable de mortalidad cuando se padece de COVID-19 (Clerkin *et al.*, 2020; Schiffrin, Flack, Ito, Muntner y Webb, 2020).

Los pacientes sometidos a tratamiento dialítico (al igual que sus familiares y proveedores de salud), además de constituir un grupo de riesgo extremo, también se enfrentan a nuevos desafíos en tiempos de COVID-19. Tanto el acceso continuo a las sesiones de diálisis como a los medicamentos y al apoyo social requerido, a determinados alimentos, al transporte garantizado y a los proveedores de salud especializados, son cruciales para garantizar la supervivencia y el bienestar psicológico de estos enfermos.

No obstante que los pacientes en diálisis o receptores de trasplante renal constituyen un grupo de enfermos de alto riesgo, con connotaciones epidemiológicas relevantes, hasta la fecha aún no se cuenta con la necesaria información científica relacionada con estos pacientes, especialmente en lo que se refiere al impacto psicológico producido por la COVID-19 y por otras variables psicosociales y espirituales. Teniendo en cuenta que los enfermos renales en hemodiálisis son pacientes de alto riesgo, se han propuesto una serie de medidas, recomendaciones y protocolos de actuación para prevenir y manejar esta enfermedad infecciosa (Sequera *et al.*, 2020).

Además de las intervenciones específicas que deben efectuar los profesionales de la salud que atienden a enfermos en diálisis, en tiempos de COVID-19 constituye otra acción clave la implementación del apoyo psicológico y de un asesoramiento especial y constante a estos pacientes y a sus familiares, los que se basan en las caracte-

rísticas de esta nueva enfermedad infecciosa y en las medidas generales y particulares que el centro hospitalario, la unidad de diálisis y los propios pacientes y familiares deben adoptar como una forma de prevenir y reducir los riesgos de enfermar y de asegurar la continuación del tratamiento sustitutivo de la función renal en cuestión. Como bien se ha expresado, las unidades de diálisis no constituyen en cuanto tales *zonas rojas* de atención a pacientes con COVID-19, como sí lo son las unidades de cuidados intensivos; sin embargo, constituyen una *zona roja* permanente para todo aquel que sufre una enfermedad debido a la cual se depende de un instrumento mecánico para sobrevivir (Díaz, 2020).

Acciones a instrumentar por los psiconefrólogos en tiempos de COVID-19: algunas propuestas

Resulta muy complejo resumir el quehacer de los psiconefrólogos en tiempos de COVID-19 debido a las particularidades de la enfermedad renal, de los tratamientos sustitutivos de la propia función renal y de los sujetos de trabajo de esta disciplina: paciente, familiares cuidadores y miembros del equipo de salud. Sin embargo, entre las variadas acciones psicosociales que se pueden poner en práctica en los pacientes en diálisis, y según las medidas higiénico-sanitarias, se pueden mencionar las siguientes:

- Favorecer la adaptación del paciente a la enfermedad renal, al tratamiento dialítico, a su estado actual de salud y a su nueva realidad, según las condiciones del país, del centro hospitalario y de las exigencias que impone la pandemia.
- Continuar con la evaluación y preparación psicológica del paciente para el trasplante renal, al ser esta una actividad que tiene prioridad en algunas instituciones de salud. Además del paciente, se sugiere solicitar y entrevistar a aquellos familiares o personas allegadas que sean indispensables para el cumplimiento de estas actividades y que pertenezcan al grupo de personas de menor riesgo de contraer la COVID-19 o, en su caso, de presentar un cuadro clínico grave.

- Realizar intervenciones en crisis en los casos necesarios.
- Capacitar al equipo de salud para que brinde apoyo psicológico a aquellos pacientes, familiares o colegas con un elevado grado de preocupación y sufrimiento relacionados con la exposición a estresores intensos por la COVID-19.
- Contribuir a la prevención, concienciación y modificación de hábitos o comportamientos de los pacientes y familiares con el fin de aumentar la percepción de riesgo y la adopción de comportamientos protectores ante la emergencia sanitaria creada por la pandemia.
- Promover, estimular y reforzar positivamente el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias orientadas a prevenir la COVID-19 en los pacientes y familiares.
- Capacitar a los miembros del equipo de salud para la exploración de las necesidades, preocupaciones y posibles déficits cognitivos de los pacientes y sus familiares.
- Explorar en los pacientes, familiares, profesionales del equipo y personal de apoyo la aparición de alguna alteración emocional situacional o patológica, así como la descompensación de algún posible antecedente psiquiátrico.
- Identificar los factores de riesgo y los de protección en los pacientes y familiares, y potenciar el uso de recursos de afrontamiento más eficaces a fin de minimizar los riesgos psicosociales y preservar la mayor calidad de vida posible durante la pandemia y las etapas de recuperación.
- Propiciar que los pacientes, familiares, profesionales del equipo de salud y personal de apoyo ventilen sus miedos, preocupaciones y sufrimientos con el propósito de disminuir los estados emocionales displacenteros.
- Brindar apoyo emocional y fomentar la esperanza, o bien adecuarla, en los pacientes, familiares, profesionales del equipo y personal de apoyo.
- Orientar a los pacientes, familiares, profesionales de la salud y personal de apoyo que así lo requieran o lo deseen acerca de las prin-

cipales técnicas de relajación u otros procedimientos para el control del estrés y de las emociones que puedan ponerse en práctica en tiempos de pandemia.

- Brindar acompañamiento espiritual a los pacientes.
- Ayudar al paciente y a su cuidador primario o familiar a identificar o adecuar objetivos y estrategias que hagan posible la solución activa de las dificultades que se les presenten en tiempos de pandemia.
- Contribuir al manejo del duelo de los pacientes, familiares, profesionales de la salud y personal de apoyo que han sufrido pérdidas relacionadas con la COVID-19 y la enfermedad.
- Sugerir el uso de la telepsicología, modalidad de prestación de servicios psicológicos que ofrecen las nuevas tecnologías informáticas y de la comunicación, y que permite atender a personas en situaciones de crisis, ofrecer consejería, resolver dudas y preocupaciones, compartir guías audiovisuales o materiales didácticos de apoyo y con mensajes útiles para el autocuidado y el bienestar emocional.
- Comparecer en programas televisivos y radiales con temas adaptados a las etapas de la pandemia con el fin de aumentar la efectividad de la comunicación social respecto a la enfermedad.

En conclusión, al tratarse de pacientes con alta vulnerabilidad ante la COVID-19, se hace imprescindible que los profesionales de la salud -en especial los psiconefrólogos- exploren y aborden sistemáticamente las preocupaciones, necesidades, miedos, temores, conflictos y sufrimientos que puedan padecer los enfermos y sus familiares en relación a la COVID-19, la enfermedad renal, el tratamiento dialítico u otras situaciones; que fomenten la esperanza, el sentimiento de seguridad, la comunicación social y los recursos de afrontamiento más eficaces a fin de adaptarse de una mejor manera a las características e implicaciones de la enfermedad renal grado cinco y a las crisis provocadas por la pandemia. No se trata únicamente de garantizar la infraestructura, los circuitos esta-

blecidos y los recursos materiales y humanos en las unidades de diálisis en tiempos de COVID-19, sino también de preservar el bienestar emocional

y prevenir la aparición de trastornos mentales en el enfermo renal bajo tratamiento dialítico.

Citación: Rodríguez R., C., Landrián L., K., Grau V., Y. y Grau A., J.A. (2022). Psiconefrología en tiempos de COVID-19: acciones a implementar en la atención a pacientes en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 32(1), 17-24. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2707>.

REFERENCIAS

- Barrett, R. y Brown, P.J. (2008). Stigma in the time of influenza: Social and institutional responses to pandemic emergencies. *The Journal of Infectious Diseases*, 197(Suppl 1), S34-37. Doi: 10.1086/524986.
- Bikbov, B., Purcell, C.A., Levey, A.S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M. et al. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709-733.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10225), 912-920.
- Burtscher, J., Millet, G. y Burtscher, M. (2020). Isolation, stress and physical inactivity: Vicious circles accelerated by Covid-19? *Scandinavian Journal of Medical Science of Sports*, 30(8). Doi: 10.1111/sms.13706.
- Campbell, A.M. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International Reports*, 2(100089). Doi: 10.1016/j.fsir.2020.100089.
- Chacón, F., Fernández, J.R., y García, M.P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123.
- Chan, J.F., Yuan, S., Kok, K.H., To, K.K., Chu, H., Yang, J., et al. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395, 514-523.
- Clerkin, K.J., Fried, J.A., Raikhelkar, J., Sayer, G., Griffin, J.M., Masoumi, A. et al. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and cardiovascular disease. *Circulation*, 141(20), 1648-1655.
- Díaz, C. (2020). *Estado psicológico de enfermos renales crónicos en zona roja* (+ audio); [2020 Jul 14; citado 2020 Sep 8]. Recuperado de <https://www.radiorebelde.cu/de-cuba-y-de-los-cubanos/estado-psicologico-de-enfermos-renales-cronicos-en-zona-roja-audio--20200714/>.
- Henry, B.M. y Lippi, G. (2020). Chronic kidney disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *International Urology and Nephrology*, 52(6), 1193-1194. Doi: 10.1007/s11255-020-02451-9.
- Huang, J.Z., Han, M.F., Luo, T.D., Ren, A.K. y Zhou, X.P. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192-195. Doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063.
- Imran, N., Zeshan, M. y Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children and adolescents in COVID-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, Suppl. 36, S-1.
- Lee, A.M., Wong, J.G., McAlonan, G.M., Cheung, C., Cheung, P., Sham, P.C., Chu, C.M., Wong P.C., Tsang K.W. y Chua S.E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240.
- Levy, N. (1983). *Psychonephrology 2: Psychological problems in kidney failure and their treatment*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Mamun, M.A. y Griffiths, M.D. (2020). First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102073. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102073.
- Marques, E.S., Moraes, C.L., Hasselmann, M.H., Deslandes, S.F., Reichenheim, M.E., Marques, E.S., et al. (2020). Violence against women, children, and adolescents during the COVID-19 pandemic: Overview, contributing factors, and mitigating measures. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). Doi: 10.1590/0102-311x00074420.
- Marta, N. (2008). Psychonephrology: An emerging field. *Primary Psychiatry*, 15(1), 43-44.
- Martínez R., L., Grau V., Y. y Rodríguez U., R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oaid=3598523920077>.
- Mawar, N., Sahay, S., Pandit, A., Mahajan, U. (2005). The third phase of HIV pandemic: Social consequences of HIV/AIDS stigma y discrimination y future needs. *Indian Journal of Medical Research*, 122(6), 471-484.

- Meda L., R.M., Muñoz V., J.F., Juárez R., P., Figueroa L., C., Herrero, M., De Santos Á., F., Palomera C., A., Yeo, C. y Moreno J., B. (2021). Psychological responses to COVID-19 in a Mexican population: an exploratory study during second and third phases. *Psychology, Health & Medicine*, Feb 14, 1-8. Doi: 10.1080/13548506.2021.1883689. 1-8.
- Mehra, A., Rani, S., Sahoo, S., Parveen, S. y Singh, A.P. (2020). A crisis for elderly with mental disorders: Relapse of symptoms due to heightened anxiety due to COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102-114.
- Ministerio de Salud de Argentina (2020). *Recomendaciones para el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica o insuficiencia renal aguda durante la epidemia de coronavirus (COVID-19)*. Buenos Aires (Argentina): Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001843cnt-20200326-recomendaciones-erc-covid.pdf>.
- Ministerio de Sanidad Española (2020). *Recomendaciones para el manejo, prevención y control de COVID-19 en Unidades de Diálisis*. Madrid: Autor. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19-hemodialisis.pdf>.
- Mucci, F., Mucci, N., Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: Psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63-64. Doi: 10.36131/CN20200205.
- Organización de Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2020). *COVID-19 y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/mem/distribution/documents/covid-19_recomendaciones_reduccion_de_la_demanda_abril_30_esp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
- Organización Mundial de la Salud (2020b). *Cronología de la actuación de la OMS/Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- Organización Mundial de la Salud (2020c). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>.
- Organización Mundial de la Salud (2020d). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
- Organización de Naciones Unidas (2020). *Prevención de la violencia contra las mujeres frente a COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Nueva York: ONU. Recuperado de https://www2.unwomen.org//media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/es_preencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es-vs=3033.
- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud (2020). *Manejo de las personas con enfermedad renal crónica durante la pandemia de COVID-19. Consideraciones para los proveedores de salud*. Washington: OPS/OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/manejo-personas-con-enfermedad-renal-cronica-durante-pandemia-covid-19-3-junio-2020>.
- Ornell, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O., Kessler, F.H.P., Ornell, F., Schuch, J.B., et al. (2020). Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. Doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008.
- Ozamiz E., N., Dosil S., M., Picaza G., M. e Idoiaga M., N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). Doi: 10.1590/0102-311x00054020.
- Park, H.C., Lee, S.H., Kim, J., Kim, D.H., Cho, A., Jeon, H.J., et al. (2020). Effect of isolation practice on the transmission of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus among hemodialysis patients: A 2-year prospective cohort study. *Medicine*, 99(3), e18782. Doi: 10.1097/MD.00000000000018782.
- Pellowski, J.A., Kalichman, S.C., Matthews, K.A., Adler, N. (2013). A pandemic of the poor: Social disadvantage and the U.S. HIV epidemic. *American Psychologist*, 68(4), 197-209. Doi: 10.1037/a0032694.
- Pérez, T.S., Rodríguez, A., Buset, N., Rodríguez, F., García, M.A., Pérez, P., Parodis, Y. y Rodríguez, J.C. (2011). Psiconefrología: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 31(6), 716-722.
- Piña F., L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Salud y Vida*, 4, 188. Doi: 10.35381/s.v.v4i7.670.
- Poli, A., Gemignani, A. y Conversano, C. (2020). The psychological impact of SARS-CoV-2 quarantine: Observations through the lens of the polyvagal theory. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 112–114. Doi: 10.36131/CN20200216.
- Price-Smith, A.T. (2009). *Contagion and chaos disease, ecology, and national security in the era of globalization*. Cambridge, Mas: MIT Press.
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S.K., Sharma, N., Verma, S.K. y Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(102083). Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083.

- RTVE Noticias (2021). *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución*. Recuperado de <https://www.google.com/amp/s/amp.rtve.es/noticias/20210213/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.
- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J. y Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*, 24(1). Doi: 10.1186/s13054-020-02926-2.
- Schiffirin, E.L., Flack, J.M., Ito, S., Muntner, P. y Webb, R.C. (2020). Hypertension and COVID-19. *American Journal of Hypertension*, 33(5), 373-374.
- Shigemura, J., Ursano, R.J., Morganstein, J.C., Kurosawa, M. y Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Doi: 10.1111/pcn.12988.
- Sequera, P., Quiroga, B., Arriba, G. y Fuente, D. (2020). Protocolo de actuación ante la epidemia por coronavirus en los pacientes de diálisis y trasplantados renales. *Nefrología*, 40(3), 253-257. Doi: 10.1016/j.nefro.2020.03.001.
- Taylor, S. (2019). Psychological reactions to pandemics. En S. Taylor (Ed.): *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (pp. 23-29). Cambridge, MA: Cambridge Scholars Publishing.
- Toledo, M., Pérez, E., Oliva, A., y Toledo, D. (2020). Guías para el manejo de pacientes con COVID-19 y Enfermedad Renal Crónica/Trasplante Renal en el Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. *Revista Médica del Colegio Médico de Cirujanos de Guatemala*, 159(1), 4-9.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. Doi: 10.1177/002076/4020915212.
- Troisi, A. (2020). Fear of COVID-19: Insights from evolutionary behavioral science. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 72-75. Doi: 10.36131/CN20200207.
- Urzúa, A., Vera V., P., Caqueo U., A. y Polanco C., R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.
- Van Lent, L.G., Sungur, H., Kunneman, F.A., Van de Velde y Das, E. (2017). Too far to care? Measuring public attention and fear for Ebola using twitter. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e193. Doi: 10.2196/jmir.7219.
- Yuan, S., Liao, Z., Huang, H., Jiang, B., Zhang, X., Wang, Y., et al. (2020). Comparison of the indicators of psychological stress in the population of Hubei province and non-endemic provinces in China during two weeks during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in February 2020. *Medical Science Monitor*, 26, e923767. Doi: 10.12659/MSM.923767.
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., et al. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 306. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00306.
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., et al. (2020). Prevalence and influencing factors of anxiety and depression symptoms in the first-line medical staff fighting against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 386. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00386.

Diseño y validación de la Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar

Design and validation of the Scale of Attitudes towards Palliative Care of a Relative

Tatiana Pedroza Varela, Nicolás Garzón Rodríguez, Paola Ortiz Bello, Daniel Murcia Leal y Fernando Riveros Munévar

Universidad de La Sabana¹

Autor para correspondencia: *Fernando Riveros Munévar*, edgar.riveros@unisabana.edu.co.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo diseñar y validar un instrumento que midiera las actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar. Inicialmente, se realizó una revisión teórica y se construyó una tabla de especificaciones según los componentes de las actitudes, cruzados con los elementos de los cuidados paliativos. Después, tras un proceso de validación por jueces expertos y una prueba piloto, se aplicó el instrumento a 140 ciudadanos colombianos con una edad promedio de 29.05 años, tras de lo cual se efectuó un análisis factorial exploratorio de los datos obtenidos. Hecha la validación, se obtuvo un coeficiente general de consistencia interna de .851, y se concluyó con la elaboración de un instrumento conformado por 16 reactivos que se califican en una escala Likert de cuatro puntos distribuidos en tres factores (valoración general positiva del cuidado, compromiso con el cuidado y valoración general negativa del cuidado), modelo que fue sometido a un análisis factorial confirmatorio que mostró una adecuada armonía. El instrumento así elaborado posee validez y confiabilidad considerables, y es útil para medir las actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar.

Palabras clave: Actitudes; Cuidados paliativos; Psicometría.

ABSTRACT

This study aimed to design and validate a scale to measure attitudes towards the palliative care of relatives. After reviewing the research literature, a table with the corresponding specifications included how the attitudes crossed with the components of palliative care. After a process of validation by expert judges and a pilot test, a total of 140 Colombian citizens (Age $M \pm SD = 29.05 \pm 12.180$) responded to the instrument. After an exploratory factorial analysis of the data, the evaluation process yielded a general internal consistency value of .851. The final scale consisted of 16 items with four Likert options each, composing three factors: a) overall positive assessment of care, b) commitment to care, and c) general negative assessment of care. A confirmatory factor analysis revealed adequate consistency of the model. The instrument has high validity and reliability to measure attitudes toward palliative care of a family member.

Key words: *Attitudes; Palliative care; Psychometrics.*

¹ Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia, tel: 57 317 512 2983, correos electrónicos: tatianapeva@unisabana.edu.co, nicolasgaro@unisabana.edu.co, leidyorbe@unisabana.edu.co, danielmule@unisabana.edu.co y edgar.riveros@unisabana.edu.co.



Recibido: 14/04/2020

Aceptado: 04/08/2020

En las ciencias de la salud existe una amplia variedad de enfermedades crónico degenerativas que desembocan generalmente en un diagnóstico terminal (Grau *et al.*, 2008); el cual ha adquirido importancia en el último siglo debido a que se hace cada vez más frecuente en los centros asistenciales (Ascencio, Allende y Verástegui, 2014). Por consiguiente, las implicaciones para los profesionales de la salud y los familiares del paciente respecto al cuidado y atención del enfermo han despertado el interés de varios investigadores (Ascencio *et al.*, 2014; Bermejo, Villacielos, Carabias, Pichardo y Diner, 2013; Marchán, 2016; Sánchez y Díaz, 2013; Sánchez *et al.*, 2017; Sarmiento, 2015, entre muchos otros). Según el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2016), en el año 2016 murieron 136,846 personas por condiciones crónicas que eran susceptibles de cuidados paliativos, y únicamente 0.3% de esta población (346 personas) recibió atención en dichos cuidados; además, solo 3 de 57 facultades de medicina incluyen los cuidados paliativos en sus programas (Pastrana, de Lima y Wenk, 2015), lo que denota la considerable necesidad de profesionales especializados en esa área (Grau *et al.*, 2008).

Los cuidados paliativos son las actividades destinadas a brindar recursos físicos y emocionales a los acompañantes y al paciente para que este curse de la mejor manera posible su enfermedad (Grau *et al.*, 2008). Así pues, los cuidados paliativos se definen como el apoyo y acompañamiento activo a pacientes próximos a la muerte con alguna enfermedad en fase terminal, es decir, que ya no responde a los tratamientos curativos, siendo entonces primordiales el control y alivio del dolor y de otros síntomas de origen psicológico, social y espiritual (Gómez, Clemente, Bugallo y Gandoy, 2016; López, 2015; Tejeda, 2011). Asimismo, también es importante el manejo paliativo guiado por una primera evaluación completa del estado y de las necesidades biopsicosociales del paciente a fin de determinar su manejo más apropiado (Ferrer, Padgett y Ellis, 2016; López, 2015).

Cabe mencionar que los cuidados paliativos se enfocan en apoyar la calidad de vida del paciente y mejorar los síntomas y el estrés inherentes a una enfermedad terminal; para ello, se trabaja sobre unos pilares fundamentales: la *toma de decisiones*, la *experiencia emocional compartida*, la *vinculación social*, el *tiempo de cuidado* y la *logística*, toda vez que el cuidado paliativo “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada” (Flores, Rivas y Seguel, 2012; *cf.* también Tripodoro, Veloso y Llanos, 2015).

La *toma de decisiones* involucra aquellas determinaciones relacionadas con el proceso asistencial en curso que toman los pacientes, sus familiares y el personal asistencial, lo que implica la evaluación de los riesgos posibles (Ferrer *et al.*, 2016). La *experiencia emocional compartida* corresponde a la carga emocional del cuidador y del enfermo, sean sentimientos positivos o negativos (Rodrigues, 2010), lo cual será de vital importancia en virtud de que la evolución psicológica del paciente depende de los posibles sentimientos de culpa, ansiedad o decepción de sus seres queridos respecto a “renunciar” a la búsqueda del tratamiento curativo (Ferrer *et al.*, 2016). La *vinculación social*, a su vez, se concibe como las relaciones que componen el entorno social del paciente y que están presentes en cualquier proceso en el que este se involucre, por lo que repercuten en su vida personal y afectiva (Butow *et al.*, 2007; Ferrer *et al.*, 2016; Padgett y Ferrer, 2015). El *tiempo de cuidado* se refiere al tiempo que el cuidador comparte con el paciente y que puede ser completo o parcial (Rodrigues, 2010). Por último, la *logística* es la coordinación de servicios sociales o clínicos, los tratamientos y las propias necesidades del cuidador, además de las tareas físicas que involucran el cuidado (Rodrigues, 2010).

Dadas las condiciones anteriores, se puede afirmar que los cuidados paliativos ocurren en un contexto social, por lo que su valoración se vuelve natural (Padgett y Ferrer, 2015); no obstante, tal

apreciación puede variar según el tiempo que el cuidador deba emplear para acompañar al paciente, teniendo en cuenta la enfermedad del mismo (Tejeda, 2011). Es importante señalar que las valoraciones se denominan *actitudes* y se definen como las evaluaciones globales y relativamente estables que los sujetos hacen sobre otras personas, ideas o cosas que técnicamente reciben la designación de *objetos de actitud* (Briñol, Falces y Becerra, 2007).

Las actitudes constan de tres componentes: el primero de ellos es el *cognitivo*, que incluye tanto los pensamientos como las creencias que la persona tiene sobre el objeto de actitud a partir de una relación directa o indirecta, o bien de los conocimientos previos que tiene sobre aquel. En segundo lugar se encuentra el elemento *afectivo*, el cual permite a la persona asociar sentimientos y emociones al objeto de actitud, lo que puede ocurrir a partir de la mera exposición; así, una persona que haya estado en contacto frecuente con los cuidados paliativos puede desarrollar diferentes actitudes dependiendo de la calidad de su experiencia. Por último, se halla el componente *conductual*, en el que se incluyen las intenciones, disposiciones a la acción y comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud; en otras palabras, la disposición e intención que se tiene en función de los cuidados paliativos aportan también a la construcción de la actitud frente a dicho proceso (Briñol *et al.*, 2007). De este modo, las actitudes hacia los cuidados paliativos serán entendidas en el presente estudio como predisposiciones aprendidas y evaluaciones globales, positivas o negativas, del apoyo o acompañamiento activo a una persona que padece una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible y que se encuentra próxima a la muerte (Briñol *et al.*, 2007; Gómez *et al.*, 2016; López, 2015; Tejeda, 2011).

Es importante resaltar que estudiantes de ciencias de la salud han evaluado el cuidado paliativo como un ejercicio de riesgo o como un oficio incómodo al verse indispuestos para la “transmisión de malas noticias, [el] manejo del duelo y [la] comunicación de una limitación o adecuación terapéutica” (Pastrana *et al.*, 2015, p. 136). Con ello, se facilita la aparición del *burnout*, o síndrome del

estrés laboral asistencial, definido por Maslach y Jackson (1981) como el “agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida” (*cf.* también Gómez *et al.*, 2016) que surgen como consecuencia de este acompañamiento y que conllevan una actitud por parte del cuidador. Cabe señalar que principalmente se han estudiado las actitudes de enfermeras y médicos ante el cuidado del enfermo (Espinoza, Luengo y Sanhuesa, 2016), pero no se ha indagado sobre la influencia de las actitudes del núcleo familiar en dicho cuidado a partir de su nivel experiencial y del vínculo compartido con el enfermo (Arriaza, Cancino y Sanhuesa, 2009).

La literatura especializada sigue el mismo curso que los instrumentos que evalúen este constructo. Hay instrumentos validados en poblaciones extranjeras que miden las actitudes de los profesionales, tales como la escala FATCOD, diseñada para medir las actitudes del personal de enfermería y adaptado en una población chilena por Espinoza *et al.* (2016), y la escala EACP, creada para medir las actitudes hacia la práctica de cuidados paliativos también en el personal de enfermería, validada en México por Ascencio (2015). No obstante, en la mencionada revisión no se encuentran instrumentos validados en muestras latinoamericanas que evalúen las actitudes de los familiares como cuidadores o potenciales cuidadores de dichos pacientes, aun cuando la familia es una parte esencial de la medicina paliativa debido a que constituye un foco principal de atención al lograr armonía y equilibrio en la fase terminal de la enfermedad (Tejeda, 2011). Dado que la mayoría de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas son los mismos familiares, y que se desconoce un instrumento que pueda medir sus actitudes hacia el cuidado paliativo, se llevó a cabo el presente estudio, que tuvo como objetivo plantear y validar una herramienta que permitiese determinar las actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar en una muestra colombiana. En consecuencia, la presente investigación fue de tipo psicométrico instrumental en virtud de que está encaminada al desarrollo, diseño o adaptación de un instrumento, así como al estudio de sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2005). De hecho, el ejer-

cicio investigativo consistió en desarrollar una prueba para evaluar diversos componentes de las actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar.

MÉTODO

Participantes

Se contó con la participación de siete jueces expertos, tres de ellos especialistas en medición y evaluación psicométrica, y cuatro teóricos en el área de los cuidados paliativos; para el desarrollo de la prueba piloto se emplearon diez cuidadores potenciales (seis hombres y cuatro mujeres), con edades de entre 20 y 40 años, seleccionados por conveniencia, y para el análisis que permitió la estandarización de la prueba se dispuso de 140 participantes de una muestra colombiana, con una edad media de 29.05 (desviación típica \pm 12.18), de los cuales 59.3% fueron mujeres. Se excluyó a aquellos participantes cuya respuesta de la primera pregunta, relativa al consentimiento informado, fue no estar de acuerdo con que sus resultados se utilizaran con fines académicos e investigativos de manera anónima, y también a los menores de 18 años a fin de resguardar los principios éticos de la investigación. Se accedió a todos los participantes para la prueba piloto, y para la aplicación por conveniencia el formulario se envió a través de las redes sociales.

Cabe señalar que ninguno de los participantes eran cuidadores activos al momento de la aplicación, criterio que se utilizó para evitar los sesgos acerca de la interpretación de sus actitudes hacia los cuidados paliativos.

Procedimiento

En primera instancia, se efectuó una revisión teórica sobre la actitud hacia los referidos cuidados, en la que se indagaron los componentes del constructo para el proceso de elaboración y distribución de los reactivos; para ello, se creó una tabla de especificaciones (Apéndice A) que incluía y cruzaba los componentes cognitivo, afectivo y conductual

de las actitudes con las cinco áreas de los cuidados paliativos: toma de decisiones, experiencia emocional compartida, vinculación social, tiempo de cuidado y logística. Adicionalmente, se plantearon algunos ítems redundantes, es decir, aquellos que expresan la misma idea con una redacción mínimamente distinta, los que se emplean para evaluar la consistencia de las personas y aumentar la consistencia interna del instrumento (Ferrando y Anguiano, 2010; Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

Una vez elaborado el instrumento, se construyeron 62 ítems que se sometieron al proceso de validación por los siete jueces expertos, a quienes se les pedía puntuar su pertinencia, coherencia, redacción y objetividad. Con base en lo anterior, se realizó la depuración de los ítems por medio del índice de validez de contenido de Lawshe (Apéndice B) y el índice W de Kendall (Apéndice C) de concordancia entre jueces. Después, se efectuó la prueba piloto con el propósito de identificar problemas en la interpretación de los ítems; de este modo, se tomaron en cuenta las retroalimentaciones cualitativas para el refinamiento de los reactivos a fin de que fuesen comprendidos cabalmente.

La escala por validar contenía aspectos sociodemográficos, como edad, sexo y ocupación, además de los 37 reactivos resultantes de la depuración inicial. Este instrumento fue digitalizado y, una vez recogida la información, se procedió a invertir las puntuaciones de los ítems dependiendo de si medían una actitud positiva o negativa, y posteriormente se realizaron los análisis estadísticos por medio del programa SPSS®, versión 23.

El análisis factorial exploratorio se refinó tras varios ensayos de reducción de factores mediante los cuales se buscaba que la carga de los ítems fuera clara respecto al factor (eliminando los ítems inapropiados para la prueba), y se desarrolló el análisis de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. Después, se efectuó el modelado por ecuaciones estructurales para confirmar el modelo obtenido. Por último, se elaboraron las normas de calificación de la escala, generando baremos mediante el método de rango (Apéndice E).

Todo lo anterior se llevó a cabo respetando los principios éticos y el código de conducta de la American Psychological Association (1992), las leyes del país en que se realizó y los estándares éticos de la investigación, teniendo en cuenta que antes de participar se garantizó a cada persona el respeto a su dignidad, la protección de su bienestar y la privacidad de sus datos y respuestas.

RESULTADOS

En primer lugar, se realizó la tabla de especificaciones (Apéndice A), teniendo en cuenta los componentes cognitivo, afectivo y conductual de la actitud, así como las cinco áreas de los cuidados paliativos (toma de decisiones, experiencia emocional compartida, vinculación social, tiempo de cuidado y logística) para guiar el desarrollo de los ítems, los cuales una vez construidos fueron validados por los jueces (Apéndice B), de modo que 6 de los 62 ítems iniciales que puntuaron $r < 0.6$ en el índice de validez de contenido de Lawshe se descartaron. Los ítems restantes se modificaron por la sugerencia cualitativa de los expertos. Adicionalmente, la evaluación de los jueces se sometió al análisis de validez de contenido W de Kendall, sin obtener concordancias entre ellos en ninguna de las dimensiones ($p < 0.05$) (Apéndice C).

Para saber si era apropiado realizar el análisis factorial exploratorio, se desarrolló la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y un análisis de esfericidad de Barlett, por los que se encontró que la muestra era suficiente y apropiada para ejecutar el análisis (KMO $> .8$; Barlett, $p < 0.05$). Paulatinamente se hizo una depuración para eliminar los ítems cuya carga no era notablemente específica a un factor, restando así un total de veinte ítems para el análisis.

Respecto a la varianza total acumulada de los tres factores hallados, el primero de ellos explicó 24.01% de la varianza, el segundo 22.56% y el tercero 11.37%, de manera que en conjunto explicaban 56.49% de la varianza total acumulada de la escala, denominándose *Valoración general positiva del cuidado*, *Compromiso con el cuidado*

y *Valoración general negativa del cuidado*, respectivamente.

Se ejecutó después el análisis de consistencia interna por factor (cuatro en total) a través del coeficiente alfa de Cronbach, el cual indicó que cuatro de los ítems se debían descartar dado que la consistencia interna de la prueba mejoraba al eliminarlos.

En la Tabla 1 se presenta el análisis factorial final (tres componentes) tras eliminar los ítems, para obtener un total de 16 reactivos que conforman la denominada Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar (Apéndice D), teniendo en cuenta que estos fueron reordenados según su numeración inicial.

Tabla 1. Análisis factorial final. Matriz de componentes rotada.

Ítems	Factores		
	FI	FII	FIII
10	.820		
2	.720		
8	.704		
1	.703		
14	.687		
5	.666		
9	.560		
12		.756	
16		.755	
11		.702	
13		.666	
4		.617	
7		.524	
6			.797
15			.708
3			.676

La Tabla 2 muestra el análisis de fiabilidad por factor una vez finalizado el refinamiento de la escala.

Con el fin de verificar la idoneidad del modelo, se efectuó el análisis factorial confirmatorio por medio de modelos de ecuaciones estructurales. Dicho modelo se observa en la Figura 1, y los estadísticos correspondientes en la Tabla 3.

Tabla 2. Análisis de fiabilidad de la escala.

Factor	Ítems	Correlación ítem-factor	Alfa si se elimina	Coefficiente alfa
I. Valoración general positiva del cuidado	10	0.762	0.824	0.863
	2	0.595	0.849	
	8	0.603	0.848	
	1	0.552	0.855	
	14	0.678	0.837	
	5	0.635	0.843	
	9	0.605	0.847	
II. Compromiso con el cuidado	12	0.660	0.747	0.802
	16	0.517	0.781	
	11	0.558	0.772	
	13	0.553	0.772	
	4	0.558	0.771	
	7	0.506	0.782	
III. Valoración general negativa del cuidado	6*	0.529	0.328	0.601
	15*	0.348	0.592	
	3*	0.365	0.568	
Alfa total				0.851

Nota: * Ítems inversos.

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio.

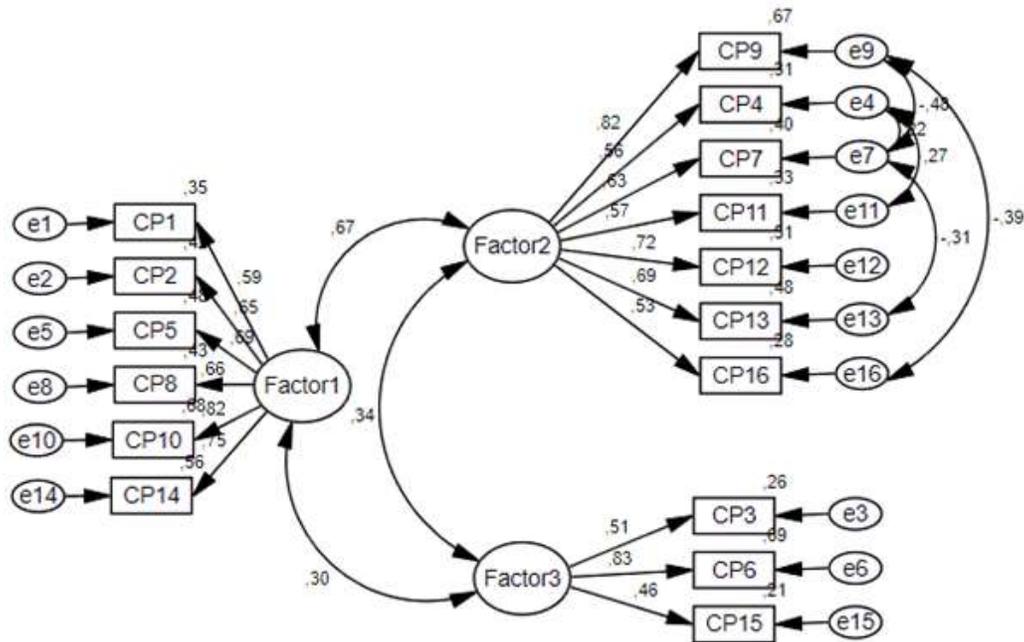


Tabla 3. Estadísticos de ajuste del modelo.

	χ^2	gl	χ^2/ gl	GFI	AGFI	TLI	CFI	RMSEA
Obtenido	144.533	96	1.506	.882	.834	.920	.936	.06
Esperado	—		< 3	> .85	> .85	> .90	> .90	< .1

Como puede observarse en la Figura 1 y en la Tabla 3, los índices de regresión del factor a cada reactivo fueron positivos y superiores a 0.4, siendo en todos los casos mayor que el valor dado por el error y las variables extrañas de cada reactivo. Los indicadores estadísticos oscilaron entre aceptables y adecuados, lo que indica la idoneidad del modelo obtenido. Cabe hacer notar que, en el análisis factorial confirmatorio, el reactivo 9 pasó del factor *Valoración general positiva del cuidado* al factor *Compromiso con el cuidado*.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo diseñar y validar una escala que midiera la actitud hacia los cuidados paliativos de un familiar, puesto que este constructo únicamente ha sido evaluado en profesionales de la salud y no en el núcleo familiar, aun cuando la familia es una parte esencial de la medicina paliativa porque constituye el foco principal de atención para conseguir la armonía y el equilibrio necesarios durante el proceso psicológico que experimenta un enfermo en fase terminal (Tejeda, 2011). Por lo anterior, se consideró relevante crear un instrumento que evaluara las actitudes respecto al cuidado paliativo.

La recopilación teórica muestra que las investigaciones desarrolladas en torno al ámbito de los cuidados paliativos en los profesionales de la salud abarcan cinco pilares, que incluyen la toma de decisiones, la experiencia emocional compartida, la vinculación social, el tiempo de cuidado y la logística (Butow *et al.*, 2007; Ferrer *et al.*, 2016; Padgett y Ferrer, 2015; Rodrigues, 2010). Como complemento de lo anterior, según Briñol *et al.* (2007), las actitudes se dividen en tres componentes: cognitivo, conductual y afectivo, lo que implica que las actitudes hacia los cuidados paliativos se abarquen en quince componentes que se muestran en la tabla de especificaciones (Apéndice A).

Consecuentemente, en el análisis factorial exploratorio se apreciaron indicadores de extracción apropiados para todos los reactivos, los cuales se agruparon en tres factores que explican 56.49% de la varianza total acumulada, que si bien no se corresponde con la distribución teóricamente es-

perada, es coherente respecto a la siguiente conformación: el primer factor, llamado Valoración general positiva del cuidado (reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 14), el segundo, Compromiso con el cuidado (reactivos 4, 7, 9, 11, 12, 13, 16), y el tercero, denominado Valoración general negativa del cuidado (reactivos 3, 6 y 15). Este modelo de agrupación obtuvo coeficientes de ajuste apropiados para confirmar el modelo, lo que, sumado a los índices de confiabilidad y consistencia interna y a los hallazgos en el modelo confirmatorio, permiten afirmar que la Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar es un instrumento válido y confiable para ser utilizado en población colombiana.

Si bien el tamaño muestral de esta investigación fue apropiado a la luz de la potencia obtenida en los estadísticos de muestreo, tuvo algunas limitaciones entre las cuales se incluye que dicha muestra no fue representativa ya que no se obtuvo de forma aleatoria ni puede generalizarse a todo el contexto colombiano, por lo que se recomienda la replicación del presente estudio para garantizar estos hallazgos y, de esta manera, contar con un mayor sustento empírico, lo que permitiría también explicar por qué algunos de los estadísticos del análisis confirmatorio fueron aceptables.

Respecto a la utilidad clínica de la escala, se encuentran diversos beneficios en su implementación, pues proporciona una medida de tamizaje que hace posible identificar al mejor cuidador para el paciente en términos de su compromiso con el cuidado y la valoración que hace del mismo, lo cual se encuentra justificado por los índices de validez y confiabilidad de la prueba. Lo anterior posibilita la creación de programas orientados a desarrollar habilidades para el cuidado paliativo en el caso de que se obtenga una puntuación que denote una actitud negativa o muy negativa hacia aquel.

Finalmente, teniendo en cuenta que en la revisión teórica no se encontraron instrumentos que midieran el constructo “Actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar” en población colombiana, es posible afirmar que el presente trabajo puede considerarse pionero en este aspecto, por lo cual se recomienda extender la investigación a cuidadores potenciales y a familiares de pacientes

que se encuentren ejerciendo dicho rol, así como evaluar la existencia de variables asociadas y predictoras, e indagar la posible existencia de corre-

laciones entre la actitud del cuidador (cuando es un familiar) y la evolución del paciente.

Citación: Pedroza V., T., Garzón R., N., Ortíz B., P., Murcia L., D. y Riveros M., F. (2021). Diseño y validación de la Escala de Actitudes hacia los Cuidados Paliativos de un Familiar. *Psicología y Salud*, 32(1), 25-38. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2708>.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Arriaza, P., Cancino, G. y Sanhueza, O. (2009). Pertenecer a algo mayor: experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 95-106.
- Ascencio, L. (2015). Adaptación en español de la Escala de Actitudes ante Cuidados Paliativos: confiabilidad y análisis factorial. *Psicooncología*, 12(2/3), 367-381. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51015.
- Ascencio, L., Allende, S.R. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920.
- Bermejo, J.C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E. y Díaz, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa*, 20(2), 49-59.
- Briñol, P., Falces, C. y Becerra, A. (2007). Actitudes. En J. Morales, E. Gaviria, M. Moya y M. Cuadrado (Ed.): *Psicología social* (pp. 457-490). Madrid: McGraw-Hill.
- Butow, P., Carrick, S., Clayton, J., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Haggerty, R., Hancock, K., Parker, S., Tattersall, M. y Walder, S. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: Patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 81-93.
- Escobar T., J. (1998). *El morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Buenos Aires: Ediciones El Bosque.
- Espinoza, M., Luengo, L. y Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichán*, 16(4), 430-446.
- Ferrando, P.J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferrer, R., Padgett, L. y Ellis, E. (2016). Extending emotion and decision-making beyond the laboratory: The promise of palliative care contexts. *Emotion*, 16(5), 581-586.
- Flores E., G., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- Gómez, C., Clemente, M., Bugallo, C. y Gandoy, M. (2016). Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal de enfermería. *Gerokomos*, 27(3), 91-96.
- Grau, J., Llantá M., C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante O., S., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- López, J. (2015). Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Revista de Ciencias de la Salud*, 14(1), 53-61.
- Marchán, S. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *Nure Investigación*, 13(82), 1-12.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución Número 8430: Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Autor.
- Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33701007.pdf>.

- Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2016). *¿Cómo vamos en cuidados paliativos en Colombia?* Bogotá: Autor.
- Padgett, L. y Ferrer, R. (2015). Palliative care in cancer: Enhancing our view with the science of emotion and decision making. *Journal of Palliative Medicine*, 18(6), 479-479.
- Pastrana, T., de Lima, L. y Wenk, R. (2015). Estudio multicéntrico sobre la comodidad y el interés en cuidados paliativos en estudiantes de pregrado en Colombia. *Medicina Paliativa*, 22(4), 136-145.
- Rodriguez, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida, familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, 18. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100022&lng=es&tyng=es.
- Sánchez, J., Morales, J., Morales, I., Sánchez, J., Timonet, E. y Rivas, F. (2017). Análisis de la toma de decisiones compartidas al final de la vida en las historias clínicas. *Medicina Paliativa*, 24(1), 14-20.
- Sarmiento, M. (2015). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23-37.
- Tejeda, Y. (2011). La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. *Medisan*, 15(2), 197-203.
- Tripodoro, V., Veloso, V. y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 17. Recuperado de <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>.

Apéndice A. Tabla de especificaciones.

	SUBESCALAS	Componente cognitivo 37.5%, quince reactivos. Incluye los pensamientos y creencias que la persona tiene acerca del objeto de actitud.	Componente afectivo 25%, diez reactivos. Sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud.	Componente conductual 37.5%, 15 reactivos. Intenciones, disposiciones a la acción y comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud.
CUIDADOS PALIATIVOS	Toma de decisiones 20%, ocho reactivos. Las decisiones relacionadas al proceso asistencial en curso, tomadas por familiares.	7.5%, tres reactivos. Pensamientos y creencias respecto a la responsabilidad de tener a un familiar en cuidados paliativos.	5%, dos reactivos. Sentimientos y emociones involucrados con la responsabilidad de tener a un familiar en cuidados paliativos.	7.5%, tres reactivos. Disposiciones e intenciones a responsabilizarse en la toma de decisiones con respecto al proceso asistencial.
	Experiencia emocional compartida 20%, 8 reactivos. Experiencia emocional en la persona que toma la decisión.	7.5%, 3 reactivos. Pensamientos y creencias respecto a las emociones que intervienen en el cuidado paliativo de un familiar.	5%, 2 reactivos. Sentimientos y emociones asociados al cuidado paliativo de un familiar.	7.5%, 3 reactivos. Disposiciones a los comportamientos emocionales y afectivos hacia un familiar en cuidados paliativos.
	Vinculación social 20%, ocho reactivos. Las emociones subyacentes de las relaciones interpersonales preexistentes y se conciben como las relaciones que componen el entorno social del paciente, las cuales atraviesan cualquier proceso en el que este se involucre.	7.5%, tres reactivos. Pensamientos y creencias sobre las relaciones interpersonales preexistentes de un familiar en relación con su proceso de cuidados paliativos.	5%, dos reactivos. Sentimientos y emociones respecto a las relaciones interpersonales preexistentes de un familiar a causa de su proceso de cuidados paliativos.	7.5%, tres reactivos. Disposiciones e intenciones involucradas con el mantenimiento de relaciones preexistentes de un familiar en cuidados paliativos.
	Tiempo del cuidado 20%, ocho reactivos. Tiempo invertido para el cuidado diario y la prolongación cronológica que dicho cuidado tendrá.	7.5%, tres reactivos. Pensamientos y creencias sobre el tiempo que deben emplear en el cuidado paliativo de un familiar enfermo.	5%, dos reactivos. Sentimientos y emociones generados por el tiempo que se debe emplear en el cuidado paliativo de un familiar enfermo.	7.5%, tres reactivos. Disposiciones e intenciones relacionados con el tiempo a emplear en el cuidado y acompañamiento de un familiar enfermo.
	Logística 20%, ocho reactivos. Planeación, Distribución y ejecución de las tareas y actividades necesarias por parte del cuidador en los cuidados paliativos.	7.5%, tres reactivos. Pensamientos y creencias acerca de la planeación de tareas necesarias en el cuidado paliativo.	5%, dos reactivos. Sentimientos y emociones involucradas en la planeación de actividades del cuidado paliativo.	7.5%, tres reactivos. Disposiciones e intenciones asociadas a la ejecución de actividades necesarias en el cuidado paliativo.

Apéndice B. Índice de validez de contenido de Lawshe.

Ítem	Pertinencia	Coherencia	Redacción	Objetividad	Decisión
1	< 0.6	> 0.6	< 0.6	< 0.6	SD
2	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
3	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
4	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
5	< 0.6	< 0.6	< 0.6	< 0.6	SD
6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
7	< 0.6	< 0.6	< 0.6	< 0.6	SD
8	< 0.6	< 0.6	< 0.6	< 0.6	SD
9	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
10	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
11	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
12	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
13	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
14	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
15	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
16	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
17	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
18	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
19	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
20	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
21	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
22	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
23	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
24	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
25	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
26	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
27	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
28	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
29	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
30	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
31	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
32	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
33	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
34	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
35	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
36	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
37	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
38	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
39	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
40	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
41	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
42	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM

Continúa...

43	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
44	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
45	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
46	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
47	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
48	< 0.6	< 0.6	> 0.6	> 0.6	SD
49	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
50	< 0.6	< 0.6	< 0.6	< 0.6	SD
51	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SC
52	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
53	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
54	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
55	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
56	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
57	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
58	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
59	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
60	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
61	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM
62	> 0.6	> 0.6	> 0.6	> 0.6	SM

SD = Se desecha; SM = Se modifica; SC = Se conserva.

Apéndice C. Índice de concordancia W-Kendall.

	W- Kendall	<i>p</i>
Pertinencia	0.300	0.007
Coherencia	0.303	0.006
Redacción	0.351	< 0.001
Objetividad	0.367	< 0.001

Apéndice D. Cuestionario para las actitudes hacia los cuidados paliativos de familiares.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lea atentamente la siguiente información y con base en esta responda a cada afirmación.

En la escala, los cuidados paliativos se entienden como aquellas *actividades involucradas en el acompañamiento de un familiar que padece una enfermedad progresiva, avanzada e incurable*. Ahora, imagine que un familiar que usted considere cercano requiere este tipo de cuidados.

Tenga presente que no existe una respuesta más acertada que otra. Es probable que en algunos casos le sea más difícil elegir la respuesta; sin embargo, seleccione la opción que más se acomode a usted, y no deje espacios en blanco.

A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones para las cuales usted deberá valorar de 1 a 4 según la siguiente escala: 1) Totalmente desacuerdo; 2) En desacuerdo; 3) De acuerdo; 4) Totalmente de acuerdo.

AFIRMACIONES	1	2	3	4
1. Estaría dispuesto a desplazarme diariamente hacia el lugar donde se encuentra mi familiar enfermo para cuidar de él.				
2. Me sentiría satisfecho de ser la persona que cuida de mi familiar enfermo.				
3. Sería difícil generar empatía con mi familiar en cuidados paliativos.				
4. Acompañaría a mi familiar si decide incluirse en un grupo de apoyo.				
5. Estaría dispuesto a acompañar todos los días a mi familiar al final de su vida.				
6. Me incomodaría tener que idear las tareas que se desarrollarán en el cuidado paliativo de mi familiar.				
7. Daría paseos cortos con mi familiar enfermo a sitios públicos para que cambie de ambiente si su estado de salud se lo permite.				
8. Me alegraría pasar gran parte del día con mi familiar enfermo.				
9. Estaría dispuesto a dividir el tiempo entre mis actividades personales y el cuidado de mi familiar enfermo.				
10. Estaría dispuesto a ser la persona a cargo de mi familiar en cuidados paliativos.				
11. Sería un deber como familia organizar y ejecutar las tareas que involucran el cuidado de la persona enferma.				
12. Las relaciones interpersonales influyen de forma positiva en el bienestar emocional de mi familiar enfermo.				
13. Me sentiría a gusto de cuidar a mi familiar si las tareas ya están establecidas.				
14. Cuidaría de mi familiar enfermo el tiempo que sea necesario.				
15. La visita de personas diferentes a la familia perjudica el proceso de mi familiar en cuidados paliativos.				
16. Sería importante informarse antes de participar en alguna decisión del cuidado de mi familiar enfermo.				

Apéndice E. Normas de calificación.

Para la evaluación de la escala de actitudes hacia los cuidados paliativos de un familiar, se tienen en cuenta tres dimensiones: (a) Evaluación general positiva hacia el cuidado, que incluye los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 14; (b) Compromiso con el cuidado, que incluye los reactivos 4, 7, 9, 11, 12, 13 y 16, y (c) Evaluación generalmente negativa hacia el cuidado, que incluye los ítems 3, 6, 15.

Además, se tendrá en cuenta el siguiente método de calificación para cada ítem:

(a) Los ítems: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16 se calificarán teniendo en cuenta que la respuesta “Totalmente de acuerdo” equivale a 4 puntos, y la respuesta “Totalmente en desacuerdo” equivale a 1 punto.

(b) Los ítems 3, 6 y 15 se calificarán teniendo en cuenta que la respuesta “Totalmente de acuerdo” equivale a 1 punto, y la respuesta “Totalmente en desacuerdo” equivale a 4 puntos.

Los puntajes se deben sumar teniendo en cuenta que, como mínimo puntaje, es posible obtener 16 puntos y, como máximo, 64. De acuerdo con el total de dicha suma, los individuos se clasificarán tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Actitudes	Valoración general positiva hacia el cuidado	Compromiso con el cuidado	Valoración general negativa hacia el cuidado	Puntaje total
Actitud muy negativa	7-11	6-10	3-5	16-26
Actitud negativa	12-17	11-15	6-7	26-39
Actitud positiva	18-23	16-20	8-9	40-52
Actitud muy positiva	24-28	21-24	10-12	53-64

Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión

Definition of suicide and of the thoughts and behaviors related to it: A review

José Nahum Rangel Villafaña y Samuel Jurado Cárdenas

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: José Nahum Rangel V., joserangel_2@hotmail.com.

RESUMEN

Se calcula que en un año se cometen más de 800,000 suicidios en el mundo, uno cada 40 segundos. En México, se reportaron 6,559 suicidios en el año 2017. La tasa de suicidios ha aumentado, lo que representa un fenómeno con un alto impacto social. Para su prevención, es necesario abordar los pensamientos y conductas relacionadas al suicidio mediante estrategias basadas en la evidencia. Para ello, las definiciones conceptuales y operacionales desempeñan un papel crucial en cuanto que influyen directamente en la validez interna de los estudios efectuados sobre esta área. Por esta razón, el objetivo del presente texto fue analizar una parte de la literatura internacional acerca de la definición de suicidio, así como las propuestas para definir las conductas y pensamientos relacionados con tal fenómeno, considerándose las tres más utilizadas. Así, se enlistan los términos que ya son inaceptables y se hacen sugerencias para los profesionales de la salud en México.

Palabras clave: Suicidio; Ideación suicida; Intento de suicidio; Nomenclatura; Clasificación.

ABSTRACT

Every year more than 800,000 suicides occur globally, roughly one every 40 seconds. In Mexico, 6,559 suicides were reported in 2017, which showed an increase in the suicide rate, implying a high social-impact phenomenon. Researchers and professionals need to address thoughts and behaviors related to suicide with evidence-based strategies to prevent these trends. Reliable conceptual and operational definitions perform a crucial role toward this purpose as they directly relate to the internal validity of studies in the area. Thus, the objective of this paper was to partially analyze the international research literature on the definition of suicide and various proposals to define the thoughts and behaviors related to this phenomenon. Results point to the three most used related thoughts, which lead to suggestions for health professionals in Mexico.

Key words: Suicide; Suicidal ideation; Suicide attempt; Nomenclature; Classification.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510, Ciudad de México, México, tels. (55)55-20-85-83-73 y (55)55-18-50-15-84, correos: joserangel_2@hotmail.com y jurado@unam.mx.



Recibido: 21/08/2020

Aceptado: 01/12/2020

El suicidio figura como un problema que tiene un alto impacto social. La Organización Mundial de la Salud (WHO) (2012) contabilizó alrededor de 800 mil suicidios cada año en el mundo, es decir, un suicidio cada 40 segundos. Además, se calcula que se hacen veinte intentos de suicidio por cada suicidio. En México, el número de defunciones por suicidio en 2017 fue de 6,559, lo que representa 1% del total de muertes en ese año, de las cuales 5,323 fueron de hombres y 1,233 de mujeres. Entre las personas de 15 a 39 años se comete 62% de esos fallecimientos, esto es, 4,088 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2019).

Otro factor de relevancia para México es el aumento en las defunciones por suicidio (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2012). De hecho, la cifra de 1.13 por cada 100,000 habitantes, observada en 2007, llegó a 5.0 en 2015 (OMS, 2018a).

Con base en lo anterior, es esencial trabajar en la prevención de este fenómeno, particularmente en el tratamiento de los pensamientos y las conductas relacionadas con el suicidio. Para ello, es indispensable implementar intervenciones basadas en la evidencia (Glasziou, Del Mar y Salisbury, 2004; Rubin y Bellamy, 2012) para lo cual la investigación en el área del suicidio es imperativa (O'Connor y Nock, 2014).

Silverman y De Leo (2016) concluyeron que es indispensable contar con una nomenclatura internacional para referirse a los pensamientos y conductas vinculadas al suicidio. Un instrumento así facilitaría la comunicación entre los profesionales de la salud, las definiciones operacionales en el área y la investigación, eliminaría el uso de términos confusos o peyorativos y contribuiría a reducir el estigma relacionado con el fenómeno.

Específicamente en cuanto a la atención de las personas, Silverman (2006) enlistó algunas ventajas que proporcionaría una nomenclatura internacional estandarizada: mejoraría la claridad, precisión y consistencia al evaluar y atender a las personas;

mejoraría la comunicación entre los profesionales de la salud; facilitaría la toma de decisiones para la evaluación y el tratamiento basado en la evidencia; eliminaría la terminología que pudiera ser peyorativa, y mejoraría la comunicación de la diada *profesional* de la salud y *persona* en atención.

Lo anterior destaca la relevancia del presente escrito, pues para conducir cualquier tipo de investigación con control experimental para alcanzar un mayor nivel de validez interna es necesario contar con una definición conceptual y operacional precisa (Kerlinger y Lee, 2002).

Por lo hasta aquí dicho, el objetivo del presente trabajo fue analizar parte de la literatura internacional acerca de la definición conceptual del suicidio, así como las propuestas para definir los pensamientos y conductas relacionados con este fenómeno.

Definición de suicidio

Es común que el profesional de la salud recurra a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 1990) para definir o categorizar la condición que está tratando. Efectivamente, la CIE en su décima edición, dispone de un apartado al respecto; sin embargo, la citada definición no se revisa a profundidad en este texto en virtud de que la clasificación que se expone sobre las lesiones autoinfligidas intencionalmente solamente está en función del método utilizado para la lesión (OMS, 1990; OMS, 2018b).

Se puede considerar la publicación de Durkheim (1897) como el inicio de la investigación cuantitativa en el campo del suicidio. En su propuesta sociológica sobre el suicidio, definió al fenómeno como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (p. 14).

Con el paso de los años, se han postulado diversas definiciones sobre el suicidio. A continuación se enlistan algunas de las más relevantes: Shneidman (1985), por ejemplo, considera al suicidio como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en las necesidades de un indi-

viduo que representa un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (WHO-PHO) (1998) definieron el suicidio como el acto de quitarse la vida deliberadamente, iniciado y realizado por la persona, en pleno conocimiento o con la expectativa de un resultado fatal. De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof y Bille-Brahe (2004) también lo consideraron un comportamiento con desenlace fatal en el que la persona, sabiendo o esperando ese resultado, inició y condujo la conducta para alcanzar su objetivo.

Una de las conceptualizaciones más actualizadas es la de Crosby, Ortega y Melanson (2011), quienes detallan el suicidio como la muerte resultante del comportamiento autoinfligido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta.

No obstante ser propuestas que datan de diferentes años y hechas por distintos autores, se pueden identificar ciertos factores comunes en ellas: la *muerte* de la persona, una *conducta autoinfligida* y la *intención de morir* como resultado de tal comportamiento. En otras palabras, los expertos en el campo del suicidio han logrado un consenso sobre el concepto de suicidio, aunque no en cuanto a los pensamientos y conductas relacionadas con aquel. Por dicha razón, se revisan a continuación las propuestas antes mencionadas.

La nomenclatura de 1996

O'Carroll *et al.* (1996) identificaron la intención de morir (presente o ausente) y los resultados de la conducta como factores determinantes para su nomenclatura. En la Tabla 1 se muestra dicha propuesta.

Tabla 1. Nomenclatura para conductas asociadas al suicidio (O'Carroll *et al.*, 1996).

		Términos para los comportamientos relacionados con el suicidio	Intención de morir
Comportamientos relacionados con el suicidio	Conducta instrumental	Conducta instrumental relacionada con el suicidio con lesiones	Ausente
		Conducta instrumental relacionada con el suicidio sin lesiones	
		Conducta instrumental relacionada con el suicidio con resultado fatal	
	Actos suicidas	Intento suicida con lesiones	Presente
		Intento suicida sin lesiones	
		Suicidio	

Los *comportamientos relacionados con el suicidio* incluyen conductas potencialmente autolesivas para las cuales existe evidencia explícita o implícita de que (a) la persona tuvo la intención de suicidarse, o (b) la persona deseó utilizar la apariencia de su conducta para alcanzar otro objetivo (no hay intención suicida).

La *conducta instrumental relacionada con el suicidio* se refiere a los comportamientos potencialmente autolesivos para los que existe evidencia explícita o implícita de que: (a) la persona no tenía intención de suicidarse, y (b) la persona deseó utilizar la apariencia de su conducta para alcanzar otro objetivo (pedir ayuda, recibir atención de los demás, etc.).

Por otro lado, los *actos suicidas* son conductas potencialmente autolesivas para las que existe evidencia explícita o implícita que la persona tuvo la intención de suicidarse. Se considera como *suicidio* la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia, sobre la cual existe evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y de que la persona fallecida deseaba, en efecto, morir. El *intento de suicidio* implica un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal (la persona no murió), sobre el que existe evidencia explícita o implícita de que la persona deseaba terminar con su vida. En el intento suicida puede haber o no lesiones.

Una limitación de dicha nomenclatura es su falta de precisión respecto a los pensamientos relacionados con el suicidio; de hecho, sus autores solo definieron la *ideación suicida* como cualquier pensamiento en el que se involucre alguno de los comportamientos relacionados con el suicidio. Asimismo, en cuanto a los comportamientos que podrían anteceder a los relacionados con el suicidio, únicamente describieron la amenaza suicida (O'Carroll *et al.*, 1996).

Es importante considerar que dichos autores propusieron una nomenclatura inicial, no concluida, solicitando que su propuesta fuera analizada y criticada para poder mejorarla. Para comprender esta idea, es preciso entender la diferencia entre nomenclatura y clasificación.

Una *nomenclatura* es un conjunto de términos comúnmente entendidos, definidos lógicamente. Una *clasificación*, a su vez, implica diversos elementos que hacen posible una mayor precisión; cabe mencionar que una clasificación es exhaustiva, es decir, considera la totalidad de los conceptos y una disposición sistemática de los mismos en categorías y subcategorías ordenadas; tiene validez científica; cuenta con precisión suficiente para la investigación o la práctica clínica, y depende de un conjunto inequívoco de reglas para asignar los conceptos a un solo lugar en la clasificación. En este sentido, la nomenclatura provee el lenguaje para la clasificación, y esta a su vez proporciona la organización de relaciones conceptuales (O'Carroll *et al.*, 1996; Posner, Brodsky, Yerhova, Buchanan y Mann, 2014).

La nomenclatura de 2007

Luego de diez años, la propuesta de O'Carroll *et al.* (1996) se sometió a revisión. En ella, se mantuvo la relevancia de la intención suicida y la letalidad del comportamiento. Asimismo, se descartaron conceptos tales como “gesto suicida”, “conducta parasuicida” y “suicidio consumado”, sobre todo por la connotación peyorativa que implicaban (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, 2007a).

Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner (2007b) propusieron en su lugar una nomenclatura con tres categorías: los *pensamientos* relacionados con el suicidio, las *comunicaciones* asociadas al suicidio y las *conductas* asociadas con el suicidio. La ideación relacionada con el suicidio incorpora un evento exclusivamente cognitivo, el cual puede o no involucrar la intención de quitarse la vida. De esta categoría se generan tres términos que se pueden utilizar: a) Ideación relacionada con el suicidio sin intención suicida; b) Ideación relacionada con el suicidio con intención suicida indeterminada, y c) Ideación relacionada con el suicidio con intención suicida.

Las comunicaciones asociadas al suicidio incorporan dos fenómenos: la amenaza y el plan, ninguno de los cuales entraña una lesión autoinfligida. La *amenaza* suicida es cualquier acción interpersonal (verbal o no) sin un componente autolesivo directo, la cual puede interpretarse como una sugerencia de que un comportamiento asociado al suicidio podría ocurrir en el futuro próximo. De esta subcategoría se desprenden tres términos que están en función de la intención de quitarse la vida: Amenaza de suicidio I (sin intención), Amenaza de suicidio II (intención indeterminada) y Amenaza de suicidio III (con intención).

El plan suicida, por su parte, involucra una formulación sistemática de un método de acción que tiene el potencial para resultar en una conducta relacionada con el suicidio. Para esta subcategoría también se establecen tres términos diferenciados por la intención suicida: Plan suicida I (sin intención), Plan suicida II (intención indeterminada) y Plan suicida III (con intención).

En la Tabla 2 se muestran conductas relacionadas con el suicidio: autolesión, intento suicida y conducta indeterminada relacionada con el suicidio. Cada una de ellas está generada por la intención de suicidarse y por los resultados del comportamiento (Silverman *et al.*, 2007a).

La revisión efectuada por Silverman *et al.* (2007a, 2007b) mostró un avance importante en la comprensión del fenómeno debido a que incorporó la conducta indeterminada relacionada con el suicidio, la cual permite agrupar aquellos casos en los que, con base en la información disponible, no es posible establecer la intención suicida.

Tabla 2. Nomenclatura para las conductas relacionadas con el suicidio (Silverman *et al.*, 2007a).

		Términos para las conductas relacionadas con el suicidio	Intención de morir
Conductas relacionadas con el suicidio	Autolesión	Autolesión tipo I (sin lesiones)	Sin intención suicida
		Autolesión tipo II (con lesiones)	
		Muerte autoinfligida involuntaria (con lesiones fatales)	
	Conducta indeterminada relacionada con el suicidio	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada tipo I (sin lesiones)	Con intención suicida indeterminada
		Conducta relacionada con el suicidio indeterminada tipo II (con lesiones)	
		Muerte autoinfligida con intención indeterminada (con lesiones fatales)	
	Intento suicida	Intento de suicidio tipo I (sin lesiones)	Con intención suicida
		Intento de suicidio tipo II (con lesiones)	
		Suicidio (con lesiones fatales)	

En esa propuesta hubo más precisión respecto a la ideación suicida; sin embargo, la categoría de comunicaciones asociadas al suicidio podría generar confusión, pues agrega conductas y cogniciones. Además, la nomenclatura utiliza al menos un término que se considera inaceptable por otros autores, sobre lo que se profundizará en el apartado correspondiente (Crosby *et al.*, 2011; Posner *et al.*, 2014).

La nomenclatura de Silverman *et al.* (2007a, 2007b) es una de las que cuenta con la mayor aceptación internacional, lo que ha llevado a los expertos en el área a medir su aplicabilidad. Un ejemplo de ello son los resultados reportados por Kattimani, Bharadwaj, Sarkar y Mukherjee (2015), quienes midieron la confiabilidad entre observadores al utilizar dicha nomenclatura, hallando que las categorías de ideas y conductas asociadas al suicidio tienen un nivel de concordancia moderado, mientras que las comunicaciones relacionadas con el mismo mostraron un nivel de concordancia bajo.

La clasificación de 2011

El Sistema de Clasificación de Violencia Autodirigida (SCVA) surgió como producto de una iniciativa del Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos para crear una nomenclatura que fuera más aceptada. Esta herramienta, que cuenta con la aprobación de cuatro

agencias federales del gobierno de ese país, está fundamentada en la definición de violencia de la OMS (*cf.* Matarazzo, Clemans, Silverman y Brenner, 2013).

Es pertinente aclarar que la Organización definió la violencia como el uso intencional de la fuerza física o las amenazas contra uno mismo u otra persona, grupo o comunidad que tiene como consecuencia, o es muy probable que tenga, traumatismos, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), definición que justifica el nombre de la clasificación.

En el SCVA, las conductas asociadas al suicidio son las siguientes: la *violencia autodirigida*, que se entiende como un comportamiento que deliberadamente causa lesiones o genera la posibilidad de lesionarse a sí mismo; tal violencia puede ser *suicida* (si existe evidencia implícita o explícita de intención suicida), *no suicida* (si no existe evidencia implícita o explícita de intención suicida) o *indeterminada* (si no se puede decretar la intención suicida con la evidencia disponible), y la *conducta preparatoria*, que involucra cualquier acción que acondiciona el escenario para participar en la violencia autodirigida, esto es, antes de ocurrir las posibles lesiones por ejemplo, comprar un arma, en la que se articula un método o la redacción de una nota póstuma en que la persona advierte que se prepara a morir (Crosby *et al.*, 2011).

La *ideación suicida* involucra los pensamientos acerca de participar en cualquier conducta relacionada con el suicidio. Así, la *ideación violenta autodirigida no suicida* se refiere a los pensamientos relativos al deseo de participar en comportamientos autoinfligidos potencialmente dañinos, pero sin evidencia de intención suicida.

La intención suicida es la evidencia pasada o presente, implícita o explícita, acerca de que el individuo desea morir y comprende las posibles consecuencias de sus acciones o posibles acciones, es decir, suicidarse. En la Tabla 3 se muestra el sistema de clasificación de violencia autodirigida.

Tabla 3. Sistema de clasificación de violencia autodirigida (Crosby *et al.*, 2011).

Tipo	Subtipo	Términos
Pensamientos	Ideación violenta autodirigida no suicida	•Ideación violenta autodirigida no suicida
	Ideación suicida	• Ideación suicida sin intención suicida. • Ideación suicida con intención suicida indeterminada. • Ideación suicida con intención suicida.
Conductas	Preparatoria	• Violencia autodirigida no suicida, preparatoria. • Violencia autodirigida indeterminada, preparatoria. • Violencia autodirigida suicida, preparatoria.
	Violencia autodirigida no suicida (Sin intención suicida)	• Violencia autodirigida no suicida sin lesión. • Violencia autodirigida no suicida sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida no suicida con lesión. • Violencia autodirigida no suicida con lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida no suicida fatal.
	Violencia autodirigida indeterminada (Intención suicida indeterminada)	• Violencia autodirigida indeterminada sin lesión. • Violencia autodirigida indeterminada sin lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida indeterminada con lesión. • Violencia autodirigida indeterminada con lesión interrumpida por sí mismo u otros. • Violencia autodirigida indeterminada fatal.
	Violencia autodirigida suicida (Con intención suicida)	• Intento de suicidio sin lesión. • Intento de suicidio sin lesión interrumpido por sí mismo u otros. • Intento de suicidio con lesión. • Intento de suicidio con lesión interrumpido por otros. • Suicidio.

Similar a las otras propuestas, los términos están regulados por la intención de suicidio y la presencia de lesiones; sin embargo, la interrupción del comportamiento es un modulador que se agregó después (Crosby *et al.*, 2011). La principal limitante que se considera para esta clasificación es en cuanto al uso de la etiqueta “violencia autodirigida”. Al analizar la definición de violencia

de la OMS, parece comprensible y congruente (*cf.* Krug *et al.*, 2002). Sin embargo, esta definición de violencia excluye los diferentes tipos de violencia que la legislación mexicana ha enlistado: psicológica, patrimonial, económica y sexual (H. Congreso de la Unión, 2018).

En el mismo sentido, es oportuno revisar una definición de violencia que incluya los mencio-

nados tipos de violencia y que cuente con mayor aceptación. De esta manera, se considerará violencia cualquier comportamiento que tiene como objetivo ejercer poder mediante el empleo de la fuerza física, psíquica, económica o política.

La violencia requiere de dos o más posiciones en las que existe un desbalance de poder que coloca a una como superior y a la otra como inferior (Ruiz y Blanco, 2004). Considerando esta definición, en los pensamientos y conductas relacionados con el suicidio no existe un desbalance de poder entre dos partes; además, el objetivo de cualquier conducta o pensamiento relacionada con el suicidio difícilmente será que un individuo ejerza poder sobre sí mismo.

Para cerrar este apartado es oportuno describir que a pesar de la limitante antes descrita, el sistema de clasificación de violencia autodirigida es una propuesta con un elevado nivel de aceptación e implementación a nivel internacional. No obstante, a opinión de los autores del presente texto, dicha limitante involucra un error conceptual (Barczyk, Piper, Duzinski, Klingensmith y Lawson, 2018; Brenner *et al.*, 2011).

Términos inaceptables

Con base en la lectura de lo escrito hasta este punto, el lector podrá inferir la mayor parte de los términos que la literatura y los expertos en el campo han sugerido descartar. Sin embargo, se decidió abordar este apartado debido a su importancia.

Ya Silverman (2006) ha destacado la relevancia de disminuir la cantidad de sinónimos que se han utilizado para referirse a los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio y el acto en sí. Además, también hay consenso respecto a que ciertos términos son inadecuados, como los que se enlistan a continuación.

Suicidio consumado. Con base en las definiciones de suicidio revisadas, se ha aclarado que se trata de una muerte autoinfligida; por ende, la frase “suicidio consumado” es un pleonismo. Además, tal frase hace referencia a lograr un objetivo, pero el resultado no fue el deseado en aquellas personas cuya meta era quitarse la vida. Se sugiere, por consiguiente, emplear el término *suicidio* (Crosby *et al.*, 2011; Posner *et al.*, 2014).

Conducta parasuicida, gesto suicida y amenaza suicida. Estos términos atribuyen una connotación peyorativa a la persona e invalidan, minimizan o trivializan el malestar que aquella experimenta, pues se califica su comportamiento como un acto de manipulación. La OMS (2012) ha sugerido sustituir “conducta parasuicida” por *autolesiones*, según la nomenclatura de 2007 (Silverman *et al.*, 2007a) o *violencia autodirigida no suicida*, con base en la clasificación de 2011 (Crosby *et al.*, 2011; Posner *et al.*, 2014).

Al respecto del término “gesto suicida”, a partir de la nomenclatura de Silverman *et al.* (2007a) se descartó su uso, de manera que se sugiere sustituirlo por *autolesión* o *conducta violenta autoinfligida*. Y en cuanto a “amenaza suicida”, en la clasificación de Crosby *et al.* (2011) se incorporó como un término inaceptable por la connotación peyorativa que implica, sugiriendo sustituirlo por *violencia autodirigida suicida* o *violencia autodirigida no suicida*. No obstante, aún quedan ciertos comportamientos que podrían englobarse en conducta preparatoria en tanto que no hay una categoría específica al respecto. Sin embargo, este último punto se aborda en la discusión. El término “intento de suicidio fallido” da una impresión negativa sobre el desempeño de la persona al ejecutar una conducta al implicar un esfuerzo fracasado en la obtención de una meta; por consiguiente, se sugiere sustituirlo por *intento de suicidio con o sin lesiones* (Crosby *et al.*, 2011).

DISCUSIÓN

Como se describió al principio, la definición de suicidio parece haber alcanzado un consenso internacional entre los diferentes grupos de investigación en el área. En efecto, utilizar cualquiera de las definiciones enlistadas conducen a identificar el mismo componente: la muerte de la persona, este resultado fue autoinfligido y esa persona tenía la intención de quitarse la vida. La sugerencia de los autores es utilizar cualquier definición que incorpore al menos estos componentes.

En lo que respecta a la nomenclatura de O’Carroll *et al.* (1996), se sugiere no utilizarla debido a las limitaciones descritas; de igual modo, al

compararla con las dos propuestas restantes es evidente que se torna insuficiente. Sin embargo, se destaca su relevancia como un estudio pionero en el campo, el cual se ha transformado en una referencia esencial para los profesionales de la salud interesados. La nomenclatura de 1996, en opinión de los presentes autores, es la piedra angular sobre la que se han cimentado las diversas propuestas.

Otro punto en el que coinciden los diferentes grupos de investigación es la terminología que se propone no utilizar, por ejemplo: suicido consumado, conducta parasuicida y gesto suicida. Respecto a la amenaza suicida aún hay discrepancias, especialmente entre la nomenclatura de Silverman *et al.* (2007a, 2007b) y la clasificación de Crosby *et al.* (2011). Para este tema particular, los presentes autores están en favor de descartar el término “amenaza suicida”.

Una de las conclusiones principales de este trabajo es sugerir a los profesionales de la salud en México inclinarse por la propuesta de Silver-

man *et al.* (2007a, 2007b) o por la de Crosby *et al.* (2011). Aun así, también se sugiere que el uso de cualesquiera de estas propuestas se haga a la luz de las limitantes ya descritas, además de considerar los siguientes puntos.

Ambas propuestas coinciden en tres categorías para los comportamientos relacionados con el suicidio, una de las cuales incorpora la intencionalidad suicida, otra en la que no hay la intención de quitarse la vida, y una tercera según la cual no es posible determinar la presencia o ausencia de la intención suicida. En estas tres categorías, también concuerdan los autores en que existen comportamientos mediante los cuales se causan lesiones, otros en los que no las hay, y finalmente conductas que tienen un desenlace fatal: la muerte del individuo. La única diferencia que se identifica es meramente de etiquetación, a excepción del intento suicida y el suicidio, lo que se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Comparación de conductas relacionadas con el suicidio.

Conductas	Silverman <i>et al.</i> (2007a, 2007b)	Crosby <i>et al.</i> (2011)
Sin intención suicida	Autolesiones	Violencia autodirigida no suicida
Sin lesiones	Autolesión Tipo I	Violencia autodirigida no suicida sin lesión
Con lesiones	Autolesión Tipo II	Violencia autodirigida no suicida con lesión
Con resultado fatal	Muerte autoinfligida involuntaria	Violencia autodirigida no suicida fatal
Con intención indeterminada	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada	Violencia autodirigida indeterminada
Sin lesiones	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada Tipo I	Violencia autodirigida indeterminada sin lesión
Con lesiones	Conducta relacionada con el suicidio indeterminada Tipo II	Violencia autodirigida indeterminada con lesión
Con resultado fatal	Muerte autoinfligida con intención indeterminada	Violencia autodirigida indeterminada fatal
Con intención suicida	Intento de suicidio	Violencia autodirigida suicida
Sin lesiones	Intento de suicidio Tipo I	Intento de suicidio sin lesión
Con lesiones	Intento de suicidio Tipo II	Intento de suicidio con lesión
Con resultado fatal	Suicidio	Suicidio

Donde hubo discrepancias fue en las conductas asociadas al suicidio que no implican la posibilidad de una lesión en el evento. Crosby *et al.* (2011) propusieron la categoría de conducta “pre-

paratoria”, con la que los presentes autores concuerdan. Silverman *et al.* (2007a, 2007b) incluyeron la categoría de “comunicaciones suicidas”, según la cual la amenaza suicida² no coincide con

² Es indispensable recordar que este es un término que se sugiere descartar.

la conducta preparatoria. Además, en la categoría de comunicaciones suicidas se incorpora el plan suicida, que se refiere a un evento cognitivo.

La propuesta de los autores, que no va más allá de una mera opinión, es conservar el apartado de conducta preparatoria, además de incorporar las conductas a las que se refiere la amenaza suicida como un comportamiento relacionado con el suicidio, pero con el término “comunicación suicida”, o tal vez un concepto meramente conductual como el de “conducta verbal” (Skinner, 1957) relacionada con el suicidio, el cual podría incorporar el modulador de la intención suicida.

En referencia a los pensamientos asociados con el suicidio, ambas propuestas coinciden en que puede haber ideación suicida con intención, sin intención o con intención indeterminada. Los

presentes autores concuerdan en que es oportuno conservar el término “ideación violenta autodirigida no suicida”. Aun así, consideran que es pertinente cambiar la etiqueta; además, aparece en la literatura la planeación suicida como una variable de interés, con lo que están de acuerdo.

Como comentario final, es oportuno aclarar que son múltiples las disciplinas que estudian el fenómeno analizado (psicología, sociología, derecho, medicina, por solo mencionar algunas), por lo que hay muy diferentes perspectivas. Sin embargo, no fue objetivo del presente escrito escudriñar entre los diferentes campos de estudio. Si bien este texto se elaboró teniendo como base la psicología de la salud, se espera que pueda ser de utilidad para los diferentes profesionales de la salud.

AGRADECIMIENTO

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología haber brindado la beca para estudios de doctorado del primer autor (Núm. de Becario: 280353), a través del apoyo Núm. 414023.

Citación: Rangel V., J.N. y Jurado C., S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>.

REFERENCIAS

- Barczyk, A.N., Piper, K., Duzinski, S.V., Klingensmith, M. y Lawson, K.A. (2018). Youth suicide attempt nomenclature used in two central Texas hospitals. *Crisis*, 39, 461-468.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M.E. (2012). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica de México*, 52(4), 292-304.
- Brenner, L.A., Breshears, R.E., Betthausen, L.M., Bellon, K.K., Holman, E., Harwood, J.E., Silverman, M.M., Huggins, J. y Nagamoto, H.T. (2011). Implementation of a suicide nomenclature within two VA healthcare settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 116-128.
- Crosby, A.E., Ortega, L. y Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements (Version 1.0)*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A.D.M. y Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behavior. En D. de Leo, U. Bille-Brahe, A. D M. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.): *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 17-39). Washington, D.C: Hogrefe & Huber.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.
- Glasziou, P., Del Mar, C. y Salisbury, J. (2003). *Evidence-based medicine workbook. Finding and applying the best evidence to improve patient care*. London: BMJ Books.
- H. Congreso de la Unión (2018). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. *Diario Oficial de la Federación* (13 de abril). Ciudad de México.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019, 12 de febrero). *Datos. Mortalidad. Tabulados. Mortalidad general*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=91a63b16-b544-4b50-8b37-90d5868e9620ydb=Saludypx=Mental_06.
- Kattimani, S., Bharadwaj, B., Sarkar, S. y Mukherjee, A. (2015). Interrater reliability of the Silverman et al. nomenclature for suicide-related ideations, behaviors, and communications. *Crisis*, 36(1), 61-64.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Matarazzo, B.B., Clemans, T.A., Silverman, M.M. y Brenner, L.A. (2013). The Self-Directed Violence Classification System and the Columbia Classification Algorithm for suicide assessment: A crosswalk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(3), 235-249.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. y Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O'Connor, R.C. y Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (10ª revisión: CIE-10). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Ginebra: OMS. Recuperado de: [https://icd.who.int/browse11/l-m/es/psychosocial disorders. Suicide](https://icd.who.int/browse11/l-m/es/psychosocial%20disorders/Suicide). Ginebra: OMS.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. y Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. En M.K. Nock (Ed.): *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). New York: Oxford University Press.
- Rubin, A. y Bellamy, J. (2012). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. New York: Wiley & Sons.
- Ruiz J., C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Silverman, M.M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M.M., Berman, B.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors, Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Silverman, M.M. y De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*, 37(2), 83-87.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2018a). *Global health observatory data repository. Suicide rates, age-standardized. Data by country*. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>.
- World Health Organization and Panamerican Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psycho-social disorders*. Washington: WHO-PHO.

Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas

Emotional regulation as a protective factor of suicidal behaviors

Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardin
y Liliana Jazmín Salcido Cibrián

Universidad Autónoma de Sinaloa¹

Autor para correspondencia: Liliana Jazmín Salcido Cibrián, salcido.cibrian@uas.edu.mx.

RESUMEN

La desregulación emocional en edades tempranas, como la adolescencia, actúa como un factor de riesgo de suicidio. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue analizar el nivel predictivo de la desregulación emocional en la ideación suicida. Para ello, se aplicaron los instrumentos Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, conjuntamente con un cuestionario de identificación personal, la Escala de Ideación Suicida de Roberts y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en español a 109 adolescentes de educación media superior. Los resultados obtenidos señalan que el modelo explica 22% de la varianza y que es significativo, hallándose en consecuencia que la desregulación emocional predice la ideación suicida.

Palabras clave: Adolescentes; Gestión emocional; Pensamientos de muerte; Emociones; Suicidio.

ABSTRACT

The presence of emotional dysregulation from an early age, such as adolescence, acts as a suicide risk factor. The present study aimed to analyze the predictive level of emotional dysregulation in suicidal ideation. A total of 109 high school teenagers answered the Detection of Suicidal Ideation in Youth questionnaire, the Roberts Suicidal Ideation Scale, the Difficulties in Emotional Regulation in Spanish (DERS-E) Scale, and a personal data questionnaire. The results indicated that the resulting model explains 22% of the variance, being significant. Emotional dysregulation predicted significantly suicidal ideation.

Key words: Teenagers; Emotional management; Thoughts of death; Emotions; Suicide.

¹ Facultad de Psicología, Calzada de las Américas Norte s/n, Ciudad Universitaria, 80080 Culiacán Rosales, Sin., México, tel. (667)716-11-29, correos electrónicos: mariosanchezcabada@gmail.com, melizalde@uas.edu.mx y salcido.cibrian@uas.edu.mx.



Recibido: 10/04/2020

Aceptado: 23/06/2020

La regulación emocional es transcendental para iniciar, motivar y fomentar cambios en la salud mental, de manera que los excesos o los déficits de las respuestas emocionales se traducen en desregulación emocional. Leahy (2012) sostiene que los trastornos psicológicos pueden interpretarse como formas de desregulación emocional, que implica una capacidad limitada para modular de forma inmediata los estados afectivos negativos, así como para diferenciar y clasificar un amplio rango de emociones, por lo que son esenciales en este proceso la comprensión y la aceptación de los propios estados emocionales (Tejeda, Robles, González-Forteza y Andrade, 2012).

La evolución de las terapias cognitivo-conductuales ha suscitado confusiones al clasificar el control emocional como sinónimo de regulación emocional. De hecho, el control emocional es propio de la terapia cognitiva-conductual de segunda generación, y se define como un déficit del control de impulsos, sin valorar las consecuencias que tienen los actos del individuo (Gratz y Roemer, 2004). En cambio, la regulación emocional se ubica entre las terapias de tercera generación, o terapias contextuales, que la definen a partir de las interpretaciones que la persona hace sobre su malestar emocional, empleando para ello recursos orientados hacia la flexibilidad psicológica, la cual está en función de las respuestas emocionales de carácter fisiológico, cognitivo y conductual que conducen a la aceptación del sufrimiento psicológico.

En consecuencia, la desregulación emocional actúa como un factor de riesgo de padecimientos emocionales, en los que la emoción tiene un efecto desadaptativo sobre la conducta y la cognición. Linehan (1993) define la desregulación emocional como una disfunción que involucra dificultades para *a)* Identificar experiencias emocionales específicas (incapacidad para reconocer y actuar ante las consecuencias positivas o negativas de una situación, es decir, los pensamientos, sensaciones y conductas); *b)* Modular la activación fisiológica asociada (incapacidad para modificar los niveles

de respuesta de los mecanismos caracterizados por un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como por la activación de los estados de alerta); *c)* Tolerar el malestar (poca o nula capacidad para soportar estados emocionales, cognitivos o conductuales que produzcan aversión), y *d)* Confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de las experiencias vitales (se duda de las respuestas innatas e inmediatas ante situaciones específicas, lo que lleva a la persona a tener pensamientos repetitivos que le producen malestar). Por lo tanto, la desregulación emocional condiciona a una persona a la autoinvalidación, lo que la conduce a una desorientación en la forma de actuar y de sentir en general (Tejeda *et al.*, 2012).

Los adolescentes experimentan importantes cambios que traen consigo momentos de crisis, duelo o inestabilidad emocional que pueden producirles ansiedad y depresión, de tal manera que incluso pueden llegar a intentar el suicidio (Garduño, Gómez y Peña, 2011). Este periodo de maduración se da entre los 10 y los 20 años de edad, y es cuando ocurre el crecimiento que los definirá; es cuando comienzan los conflictos familiares, de identidad o de pertenencia social, entre muchos otros (Reyes, 2017). Aunque la adolescencia es un sinónimo de crecimiento personal y de gran potencial, es también una etapa de considerable riesgo en la cual el contexto social tiene una influencia determinante y contribuye a los problemas de adaptación y de salud mental debido a la dificultad de los jóvenes para comprender conceptos complejos y la relación entre la conducta y sus consecuencias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017, 2019). Los adolescentes experimentan una gran vulnerabilidad debido a la desregulación emocional, la que se hace evidente cuando su propia incapacidad para regular sus emociones genera reacciones y respuestas intensas que se acompañan de una gran sensibilidad ante los estímulos emocionales. Según Linehan, Bohus y Lynch (2007), ello los conduce a sufrir consecuencias relacionadas a las experiencias emocionales perturbadoras, como ciertos problemas en la regulación emocional, distorsiones cognitivas, dificultad en el proceso de la información, pobre control de impulsos, tendencia a bloquearse

bajo condiciones de elevado estrés, escasa habilidad para la regulación fisiológica, problemas para desviar la atención emocional y dificultades para organizar la conducta al momento de realizar acciones que no dependen del estado de ánimo. Esa misma incapacidad para regular sus emociones se asocia a la depresión y la ansiedad, y a conductas desadaptativas, entre las cuales la impulsividad y las autolesiones no suicidas se hallan entre los padecimientos más frecuentes (Marín, Robles, González-Forteza y Andrade, 2012).

La desregulación de las emociones se define como una construcción multidimensional que involucra formas desadaptadas de la respuesta emocional, independientemente de su intensidad, de manera que es vista como una vivencia de emociones angustiantes y como un antecedente común de los pensamientos y conductas suicidas (Dour, Cha y Nock, 2011; Gratz y Tull, 2010; Hemming, Taylor, Haddock, Shaw y Pratt, 2019; Shneidman, 1985).

En México, el suicidio es un problema de salud pública. Es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010). Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019) indican que en 2017 ocurrieron 6,559 suicidios, mientras que en 2018 la cifra aumentó a 6,808. Entre los jóvenes de 20 a 24 años se presentan las tasas más altas de suicidio, seguidos por los de 15 a 19 años, que constituyen 11.75% de los suicidios reportados en este periodo. En 2018, en el estado de Sinaloa se reportaron 135 defunciones por suicidio, de los cuales nueve casos se hallaban entre 15 y 19 años de edad, es decir, 6.67%.

Las principales causas de muerte por suicidio en la adolescencia están relacionadas con enfermedades crónicas, trastornos psicológicos no diagnosticados, intentos previos de suicidio, impulsividad, falta de control, estrés emocional y, por último, hostigamiento escolar (Navarro, 2017).

Por cada suicidio consumado hay varios intentos, acciones que son conocidas como conductas suicidas, las cuales constituyen uno de los problemas más recurrentes a los que se enfrentan actualmente los profesionales de la salud mental. Las conductas suicidas pueden considerarse “como

una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o el suicidio” (Vargas y Saavedra, 2012, p. 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) señala que, entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. Denis, Barradas, Delgadillo, Denis y Melo (2017) definen el intento suicida como “aquel estado en el cual una persona tiene pensamientos recurrentes asociados al deseo de morir, ya sea por considerarse una carga para su familia o entorno, o por carecer de un sentido de pertenencia al grupo o a la sociedad” (p. 409). Explican que la última de las fases entre las conductas suicidas –de las cuales se obtienen los datos estadísticos– es el suicidio, que se concibe como la etapa final de un proceso cuyo origen parte de un nivel cognitivo (ideación suicida), seguido del nivel conductual (intento suicida o suicidio consumado).

Desde esta perspectiva, la ideación suicida, como manifestación cognitiva del suicidio, se expresa mediante pensamientos de autoflagelación o de muerte; se caracteriza por la planeación relacionada con un amplio campo de pensamientos, los que pueden ser representados mediante el deseo de morir sin un planteamiento de la acción, con uno determinado y, en algunos casos, con una preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva, de modo que la ideación suicida está vinculada a la idea o al deseo de quitarse la vida; a su vez, el comportamiento suicida se refiere a las acciones concretas que conducen al sujeto a su propia muerte (Bahamon *et al.*, 2018; Pérez-Chan, 2015; Rosselló y Berríos, 2004; Vargas y Saavedra, 2012).

La ideación suicida es, pues, interpretada como el factor cognitivo de las conductas suicidas en relación con el pensamiento recurrente de morir. Roberts (1995) define a la ideación suicida como el proceso de fantasear, planificar y automotivarse para cometer suicidio, y a su vez la divide en cuatro factores: 1) *Fantasía*: se piensa en la muerte; 2) *Motivación*: presencia de factores de riesgo que impulsan a la persona a cometer un acto suicida; 3) *Alusión a fantasía del suicidio y planeación*: pensamiento de muerte consolidado;

se piensa en la propia muerte y se elabora un plan para llevar a cabo el acto suicida, y 4) *Planeación*: elaboración paso a paso de una serie de procesos que tienen como objetivo terminar con la vida.

En general, algunos autores (Córdova, Rosales y Caballero, 2007; García y Peralta, 2007; Vargas y Saavedra, 2012) sostienen que la ideación suicida está conformada por cuatro etapas: el deseo de morir, las fantasías pasivas de suicidio, la ideación suicida sin un método determinado y la planificada. La ideación suicida es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. Coinciden en el escaso estudio del pensamiento suicida, definiéndolo como aquel que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza, la depresión y el consumo de sustancias, siendo estas variables importantes predictoras para prevenir los intentos suicidas.

Los adolescentes que muestran conductas suicidas presentan características relacionadas a la desregulación emocional, como baja autoestima, desesperanza, problemas afectivos, irritabilidad del estado de ánimo, sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad severa y manifestaciones de síntomas depresivos. Aquellos adolescentes que no son capaces de regular la emoción son propensos a exhibir secuelas psicológicas negativas, como problemas de ansiedad, deterioro cognitivo, déficit en la sociabilidad, apego inseguro, conducta alimentaria disfuncional y problemas afectivos con los padres, al igual que depresión, conducta agresiva y personalidad límite (Contreras, Hernández y Freyre, 2018; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema, 2011).

La desregulación emocional desde edades tempranas, como la adolescencia, actúa como un factor de riesgo para el posterior desarrollo de conductas suicidas debido a que las emociones desempeñan un papel fundamental en la salud mental del joven. De modo que el suicidio en esta etapa es uno de los fenómenos más alarmantes para los profesionales y para la sociedad entera (Rodríguez, 2012). Actuar a favor de la regulación emocional como un factor protector de las conductas suicidas, mismas que incluyen la ideación suicida, po-

dría ayudar a prevenirlas al brindar a los adolescentes las herramientas que les permitan gestionar sus emociones de manera eficaz para el desarrollo de conductas adaptativas. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue analizar el nivel predictivo de la desregulación emocional en los adolescentes en la ideación suicida.

MÉTODO

Participantes

Participaron 109 adolescentes de educación media superior (equivalente a educación postsecundaria no terciaria de acuerdo a la UNESCO) de la ciudad de Culiacán, Sin., México, cuyas edades oscilaron entre 15 y 17 años ($M = 15.61$, $D.E. = 0.51$), de los cuales 56% fueron mujeres.

Instrumentos

Detección de Ideación Suicida en Jóvenes (Córdova, Rosales, Zambrano y Zúñiga, 2013).

Se aplicó este instrumento para evaluar las variables de investigación. El instrumento está integrado por tres secciones, de las cuales solo se utilizaron la I y la III. La primera consiste en un cuestionario de identificación personal compuesto por 29 preguntas referentes a la condición personal de los participantes, generalmente asociada a la ocurrencia de ideación suicida. Los datos de interés que se emplearon en este trabajo fueron su rol percibido como estudiantes y la percepción de su condición económica, ambos evaluados en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 es "Muy malo" y 5 es "Excelente"; la relación percibida con el padre y la madre, también valorada en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Muy mala" y 5 es "Muy buena", con la opción adicional de "Ninguna de las anteriores", y finalmente la necesidad de ayuda psicológica, con las opciones "Sí/No".

La tercera sección contiene la Escala de Ideación Suicida de Roberts, compuesta por cuatro reactivos: 1) "Pensé en la muerte", 2) "Mi familia y mis amigos estarían mejor si yo estuviera muerto", 3) "Pensé en matarme" y 4) "Me mataría si encon-

trara o tuviera la manera de hacerlo”. Como se aprecia, cada uno de los reactivos evalúa un componente de la ideación suicida; así, el reactivo 1 está relacionado a la fantasía del suicidio, el 2 es un indicador para cometerlo, y el tercero y cuarto reactivos están orientados a la planeación del acto suicida. La escala cuenta con opciones de respuesta en formato Likert que aluden a la semana previa al registro: “Casi nunca” (0 días), “Alguna vez” (1-2 días), “Casi siempre” (3-4 días) y “Siempre” (5-7 días). Los resultados obtenidos se suman y se dividen entre 4 para obtener un promedio del puntaje de la ideación suicida.

Escala de “Dificultades en la Regulación Emocional” (DERS–E, por su nombre en inglés Difficulties in Emotion Regulation Scale) (Gratz y Roemer (2004).

Traducida y adaptada por Marín *et al.* (2012), mide los niveles de desregulación emocional. La escala DER–S original de 35 reactivos no mostró un modelo de seis factores identificable, por lo que se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, lo que resultó en una reducción a 24 reactivos distribuidos en cuatro factores, con opciones de respuestas en formato Likert que van de 0 (“Casi nunca”) a 4 (“Casi siempre”). Dicha escala de 24 reactivos muestra una consistencia interna de 0.89, por lo que se empleó en esta investigación sumando los reactivos en su totalidad y no solo los factores, a fin de obtener una puntuación de desregulación emocional única.

Procedimiento

Se estableció contacto con el departamento de tutorías de un bachillerato público, el cual auxilió en la entrega de las cartas de consentimiento informado a los padres de familia para que pudieran autorizar la participación de sus hijos en el estudio, a quienes posteriormente se hizo entrega de un formato similar. De esta manera, los adolescentes contestaron de manera individual el conjunto de instrumentos ya citados. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

RESULTADOS

Los datos demográficos derivados del Cuestionario de Identificación Personal del instrumento Detección de Ideación Suicida en Jóvenes arrojaron las características individuales, psicológicas y sociales de los participantes, entre las que destaca la relación que mantenían con la madre y con el padre. Se encontró que tres de ellos dijeron no tener relación alguna con este último, mientras que únicamente uno señaló no tener relación con su madre. Cabe destacar que el rol percibido con la madre fue más favorable que el rol percibido con el padre. Las medias y desviaciones estándares de cada una de estas variables, aunadas a su rol percibido como estudiantes y condición económica, se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.

Característica	M	D.E.
Rol percibido como estudiante	3.55	0.63
Condición económica	3.53	0.57
Relación con padre	3.95	1.11
Relación con madre	4.25	0.92

De todos los participantes, 4% no contestaron la variable de considerar que necesitaban ayuda psicológica; de aquellos que sí lo hicieron, 25% dijo que necesitaban dicha ayuda.

Las escalas aplicadas mostraron niveles de consistencia interna satisfactoria, como puede observarse en la Tabla 2. Una correlación de Pearson encontró una relación significativa entre el puntaje de las escalas de Desregulación Emocional y de la de Ideación Suicida de Roberts ($r = .46$, $p < .001$).

Tabla 2. Consistencia interna de escalas.

Instrumento	M	D.E.	α
Detección de Ideación Suicida en jóvenes, sección III: Escala de Ideación Suicida de Roberts.	0.65	1.41	0.76
Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS –E). Escala de Desregulación Emocional.	27.46	17.97	0.93

Finalmente, se llevó a cabo una regresión lineal simple para determinar si la desregulación emocional era un predictor significativo de la ideación suicida. Los resultados indicaron que el modelo explicaba 22% de la varianza, siendo así significativo ($F [1.107] = 30.03, p < .001$). Se encontró que la desregulación emocional predecía significativamente la ideación suicida ($\beta_1 = .04, p < .001$), siendo el modelo predictivo final como sigue:

$$\text{Ideación suicida} = -.36 + (0.04 * \text{desregulación emocional})$$

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que la regulación emocional es un factor protector ante la ideación suicida. El modelo de regresión explicó 22% de la varianza, de tal manera que los resultados obtenidos muestran que la desregulación emocional predice significativamente la ideación, lo que concuerda con lo afirmado por diversos autores (Dour, Cha y Nock, 2011; Hemming *et al.*, 2019), quienes establecen un vínculo entre las conductas emocionales desadaptativas y la ideación suicida.

Tal ideación, como parte de las conductas suicidas, es compleja en virtud de que el pensamiento de muerte suele difuminarse en el continuo cognitivo. Es necesario aclarar que, al ser la muestra del presente estudio parte de una población no clínica, es casi imperceptible la presencia de la ideación suicida. En concordancia con diversos estudios, es conveniente considerar que observar e interpretar los comportamientos de regulación emocional en las interacciones sociales no cambian la experiencia, sino que ayudan a aceptar las

respuestas emocionales (Betanzos, Delgado, Martínez y Paz, 2020; Sánchez-Aragón, 2010; You *et al.*, 2018).

En conclusión, la regulación emocional puede considerarse como un factor protector puesto que modula el pensamiento de muerte. Si el adolescente empleara sus recursos psicológicos en el malestar emocional suscitado por la ideación suicida, cabe pensar que los beneficios de la regulación emocional tendrían un considerable efecto en el pensamiento y la conducta suicidas; sobre todo en la tolerancia al malestar, esto es, el reconocimiento de que las emociones, cualesquiera que sean, producen sensaciones agradables y desagradables, independientemente de su temporalidad e intensidad, y también respuestas apropiadas entre la aparición de la fantasía del pensamiento de muerte, la motivación y la planeación del acto suicida (Roberts, 1995). Los hallazgos de esta investigación sugieren que la regulación emocional es un factor protector que modera la ideación o la conducta suicidas en cualquiera de sus etapas.

Una de las limitaciones de este trabajo es el tamaño de la muestra y la distribución por sexo, por lo que se sugiere emprender estudios longitudinales que permitan conocer la evolución de la ideación suicida y sus diferencias según el sexo a fin de identificarlas en el comportamiento suicida. De igual manera, es pertinente evaluar distintos niveles educativos con la finalidad de precisar el momento del desarrollo en que la ideación suicida es más frecuente, estableciendo así un punto de acción adecuado para la intervención y prevención. Finalmente, es necesario considerar distintas variables psicológicas que encaminen a la persona a aceptar su vulnerabilidad emocional y, con ello, a desechar los riesgos.

Citación: Sánchez-Cabada, M.E., Elizalde-Monjardin, M. y Salcido-Cibrián, L.J. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>.

REFERENCIAS

- Bahamon, M., Alarcón V., Y., Reyes, L., Trejos, A., Uribe, J. y García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.
- Betanzos, D., Delgado, S., Martínez, F. y Paz, R. (2020). Empleabilidad, regulación emocional, iniciativa y satisfacción vital en estudiantes de Comunicación Humana. *Psicología y Salud*, 30(1), 25-35.

- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Contreras V., J., Hernández G., L. y Freyre, M. (2018). Validez del constructo de la versión corta de la escala de desregulación emocional para niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 19-31.
- Córdova, M., Rosales, M. y Caballero, R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- Córdova, M., Rosales, C., Zambrano, R. y Zúñiga, G. (2013). Particularidades psicológicas y personales del joven con y sin ideación suicida del bachillerato tecnológico agropecuario de San Luis Potosí (México). *Vertientes*, 16(1), 23-31.
- Denis R., E., Barradas, M., Delgadillo, R., Denis R., P. y Melo S., G. (2017). Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418.
- Dour, H., Cha, C. y Nock, M. (2011). Evidence for an emotion–cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behavior Research and Therapy*, 49, 294-298.
- García, E. y Peralta, V. (2007). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 87-96.
- Garduño, R., Gómez, K. y Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes*. Tesina. México: Asociación Mexicana de Tanatología.
- Gratz, K.L. y Tull, M.T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. En R. A. Baer (Ed.): *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 107-133). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J. y Pratt, D. (2019). A Systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Frontiers on Psychiatry*, 34-48. doi: 10.3389/fpsy.2019.00203.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Suicidios registrados (Defunciones)*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de www.inegi.org.mx/app/indicadores.
- Leahy, R. (2012). Esquemas emocionales, regulación emocional y psicopatología. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 359-361.
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M., Bohus, M. y Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.): *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581-605). New York: The Guilford Press.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade P., P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades en la Regulación Emocional en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., Mennin, D. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 544-554. Doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003.
- Navarro G., N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clinica y Salud*, 28(1), 25-31.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Atención de niños y adolescentes con trastornos mentales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Desarrollo en la adolescencia*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Pérez-Chan, M. (2015). Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 21(2-3), 45-54.
- Roberts, R. y Chen, Y. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 81-90.
- Rodríguez, S. (2012). Experiencia de la línea amiga 106 frente a las ideas autolíticas de los menores de edad en el departamento de Boyacá. *Típica: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 8(1), 49-55.
- Rosselló, J. y Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295-302.
- Sánchez-Aragón, M. (2010). *Regulación emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Tejeda, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades de la regulación emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.

- Vargas, B. y Saavedra, E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-28.
- You, J., Ren, Y., Zhang, X., Wu, Z., Xu, S. y Lin, M. (2018). Emotional dysregulation and nonsuicidal self-injury: a meta-analytic review. *Neuropsychiatry*, 8(2), 733-748.

La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática

Self-efficacy and its influence in the dissatisfaction of body image: Systematic review

Nayalis Nápoles Neyra, Humberto Blanco Vega
y Perla Jannet Jurado García

Universidad Autónoma de Chihuahua¹

Autor para correspondencia: Perla Jannet Jurado García, pjurado@uach.mx.

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia influye de forma efectiva en la imagen corporal de los adolescentes. *Objetivo:* Analizar por medio de una revisión sistemática la relación entre autoeficacia y la insatisfacción de la imagen corporal. *Método:* Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scopus, Scielo, Dialnet, Redalyc, Ebsco y Pubmed. *Resultados:* Inicialmente se identificaron 479 documentos, de los cuales 25 cumplieron con los criterios de inclusión. *Discusión:* Mediante la revisión efectuada, se confirma que la autoeficacia es una variable mediadora entre el estilo de vida saludable en cuanto a la alimentación y el ejercicio físico y las percepciones corporales y la satisfacción con la imagen corporal.

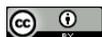
Palabras clave: Revisión sistemática; Insatisfacción de la imagen corporal; Autoeficacia; Adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy affects adolescents' body image. *Objective:* To explore the relationship between self-efficacy and dissatisfaction with body image in adolescents through a systematic review of the research literature. *Method:* A search of databases, such as Scopus, Scielo, Dialnet, Redalyc, Ebsco, and Pubmed, was conducted. *Results:* even though 479 documents were identified for initial revision, only 25 fulfilled the inclusion criteria. *Discussion:* As expected, self-efficacy acts as one mediational variable between a healthy lifestyle regarding nutrition, physical exercise, body perceptions, and satisfaction with body image.

Key words: Systematic review; Dissatisfaction of body image; Self-efficacy; Adolescents.

¹ Doctorado en Cultura Física, Paseos de Chihuahua, 31125 Chihuahua, Chih., México, tel. (614)158-99-00, correos electrónicos: nnapolesn2@gmail.com, hblanco@uach.mx y pjurado@uach.mx.



Recibido: 19/05/2020

Aceptado: 17/08/2020

Autoeficacia

La autoeficacia es entendida como el juicio que cada persona tiene sobre sus capacidades para enfrentar o ejecutar acciones que les permita obtener un resultado (Blanco, Díaz, Ornelas y Mondaca, 2019; Moreno y Bueno, 2019). Fue descrita por Bandura (1977) como la médula de la teoría cognitivo-social y definida como la influencia que puede tener un individuo sobre lo que hace a través de su pensamiento reflexivo y del uso de sus habilidades y destrezas para lograr una conducta concreta. Para una mejor comprensión de la misma, se debe tener en cuenta la interrelación de la persona, su conducta y el ambiente, en la que dicha triada, a partir de los conocimientos, emociones e influencias ambientales, junto al comportamiento, operan de forma interactiva (Gutiérrez, 2016).

La autoeficacia se ha vinculado a comportamientos saludables, como la regulación del peso (Silva, Fernández y Rodríguez, 2019), y de igual modo al consumo de frutas y verduras (Pallo, 2017). Algunos estudios han revelado que la autoeficacia es un elemento principal en el proceso de transformación de conductas saludables al prever la capacidad de las personas para hacer dieta (Quiliano, 2015). Tal capacidad permite que los individuos sean más dinámicos, por lo que llevan a cabo actividades físicas para mejorar su salud (Fraile, Tejero, Esteban y Veiga, 2019).

En México se han llevado a cabo algunos estudios que utilizan la autoeficacia como un factor rector de la actividad física (Herencia, 2017; Olivos, 2018) o de conductas saludables (Pérez *et al.*, 2018; Estrada, Campero, Suárez, De la Vara y González, 2017; Orcasita, Mosquera y Carrillo, 2018). Así pues, la autoeficacia es una emoción de valor individual, de aprecio y eficacia en la conducción de la vida, y se puede calcular a través del resultado de la actividad realizada, la experiencia, los estados fisiológicos y la persuasión. Así, una autoeficacia baja puede causar efectos negativos en la calidad de vida; por ejemplo, cuando se relaciona con la imagen corporal, las personas que

tienen una imagen corporal positiva alcanzan una autoeficacia alta y tienen confianza en sí mismas. Además, debe destacarse que en la teoría cognitiva social, la autoeficacia da importancia a acciones educativas cuyo fin es reducir la angustia generada por una imagen corporal no deseada y aumentar así la autoestima (Ghahremani, Hemmati, Kaveh y Fararoei, 2018).

Imagen corporal

La imagen corporal es un constructo que se ha convertido en una inquietud esencial para muchas personas, especialmente para los jóvenes, quienes gastan mucho tiempo y dinero para cambiar la apariencia de su cuerpo (Pruzinsky y Cash, 1990). Se define como la representación de un ideal con el que una persona contrasta su apariencia física; que la autoimagen sea positiva o negativa puede incidir en todos los aspectos de su comportamiento, y también puede estar influida por el crecimiento físico, los accidentes y las lesiones (Ghahremani *et al.*, 2018; Gillen y Lefkowitz, 2012). Asimismo, también se considera que la imagen corporal es la percepción que se establece mentalmente del propio cuerpo y está integrada por elementos biológicos, psicológicos y sociales, como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), la satisfacción o insatisfacción, el estatus socioeconómico y otros, e influenciada por la interacción social, la familia, la cultura y los medios de comunicación (León, González, Fernández y Contreras, 2018).

De igual manera, la relación multidisciplinar de la imagen corporal puede establecerse desde el punto de vista sociológico, el cual concibe el cuerpo como un medio de comunicación entre el individuo y el mundo; en cuanto al aspecto psicológico y su relación con el autoconcepto existe una correlación positiva con el bienestar psicológico y negativa con el malestar psicológico. El aspecto educativo es de gran importancia para la formación del yo como identidad personal del educando, en el que intervienen valores, ideales, cosmovisión y cultura, entre otros. La disciplina de la educación física define la imagen corporal como una entidad psicosomática en la que interviene la relación entre mente y cuerpo. Por tanto, multidimensionalmente el constructo comprende

desde las emociones y creencias sobre el propio cuerpo, hasta las autorrepresentaciones, efectos y actividades referentes al mismo (Castro, 2017).

La imagen corporal está estrechamente relacionada con la obesidad (López, Díaz y Smith, 2018) y con diversos factores sociales y del contexto sociocultural enfocados en la apariencia física (Arévalo, 2017; Pacheco, Lozano y González, 2018), la violencia física y psicológica (Calvo, Pimiento y Ríos, 2019; Da Silva y Hasselmann, 2019; Reyna, 2019), el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida (Fraile *et al.*, 2019; Venegas, 2019). De igual modo, otras investigaciones la han vinculado a las conductas alimentarias (Cano y Gianella, 2019; Díaz, Bilbao, Unikel, Escalante y Parra, 2019), el sexo y el estado nutricional (Cruzat, Díaz, Lizana y Castro, 2016; Delgado *et al.*, 2017), así como al IMC, la motivación, la autocompasión y la autoestima (De La Cruz, Arévalo y Rojas, 2018; Fernández, González, Contreras y Cuevas, 2015; Horcajo, Quiles y Quiles, 2019; Pérez y Trujillo, 2018; Sierra, 2017). En resumen, la imagen corporal guarda una estrecha relación con las personas, así como sus intereses, aspiraciones, motivaciones e ideales respecto a su apariencia física y a la satisfacción con su cuerpo (Babativa, 2016).

La imagen corporal es, pues, un constructo que se define como un sentimiento subjetivo sobre la propia apariencia, la cual tiene dos facetas: una imagen corporal positiva y una negativa, las que desempeñan un papel esencial en la formación de la identidad individual, de modo que una imagen corporal positiva facilita el funcionamiento psicossocial, mientras que una negativa conduce a la insatisfacción y a una baja autoestima (Yadav, 2017).

Insatisfacción con la imagen corporal

Muchas personas están descontentas con alguna parte de su cuerpo, lo que si bien no altera necesariamente las acciones que realizan de forma cotidiana, sí representa un malestar; no obstante, este desata comportamientos perjudiciales para la salud cuando la persona pretende cambiar su apariencia, lo que se ha denominado *insatisfacción corporal*. (Ojeda, 2016). La insatisfacción corporal puede definirse como la percepción negativa sobre el cuerpo, y puede estar asociada con una

baja eficacia ya que los individuos manifiestan intranquilidad respecto a su aspecto físico y a su evaluación social (Gómez, Gutierrez, Llanos y Babativa, 2017).

En la literatura científica, la insatisfacción con la imagen corporal también se señala como una experiencia negativa del individuo sobre sí mismo, sin la cual la persona no sentiría la necesidad de cambiar su cuerpo llevando a cabo actividades o comportamientos con consecuencias negativas (Solano, Cano, Blanco y Fernández, 2017).

La distorsión perceptiva es originada por la insatisfacción corporal debido a la diferencia entre la representación ideal y la observada, es decir, por la preocupación hacia el propio cuerpo que puede establecerse por el sexo, la edad, la sexualidad, la clase social o los grupos psicológicos, debido a factores sociales como los medios de comunicación, las amistades, la familia, las emociones, las creencias y, en general, la cultura (Jiménez, Cruz y Bacardí, 2017).

En las investigaciones que han abordado la insatisfacción corporal se le ha relacionado con una alimentación desordenada (Manrique *et al.*, 2018), intentos de suicidio (Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytia, 2014) y pobre calidad de vida (Bonilla, Romero y Cabrera, 2015).

Varios estudios han mostrado un nivel alto de insatisfacción con imagen corporal entre los adolescentes, principalmente del sexo femenino, quienes realizan actividades no saludables para reducir su peso (Da Silva y Hasselmann, 2019). Como es bien sabido, existe una representación de un cuerpo ideal perfecto en la actualidad, y cuando no se logra se pueden crear perturbaciones de la imagen corporal, además de los efectos en la salud y en el comportamiento de los jóvenes, toda vez que este grupo etario se encuentra en un proceso de crecimiento, lo que puede provocar en ellos enfermedades y trastornos diversos (Bazán y Miño, 2015). Así pues, la problemática que resulta de lo anterior es la insatisfacción corporal alta ya que el cuerpo ideal es generado por los medios de comunicación —en especial por las redes sociales—, por lo que los adolescentes se convierten en un grupo de riesgo en el que se pueden manifestar conductas inapropiadas que pueden complicar la salud de los mismos (Venegas y González, 2020).

Dado lo anterior, es necesario efectuar acciones educativas de intervención en la etapa de la adolescencia mediante las cuales se corrija la autopercepción de la imagen corporal negativa –la que se relaciona estrechamente con los trastornos alimenticios–, incluyendo en ellas a la familia y la escuela como elementos transformadores de la persona (De Pinho *et al.*, 2019).

Influencia de la imagen corporal en los adolescentes

Como se ha mencionado, la adolescencia es un periodo de crecientes cambios morfológicos y psicosociales que inciden considerablemente en la apreciación que los jóvenes tienen del cuerpo. En ellos, el deseo y la búsqueda constante de un físico ideal se han vuelto más comunes, lo que puede repercutir en una grave distorsión de su imagen corporal (De Pinho *et al.*, 2019). Además, la imagen corporal está relacionada con el bienestar subjetivo, y ambos factores influyen durante el proceso de la adolescencia de un modo tal que pueden contribuir a tener una imagen propia deformada o inadecuada, así como a una evaluación corporal subjetiva negativa de la apariencia física con consecuencias psicológicas, esto es, a la insatisfacción corporal (Molina, Gonçalves, Guimaraes y Aerts, 2018).

En consecuencia, es importante conocer los estilos de vida de los adolescentes porque son la vía que utilizan para conformar patrones de conductas determinados, en cuanto que en esta etapa de la vida es la que las relaciones interpersonales prevalecen sobre la adquisición de hábitos. No se puede dejar de mencionar que en este periodo se modifica su marco social a través de su inserción en la educación superior, donde pueden adquirir otras rutinas y prácticas inapropiadas, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; el cambio en su patrón de alimentación, el sedentarismo o la promiscuidad, todo lo cual desemboca en una salud física y psicológica inadecuada (Molina *et al.*, 2018; Moral, Agraso, Ramos, Jiménez y Jiménez, 2020).

Cabe señalar que los estudios realizados han corroborado que la adolescencia es un grupo en riesgo de padecer obesidad, por lo que es sensible

al desarrollo de una insatisfacción causada por las modificaciones biológicas que ocurren en el cuerpo, y a ejecutar actividades no saludables como una vía de resolución de problemas. Por ello, es prudente poner en efecto estrategias con el fin de promover estilos de vida con dietas saludables y ejercicios físicos diarios para mantener un estado nutricional adecuado, así como acciones psicológicas que generen una autoestima alta y la percepción de una correcta imagen corporal (Duno y Acosta, 2019).

Influencia de la autoeficacia en la insatisfacción corporal

De acuerdo con Simón (2017), existen factores como el autoconcepto, la autoestima, la salud general y la depresión que tienen un efecto positivo o negativo sobre la imagen corporal. Si esta se ve afectada, puede ocasionar trastornos como la disminución del apetito, anorexia nerviosa, bulimia, cambios anormales de peso, trastornos mentales y del sueño, entre otros, todos ellos problemas de salud.

De hecho, la autoestima y la percepción corporal comienzan en la mente de la persona, no en el ideal que se construye; depende de cómo se autovaleore y se estime; si no le agrada su cuerpo o alguna parte de su cuerpo, es difícil que se sienta bien consigo misma como un todo.

Por lo anteriormente dicho, el objetivo del presente estudio fue analizar la influencia que existe entre autoeficacia e insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes mediante la revisión de estudios publicados sobre este tópico.

MÉTODO

Muestra

Se llevó a cabo una revisión sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus, Pubmed, Dialnet, Redalyc y Ebsco, como estrategia para compilar diversas investigaciones efectuadas en el periodo de enero de 2015 a marzo de 2020, para analizar la relación entre la autoeficacia y la insatisfacción de la imagen corporal en los adoles-

centes entre las edades de 8 a 19 años, de ambos sexos. Se utilizaron para ello las siguientes palabras clave en español, inglés y portugués: *autoeficacia, insatisfacción de la imagen corporal, imagen corporal, adolescentes; self-efficacy, dissatisfaction of body image, body image, teenagers; auto-eficácia, insatisfação da imagem corporal, imagem corporal y adolescentes*. Se conjugaron con el descriptor booleano *and*.

Como criterios de inclusión se consideraron los artículos originales y de investigaciones indizadas. Se desecharon todos aquellos artículos que no tuvieran relación con las palabras clave, y además los relacionados con enfermedades con cualquier diagnóstico gastrointestinal, enfermedades del corazón, asma bronquial, trastornos de infecciones e inflamatorios, embarazo y consumo del alcohol, y que el contenido no reflejara dicha relación o que no cumpliera con el objetivo del presente estudio.

Extracción de datos

La información obtenida de la exploración de los artículos se dividió en tres tópicos:

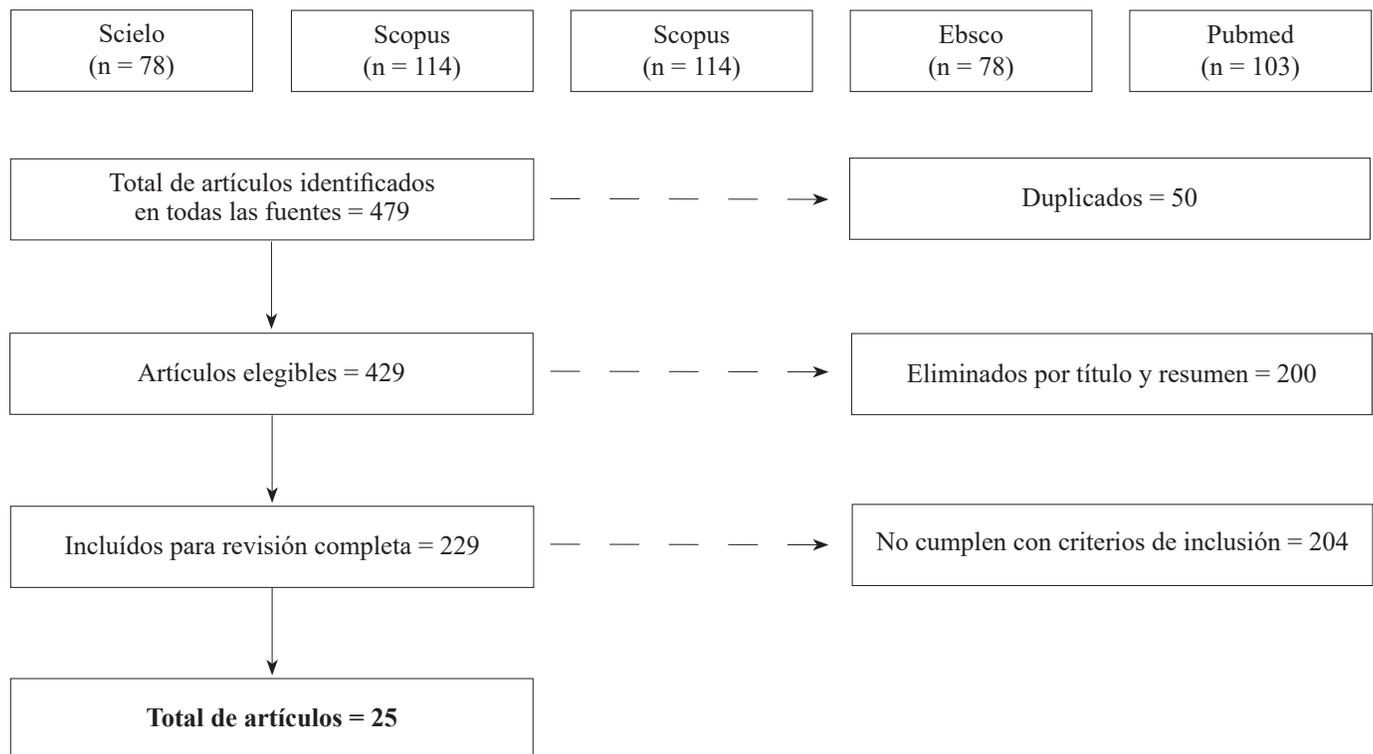
Datos generales del artículo: Base de datos en las que se encontraba, título, autor(es), nombre de la revista, año de publicación, país y palabras clave.

Población de referencia: Rangos de edad, tamaño de la muestra.

Variables utilizadas: “autoeficacia”, “insatisfacción de la imagen corporal” y “adolescentes”.

Después del filtrado de la búsqueda, se seleccionaron 25 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, además de interés para el tema abordado. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.



RESULTADOS

En un primer momento de la búsqueda se identificó un total de 479 artículos, de los cuales se eliminaron

50 por estar duplicados, quedando como artículos elegibles 429. Se descartaron 200 por título y resumen, y se incluyeron para la revisión completa del texto 229, de los que se excluyeron 204 por no

cumplir con los criterios, quedando para la presente revisión los 25 artículos que se muestran en la Tabla 1.

Para el estudio de los documentos escogidos se construyó una tabla registro con los siguientes datos: autor, año, país, tamaño de la muestra, instrumentos y resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Registro de artículos de estudio relativos a la autoeficacia y la insatisfacción corporal.

Autor(es)	País	Muestra	Instrumento	Resultados
Duno y Acosta, 2019.	Venezuela	n = 143 H (n = 26) M (n = 117)	Test de Siluetas de Gramerd. Estrato socioeconómico. Test Godin Shepard Condición física general (CF).	Elevado porcentaje de insatisfacción corporal en ambos sexos: 84.6% (mujeres) y 80.4% (hombres).
Escolar <i>et al.</i> , 2019.	España	n = 561 H (n = 240) M (n = 321)	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuestionario de Remisión (EDI-3-RF). Datos demográficos (sexo, edad, grado, residencia).	Presencia significativa de insatisfacción corporal, más en las mujeres (2%) que en los varones (0.7%).
Ramírez, 2017.	España	n = 1430 H (n = 836) M (n = 594)	Imagen Corporal Percibida. Imagen Corporal Ideal. Imagen Corporal Social.	Baja satisfacción corporal.
Peralta, Emelin y Quintana, 2016.	Perú	N = 108	Entrevistas. Porcentaje de percepción equivocada de peso o talla. Percepción sobre imagen corporal y prácticas para corregirla.	36.1% tenían percepción equivocada de su peso y 50.9% de su talla. En la fase cualitativa tenían una percepción equivocada del peso.
Bully, Elosua y Jáuregui, 2016.	España	n = 4314 H (n = 2161) M (n = 2153)	Escala de Insatisfacción Corporal.	Se observó una disminución no significativa de los valores medios de insatisfacción corporal en la muestra de mujeres.
De Pinho <i>et al.</i> , 2019.	Brasil	n = 535	Cuestionario sociodemográfico e imagen corporal.	Los adolescentes muestran insatisfacción con su imagen corporal.
Flanagan y Perry, 2018.	Estados Unidos	n = 28	Encuesta Collins Body Figure Perception. Encuestas evaluando la insatisfacción corporal, la eficacia del ejercicio y la la PFP. Medidas de aptitud física.	Relación significativa entre insatisfacción corporal y autopercepción de aptitud física.
Moffitt, Neumann y Williamson, 2018.	Australia	n = 149	Escala de Autocompasión. Escala de Autoestima de Rosenberg. Subescala de Insatisfacción Corporal del Inventario de Trastornos Alimenticios (EDI-BD), Escalas analógicas visuales (VAS).	La insatisfacción con el peso y con la apariencia fueron significativamente más bajas en el grupo de autocompasión que en los grupos de autoestima y control. y la motivación de superación personal fue significativamente mayor.
Hernández <i>et al.</i> , 2016.	México	n = 282 H (n = 38) M (n = 144)	Cuestionario de Imagen Corporal. Test Infantil de Actitudes Alimentarias. Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia.	La interiorización del ideal corporal es el principal predictor de la insatisfacción corporal en ambos sexos.

Continúa...

Caldera <i>et al.</i> , 2019.	México	n = 567 H (n = 279) M (n = 288)	Cuestionario de Insatisfacción con la Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire) Inventario de Personalidad NEO.	Se identificaron variables predictoras de la imagen corporal insatisfecha. Se encontraron relaciones significativas entre las siguientes dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extroversión, amabilidad y responsabilidad con la imagen corporal.
Verdugo, Armas, Baños, Moncada y Rentería, 2020.	México. Costa Rica	n = 56	Escala de Factores de Riesgo de Trastornos Alimentarios (EFRATA).	Los gimnastas varones exhibieron un mayor grado de insatisfacción corporal al desear una silueta más gruesa o musculosa, mientras que las mujeres aspiraban a ser más delgadas respecto al grupo control.
Platas, Gómez y Pineda, 2019.	México	n = 549 H (n = 284) M (n = 265)	Batería de pruebas con propiedades psicométricas.	La totalidad de la muestra se encontraba insatisfecha y con alteración de la imagen corporal; específicamente, subestimaban su peso corporal (tamaño y forma).
Venegas y González, 2020.	México	n = 206 M (n = 206)	Cuestionario de la Figura Corporal y Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal.	Los modelos propuestos son evidencia de que las variables socioculturales influyen de manera significativa en la creación de una imagen corporal negativa.
Franco, Díaz y Bautista, 2019.	México	n = 487 M (n = 487)	Test de Actitudes Alimentarias. Cuestionario de Imagen Corporal.	18.8% de las adolescentes y 19.8% de las jóvenes manifestaron insatisfacción corporal.
Mendoza y Olalde, 2019.	México	n = 187	Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo Sfs-test.	Se observó una insatisfacción severa en 26.7%. Las mujeres con sobrepeso tenían más probabilidades de estar insatisfechas con su imagen corporal.
Albertson, Neff y Dill, 2015.	Brasil	n = 201	Body Area Scale. Escala de Violencia Psicológica. Conflict Tactics Scales, Form R (CTS-1).	La violencia psicológica está asociada a la insatisfacción de la imagen corporal solamente en adolescentes de sexo femenino.
Sánchez, López, Sgroi y Díaz, 2019.	Italia	n = 335 H (n = 198) M (n = 137)	Siluetas de Stunkard.	El problema psicológico de la insatisfacción corporal tuvo una mayor prevalencia que el problema fisiológico de la obesidad.
Amaya, Alvarez, Ortega y Mancilla, 2019.	México	n = 175 H (n = 80) M (n = 95)	Test Infantil de Actitudes Alimentarias (CHEAT). Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-16). Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (versión revisada) (SATAQ-R). Inventario de Influencia de Pares sobre la Preocupación Alimentaria (I-PIEC).	La asociación de la influencia de pares y la interiorización del ideal corporal con la insatisfacción corporal fueron más altas que con las conductas alimentarias anómalas; por el contrario, el IMC fue una de las variables con las correlaciones más bajas con insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas.

Continúa...

Vurgun, 2015.	Turquía	n = 45 H (n = 20) M (n = 25)	Cuestionario de Satisfacción de Imagen Corporal, Escala de Self-efficacy.	Las mujeres que hacen ejercicio están más satisfechas con su imagen corporal, en comparación con mujeres sedentarias. El IMC fue encontrado como el predictor más fuerte de satisfacción corporal.
Rostami, Fallahi, Pashaei y Roshani, 2017.	Irán	n = 816 M (n = 816)	Cuestionario (información demográfica). Construcciones de modelos transteóricos. Evaluación de imágenes corporales.	El efecto de interacción de la autoeficacia y la imagen corporal sobre el comportamiento del ejercicio fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$).
Molina <i>et al.</i> , 2018.	Brasil	n = 1460	Cuestionario sociodemográfico. Criterios de Clasificación Económica de Brasil. Cuestionario de Forma Corporal Escala de Satisfacción de Vida de los Estudiantes. Medidas multidimensionales de felicidad y percepción de salud.	La mayoría de los participantes estaban satisfechos con su imagen corporal.
Palacios y Ramírez, 2016.	México	n = 1012 H (n = 531) M (n = 481)	Conductas alimentarias. Subescala del Inventario de Palacios (2015) sobre autoeficacia.	Las mujeres se preocupan más por su peso, en comparación con los hombres.
Ghahremani <i>et al.</i> , 2018.	Irán	n = 150 (72 en el grupo de intervención y 78 en el grupo de control)	Preocupación por la imagen corporal de Littleto. Cuestionarios de Autoestima de Rosenberg.	Disminución significativa del nivel de preocupaciones sobre la imagen corporal en los estudiantes del grupo experimental, en comparación con el grupo de control, y un aumento de la autoestima de los estudiantes en el grupo experimental, en comparación con el grupo control.
Rossi, Trevisol, Dos Santos, Dapieve y Von, 2020.	Brasil	n = 296 H (n = 127) M (n = 169)	Ficha de datos sociodemográficos. Escala de Autoeficacia General Percibida (EAGP). Escala de Motivación para Aprender (EMA-EM).	Correlación positiva entre la autoeficacia y la motivación intrínseca, una correlación negativa entre la autoeficacia y la motivación extrínseca, medias más altas para la motivación intrínseca en las mujeres y la motivación extrínseca en los hombres, y medias más altas en autoeficacia en los hombres.
Meza y Pompa, 2018.	México	n = 540 H (n = 132) M (n = 408)	Datos antropométricos (peso, talla, IMC). Autopercepción de imagen corporal actual e ideal.	Diferencia entre la imagen corporal real e ideal, y también entre la imagen real y el grupo de IMC. Además, los resultados revelan que a mayor IMC, mayor distorsión de la imagen corporal y mayor insatisfacción con la imagen en mujeres.

Nota: IMC (Índice de Masa Corporal), n (muestra), M (mujeres), H (hombres).

Los artículos que se tuvieron en cuenta para la selección fueron investigaciones vinculadas con la insatisfacción de la imagen corporal y su relación con la autoeficacia en el grupo etario equivalente, en que la edad osciló entre 8 y 19 años. De ellos, 60% incluye en su muestra jóvenes adolescentes

con edades de 17 a 19 años. La mayoría de los estudios se desarrollaron en Latinoamérica, resaltando los países de México y Brasil; de igual modo, se realizaron estudios en otros países europeos y euroasiáticos (véase Tabla 1).

Las variables más estudiadas fueron la percepción de la imagen corporal relacionada con la actividad física, con riesgo de trastorno de conductas alimentarias (TCA); de igual manera, otros estudios se relacionaron con prácticas conductuales en la satisfacción con la apariencia y la autopercepción y sus prácticas para corregirlas, así como la insatisfacción o distorsión en función del sexo y la percepción de salud, para un total de 75% de los trabajos. En el otro 25%, se midieron la variable autoeficacia relacionada con el papel de las creencias, la preocupación por el IMC y la autoestima, la aptitud física y el riesgo alimenticio. En algunos casos se midió la motivación intrínseca y extrínseca como desmotivación independiente.

Cabe destacar que solo cinco de los estudios abordaron la relación entre autoeficacia e imagen corporal positiva o negativa, sin ocupar la variable de insatisfacción en las intervenciones. El 80% de las investigaciones utilizaron instrumentos para evaluar la percepción de la imagen corporal satisffecha o insatisfecha, como el test de Siluetas de Stunkard, el IMC calculado a partir del peso y la talla autorreportados, los modelos anatómicos, la construcción del sí mismo, el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, las mediciones antropométricas de talla y peso y, de forma cualitativa, los Cuestionarios de Autopercepción.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar, por medio de una revisión sistemática, la relación entre la autoeficacia y la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes, hallando que en la mayoría de los artículos revisados la muestra de adolescentes tenía entre 9 y 19 años de edad, con una media de 17 (Da Silva y Hasselmann, 2019; Duno y Acosta, 2019; Escandón, Vargas, Herrera y Pérez, 2019; Franco, Díaz, F. y Bautista, 2019; Mendoza y Olalde, 2019; Meza y Pompa, 2018; Moffitt *et al.*, 2018; Palacios y Ramírez, 2016; Peralta *et al.*, 2016; Rossi *et al.*, 2020; Sánchez *et al.*, 2019); otros autores incluyeron adolescentes con edades de entre 11 y 15 años, con una media de 13 años (Amaya *et al.*, 2019; Bully *et al.*, 2016; Cal-

dera *et al.*, 2019; De Pinho *et al.*, 2019; Escolar *et al.*, 2019; Flanagan y Perry, 2018; Ghahremani *et al.*, 2018; Molina *et al.*, 2018; Pellizzer, Waller y Wade, 2018; Platas *et al.*, 2019; Rostami *et al.*, 2017; Verdugo *et al.*, 2020; Vurgun, 2015).

En relación con la insatisfacción de la imagen corporal, en la mayoría de los estudios se identifica al sexo femenino como predominante sobre el masculino; sin embargo, se obtuvieron resultados en los que los adolescentes de ambos sexos representaban un elevado porcentaje (Duno y Acosta, 2019), en los que la forma de percibir el propio cuerpo es diferente; así, el hombre desea mayor volumen muscular, mientras que las mujeres desean menos volumen y tener una silueta más delgada (Bully *et al.*, 2016; De Pinho *et al.*, 2019; Platas *et al.*, 2019; Sánchez *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019; Verdugo *et al.*, 2020). Contrario a lo anterior, diversos autores señalan que la insatisfacción corporal solo se presenta en las mujeres, ya que en esas edades es cuando muestran conductas alimentarias de riesgo (Franco *et al.*, 2019; Mendoza y Olalde, 2019; Vurgun, 2015).

Algunos autores detallan elementos que conducen a los adolescentes a presentar insatisfacción con su imagen corporal, ya que se encuentran en una etapa crítica para el crecimiento debido a las transformaciones físicas, sociales y psicológicas que en él ocurren (De Pinho *et al.*, 2019). La edad es otro predictor directo de la insatisfacción para la interiorización de la figura ideal en ambos sexos (Hernández *et al.*, 2016). Del mismo modo, en varios de dichos estudios se relaciona el peso corporal con el sexo (Escandón *et al.*, 2019), elemento que corrobora la insatisfacción corporal por el aumento de IMC, esto es, las medidas de talla y peso que el adolescente desea, por lo que las mujeres quieren disminuir la silueta y los hombres aumentar el volumen muscular (Bully *et al.*, 2016; De Pinho *et al.*, 2019; Duno y Acosta, 2019; Mendoza y Olalde, 2019; Platas *et al.*, 2019); otros adolescentes adoptan conductas alimentarias de riesgo debido a una práctica inadecuada para disminuir el peso (Franco *et al.*, 2019).

Además, se observó que las influencias sociales tienen un considerable efecto en la percepción de las mujeres respecto a su imagen corporal,

habiendo variables socioculturales que influyen de forma reveladora en la formación de una imagen corporal negativa, por lo que son motivos de preocupación tanto por el cuerpo, como por el malestar psicológico que este genera (Venegas y González, 2020).

También se encontró que la insatisfacción corporal negativa en los adolescentes se relaciona con varios comportamientos inadecuados significativos que pueden afectar su salud si no realizan las prácticas convenientes para enfrentar la situación. Autores como Flanagan y Perry (2018) plantean que la autoeficacia influye sobre la imagen corporal mediante la participación en prácticas de actividad física, así como en la salud, y como última instancia en aquellas situaciones sociales relacionadas con el peso corporal.

En cuanto a la relación entre autoeficacia e imagen corporal, hay diversos estudios que demuestran la efectividad de la capacidad de emprender y mantener comportamientos sanos al ejecutar acciones para tener estilos de vida saludable, como eliminar conductas alimentarias que pueden afectar la salud (Palacios y Ramírez, 2016; Pelliizzer *et al.*, 2018).

La búsqueda permitió hallar diferentes formas de abordaje de este tópico a partir de diferentes formas de evaluación y de estrategias de intervención para eliminar el proceso negativo de percepción de la imagen corporal. Como ya se evidenció, existe poca producción científica en este campo, por lo que es posible que haya una variedad de concepciones en cuanto a la terminología utilizada para analizar el fenómeno de la insatisfacción con la imagen corporal, misma que constituye el descontento del individuo con la forma de su cuerpo, o bien con ciertas partes del mismo. Los adolescentes son un grupo de población que se interesan particularmente en su imagen, y por lo general se encuentran insatisfechos por tener una percepción

ideal o real negativa de su cuerpo, lo que llega a afectar su autoestima al haber una discrepancia respecto a cómo quieren ser (Escandón *et al.*, 2019).

Varios estudios permiten confirmar los efectos positivos de utilizar una intervención con acciones de autoeficacia para invertir la percepción negativa de la imagen corporal en los adolescentes a través de fortalecer la satisfacción corporal, la autoestima, el autoconcepto y la motivación, para así fomentar su participación en actividades deportivas y ejecutar prácticas adecuadas para el mejoramiento de su salud, por lo que “es útil la aplicación de proyectos de promoción de hábitos saludables para educar mediante la búsqueda de un estilo de vida saludable y, con ello, incluir la variable de autoeficacia como elemento del proceso motivacional psicológico para tomar decisiones en situaciones positivas o negativas que beneficien la salud” (Del Río, Rodríguez, Rodríguez y Águila, 2018).

Este trabajo tiene cuando menos tres limitaciones. La primera es que aun cuando se consultaron las bases de datos de Scielo, Scopus, Dialnet, Ebsco y Pubmed en los idiomas español, inglés y portugués –lo cual proporciona una idea general de la realidad–, hay más artículos sobre el problema en otras bases de datos y en otros idiomas. Una segunda limitante es que algunos artículos no son de libre acceso, y la tercera es que se identifica en este estudio el sesgo de la publicación; es decir, cuando no se identifican los estudios que han sido publicados en revistas no indizadas, de circulación limitada o en la literatura gris.

Dentro de las aplicaciones prácticas se considera que los resultados de la presente investigación permitirán a quienes realicen estudios sobre la autoeficacia y su relación con la insatisfacción de la imagen corporal tener una base inicial acerca de los instrumentos más utilizados en la medición de dichos constructos.

Citación: Nápoles N., N., Blanco V., H. y Jurado G., P.J. (2022). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 32(1), 57-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2711>.

REFERENCIAS

- Albertson, E., Neff, K. y Dill, K. (2015). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. Doi: 10.1007/s12671-014-0277-3.
- Amaya, A., Álvarez, G., Ortega, M. y Mancilla, J. (2019). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31-39.
- Arévalo, M. (2017). *Actividad física, imagen corporal y clase social: un análisis a la literatura científica desde los modelos de determinantes sociales de la salud y determinación social de la salud*. Tesis doctoral inédita. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Babativa, O.E. (2016). *La posición socio económica en el campo de la actividad física y su relación con la imagen corporal: Aproximación desde el enfoque determinantes/determinación social de la salud*. Tesis inédita de licenciatura. Rosario (Argentina): Universidad Nacional de Rosario.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (v. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bazán C., I. y Miño, R. (2015). La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 15(1), 23-42.
- Blanco, H., Díaz, A., Ornelas, M. y Mondaca, F. (2019). La autoeficacia en el cuidado de la salud en la predicción de la satisfacción con la vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 3(52), 53-65.
- Bonilla, P., Romero, L. y Cabrera, J. (2015). Calidad de vida, indicadores antropométricos y satisfacción corporal en un grupo de jóvenes colegiales. *Retos. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 27, 62-66.
- Bully, P., Elosua, P. y Jáuregui, A. (2016). Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución en una década. *Anales de Psicología*, 28(1), 196-202.
- Caldera J., F., Reynoso O., U., Nuño, D., Caldera I., A., Pérez, I. y Gómez C., A. (2019). Insatisfacción con la imagen corporal y personalidad en estudiantes de bachillerato de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Duazary*, 16(1), 93-103. Doi: 10.21676/2389783X.2534.
- Calvo J., M.C., Pimiento P., M.L. y Ríos P., J.V. (2019). *Factores que influyen en la insatisfacción corporal de los adolescentes*. Tesis inédita de licenciatura. Medellín (Colombia): Universidad Cooperativa de Colombia.
- Cano, M. y Gianella, M. (2019). *Factores de riesgo en problemas de conducta alimentaria e imagen corporal en adolescentes de una universidad de Lima*. Tesis inédita de de Licenciatura. Lima: Universidad de Lima.
- Castro, N. (2017). Re-conceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781), a353. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2016.781n5010>.
- Cruzat, C., Díaz, F., Lizana, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 743-750.
- Da Silva A., M. y Hasselmann M., H. (2019). Violência familiar e insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes do Programa Bolsa Família tratados numa unidade básica de saúde. *Adolescência e Saude*, 16(2), 27-37.
- De la Cruz, E., Arévalo, C. y Rojas M., P. (2018). Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(3), 235-240.
- De Pinho, L., Santos, M., Ramos, R., Brito, R., De Olivera, C., Barbosa, D. y Prates, A. (2019). Percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 229-235. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0644.
- Del Río, B., Rodríguez, M., Rodríguez K., L. y Águila, O. (2018). La autoeficacia docente: un reto en el accionar del profesor universitario de las ciencias médicas. *Edumecentro*, 10(2), 171-187.
- Delgado, P., Caamaño, F., Osorio, A., Jerez, D., Fuentes, J., Levin, E. y Tapia, J. (2017). Imagen corporal y autoestima en niños según su estado nutricional y frecuencia de actividad física. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1), 12-18.
- Díaz, M.C., Bilbao, G.M., Unikel, C., Escalante, E. y Parra, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 53-65.
- Duno, M. y Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(5), 545-553.
- Escandón, N., Vargas J., F., Herrera A., C. y Pérez A., M. (2019). Imagen corporal en función de sexo y estado nutricional: Asociación con la construcción del sí mismo y de los otros. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 32-41.
- Escolar, M., Martínez, M., González, M., Medina, M., Mercado, E. y Lara, F. (2019). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112.

- Estrada, F., Campero, L., Suárez, L., De la Vara, E. y González, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*, 59(5), 556-565. Doi: 10.21149/7959.
- Fernández, J., González, I., Contreras, O. y Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33.
- Flanagan, E. y Perry, A. (2018). Perception of physical fitness and exercise self-efficacy and its contribution to the relationship between body dissatisfaction and physical fitness in female minority children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 2-9. Doi: 10.3390/ijerph15061187.
- Fraile, J., Tejero, C., Esteban, I. y Veiga, Ó. (2019). Asociación entre disfrute, autoeficacia motriz, actividad física y rendimiento académico en educación física. *Retos*, 2(32), 58-63.
- Franco, K., Díaz, F. y Bautista, M.L. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina*, 19(2), 303-312. Doi: 10.30554/archmed.19.2.3283.2019.
- Ghahremani, L., Hemmati, N., Kavesh, M. y Fararoei, M. (2018). Effects of an educational intervention targeting body image on self-esteem of Iranian high-school students: a quasi-experimental trial. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 59-66. Doi: 10.12740/APP/81549.
- Gillen, M. y Lefkowitz, E. (2012). Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body Image*, 9(1), 126-130. Doi: 10.1016/j.bodyim.2011.09.004.
- Gómez, M., Gutiérrez, J., Llanos, C. y Babativa, H. (2017). *El sentimiento de insatisfacción de la imagen corporal: un asunto a trabajar por medio de la educación física*. Tesis inédita de licenciatura en Educación Física. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Guadarrama, R., Carrillo S., S., Márquez, O., Hernández J., C. y Veytia, M. (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 98-106.
- Gutiérrez, R. (2016). *Asociación entre una agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca*. Tesis inédita de maestría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Herencia A., M. (2017). *Autoeficacia y síndrome de burnout en docentes del Colegio de Aplicación de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle*. Tesis inédita de maestría. Lima: Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.
- Hernández, A., Díaz, J.M., Rayón, G., Luyando, M., López, M. y Guerrero, J.I. (2016). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133.
- Horcajo, L., Quiles, Y. y Quiles, M.J. (2019). Aplicación de la terapia centrada en la compasión en pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 27(2), 295-309.
- Jiménez, P., Cruz, A. y Bacardí, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489.
- León M., P., González, I., Fernández J., G. y Contreras, O. (2018). Percepción del tamaño corporal e insatisfacción en niños de 3 a 6 años: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 34(1), 173-183.
- López G., F., Díaz, A. y Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*, 34(1), 167-172.
- Manrique R., B., Manrique R., L., Vallejo K., M., Manrique C., C., Santamaría A., M. y Pincay A., G. (2018). Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-11.
- Mendoza, M. y Olalde, G. (2019). Autopercepción de la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios de Medicina en Xalapa, Veracruz, México (2014). *Revista de Ciencias de la Salud*, 17(1), 34-52.
- Meza, C. y Pompa, E. (2018). Distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de mexicanos. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(2), 120-131.
- Moffitt, R., Neumann, D. y Williamson, S. (2018). Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. *Body Image*, 27, 67-76.
- Molina D., C., Gonçalves, S., Guimaraes, G. y Aerts, D. (2018). Body image satisfaction and subjective wellbeing among ninth-grade students attending state schools in Canoas, Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(12), 4289-4298. Doi: 10.1590/1413-812320182312.14742016.
- Moral, J.E., Agraso, A.D., Ramos, A.J., Jiménez, A. y Jiménez E., A. (2020). The influence of physical activity, diet, weight status and substance abuse on students' self-perceived health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1387. Doi: 10.3390/ijerph17041387.

- Moreno, P. y Bueno, J.A. (2019). Evaluación de la percepción de autoeficacia en pacientes de oncología infantil. *Psicooncología*, 16(2), 387-403. Doi: 10.5209/psic.65598.
- Ojeda, F. (2016). *Historia de una caída. Estudio de caso sobre la trayectoria sociobiográfica de una adolescente suicida*. Tesis inédita de maestría. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Olivos, M.A. (2018). *Autoeficacia escolar y rendimiento escolar de los estudiantes de la Institución Educativa "Victor Raúl Haya de la Torre" Agomarca-Bambamarca, 2018*. Tesis inédita de maestría. Lima: Universidad César Vallejo.
- Orcasita L., T., Mosquera J., A. y Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168. Doi: 10.18566/infpsic.v18n2a08.
- Pacheco, B.M., Lozano, J.L. y González, N. (2018). Diagnóstico de utilización de redes sociales: factor de riesgo para el adolescente. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 53-72.
- Palacios, J.R. y Ramírez, V. (2016). Estudio comparativo de la autoeficacia saludable en las conductas alimenticias de riesgo en jóvenes. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 17-25.
- Pallo, C.A. (2017). *Relación entre la frecuencia de consumo de frutas y verduras, actividad física con el nivel de estrés académico en estudiantes del Instituto Tecnológico Superior Vida Nueva, Quito-Ecuador, 2016*. Tesis inédita de licenciatura. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Pellizzer, M., Waller, G. y Wade, T. (2018). Body image flexibility: A predictor and moderator of outcome in transdiagnostic outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 368-372.
- Peralta, R.E. y Quintana S., M.R. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 117-122.
- Pérez F., M.C., Molero J., M.M., Barragán M., A.B., Martos M., Á., Simón M., M.M. y Gázquez L., J.J. (2018). Autoeficacia y engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud y su relación con la autoestima. *Publicaciones de la Facultad de Educación y Humanidades del Campus de Melilla*, 48(1), 193-210. Doi: 10.30827/publicaciones.v48i1.7323.
- Pérez L., B. y Trujillo L., F. (2018). *Efectividad de un programa de autocompasión basado en ACT en un contexto de educación inclusiva*. Tesis inédita de licenciatura. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Platas, R., Gómez, G. y Pineda, G. (2019). Subestimación del peso corporal en escolares mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(2), 269-277.
- Pruzinsky, T. y Cash, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Washington, DC: The Guilford Press.
- Quiliano, M. R. (2015). *Conductas saludables para mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica de la zona urbana del distrito de Huancayo*. Tesis doctoral inédita. Huancayo (Perú): Universidad Nacional del Centro de Perú.
- Ramírez, M.J. (2017). *Imagen corporal, satisfacción corporal, autoeficacias específicas y conductas de salud y riesgo para la mejora de la imagen corporal*. Tesis doctoral inédita. Granada (España): Universidad de Granada.
- Reyna, J.E. (2019). *Insatisfacción con la imagen corporal y agresividad premeditada e impulsiva en adolescentes de la ciudad de Trujillo, 2019*. Tesis inédita de licenciatura. Trujillo (Perú): Universidad Cesar Vallejo.
- Rossi, T., Trevisol, A., Dos Santos, D., Dapieve, N. y Von, J. (2020). Autoeficacia general percibida y motivación para aprender en adolescentes de educación media. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 254-263.
- Rostami, S., Fallahi, A., Pashaei, T. y Roshani, D. (2017). Association of Trans-Theoretical Model (TTM) based exercise behavior change with body image evaluation among female Iranian students. *International Journal of Pediatrics*, 5(3), 4613-4623. Doi: 10.22038/ijp.2017.21152.1776.
- Sánchez, S., López, G., Sgroi, M. y Díaz, A. (2019). Imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en adolescentes italianos de 14 a 21 años. *Journal of Sport & Health Research*, 11(2), 199-210.
- Sierra, M. (2017). *Relación entre satisfacción de la imagen corporal y la autoestima en estudiantes de Medicina y Enfermería. UNSA-Arequipa 2016*. Tesis inédita de maestría. Arequipa (Perú): Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Silva, C., Fernández, N. y Rodríguez, N. (2019). Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional. *Psicología y Salud*, 29(1), 41-49.
- Simón, C. (2017). *El estigma social y mediático de la salud mental*. Tesis inédita de licenciatura. Santa Cruz de Tenerife (España): Universidad de la Laguna.
- Solano, N., Cano, A., Blanco, H. y Fernández, R. (2017). Datos psicométricos de la versión abreviada del cuestionario Imagen: evaluación de la insatisfacción corporal. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 952-960.
- Venegas K., S. (2019). *Efecto de una intervención psicológica sobre la imagen corporal en mujeres adolescentes y adultas jóvenes*. Tesis doctoral inédita. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Venegas, K. y González, M. (2020). Influencias sociales en un modelo de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y malestar corporal en mujeres mexicanas. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 7-17.

- Verdugo, G., Armas, E., Baños, R., Moncada, J. y Rentería, I. (2020). Distorsión de la imagen corporal y trastornos alimentarios en adolescentes gimnastas respecto a un grupo control de adolescentes no gimnastas con un IMC. *Retos*, 37(37), 297-302.
- Vurgun, N. (2015). Effects of regular aerobic exercise on physical characteristics, body image satisfaction and self-efficacy of middle-aged women. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 37(1), 151-163.
- Yadav, V.P. (2017). Understanding the body image of adolescents: A psychological perspective. *International Journal of Applied Research*, 3(6), 588-594.

Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide

Effect of compassionate mindfulness in pain, anxiety, and psychophysiological responses in rheumatoid arthritis

Roberto Israel Patoni Maldonado¹, Pedro José Rodríguez Henríquez²,
Edgar Salinas Rivera³ y Ana Beatriz Moreno Coutiño¹

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Hospital “Dr. Manuel Gea González”²
Universidad Pedagógica Nacional³

Autor para correspondencia: Roberto Israel Patoni Maldonado, robertronik@gmail.com.

RESUMEN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada principalmente por dolor, inflamación, deformidad y destrucción persistente de las articulaciones afectadas. La AR suele estar asociada con sintomatología ansiosa debido a la falta de predictibilidad de los ataques de dolor y a las complicaciones de la enfermedad. El objetivo de este proyecto fue evaluar el efecto de la atención plena compasiva (APC) en la disminución de la percepción del dolor, sintomatología ansiosa y reactividad fisiológica ante estresores de pacientes con diagnóstico de AR, ya que previamente no se había investigado el efecto de la APC sobre estas variables en México. Participaron seis pacientes del hospital “Dr. Manuel Gea González” de la Ciudad de México, los cuales asistieron a una intervención de nueve sesiones con duración de dos horas cada una, a razón de una por semana. La intervención estuvo compuesta por psicoeducación, práctica y ejercicios para el hogar. Se implementó un diseño pretest-postest con muestreo a conveniencia. Los resultados mostraron una reducción significativa de la percepción del dolor, pero no de la sintomatología ansiosa. En las reacciones fisiológicas solo se obtuvieron cambios clínicos objetivos en algunas respuestas. La intervención con APC disminuye la percepción de dolor en pacientes con AR. Se sugiere un mayor número de participantes en futuros estudios, así como seguimientos a tres, seis y doce meses.

Palabras clave: Atención plena; Compasión; Dolor; Artritis reumatoide.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease, mainly characterized by pain, inflammation, deformity, and ongoing destruction of the affected joints. RA usually generates anxiety symptoms due to the lack of predictability about ill-related pain attacks and the complications of the disease itself. Given the scarcity of Mexican studies on these problems, the present study aimed to evaluate the effect of compassion mindfulness (CM) on pain perception, anxious symptomatology, and physiological

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: robertronik@gmail.com y moca99_99@yahoo.com.

² Calzada de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: pedrorodriguez.md@gmail.com.

³ Carretera Picacho-Ajusco 24, Col. Equipamiento Periférico Picacho Ajusco Canal 13, Tlalpan, 14200 Ciudad de México, México, correo electrónico: esalinas.upn@gmail.com.



reactivity to stressors of patients diagnosed with RA. Six patients from a large public hospital in Mexico City received a CM intervention consisting of two-hour weekly sessions for nine weeks. The intervention protocol comprised psycho-education and practice and homework exercises, using a pre-test/post-test design through a non-probability sampling method (convenience sampling). Results showed a statistically significant reduction in pain perception but not in anxious symptomatology. Physiological reactivity decreased only partially. The authors conclude that CM reduces pain perception in RA patients. However, a larger number of participants and follow-ups at three, six, and twelve months would benefit future studies.

Key words: Mindfulness; Compassion; Pain; Rheumatoid arthritis.

Recibido: 24/06/2020

Aceptado: 17/08/2020

La artritis reumatoide (AR en lo sucesivo) es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune que se caracteriza por dolor persistente e inflamación de las articulaciones del cuerpo, en particular las de ambas manos, pies, rodillas y tobillos, produciendo su destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. La enfermedad se asocia a la presencia de autoanticuerpos, principalmente el factor reumatoide y los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (Anaya, 1999; Quiceno y Vinaccia, 2011). Scott, Wolfe y Hui-zinga (2010) explican que las células del sistema inmune, tales como los linfocitos y monocitos en un paciente con AR entran en el espacio articular y liberan sustancias químicas (enzimas, citocinas, óxido nítrico y prostaglandinas) que causan inflamación, dolor y daño a las diferentes partes de las articulaciones, como el cartílago y el hueso.

Las causas de las enfermedades reumáticas no se conocen con exactitud, pero su aparición a edades tempranas se explica por factores como la predisposición genética, lesiones, falta de actividad física, sobrepeso u obesidad, defectos de nacimiento, inflamación del recubrimiento articular, debilidad muscular, agentes ambientales e infecciosos, desequilibrio de ciertas enzimas, estrés y otros traumas emocionales (Coordinación de Ad-

ministración de Riesgos Institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007).

En México, la AR afecta a cerca de dos millones de adultos y seis mil menores, lo que representa casi 2.2% de la población en el país (Carmacho, 2017). Dicha enfermedad se manifiesta principalmente en individuos cuya edad promedio ronda los 45 años (Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007), aunque se ha registrado que su inicio ocurre con mayor frecuencia entre los 25 y 35 años, siendo más frecuente en el sexo femenino, a razón de cuatro mujeres por cada hombre.

El diagnóstico de AR suele ser un estresor importante debido a la incertidumbre asociada a la enfermedad, la falta de predictibilidad de los ataques de dolor y sus complicaciones. Entre los efectos a nivel laboral, social y personal están los cambios constantes de trabajo, más despidos y, por tanto, más complicaciones económicas familiares, así como un mayor aislamiento social por la estigmatización, lo que aumenta los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva o ambas (Isik *et al.*, 2007).

Actualmente, los tratamientos con atención plena (AP en lo sucesivo) implementados en diversos lugares del mundo han probado tener buenos resultados en la reducción de la intensidad del dolor en los diferentes padecimientos que lo conllevan, incluyendo la AR (Zhou *et al.*, 2020). La reducción de la intensidad del dolor lo atribuyen a la práctica de no juzgar el momento presente, lo que da como resultado su aceptación, sin aumentarlo con pensamientos negativos o catastróficos (Reiner, Tibi y Lipsitz, 2013). Tang, Hölzel y Posner (2015) han propuesto tres componentes: la mejora del control atencional, una mayor capacidad de regulación emocional y una transformación de la autoconsciencia, las que interactúan entre sí para dar lugar a este beneficio.

Se ha documentado que la AP reduce la sintomatología ansiosa y los niveles de activación fisiológica asociados a la respuesta de estrés o ansiedad a través de indicadores como la frecuencia cardiaca, el cortisol y la presión sanguínea (Balconi, Fronza y Crivelli, 2019; Creswell, 2017; Pascoe, Thompson, Jenkins y Ski, 2017).

El enlace entre compasión y AP resulta ser prometedor para aumentar el bienestar psicológico y reducir el malestar psicológico, esto lo reporta un ensayo controlado aleatorizado de Jazaieri *et al.* (2016) en una muestra de 100 adultos, en el que se mostró que, en comparación con un grupo en lista de espera, el programa de compasión mejoró significativamente el afecto positivo y la regulación emocional, reduciendo la divagación mental y aumentando las conductas de autocuidado. En otro estudio realizado por Chapin *et al.* (2014) se demostró que la meditación compasiva disminuyó el dolor y la ira en doce pacientes con dolor crónico.

En el presente estudio se reportan los efectos de la atención plena compasiva (APC), definida como “la conciencia que surge a través de prestar atención propositivamente el momento presente, sin juzgar la experiencia y generando acciones motivadas en la aspiración de liberarnos a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento” (Moreno, 2019) en población diagnosticada con AR con dolor, sintomatología ansiosa y respuestas fisiológicas ante los estresores.

MÉTODO

Participantes

Participaron seis pacientes mujeres del hospital “Dr. Manuel Gea González” de la ciudad de México con diagnóstico de AR, con niveles de moderados a altos de dolor crónico y sintomatología ansiosa. Todas las pacientes estaban medicadas para controlar la AR y reducir el dolor, pero sin apreciar una disminución significativa del mismo. La edad promedio fue de 54.6 años (D.E. = 8). Otras características sociodemográficas y médicas se muestran en la Tabla 1.

Se excluyó a pacientes con trastornos psiquiátricos, que se encontraran en otro tratamiento psicológico o con cirugía programada durante el periodo de tratamiento. En un inicio se contó con 25 participantes, divididos en un grupo control y otro experimental, pero el sismo de septiembre de 2017 damnificó a 18 de ellas, por lo que ya no pudieron asistir, y una más fue excluida por presen-

Tabla 1. Características sociodemográficas y médicas de los participantes (n = 6).

Características		N
Escolaridad	Primaria	1
	Secundaria	2
	Licenciatura	3
Estado civil	Soltera	1
	Unión libre	2
	Casada	3
Ocupación	Hogar	2
	Empleada	1
	Jubilada	3
Comorbilidades	Síndrome de Sjögren	1
Medicamentos para el dolor	Paracetamol	2
	Diclofenaco	2
	Sin medicamento	2
Medicamentos para la ansiedad	Mirtazapina	1
	Venlafaxina	1
	Sin medicamento	4

tar rasgos de esquizofrenia, de manera que quedaron solamente seis.

Materiales

Procomp Infinity

Los indicadores o respuestas fisiológicas se registraron con ayuda del equipo Procomp Infinity para registro simultáneo de ocho canales con capacidad de 20 (8Hz) a 2,048 (512 Hz) muestras por segundo, empleando para ello el software BioGraph Infinity.

Para el registro electromiográfico de superficie (EMG) se emplearon electrodos de plata-cloruro de plata (Ag, Ag/Cl) colocados en la frente y en el músculo extensor del brazo derecho, con una colocación trifásica lineal a una distancia aproximada de 1 cm entre cada electrodo. Para la colocación de los electrodos se empleó la guía publicada por Criswell (2011); se eligieron estos grupos musculares debido a que la literatura los señala como indicadores válidos de ciertos estados emocionales, entre los que se incluyen la experiencia de estrés y la ansiedad (Arena y Schwartz, 2016; Hazlett, McLeod y Hoehn-Saric, 1994; Hoehn-Sa-

ric, McLeod y Zimmerli, 1991). La frecuencia cardíaca se obtuvo a través del registro del volumen de flujo sanguíneo (BVP) con ayuda de un fotoplethismógrafo colocado en la yema del dedo índice de la mano dominante de cada paciente. La conductancia de la piel se registró mediante dos electrodos circulares de plata-cloruro de plata colocados en la segunda falange de los dedos índice (dos) y anular (cuatro) de la mano no dominante. No se empleó ninguna solución isotónica para la instrumentación. La temperatura periférica se registró mediante de un termistor adherido a la yema del dedo medio de la mano no dominante. Antes de colocar cada sensor y electrodo se limpiaba la zona perfectamente con alcohol, o, en el caso de la conductancia de la piel, con agua. Finalmente, para el registro de la frecuencia y amplitud respiratorias se colocó una banda elástica de respiración autoadherible, compuesta por hule y velcro, a la altura del abdomen y sobre la ropa del paciente siempre y cuando esta permitiera que el sensor quedara lo suficientemente ajustado para registrar adecuadamente el movimiento del abdomen, pero no tanto como para impedir la adecuada respiración.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

En su versión para México, presenta una consistencia interna de 0.83 y una confiabilidad test-retest de 0.75 (Robles *et al.*, 2001). Clasifica la ansiedad como mínima, leve, moderada y grave según la intensidad de sus síntomas.

Escala de Dolor Crónico de Lattinen (IL).

Es una herramienta muy utilizada para la evaluación del dolor en el mundo hispanoparlante. Cuenta con una consistencia interna de 0.70 y un coeficiente de correlación intraclase de 0.85 (Gonzalez *et al.*, 2012). Se compone de cinco subescalas: intensidad del dolor, frecuencia del dolor, consumo de analgésicos, grado de incapacidad y horas de sueño. La puntuación de cada subescala va de 0 a 4, dependiendo de la intensidad del dolor que percibe el paciente.

Perfil de Estrés Psicofisiológico (PEP).

Se utilizó para la medición de las respuestas fisiológicas de cada paciente a lo largo de cinco ensayos: línea base inicial, prueba de Stroop, descanso 1, recuerdo de una situación estresante y descanso 2, con la finalidad de registrar el nivel de activación fisiológica asociada a estados alternados de estrés y relajación. La respuesta de estrés fue evocada por dos de las condiciones estresantes empleadas de manera extensa en la literatura de investigación: la prueba de Stroop y la evocación de una experiencia personal estresante (Bali y Jaggi, 2015). El PEP estuvo conformado por siete indicadores psicofisiológicos: actividad electromiográfica (EMG) de músculos frontales, actividad EMG en músculo extensor del brazo derecho, respuesta de conductancia de la piel, temperatura periférica, frecuencia cardíaca y, por último, frecuencia y amplitud respiratorias. Las instrucciones para los sujetos en cada ensayo de registro fueron las siguientes: a) Registro de línea base inicial: “Durante los próximos minutos, le pediremos que se mantenga sentada en una posición cómoda, cierre los ojos y manténgase relajada hasta que se le indique”; b) Prueba de Stroop: “Durante los siguientes minutos aparecerán en la pantalla varias listas de palabras de colores. Su tarea consistirá en decir en voz alta el color de cada palabra evitando leerla. Hágalo lo más rápido que pueda, pues las listas serán reemplazadas constantemente”; c) Descanso 1: “Durante los siguientes minutos le pediremos que permanezca lo más tranquila y relajada que pueda hasta que se le indique”; d) Recuerdo de una situación estresante: “Ahora le pediremos que piense en una situación estresante o dolorosa que haya experimentado. Enfóquese en el mayor número de detalles posibles, especialmente en los pensamientos y las emociones asociadas a la situación imaginada; e) Descanso 2: “Ahora nuevamente le pediremos que se mantenga sentada de manera cómoda y permanezca quieta y relajada con los ojos cerrados hasta que se le indique”. La secuencia, los estresores y las instrucciones de cada ensayo, así como el procedimiento de instrumentación de sensores y electrodos, se tomaron directamente del estudio realizado por Salinas, Campos, Velázquez y Sánchez-Sosa (2017).

Carta de consentimiento informado. Constó de un documento donde se informaba a las participantes de los beneficios y riesgos de su participación, así como su libertad para permanecer o no, el cual firmaban al aceptar participar en el estudio.

Audios para práctica en casa. Contenían las instrucciones para llevar a cabo en su hogar los ejercicios de atención plena revisados en las sesiones.

Procedimiento

Para medir el efecto de la APC en la percepción del dolor, la sintomatología ansiosa y el cambio de respuestas fisiológicas ante estresores en pacientes con AR, el proyecto se dividió en las cinco fases que se describen abajo.

La primera fase fue la selección de participantes, llevada a cabo por un reumatólogo experto, el cual eligió cuidadosamente a las participantes con base en su diagnóstico, historial médico, nivel de dolor y cantidad de medicamento que ingería para controlarlo, el cual no tenía efecto alguno en los niveles de dolor reportados por la paciente, para posteriormente canalizarla al psicólogo encargado del protocolo y de explicar el estudio.

En la segunda fase se dieron a conocer los riesgos y beneficios del programa; una vez que la paciente aceptaba participar se le entregaba la carta de consentimiento informado para que la firmara.

En la tercera fase se midieron los niveles de dolor con la escala de dolor crónico de Lattinen, la sintomatología ansiosa con el BAI y las respuestas fisiológicas (actividad electromiográfica frontal y del músculo extensor derecho, conductancia de la piel, frecuencia cardíaca, temperatura periférica y frecuencia y amplitud respiratorias) con el equipo Procomp Infinity[®] con ocho canales de registro simultáneo, empleando para ello el software BioGraph Infinity en combinación con el PEP.

En la cuarta fase, un estudiante graduado, con preparación previa de seis meses en APC y practicante de técnicas de meditación, aplicó el manual de APC en su modalidad grupal, elaborado a partir de diferentes investigaciones previas basadas en los trabajos de Jon Kabat-Zinn, Matthieu

Ricard y en la filosofía budista, consistente en los nueve módulos que se describen a continuación: 1) *Psicoeducación de la atención plena y su relación con la AR.* Se estableció el encuadre y una dinámica para la integración del grupo. Se expuso el concepto de estrés, la AR y sus síntomas, la relación entre las emociones y AR, el concepto y los beneficios de la AP, la compasión y la APC en el dolor y la ansiedad; 2) *Bases de la atención plena compasiva.* Se expuso la naturaleza de las emociones, pensamientos y sensaciones desde la perspectiva de la AP, interpretación de la realidad, emociones aflitivas y juicios internos, finalizando con una introducción a la práctica de la AP en la postura de los siete puntos; 3) *La realidad del sufrimiento.* Se explicó la realidad del sufrimiento, el origen y el fin de las emociones aflitivas, el concepto de desapego y las ocho actitudes de la atención plena, para terminar con la meditación sobre las acciones correctas y el amor incondicional; 4) *Características de la realidad.* Se mostró la influencia de la ley de causa y efecto, la impermanencia, la interdependencia y el vacío de los fenómenos aplicados a distintas experiencias de vida, concluyendo con una meditación sobre la impermanencia; 5) *Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana.* Se explicó cómo es posible actuar en forma automática, sin tener conciencia de la realidad, y de qué manera la práctica de la atención plena, en su forma formal o informal, conduce a estar más atento de uno mismo y del entorno; 6) *Comunicación atenta y compasiva.* Se expusieron los conceptos de renuncia, empatía, compasión, amor bondadoso y ecuanimidad, y la generación de relaciones compasivas consigo misma y con los demás, para finalizar con una meditación sobre la práctica del perdón; 7) *Acciones que favorecen el bienestar.* Se abordaron las formas de practicar la generosidad, la ética, la paciencia, el esfuerzo gozoso, la concentración y la sabiduría; 8) *Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana.* Se detalló cómo se genera el sufrimiento en las personas y cómo este se combate a través de la comprensión de las características de la realidad, así como las acciones que generan el bienestar. 9) *Mantenimiento de la práctica: Viviendo con atención plena y compasión.* Se abordó la importancia de realizar un plan para la práctica constan-

te, e identificar los obstáculos y facilitadores para esta, y terminar haciendo el cierre del tratamiento.

Los módulos fueron acompañados con audios de meditación elaborados por el laboratorio de atención plena compasiva, para que las participantes practicaran las meditaciones en casa una vez al día.

Por último, en la quinta fase se midieron los efectos del programa de APC aplicando los mismos instrumentos de la tercera etapa.

Análisis estadístico

Se vaciaron los datos en el programa estadístico SPSS, versión 19 para su análisis estadístico. Los resultados del BAI y de la escala de dolor crónico de Lattinen se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon para determinar los efectos entre dos evaluaciones específicas cuando la variable dependiente se encuentra en el nivel ordinal. Para examinar los resultados de las respuestas fisiológicas, primero se llevó a cabo un análisis de varianza de un factor para determinar los efectos derivados de la intervención mediante la APC sobre cada respuesta fisiológica registrada. El empleo del ANOVA obedeció principalmente al nivel de medición de las variables (intervalar y de razón); el análisis comparó cada uno de los cinco ensayos del perfil de estrés antes y después del tratamiento con APC. Por último, se aplicó el índice de cambio clínico objetivo (CCO) para determinar la significancia clí-

nica del efecto observado sobre cada una de las respuestas fisiológicas. El análisis se llevó a cabo con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS

Percepción del dolor

La prueba de Wilcoxon dio como resultado una disminución significativa de la percepción del dolor después del tratamiento, según la escala de dolor crónico de Lattinen ($z = -2.207, p = 0.027$). La media total bajó cuatro puntos entre el pre y el postratamiento, como se puede observar en la Tabla 1.

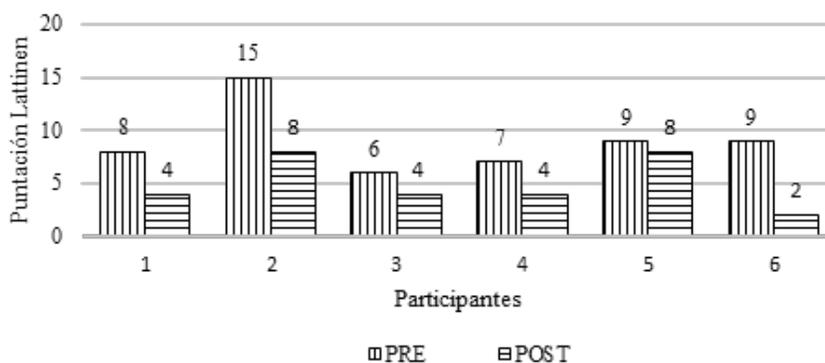
Tabla 1. Diferencias entre medias pre y postratamiento y su probabilidad asociada ($n = 6$).

Variable	Media Pre	Media Post	<i>p</i>
Percepción de dolor (Puntuación IL)	9	5	.027*
Sintomatología ansiosa (Puntuación BAI)	10.33	4.83	.116

* Efecto significativo: $p < 0.05$

Todas las participantes disminuyeron su puntaje en la escala de dolor crónico de Lattinen (Figura 1), lo que significa una percepción menor del dolor crónico en todas ellas.

Figura 1. Puntuación en los niveles de dolor en el pre y postratamiento de cada participante, obtenidas con la escala de dolor crónico de Lattinen.

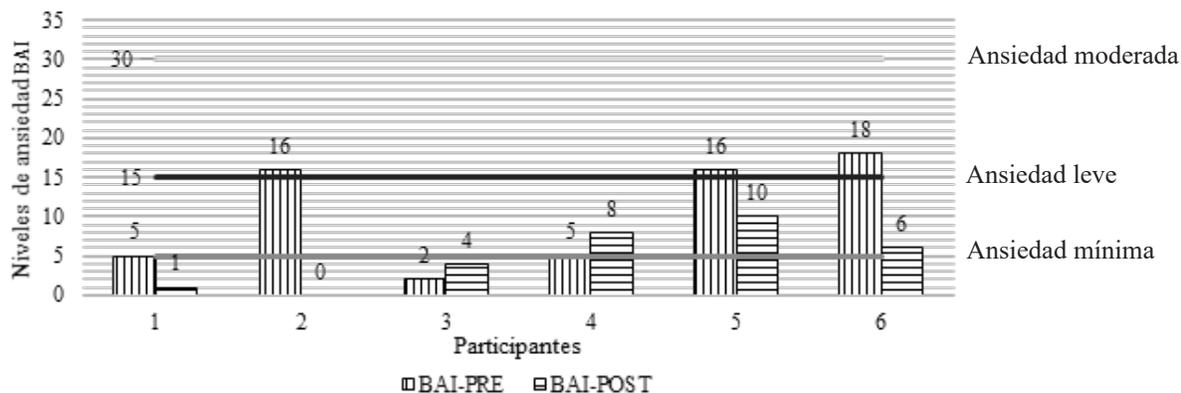


Sintomatología ansiosa

La prueba de Wilcoxon arrojó una disminución no significativa de la sintomatología ansiosa ($z = -1.572$, $p = 0.116$). El puntaje de la media total disminuyó cinco puntos y medio, de acuerdo con el BAI (Tabla 1). El nivel promedio de sintomatología

ansiosa en el pretratamiento fue de “leve” a “mínima” en el postratamiento, denotando una baja en la sintomatología ansiosa. Cuatro de las seis participantes disminuyeron su puntaje, y otras dos lo aumentaron de acuerdo con el BAI, tal como se puede observar en la Figura 2.

Figura 2. Puntuación y niveles pre y postratamiento de acuerdo con el BAI de cada participante.



Respuestas fisiológicas

Los resultados mostrados a partir de un análisis de varianza de un factor, el cual comparó cada ensayo del PEP inicial con su medición final correspondiente a fin de determinar si las respuestas fisiológicas disminuían después de aplicar la APC, arrojó un resultado estadísticamente no significativo en los pares de las respuestas fisiológicas, excepto en el par correspondiente del EMG frontal en el ensayo de línea base inicial ($\bar{X}_{pre} = 2.25$ mV, ($\bar{X}_{post} = 5.68$, $F = 6.23$, $p = 0.027$).

En razón de los resultados no significativos mostrados por el ANOVA, se determinó realizar el índice de cambio clínico objetivo (CCO) comparando las puntuaciones medias grupales de cada indicador psicofisiológico antes de la intervención con su medida grupal promedio correspondiente hacia el final de la misma (Cardiel, 1994). De acuerdo con el citado autor, las diferencias $\pm .20$, es decir, 20% del cambio, reflejan efectos clínicamente significativos. Los distintos valores del CCO para cada par de comparaciones se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Media total pre-post y puntajes de CCO para cada respuesta fisiológica.

Respuesta	(Media total pre-post)	CCO	Respuesta	(Media total pre-post)	CCO
a) Línea base			d) Estresor personal		
EMG frontal	(2.25-5.68)	1.52	EMG frontal	(4.38-4.22)	-0.03
EMG ext. derecho	(3.67-3.01)	-0.17	EMG ext. derecho	(4.47-3.90)	-0.12
Conductancia piel	(0.44-0.52)	0.16	Conductancia piel	(0.72-1.05)	0.46
Temp. periférica	(32.74-34.08)	0.04	Temp. periférica	(33.31-34.30)	0.02
Frec. cardiaca	(71.20-74.65)	0.04	Frec. cardiaca	(74.37-76.28)	0.02
Amp. respiratoria	(1.29-1.61)	0.24*	Amp. respiratoria	(1.07-1.64)	0.53*
Frec. respiratoria	(19.00-18.98)	-0.00	Frec. respiratoria	(22.16-20.75)	-0.06

Continúa...

<i>b) Prueba de Stroop</i>			<i>e) Descanso 2</i>		
EMG frontal	(4.31-6.16)	0.42	EMG frontal	(4.43-3.32)	-0.25*
EMG ext. derecho	(13.82-8.79)	-0.36*	EMG ext. derecho	(2.08-1.71)	-0.18
Conductancia piel	(1.06-1.31)	0.24	Conductancia piel	(0.65-0.97)	0.47
Temp. periférica	(32.91-34.09)	0.03	Temp. periférica	(33.22-34.45)	0.03
Frec. cardiaca	(77.66-80.79)	0.04	Frec. cardiaca	(74.35-73.22)	-0.01
Amp. respiratoria	(1.23-1.14)	-0.07	Amp. respiratoria	(1.11-1.41)	0.27*
Frec. respiratoria	(32.17-33.20)	0.03	Frec. respiratoria	(23.64-20.48)	-0.13
<i>c) Descanso 1</i>					
EMG frontal	(2.12-4.14)	0.94			
EMG ext. derecho	(3.82-2.41)	-0.36*			
Conductancia piel	(0.71-0.96)	0.35			
Temp. periférica	(33.12-34.35)	0.03			
Frec. cardiaca	(71.61-76.01)	0.06			
Amp. respiratoria	(1.04-1.17)	0.12			
Frec. respiratoria	(28.37-29.46)	0.03			

Los números con asterisco muestran la mejoría clínica significativa o favor de la disminución de la actividad fisiológica.

Los números en negritas significan un aumento en la actividad fisiológica, la cual tiene que ser mayor a 0.20 (Cardiel, 1994).

El índice de CCO mostró una mejoría clínicamente significativa después del tratamiento de APC en la amplitud respiratoria en los ensayos de línea base, estresor personal y descanso 2. También hubo mejora clínica en la EMG del músculo del extensor derecho en la prueba de Stroop y descanso 1, a la par en el EMG frontal en el descanso 2. Por otro lado, se incrementó la actividad en el EMG frontal en la línea base, en la prueba de Stroop y en el descanso 1. La conductancia también aumentó en la prueba de Stroop, descanso 1, estresor personal y descanso 2.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el efecto de la APC en la disminución de la percepción del dolor, la sintomatología ansiosa y los cambios en las respuestas fisiológicas ante diversos estresores en pacientes diagnosticadas con AR y dolor.

El principal hallazgo de este trabajo fue la reducción de la percepción del dolor en las seis pacientes con AR evaluadas con la escala de dolor crónico de Lattinen, mostrando una mejoría signi-

ficativa en dicha variable (Wilcoxon $p = .027$). Tal resultado coincide con lo reportado por diferentes autores que señalan que la AP es efectiva para reducir la citada percepción (Bakhshani, Amirani, Amirifard y Shahrakipoor, 2015; Ball *et al.*, 2017; Hilton *et al.*, 2017; Majeed, Ali y Sudak, 2018; Zeidan y Vago, 2016), junto con complementos compasivos (Purdie y Morley, 2016; Wren *et al.*, 2012).

En cuanto a la sintomatología ansiosa, no se logró una reducción significativa aun cuando cuatro de las seis participantes disminuyeron sus síntomas: una bajó de “moderada” a “mínima”, dos de “moderada” a “leve”, y una más bajó de puntuación dentro del mismo parámetro “mínimo”. Por otro lado, una subió ligeramente su puntaje, pero permaneciendo en el mismo nivel mínimo, mientras que otra subió de “mínima” a “leve”, quedando en parámetros no graves, estos últimos dos reportes pueden explicar que no haya habido una disminución significativa.

Respecto a las respuestas fisiológicas, en la mayoría de ellas no se encontraron diferencias significativas, lo que puede deberse a que se encontraban dentro de rangos normales al principio y al final de la intervención. Solamente hubo una

diferencia significativa, correspondiente al EMG frontal en el ensayo de línea base, lo que está relacionado con la tensión muscular al inicio de la medición de las respuestas fisiológicas antes y después del tratamiento (Cram y Engstrom, 1986). El efecto de *stairstepping* (escalera) podría explicar el aumento de la tensión en el EMG frontal en línea base, ya que este fenómeno implica que suele haber reacciones excesivas en personas que tiene dificultad para relajarse ante evaluaciones y estímulos novedosos (Schwartz y Andrasik, 2003).

El análisis del CCO, mostró una mejoría clínicamente significativa en la amplitud respiratoria en los ensayos de línea base, estresor personal y descanso 2, la cual se relaciona estrechamente con estados de mayor relajación (Conde, Menéndez, Sanz y Vila, 2008). También hubo mejora clínica en la EMG del músculo del extensor derecho en la prueba de Stroop y descanso 1, y asimismo en el EMG frontal en el descanso 2, los cuales se pueden asociar con una relajación muscular más profunda (Schwartz y Andrasik, 2003). Por otro lado, se incrementó la actividad en el EMG frontal en la línea base, la prueba de Stroop y descanso 1, lo cual indica tensión muscular. La conductancia también aumentó en la prueba de Stroop, descanso 1, estresor

personal y descanso 2, indicando una mayor actividad fisiológica, y por lo tanto mayor tensión. Tal incremento puede deberse a la evocación de recuerdos asociados a estados emocionales negativos (enojo, miedo, tristeza y asco), en contraste con el recuerdo de emociones asociadas a estados de alegría y sorpresa (Levenson, Ekman y Friesen, 1990).

A pesar de las limitaciones de esta investigación, se alcanzó uno de los objetivos más importantes: reducir de manera estadísticamente significativa la percepción de dolor en los participantes, lo que evidencia la necesidad de abrir más espacios hospitalarios y los propios de la educación superior para el estudio de la atención plena, la compasión y las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, y de su efecto en el alivio de diversos padecimientos. Se sugiere una investigación más acuciosa sobre el efecto de la APC en muestras mayores y en diversas poblaciones clínicas, comparándolas con grupos de control y con seguimientos de tres, seis y doce meses, ampliando de esta manera la evidencia de su efectividad en diversos grupos clínicos de la población mexicana.

Citación: Patoni M., R.I., Rodríguez H., P.J., Salinas R., E. y Moreno C., A.B. (2022). Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 32(1), 71-80. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2712>.

REFERENCIAS

- Anaya, J.M. (1999). Genes y artritis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 6, 240-250.
- Arena, J.G. y Schwartz, M.S. (2016). Introduction to psychophysiological assessment and biofeedback baselines. En S. Schwartz y F. Andrasik (Eds.): *Biofeedback: A practitioner's guide* (4th ed., pp. 128-153). New York: The Guilford Press.
- Bakhshani, N.M., Amirani, A., Amirifard, H. y Shahrakipoor, M. (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Global Journal of Health Science*, 8(4). Recuperado de <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n4p142>.
- Balconi, M., Fronda, G. y Crivelli, D. (2019). Effects of technology-mediated mindfulness practice on stress: psychophysiological and self-report measures. *Stress*, 22(2), 200-209.
- Bali, A. y Jaggi, A.S. (2015). Clinical experimental stress studies: Methods and assessment. *Reviews in the Neurosciences*, 26(5), 555-579.
- Ball, E.F., Nur Shafina Muhammad Sharizan, E., Franklin, G. y Rogozińska, E. (2017). Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 29(6), 359-366.
- Camacho S., F. (2017). Padecen artritis reumatoide 2.5% de los mexicanos. Periódico *La Jornada*, miércoles 12 de julio, p. 32. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2017/07/12/sociedad/032n3soc>.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García R. (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.

- Chapin, H.L., Darnall, B.D., Seppala, E.M., Doty, J.R., Hah, J.M. y Mackey, S.C. (2014). Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1), 4. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s40639-014-0004-x>.
- Conde P., M., Menéndez, F., Sanz M., T. y Vila A., E. (2008). The influence of respiration on biofeedback techniques. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1), 49-54.
- Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (2007). *Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales*. México: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/PARI/parievaluacion2009.pdf>.
- Cram, J.R. y Engstrom, D. (1986). Patterns of neuromuscular activity in pain and non-pain patients. *Clinical Biofeedback & Health: An International Journal*, 9(2), 106-115.
- Creswell, J.D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491-516.
- Criswell, E. (2011). *Cram's introduction to surface electromyography*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Gonzalez E., J.R., Camba, A., Muriel, C., Rodriguez, M., Contreras, D. y de Barutell, C. (2012). Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista de La Sociedad Española del Dolor*, 19(4), 181-188.
- Hazlett, R.L., McLeod, D.R. y Hoehn-Saric, R. (1994). Muscle tension in generalized anxiety disorder: elevated muscle tonus or agitated movement? *Psychophysiology*, 31(2), 189-195.
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B.A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S. y Maglione, M.A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R. y Zimmerli, W.D. (1991). Physiological response patterns in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(1), 4-11.
- Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A. y Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(6), 872-878.
- Jazaieri, H., Lee, I.A., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J.R., Gross, J.J. y Goldin, P.R. (2016). A wandering mind is a less caring mind: Daily experience sampling during compassion meditation training. *Journal of Positive Psychology*, 11(1), 37-50.
- Levenson, R.W., Ekman, P. y Friesen, W.V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27(4), 363-384.
- Majeed, M.H., Ali, A.A., y Sudak, D.M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 79-83. Doi: 10.1016/j.ajp.2017.11.025.
- Moreno C., A.B. (2019). Atención plena compasiva y su estudio en México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 21(1), 35-40.
- Pascoe, M.C., Thompson, D.R., Jenkins, Z.M. y Ski, C.F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-178.
- Purdie, F. y Morley, S. (2016). Compassion and chronic pain. *Pain*, 157(12), 2625-2627.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 27-41.
- Reiner, K., Tibi, L. y Lipsitz, J.D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine*, 2, 230-242.
- Salinas R., E., Campos C., P., Velázquez J., H. y Sánchez-Sosa, J.J. (2017). Multiple-response biofeedback assisted relaxation for generalized anxiety disorder. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(2), 1-21.
- Schwartz, M.S. y Andrasik, F. (2003). *Biofeedback: A practitioner's guide* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Scott, D.L., Wolfe, F. y Huizinga, T.W.J. (2010). Rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 376(9746), 1094-1108.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662.
- Tang, Y.Y., Hölzel, B.K. y Posner, M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213-225.
- Wren, A.A., Somers, T.J., Wright, M.A., Goetz, M.C., Leary, M.R., Fras, A.M. y Keefe, F.J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(4), 759-770.
- Zeidan, F. y Vago, D.R. (2016). Mindfulness meditation-based pain relief: a mechanistic account. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 114-127.
- Zhou, B., Wang, G., Hong, Y., Xu, S., Wang, J., Yu, H. y Yu, L. (2020). Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. Doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101088.

Soledad, rumiación y estrés como precursores del bienestar subjetivo en las parejas de pacientes con cardiopatía

Loneliness, rumination and stress as precursors of subjective well-being in couples of patients with heart disease

Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez¹ y Rozzana Sánchez-Aragón²

Universidad de Nariño¹
Universidad Nacional Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Yanitza Nicole Flórez R., nicole.florez.r@gmail.com.

RESUMEN

Los objetivos de esta investigación fueron los de identificar las diferencias entre hombres y mujeres, parejas de pacientes con cardiopatía, respecto a la soledad, la rumiación, el estrés y el bienestar subjetivo; la relación entre la soledad con la rumiación y el estrés y, por último, el nivel de predicción de la soledad, la rumiación y el estrés sobre el bienestar subjetivo en una muestra de 130 participantes (65 mujeres y 65 hombres) que tenían una relación de pareja con pacientes con cardiopatía de la Ciudad de México. Los resultados muestran que sentirse dentro de una relación romántica, amistosa y familiar trae consigo menos rumiación y descontrol ante el estrés, pero más satisfacción y prosperidad ante la vida, por lo que, al parecer, la soledad propicia sentimientos negativos –como la rumiación y el estrés– debido a que se hace una evaluación desfavorable sobre el entorno, que se ve aumentado por la excesiva carga física y emocional que deben soportar, pese a lo cual las relaciones cercanas funcionan como fuente de bienestar. De igual manera, se evidencia cómo es que la soledad generada por la enfermedad afecta la evaluación positiva hacia la vida y el control ante las situaciones de estrés, y a la vez protege y potencializa las emociones positivas en los sujetos. Por ello, es de gran relevancia poner atención sobre los cuidadores, ya que su bienestar y calidad de vida se ve comprometida al momento de brindar apoyo al ser querido.

Palabras clave: Cardiopatía; Soledad; Rumiación; Estrés; Bienestar subjetivo.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases interfere with the daily life of the individual and those around him/her, fostering feelings of loneliness in the patient's partner. These feelings also relate to increased rumination and stress levels, thus decreasing their subjective wellbeing. The objectives of the present study were to identify: (1) the differences between male and female couples of patients with heart disease, regarding loneliness, rumination, stress, and subjective wellbeing; (2) the relationship between loneliness with rumination and stress and (3) the level of prediction of loneliness, rumination and stress on subjective wellbeing. A total of 130 (65 women and 65 men) who had a relationship with a patient with heart disease from Mexico City participated. The results show that being in a romantic, friendly and cheerful family relationship relates to less rumination, more satisfaction,

¹ Calle Chichimecas 373, Col. Ajusco, Coyoacán, 04300 Ciudad de México, México, tel. (55)12-23-87-20, correo: nicole.florez.r@gmail.com.

² Chimalcoyolt 14, Col. Toriello Guerra, Tlalpan, 14050 Ciudad de México, México, tel. (55)41-89-45-44, correo: rozzara@unam.mx.



perceived prosperity in life, and better stress control. These results suggest that loneliness fosters negative feelings associated with a negative evaluation of the surrounding environment and increased excessive physical and emotional burden. However, close relationships function as a source of wellbeing. Results also suggest that disease-related loneliness interacts with perceived quality of life and sense of control in stressful situations and promotes positive emotions. Therefore, care for caregivers is of great relevance since wellbeing and quality of life are compromised when providing support to a sick partner.

Key words: Cardiopathy; Loneliness; Rumination; Stress; Subjective wellbeing.

Recibido: 29/05/2020

Aceptado: 07/10/2020

Las cardiopatías son la principal causa de defunciones en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) y se definen como un tipo de padecimiento crónico no transmisible que afecta al corazón y los vasos sanguíneos; asimismo, han mostrado una mayor prevalencia desde mediados del siglo XX, pues de cada mil nacidos, ocho llegan a padecerlas (Valentín, 2018). En el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2017) señala a estas enfermedades como la principal causa de muertes en el país, constituyendo el 15.7% de toda la mortalidad.

La presencia de otros padecimientos como hipertensión, hipercolesterolemia, ácido úrico alto, diabetes, obesidad y conductas insanas, como mala alimentación, consumo de tabaco y vida sedentaria (Zavala, Verdejo y Díaz, 2015) aumentan el riesgo de sufrir algún tipo de cardiopatía, lo que ocasiona así mayores complicaciones a la salud de la persona (Jackson, Leslie y Hondorp, 2018).

Pese a todo lo mencionado, el cuidado y sostén que brinden las relaciones interpersonales cercanas hace posible mitigar las reacciones negativas de la enfermedad y superar las adversidades. Es aquí donde la pareja cobra relevancia, al ser uno de los vínculos más importantes para el ser

humano y una fuente de soporte y apoyo (Martínez, Fuertes, Orgaz, Vicario y González, 2014), además de que contribuye a suplir las necesidades de ser amado, apreciado y protegido (Sánchez, 2016). Sin embargo, el cuidado de una persona enferma entraña una situación compleja, ya que se debe afrontar y satisfacer las necesidades del miembro dependiente, lo que implica perder o dejar atrás el estilo de vida anterior (Feldberg *et al.*, 2011). En efecto, la pareja de la persona enferma debe hacerse a la idea de que sus responsabilidades se acrecentarán al hacerse cargo de las tareas que implican atender al otro, como su posible incapacidad, el dolor o sus molestias cotidianas, así como llevar a cabo los tratamientos y demás actividades. A partir de esto, surgen sentimientos perturbadores en la pareja del paciente con cardiopatía, como fracasar en la ejecución de dichas tareas, la incertidumbre ante el futuro, la culpa (pues en ocasiones los cuidadores se comprometen tanto que no cumplir debidamente con su deber les genera tal sentimiento) y la soledad al no poder compartir con la pareja una vida “normal”, lo que pone en peligro el bienestar de la pareja y la calidad de su relación (Feldberg *et al.*, 2011; Larochette, Wawrziczny, Papo, Pasquier y Antoine, 2019).

En el caso particular de la soledad, estos sentimientos emergen debido a que las responsabilidades de la persona reducen su tiempo libre y disminuyen el contacto físico y emocional con el ser amado (Leszko, Iwański y Bugajska, 2020). Aunado a lo anterior, la pareja del paciente llega a sentirse desprotegida y vulnerable, puesto que siempre es ella la que debe hacerse cargo de las dificultades. Además, aparece también la soledad como un efecto de perder relaciones importantes en la red social de la pareja, de los cambios en la estructura del grupo social y del nivel de la relación y el apoyo percibido, que llegan a considerarse como escasos o insignificantes (Cruz, Sánchez y Castro, 2020).

De acuerdo con Peplau y Perlman (1982), la soledad se caracteriza por ser el resultado de un número limitado de relaciones interpersonales estrechas; una experiencia subjetiva que se logra evidenciar por el aislamiento social de la persona

y sus bajos niveles de contacto social, así como una sensación estresante y displacentera para quien la experimenta.

Justamente, la soledad constituye un sentimiento negativo que se ha asociado a variables tales como depresión, ansiedad, insatisfacción, infelicidad, estrés (Domenech, Mundò, Haro y Rubio, 2019; Xia y Li, 2018), enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación, problemas de sueño (Mann *et al.*, 2017) y muchas más experiencias psicológicas perjudiciales que pueden significar amenaza o pérdida, haciendo que las personas tiendan a evaluar las causas, significados y consecuencias de esas experiencias, o bien a recordar constantemente los errores y equivocaciones pasadas que no se han resuelto satisfactoriamente (Nolen-Hoeksema, Vine y Gilbert, 2013). Martin y Tesser (1996) denominaron a estos procesos de reflexión y evaluación constante como *rumiación*; mientras que autores como Bernstein, Heeren y McNally (2017) la definen como un estilo cognitivo caracterizado por pensamientos repetitivos, recurrentes, intrusivos e incontrolables que interrumpen el diario vivir de la persona. Otros autores la consideran como un conjunto de pensamientos y comportamientos que centran la atención de la persona en estados de ánimo negativos, en sus causas y consecuencias y en las autoevaluaciones relacionadas con ellos (Eisma y Stroebe, 2017; Smith, Mason y Lavender, 2018). A partir de lo anterior, se presume que la soledad influye en la medida en la que la atención se centra en los pensamientos negativos resultantes de provocaciones y estresores pasados (Zawadzki, Graham y Gerin, 2013), lo que quita a la persona el deseo de entablar relaciones con otros; no obstante, las investigaciones al respecto han sido escasas y la población foco analizada no ha sido la de cuidadores de pacientes con ciertas enfermedades.

Por último, en algunos estudios se ha encontrado una asociación entre la rumiación y el estrés (Du, Huang, An y Xu, 2018; Malin y Littlejohn, 2015; Zawadzki *et al.*, 2013), señalándose que los estados cognitivos repetitivos y persistentes aumentan la activación fisiológica del sistema nervioso simpático, generando así un estado constante de perturbación y alerta al no haber una forma eficaz de lidiar con los conflictos pasados que no

han sido del todo superados. De esta manera se puede entender la relación entre el estrés y la rumiación como una conexión bilateral, puesto que los pensamientos repetitivos e intrusivos pueden generar estrés, pero a su vez altos niveles de este pueden desarrollar pensamientos constantes e incontrolables en la persona. Es así como dicho estado constante de alerta incrementa la tensión y los niveles de glucosa, dilata los bronquios y acelera los latidos del corazón, acrecentando el riesgo de producir daños a la salud.

Según Martínez, Grau y Rodríguez (2017), las labores que debe cumplir la pareja de la persona enferma, sumadas a la falta de control de la situación, traen como resultado una sobrecarga y sentimientos y actitudes negativas hacia esta última, así como desmotivación, cansancio excesivo e irritabilidad, lo que finalmente se traduce en niveles elevados de estrés.

Cabe señalar que hay dos clases de estrés: el crónico y el agudo. El primero es el resultado de la respuesta de alerta y de preocupación constante y permanente; en cambio, el segundo está más relacionado a una angustia de corta duración y limitada temporalmente (Banegas y Sierra, 2017). Tanto el estrés y la rumiación acarrear consecuencias negativas para la salud física y emocional de la persona, disminuyendo su bienestar subjetivo y la satisfacción que tiene con la vida (Denovan y Macaskill, 2016; Flórez y Sánchez, 2020; Gillett y Crisp, 2017; Sariçam, 2016), bajo la lógica de que las demandas que trae el cuidado del paciente son estresores potenciales que desestabilizan su bienestar, dado que la persona asume una tarea no retribuida y en ocasiones no esperada (Bethancourt, Bethancourt, Moreno y Suárez, 2014). En el caso de la rumiación, la persona ve alterada su vida al concentrar sus energías en los aspectos negativos y las consecuencias de la enfermedad, perturbándola y comprometiendo sus emociones, todo ello aunado a la fuerte carga física, psicológica y social. Asimismo, la desesperanza y tensión son sentimientos recurrentes al verse incapacitada para pronosticar cuándo ella y su pareja volverán a sentirse mejor (Bethancourt *et al.*, 2014).

Por otra parte, como se ha reportado en estudios previos, la soledad es un importante factor de riesgo de emociones y estados cognitivos nega-

tivos, incluidas la depresión y la ansiedad, que reducen aún más el bienestar de la pareja (Gan, Xie, Duan, Deng y Yu, 2015). Sumado a ello, los cuidadores, al no desarrollar y afianzar sus relaciones interpersonales importantes, experimentan menos felicidad ya que, tal como lo señala Domínguez (2016), el tiempo de esparcimiento, las actividades recreativas, la calidad de las relaciones familiares y la comunicación constante se ven disminuidos, afectando así a la persona y a su red social de apoyo, por lo que aquella se ve cada vez más aislada y abrumada.

Es así como se puede apreciar el rol del cuidador primario (pareja) y el riesgo que genera para su salud atender las necesidades del miembro enfermo, y más aún en México, donde las personas que cumplen estas funciones llevan a cabo frecuentemente otras actividades inherentes a su vida cotidiana, como por ejemplo el cuidado de los hijos y las labores del hogar o del trabajo, entre otras (Secinti *et al.*, 2019). Pese a todo lo dicho, las investigaciones a este respecto no han sido completas, además de que la atención médica y psicológica de esta problemática también son limitadas.

Otra variable que interviene en la dinámica del cuidador es el sexo, pues se ha visto que existen diferencias importantes en la manera en la que hombres y mujeres prestan ayuda al paciente enfermo. En algunos estudios se ha reportado que son las mujeres las que asumen en mayor medida el rol de cuidadoras, en comparación con los hombres (Jiménez y Moya, 2018). Asimismo, se tiene asociada la imagen de la mujer con la posesión de características útiles para el cuidado, como entrega, expresión de afecto, abnegación y generosidad. Por su parte, los hombres tienden en menor medida a llevar a cabo tareas diarias que se consideran sumamente demandantes, como limpiar, cocinar o atender a la persona enferma, por lo que, a medida que avanza y se intensifica la enfermedad y las necesidades de cuidado, suelen abandonar su rol de cuidadores (Sharma, Chakrabart y Grover, 2016).

A partir de lo mencionado, los objetivos del presente estudio fueron: 1) explorar las diferencias entre hombres y mujeres, parejas de pacientes con cardiopatía, respecto a la soledad, la rumiación, el estrés y el bienestar subjetivo experimentados; 2) identificar la relación entre la soledad y la

rumiación y el estrés, y 3) identificar el nivel de predicción de la soledad, la rumiación y el estrés sobre el bienestar subjetivo, todo ello en personas con una pareja con algún tipo de cardiopatía.

MÉTODO

Participantes

Se empleó una muestra no probabilística por cuota (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) de 130 participantes (65 hombres y 65 mujeres), residentes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilaban entre 19 a 68 años ($M = 44.02$, $D.E. = 11.43$). En cuanto a su escolaridad, 36 participantes tenían estudios de secundaria, 46 de preparatoria y 47 de licenciatura; una persona no respondió. Con respecto al tiempo de vivir con su pareja, este varió de 10 meses a 50 años; en cuanto al estado civil reportado, 28.5% vivían en unión libre y 71.5% estaban casados.

Instrumentos

Escala de Soledad (DiTomasso y Spinner, 1992). Adaptada por Granillo y Sánchez (en proceso de evaluación), evalúa la experiencia subjetiva de displacer, estrés y dolor causados por las deficiencias percibidas en las interacciones socioafectivas o a la falta de intimidad interpersonal (Peplau y Perlman, 1982). Consta de 31 reactivos distribuidos en cinco factores, cuyas respuestas se evalúan en una escala tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo y que va de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”). Sus factores se denominan Acompañamiento de la pareja, Acompañamiento de los amigos, Acompañamiento de la familia, Sentimientos de vacío y Añoranza. Tales factores explican 52.05% de la varianza total, y sus coeficientes alfa de Cronbach (α) van de moderados a moderados altos, siendo el total de .74.

Escala de Rumiación

(Flórez y Sánchez, en proceso de evaluación).

Este instrumento está constituido por diez ítems en formato tipo Likert de cinco puntos que indican

el grado de acuerdo con las afirmaciones, donde 1 indica “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. Los ítems se agrupan en dos factores que explican 67.29% de la varianza, con un α total de .91. El primer factor se denomina Malestar (cinco reactivos, α de .89), y el segundo Reflexión obsesiva (cinco reactivos y α de .84).

Escala de Estrés (Flórez y Sánchez, 2019).

Consta de trece ítems con formato tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo con las afirmaciones, donde 1 indica “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”; con α total de .82; dichos ítems están distribuidos en dos factores que explican 50.96% de la varianza: Descontrol (seis reactivos y α de .77) y Control (siete reactivos y α de .72).

Escala de Bienestar Subjetivo (Diener *et al.*, 2009).

Adaptada y validada en México por Granillo, Zepeda y Sánchez (en proceso de evaluación), está compuesta por tres subescalas con formato de respuesta tipo Likert con opciones de respuesta que indican grados de frecuencia. La primera, la subescala de Experiencia positiva y negativa, está compuesta por once reactivos que se distribuyen en dos factores que explican 58.987% de la varianza: Experiencia positiva (α de .85) y Experiencia negativa (α de .81); la segunda, Prosperidad, consta de ocho reactivos que explican 58.12% de la varianza y con un α total de .89, y Satisfacción con la vida, está integrada por cinco reactivos que explican 63.78% de la varianza y con α total de .84.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de Psicología, quienes acudieron a diversos lugares (hospitales, clínicas, oficinas o escuelas) en los que se podían encontrar personas que hubieran tenido o tuvieran actualmente una relación de pareja con alguien que padeciera alguna cardiopatía, para que de manera voluntaria, anónima y confidencial contestaran los referidos instrumentos. Se les dio instrucciones para su llenado, se resolvieron sus dudas y se pusieron a su disposición los resultados.

Análisis de datos

Para lograr responder los objetivos planteados en un primer momento, se realizó una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con el fin de conocer la distribución de las variables en la muestra bajo estudio y escoger el tipo de análisis estadístico a utilizar. Después se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney para cumplir el primer objetivo, una correlación de Spearman para el segundo y una regresión lineal para el tercero, todo ello mediante el programa estadístico SPSS, versión 20.

RESULTADOS

La prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov mostró que no había normalidad en los datos ($p < .001$), por lo que se decidió realizar una prueba U de Mann Whitney para cubrir el primer objetivo. Como se aprecia en la Tabla 1, los resultados de este primer análisis mostraron que no había diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p > .05$), parejas de pacientes con cardiopatía. Por consiguiente, los siguientes análisis se hicieron con toda la muestra y no por hombres y mujeres.

Así, para dar solución al segundo objetivo, que fue identificar la relación entre la soledad con la rumiación y el estrés, en la Tabla 2 se muestra que cuando las parejas de pacientes con cardiopatía se sienten más acompañadas por su pareja y amistades, más control experimentan ante las situaciones de estrés, así como menos malestar (sufrimiento por pensar en eventos negativos) y pensamientos obsesivos sobre los errores que creen que han cometido en el pasado; cuando se sienten más acompañadas por parte de su familia, más control ante el estrés experimentan, y a más sentimientos de vacío por no tener personas con quien compartir momentos importantes, más reflexión obsesiva sobre problemas pasados, más malestar, más descontrol y menos control ante el estrés experimentan. Por último, en la medida en que estas personas más desean entablar relaciones personales duraderas –pues carecen de ellas–, más reflexión obsesiva y malestar padecen.

Tabla 1. Diferencias en soledad, rumiación, estrés y bienestar subjetivo por sexo.

	Soledad					Rumiación		Estrés		Bienestar subjetivo			
	Acompañamiento de pareja	Acompañamiento de amigos	Acompañamiento de la familia	Sentimientos de vacío	Añoranza	Malestar	Reflexión obsesiva	Control	Descontrol	Experiencias positivas	Experiencias negativas	Prosperidad	Satisfacción con la vida
Mujeres	66	58	63	67	62	60	60	57	71	62	71	62	66
Hombres	61	66	60	60	65	59	69	72	69	67	67	68	64
Z	-1.9	-1.4	-66	-1.8	-91	-33	-1.8	-1.7	-85	-1.2	-38	-1.0	-43
p	.05	.15	.50	.06	.35	.73	.05	.07	.39	.21	.69	.29	.66

Tabla 2. Correlación entre soledad con rumiación y estrés.

		Malestar	Reflexión obsesiva	Descontrol	Control
Soledad	Acompañamiento de la pareja	-.21*	-.33**		.47**
	Acompañamiento de los amigos	-.23**	-.32**		.48**
	Acompañamiento de la familia				.29**
	Sentimientos de vacío	.31**	.35**	.27**	-.34**
	Añoranza	.28**	.30**		

*p = .05, **p = .01

En lo que respecta al tercer objetivo, esto es, identificar el nivel de predicción de la soledad, la rumiación y el estrés con el bienestar subjetivo, en la Tabla 3 se muestra que las parejas de pacientes con cardiopatía, en la medida que se sienten parte de un círculo social cercano conformado por su pareja, se sienten más positivas y satisfechas con su vida, y cuando perciben el acompañamiento de su familia se sienten más prósperas y experimentan más emociones positivas. Por el contrario, cuando los participantes vivencian sentimientos de vacío,

menos prósperos se sienten, y cuando tienen un deseo incumplido de adquirir relaciones interpersonales cercanas y duraderas, más experiencias negativas aprecian, lo que trae a su vez menos prosperidad y satisfacción en sus vidas; por el contrario, cuando se sienten más capaces de controlar las situaciones estresantes del día a día, más prosperidad, más satisfacción con la vida y más emociones positivas experimentan, disminuyendo así las emociones negativas, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Análisis de regresión para las variables criterio para predecir el bienestar subjetivo.

Variables predictoras		β	p	R ²	Bienestar subjetivo
Soledad	Acompañamiento pareja	.24	.001	.47	Experiencia positiva
		.31	.000	.55	Satisfacción con la vida
	Acompañamiento familia	.28	.045	.47	Experiencia positiva
		.28	.037	.49	Prosperidad
		.38	.006	.55	Satisfacción con la vida
	Sentimiento de vacío	.17	.025	.52	Experiencia negativa
	Añoranza	-.17	.010	.47	Experiencia positiva
-.23		.000	.49	Prosperidad	
Estrés	Control	-.18	.004	.55	Satisfacción con la vida
		.29	.010	.47	Experiencia positiva
		-.22	.034	.52	Experiencia negativa
		.40	.000	.49	Prosperidad
		.41	.000	.55	Satisfacción con la vida

DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres, parejas de pacientes con cardiopatías, lo que puede explicarse a partir de la interdependencia que ha construido la pareja, y que permite a ambos miembros sincronizar sus emociones, pensamientos y conductas, principalmente cuando hay en uno de ellos una enfermedad que exige que sean un equipo (Osorio, Chávez, Silva, Parrello y Iorio, 2017; Sánchez, 2016), especialmente cuando se habla de las cardiopatías. Tal como lo expresan Torres, Carreño y Chaparro (2017), las cardiopatías son afecciones que alteran profundamente el entorno inmediato del paciente, afectando de igual manera a las personas que se hacen cargo de este y que asumen la responsabilidad y la labor de cuidado, sin importar su sexo, puesto que tanto hombres y mujeres sienten la necesidad de contribuir al mejoramiento y recuperación de su pareja. Es así como dichos hallazgos permiten entender por qué no se hallaron diferencias según el sexo, lo que trajo por consecuencia analizar las variables tomando en cuenta al total de la muestra, y no a hombres y mujeres por separado.

En cuanto al segundo objetivo, los datos muestran que los participantes que gozaban de relaciones interpersonales estables y enriquecedoras (pareja y amigos) experimentaron más control y menos rumiación, debido posiblemente a que las relaciones íntimas tienen un gran valor en la vida del ser humano (Thornton y Freedman, 1982), toda vez que contribuyen generando emociones positivas, como la felicidad, el optimismo, la tolerancia, el sentido del humor y la creatividad, entre otras (Flórez y Sánchez, 2019), las cuales generan estrategias que hacen posible sopesar las molestias que trae consigo la enfermedad (Varela y Barrón, 2016). A su vez, en la mayoría de los casos, la pareja cumple la función de protección y resguardo ante las adversidades lo que dificulta evocar pensamientos negativos.

De la misma manera, se observa que las personas que pertenecen a una familia se encuentran capacitadas para controlar situaciones de estrés —aunque en menor medida que cuando se sienten en compañía de su pareja o de amigos—. Debe se-

ñalarse que este vínculo funciona como un sostén para sobreponerse a las demandas que se derivan de cuidar a la pareja enferma; no obstante, es claro que la pareja y los amigos ejercen mayor influencia. De hecho, la forma en la que estos y la familia controlan el estrés radica en que ellos son una importante fuente de apoyo, lo que disminuye la sobrecarga de trabajo y los sentimientos y pensamientos negativos y hostiles (Zawadzki *et al.*, 2013), así como la posible sensación de desprotección (Feldberg *et al.*, 2011).

Por otra parte, cuando los participantes sienten que no tienen personas cercanas con quienes compartir los momentos importantes de su vida, experimentan más malestar y mayores niveles de reflexión obsesiva y descontrol ante el estrés. De igual manera, suelen desear persistentemente entablar relaciones duraderas, lo que trae como consecuencia una mayor rumiación debido a que enfrentar la enfermedad de su pareja y todas las responsabilidades que trae consigo produce una sensación de saturación física y psicológica. Situación que aumenta los niveles de estrés y deteriora la calidad de vida de ambos miembros (Feldberg *et al.*, 2011). Debe señalarse que los participantes, al verse expuestos recurrentemente al estresor, buscan una salida a través de sus pensamientos, al tiempo que desean compartir momentos agradables y volver a lo que eran antes junto a su pareja, amigos y familia.

En el tercer objetivo se logró evidenciar el nivel de predicción de la soledad y el estrés en el bienestar subjetivo, lo que muestra que los participantes experimenten más satisfacción con sus vidas, más prosperidad y positividad al contar con la compañía de personas cercanas, como su pareja y familia, puesto que, tal como se señaló antes, las relaciones interpersonales contribuyen al bienestar del ser humano al generar una diferencia sustancial respecto a la percepción que el sujeto tiene de sí mismo y de su sentido de vida y propósito (Lacunza y Contini, 2016), ya que favorecen el bienestar y la felicidad de su pareja y de sus seres queridos. Por el contrario, los sentimientos de vacío predicen una menor prosperidad, menos necesidad de hallar un vínculo afectivo significativo y baja satisfacción con la vida, así como más emociones negativas. Tales hallazgos se logran explicar primeramente con base en el valor que tienen

las relaciones interpersonales inmediatas, pues son estas las que más importancia tienen para el ser humano en tanto que le brindan apoyo y compañía en los momentos más difíciles; al no tenerlas, aumentan las emociones negativas, como la tristeza y el miedo. En segundo lugar, encontrarse continuamente buscando vínculos y relaciones de apoyo debilita emocionalmente al sujeto, más aún cuando debe enfrentarse al cuidado de un enfermo (Schulz *et al.*, 2018). Aunado a lo anterior, también se logra experimentar un incremento en las emociones negativas en razón de que estar cerca de una persona que padece una enfermedad crónica –y más aún cuando es la propia pareja– produce sentimientos de decaimiento, tristeza, frustración e incertidumbre (Mendes, Fortes, Ribeiro, Astres y Barros, 2019). En efecto, ya Palacios y Jiménez (2008) han apuntado que los cuidadores pasan por las mismas etapas de duelo que el paciente: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación, lo que está estrechamente relacionado con la disminución de la satisfacción y la felicidad.

Así entonces, cuando la pareja del paciente cardíopata siente que no tiene a alguien con quien compartir su vida para expresar sus sentimientos y pasar un tiempo de calidad, es posible que, como cuidadora, resulte ser la más afectada en la esfera emocional y social, lo que, según los niveles de sobrecarga de trabajo, la lleva a desatender su propia salud. El riesgo de colapsar en su bienestar subjetivo es inminente cuando proporciona acompañamiento activo a su pareja con acciones como llevar el control de la toma de medicamentos; los cambios y la adopción de hábitos alimenticios; el fomento de la actividad física; las visitas rutinarias a las consultas médicas, y la motivación y el apoyo emocional al paciente para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida al no disponer de una red de apoyo importante (Bethancourt *et al.*, 2014). Aunado a lo anterior, el cuidador se ve afectado física, psicológica y cognitivamente a causa de la alteración de su rol habitual, la disminución en sus interacciones sociales y la falta de respaldo para el apoyo y el cuidado que requiere el paciente (Xie *et al.*, 2016).

Finalmente, quienes logran controlar el estrés, más prosperidad, satisfacción y positividad sienten tener en sus vidas, dado que, tal como lo expresan Verdugo *et al.* (2012), son las personas con mejores habilidades para el afrontamiento y el dominio de su entorno; además, al ejecutar un adecuado control de la tensión se sienten más satisfechos y gozan de una adecuada salud mental, así como también de la ausencia de tensiones, depresión, afectos negativos y ansiedad.

Es así como, la presente investigación logró cumplir con los objetivos establecidos al evidenciar el efecto que tienen la enfermedad, la soledad, la rumiación y el estrés en el bienestar subjetivo de ambos miembros de la pareja, y sobre todo del cuidador, afectando su vivencia anímica y trayendo consigo soledad, rumiación y estrés que posteriormente alterarán su experiencia de bienestar subjetivo, ya que los diferentes tipos de cardiopatías suele ser incapacitantes, de larga duración y difíciles de sobrellevar para ambas partes. El cuidador debe hacerse a la idea de que asumirá el cuidado de su pareja de manera permanente, lo que tendrá un considerable efecto en su estilo de vida.

Este trabajo cobra relevancia al ser México uno de los países más afectados por esta enfermedad y por el olvido en que se tiene al cuidador primario, el muchas veces llamado “paciente silencioso”.

Para futuras investigaciones en esta línea se sugiere estudiar la soledad junto con otras variables evidentes en la dinámica relacional; por ejemplo, la comunicación, la satisfacción marital o el manejo del poder, entre muchas otras, para así, evidenciar cómo se comporta dicha variable en la interacción continua con la pareja. Igualmente, se propone ahondar en el cuidador como actor principal a fin de evidenciar las afectaciones a las cuales está expuesto.

Cabe mencionar que una de las limitaciones del estudio fue que se asumió a la pareja como el cuidador primario, aunque dentro del núcleo familiar puede ser cualquier otra persona la que asuma esta responsabilidad y se haga cargo de la persona enferma.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN304919 del proyecto: “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedad crónico-degenerativa”.

Citación: Flórez-Rodríguez, Y.N. y Sánchez-Aragón, R. (2022). Soledad, rumiación y estrés como precursores del bienestar subjetivo en las parejas de pacientes con cardiopatía. *Psicología y Salud*, 32(1), 81-91. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2713>.

REFERENCIAS

- Banegas, A. y Sierra, L. (2017). Variables bioquímicas e inmunológicas en pacientes con estrés agudo o crónico. *Medisan*, 21(8), 1018-1026.
- Bernstein, E., Heeren, A. y McNally, R. (2017). Unpacking rumination and executive control: a network perspective. *Clinical Psychological Science*, 5(5), 816-826.
- Bethancourt, Y., Bethancourt, J., Moreno, Y. y Suárez, A. (2014). Evaluación del bienestar psicológico en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en la fase de cuidados paliativos. *Mediciego*, 20(2), 1-7.
- Cruz D., J., Sánchez, R. y Castro, V. (2020). Soledad y salud: ¿cómo se relacionan y difieren según la edad y la escolaridad? *Psicología y Salud*, 30(2), 231-241.
- Denovan, A. y Macaskill, A. (2016). Stress and subjective well-being among first year UK undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 505-525.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39(1), 247-266. Doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- DiTomasso, E. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Domenech, J., Mundò, J., Haro, J. y Rubio, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246(1), 82-88.
- Domínguez, M. (2016). Bienestar en cuidadores familiares de adultos mayores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 41(1), 104-117.
- Du, J., Huang, J., An, Y. y Xu, W. (2018). The relationship between stress and negative emotion: The mediating role of rumination. *Clinical Research and Trials*, 4(1), 1-5. Doi: 10.15761/CRT.1000208.
- Eisma, M. y Stroebe, M. (2017). Rumination following bereavement: an overview. *Bereavement Care*, 36(2), 58-64. Doi: 10.1080/02682621.2017.1349291.
- Feldberg, C., Tartaglini, M., Clemente, M., Petracca, G., Cáceres, F. y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11-16. Doi: 10.1016/S1853-0028(11)70003-9.
- Flórez Y., N. y Sánchez, R. (En proceso de evaluación). Midiendo el estrés y la rumia: su percepción de reto vs. amenaza. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Flórez Y., N. y Sánchez, R. (2019). Optimismo, resiliencia, sentido del humor y la salud de personas con pareja. *Pensando Psicología*, 15(26), 1-24.
- Flórez Y., N. y Sánchez, R. (2020). El estrés visto como reto o amenaza y la rumia. Factores de riesgo a la salud. *Salud y Administración*, 7(20), 17-27.
- Gan, P., Xie, Y., Duan, D., Deng, Q. y Yu, X. (2015). Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among Chinese elderly in nursing homes. *PLoS One*, 10(9), 1-10. Doi: 10.1371/journal.pone.0137176.
- Gillett, J. y Crisp, D. (2017). Examining coping style and the relationship between stress and subjective well-being in Australia's "sandwich generation". *Australasian Journal on Ageing*, 36(3), 222-227. Doi: 10.1111/ajag.12439.
- Granillo L., F. y Sánchez, R. (En proceso de evaluación). *Medición de la soledad en México y su relación con el apego*: Ciencia UAT.
- Granillo, A.D., Zepeda, G. y Sánchez, R. (En proceso de evaluación). *Bienestar subjetivo: Medición integral y validación en México*: DUAZARY.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Lima: McGraw-Hill.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodem/DEFUNCIONES2017.pdf>.
- Jackson, J., Leslie, C. y Hondorp, S. (2018). Depressive and anxiety symptoms in adult congenital heart disease: 2 Prevalence, health impact and treatment. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(3-4), 294-299. Doi: 10.1016/j.pcad.2018.07.015.
- Jiménez, I. y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(1), 420-447.
- Lacunza, A. y Contini, E. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate*, 16(2), 73-94. Doi: 10.18682/pd.v16i2.598.
- Larochette, C., Wawrziczny, E., Papo, D., Pasquier, F. y Antoine, P. (2019). An acceptance, role transition, and couple dynamics-based program for caregivers: A qualitative study of the experience of spouses of persons with young-onset dementia. *Dementia*, 18(6), 1-18.
- Leszko, M., Iwański, R. y Bugajska, B. (2020). Prisoners of care: The experience of loneliness among caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Paedagogia Christiana*, 45(1), 171-184.
- Malin, K. y Littlejohn, G. (2015). Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia. *European Journal of Rheumatology*, 2(4), 143-148. Doi: 10.5152/eurjrheum.2015.0005.
- Mann, F., Bone, J., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold V., M.R., Wang, J. y Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 627-638.
- Martin, L. y Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En R. S. Wyer, Jr. (Ed.): *Ruminative thoughts* (pp. 1-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Martínez, J., Fuertes, A., Orgaz, B., Vicario, I. y González, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de Psicología*, 30(1), 211-220.
- Martínez, L., Grau, Y. y Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148.
- Mendes, P., Fortes, M., Ribeiro, A., Astres, M. y Barros, R. (2019). Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94.
- Nolen-Hoeksema, S., Vine, V. y Gilbert, K. (2013). Rumination and emotions. En C. Mohiyeddini, S. Bauer y M. Eysenck (Eds.): *Handbook of psychology of emotions: Recent theoretical perspectives and novel empirical findings* (pp. 120-149). Hauppauge, NY: Nova Science Pub Inc.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Orosio, M., Chávez, S., Silva, G., Parrello, S. e Iorio, I. (2017). Parejas de pacientes con una enfermedad crónica. Estudio narrativo sobre la hemofilia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 548-569.
- Palacios, X. y Jiménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 195-210.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley.
- Sánchez, R. (2016). *La pareja romántica en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarıçam, H. (2016). Examining the relationship between self-rumination and happiness: The mediating and moderating role of subjective vitality. *Universitas Psychologica*, 15(2), 383-396. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-2.errh.
- Schulz, R., Beach, S., Friedman, E., Martzolf, G., Rodakowski, J. y James, E. (2018). Changing structures and processes to support family caregivers of seriously ill patients. *Journal of Palliative Medicine*, 21(2), 36-42. Doi: 10.1089/jpm.2017.0437.
- Secinti, E., Rand, K., Johns, S., O'Neil, B., Helft, P., Shahda, S. y Mosher, C. (2019). Social correlates of mental health in gastrointestinal cancer patients and their family caregivers: Exploring the role of loneliness. *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 2077-2086.
- Sharma, N., Chakrabart, S. y Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family –caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. Doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7.
- Smith, K., Mason, T. y Lavender, J. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61(3), 9-23.
- Thornton, A. y Freedman, D. (1982). Changing attitudes toward married and single life. *Family Planning Perspectives*, 14(6), 297-303. Doi: 10.2307/2134600.
- Torres, X., Carreño, S. y Chaparro, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 49(2), 330-338.

- Valentín, A. (2018). Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1083-1099. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2479/3971>.
- Varela, I. y Barrón, A. (2016). La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardiaca. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2), 2459-2468.
- Verdugo, J., Ponce, B., Guardado, R., Meda, R.M., Uribe, J. y Guzmán, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 79-91.
- Xia, N. y Xi, H. (2018). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 837-851. Doi: 10.1089/ars.2017.7312.
- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J. y Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 99(14), 1-9. Doi: 10.1186/s12955-016-0504-9.
- Zavala, L., Verdejo, M. y Díaz, R. (2015). Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 7-15.
- Zawadzki, M., Graham, J. y Gerin, W. (2013). Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology*, 32(2), 212-222. doi: 10.1037/a0029007.

Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina

Post-traumatic growth among gay men living with HIV from Buenos Aires, Argentina

Pablo David Radusky^{1,2}, Virginia Zalazar² e Inés Arístegui^{2,3}

Universidad de Buenos Aires¹

Fundación Huésped²

Universidad de Palermo³

Autor para correspondencia: Pablo David Radusky, pradusky@psi.uba.ar.

RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo explorar los significados atribuidos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la experiencia de cambios positivos posteriores al diagnóstico (crecimiento postraumático) en hombres gays de Buenos Aires, Argentina. Se efectuaron catorce entrevistas individuales en profundidad. Se implementó un análisis temático asignando códigos a fragmentos de transcripciones y organizándolos en temas. La edad media de los participantes fue de 41.29 (D.E.=11.97) y una media de 8.42 (D.E.=7.08) años desde el diagnóstico, tres de los cuales lo habían recibido en el último año. La mayoría informó cambios positivos que atribuyeron al diagnóstico de VIH, los que se organizaron en tres temas: Cambios en la filosofía de vida, Cambios en las relaciones con los otros y Cambios en la percepción de sí mismos. Algunos de estos incluyen mayor aprecio por la vida y su salud, incremento de comportamientos más saludables, fortalecimiento de la red de apoyo social y conciencia de sus capacidades para el afrontamiento. Tales cambios parecen asociarse a la atribución al VIH de sentidos más favorables. La identificación de crecimiento postraumático puede orientar intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales dirigidas a hombres gays con VIH en virtud de que funciona como un recurso para afrontar el estigma y se asocia con una mayor retención en la atención del VIH.

Palabras clave: Crecimiento postraumático; Hombres gays; VIH; Argentina; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to explore the meanings attributed to HIV and the experimentation of positive changes after diagnosis (post-traumatic growth) in gay men from Buenos Aires, Argentina. Fourteen individual, in-depth interviews were thematically analyzed by assigning codes to fragments of transcripts and organizing them along with themes. The mean age of participants was 41.29 years, with a mean of 8.42 years since diagnosis, three of them diagnosed in the last year. Most participants reported positive changes attributed to their HIV diagnosis, organized into three themes: a) changes in their philosophy of life, b) changes in their relations with others, and c) changes in self-perception. Some of these include greater appreciation for life and their own health, increments in healthier behaviors, strengthening of the social support network, and awareness of

¹ Facultad de Psicología, Av. Independencia 3065 (C1225AAM), tel. (54)11- 52-87-32-00, Buenos Aires, Argentina, correos: pablo.radusky@huesped.org.ar / pradusky@psi.uba.ar.

² Dirección de Investigaciones, Dr. Carlos Gianantonio (ex Pje. Peluffo) 3932, (C1202ABB), Buenos Aires, Argentina, tel. (54)11-49-81-77-77, correo: virginia.zalazar@huesped.org.ar.

³ Mario Bravo 1050 (C1175ABT), Buenos Aires, Argentina, tel. (54)11-49-64-46-00, correo: ines.aristegui@huesped.org.ar.



their coping skills. Such changes seem to be associated with the attribution of more positive meanings to HIV. The identification of post-traumatic growth can guide psychotherapeutic and psychosocial interventions in gay men living with HIV because it functions as a resource to cope with stigma and is associated with greater adherence to HIV care.

Key words: Post-traumatic growth; Gay men; HIV; Argentina; Qualitative research.

Recibido: 09/11/2020

Aceptado: 18/01/2021

Se estima que, en Argentina, 139 mil personas viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, la prevalencia es especialmente elevada en algunos grupos específicos, como los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En este grupo, las cifras se estiman entre 12 y 15%, en comparación con una prevalencia en la población general de 0.4%. En los últimos años se ha registrado un aumento de la prevalencia entre adolescentes y jóvenes gays de 15 a 24 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Recibir un diagnóstico de VIH conlleva un cambio en el status psicosocial, pues ubica a los sujetos frente a nuevos desafíos, como el inicio de un tratamiento crónico y la posibilidad de experimentar discriminación y estigmatización (Yu, Chen, Ye, Li y Lin, 2017). Por este motivo, puede ser vivido como un evento altamente estresante que tiene un impacto emocional significativo e incluso potencialmente traumático (Martin y Kagee, 2011; Nightingale, Sher y Hansen, 2010; Theuninck, Lake y Gibson, 2010). Por consiguiente, el diagnóstico de VIH se halla estrechamente asociado a un elevado malestar emocional con consecuencias adversas sobre la salud mental (Adams, Zacharia, Masters, Coffey y Catalan, 2016). Ello se explica en parte por el hecho de que los significados específicos asociados con el VIH y la valoración que el sujeto hace del mismo pueden amenazar o discrepar con sus creencias y presunciones globales acerca de, por ejemplo, la justicia y el

mérito, sus metas en la vida y el sentido que le atribuye a su propia existencia (Park, 2013; Tedeschi y Calhoun, 2004).

Es por este motivo que la investigación acerca del impacto psicológico del VIH ha estado más focalizada en las consecuencias negativas que entraña para la salud mental. No obstante, algunos autores han señalado que la trayectoria resiliente frente a las situaciones traumáticas es, de hecho, mucho más frecuente (Bonanno, 2004). Por tal razón, la psicología ha comenzado a reorientar su foco de atención para explorar los recursos que los individuos poseen para enfrentar constructivamente la adversidad y superarla de forma adaptativa y saludable. En esta línea, Tedeschi y Calhoun (2004) han postulado que el malestar producido al enfrentarse a situaciones traumáticas o altamente estresantes puede impulsar ciertos cambios psicológicos positivos, conocidos como *crecimiento postraumático*, o CPT. Dicho crecimiento implica el desarrollo o la mejora de algunas áreas de la vida de los sujetos que supera incluso los niveles existentes antes de la crisis o el evento traumático. Según estos autores, tales cambios pueden agruparse en cinco dominios: mayor aprecio por la vida y reorganización de prioridades, cambios en la relación con los otros, mayor sentido de fortaleza personal, cambios espirituales y descubrimiento de nuevas posibilidades en la vida.

Un creciente cúmulo de evidencias muestra que la mayoría de las personas con VIH, incluidos los hombres gays, experimentan algún grado de CPT como consecuencia del diagnóstico (Garrido, Murphy y Alonso, 2017; Milam, 2006; Murphy y Hevey, 2013; Siegel y Schrimshaw, 2000a). En un estudio cualitativo, Siegel y Schrimshaw (2000b) hallaron seis conjuntos de cambios positivos experimentados por las personas con VIH que pueden encuadrarse dentro del CPT: incrementos en la espiritualidad y la religiosidad, mejoras en las relaciones interpersonales, cambios positivos en la visión de sí mismos, mayor aprecio y valoración por la vida, reorganización de metas y prioridades e incremento de las conductas saludables. La evidencia muestra que el CPT está asociado a una mayor salud mental y a mejoras en la salud física de las personas con VIH (Milam, 2004, 2006; Rzeszutek, Oniszczenko y Firląg-Burkacka, 2016; Sawyer,

Ayers y Field, 2010; Willie *et al.*, 2016). En hombres gays y otros HSH, los cambios incluidos dentro del CPT funcionan como estrategias de afrontamiento ante el VIH, moderando el estrés producido por el diagnóstico y promoviendo un mayor ajuste psicológico (Aristegui, Radusky, Zalazar, Lucas y Sued, 2017; Siegel y Schrimshaw, 2000a).

En este sentido, el CPT y el malestar producido por el evento adverso, como un diagnóstico de VIH, pueden coexistir, por lo que los individuos pueden experimentar cambios positivos, aunque continúen experimentando niveles significativos de emocionalidad negativa en forma simultánea (Tedeschi y Calhoun, 2004; Yu *et al.*, 2017). El CPT es activado precisamente por el intento de reducir el malestar que genera la discrepancia entre los sentidos atribuidos al diagnóstico y las creencias globales del sujeto (Park, 2013). Con el fin de reducir dicha discrepancia, el sujeto puede modificar los sentidos específicos atribuidos al VIH y revalorizarlo de forma más favorable para que concuerde y pueda ser asimilado al sistema general de creencias anterior al diagnóstico (Fife, 2005). Otorgar sentidos positivos a una situación adversa se asoció a CPT en hombres gays jóvenes con diagnóstico reciente de VIH (Yu *et al.*, 2017). Es por este motivo que los significados que las personas atribuyen al VIH cobran particular relevancia en relación con el desarrollo del CPT y el ajuste psicológico y adaptación posteriores al diagnóstico (Fife, 2005; Sawyer *et al.*, 2010).

De lo anterior se desprende que el CPT es un fenómeno especialmente relevante respecto a la salud mental de las personas con VIH, y en particular de los hombres gays. Desde un enfoque interseccional, los hombres gays con VIH pueden experimentar múltiples formas de estigma y discriminación (relacionadas con el VIH y con su orientación sexual, por ejemplo) que interactúan y se potencian entre sí, intensificando sus consecuencias adversas sobre la salud mental (Jeffries *et al.*, 2015; Radusky y Mikulic, 2019). En Argentina, la aprobación de la Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario (2010) (*cf.* Krasnow, 2012) ha promovido un clima social de mayor aceptación hacia las personas gays y de orientación sexual diversa. Sin embargo, algunas formas de estigma y

discriminación por orientación sexual aún persisten (Federación Argentina LGBT, 2019). Frente a esto, los cambios comprendidos por el CPT resultan un factor protector (Aristegui *et al.*, 2017). De modo similar, una mayor salud mental y bienestar psicológico se asocian a una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral y a la retención en la atención del VIH (Bassett, Schuette, O'Dwyer y Moskowitz, 2019; Camargo *et al.*, 2019). La importancia de lo anterior radica en que una mayor adherencia al tratamiento implica asimismo una mayor probabilidad de alcanzar una carga viral indetectable, lo que favorece la salud y la calidad de vida de las personas con VIH y evita el pasaje a la fase de sida.

No obstante, la evidencia acerca de la ocurrencia de CPT en hombres gays con VIH es escasa en Latinoamérica. Por consiguiente, el presente estudio se propuso explorar los sentidos atribuidos al VIH y la experimentación de cambios positivos posteriores al diagnóstico que pueden encuadrarse dentro del concepto de CPT en hombres gays residentes en el área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 14 hombres que se identificaban como gays *cisgénero*⁴, quienes reportaron vivir con VIH y residir en Buenos Aires (Tabla 1), y cuya media de edad fue de 41.29 años (D.E. = 11.97). Todos los participantes informaron haber adquirido el VIH por vía sexual. La media de años transcurridos desde el diagnóstico fue de 8.42 años (D.E. = 7.08), al momento de la entrevista, y tres participantes lo habían recibido dentro de los doce meses anteriores a la misma, por lo que podrían considerarse recientes, según el criterio de Wang *et al.* (2017). Excepto uno, todos ellos se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral.

⁴ *Cisgénero* es una identidad de género opuesta a transgénero. Una persona es *cisgénero* si se identifica con el género asignado al nacer.

Tabla 1. Características de los participantes.

Participante	Edad	Nivel educativo ^a	Años desde el diagnóstico
1	45	3	16
2	40	1	15
3	44	3	— ^b
4	41	3	— ^b
5	42	3	20
6	25	2	7
7	49	3	16
8	27	1	1
9	40	1	8
10	49	3	4
11	71	3	18
12	25	2	4
13	33	3	4
14	47	3	5

Nota: a = 1: Secundario completo, 2: Terciario o Universitario incompleto, 3: Terciario o Universitario completo;
b = Tiempo desde el diagnóstico inferior a un año.

Instrumentos

Dado que se optó por el uso de una metodología cualitativa, la recolección de información se efectuó mediante entrevistas en profundidad individuales semiestructuradas. Para la aplicación de esta técnica se elaboró una guía de entrevista en la que se predefinieron las áreas a explorar, que ya fueron descritas y detalladas en otro lugar (Radusky y Mikulic, 2018, 2019). En el presente trabajo se expone el análisis de las respuestas a una de tales áreas de exploración, que implicó la indagación sobre los cambios positivos o negativos que los participantes reconocían haber experimentado como consecuencia del diagnóstico de VIH.

Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo en concordancia con los estándares éticos de la institución en que se realizó. Antes de comenzar cada entrevista, todos los participantes fueron informados de los objetivos y procedimientos del estudio, así como de la confidencialidad de la información que proporcionarían. A continuación se les solicitó su consentimiento para participar voluntariamente en esta

investigación y para que las entrevistas fueran audiograbadas.

En primera instancia, se estableció contacto con tres participantes que coordinaban grupos de pares en una organización no gubernamental de la ciudad, a los que se entrevistó y fueron los encargados de difundir la invitación a participar en el estudio entre los asistentes a los citados grupos, poniendo a los interesados en contacto con los investigadores. Una vez que estos nuevos participantes fueron entrevistados, se les propuso que informasen sobre el estudio a otras personas que cumplieran los criterios de inclusión para invitarlos a participar. Este procedimiento se repitió hasta que se alcanzó la saturación de la información recabada, por lo que se detuvo el proceso.

A continuación, se reemplazó la identidad de cada participante por un número asignado a cada entrevista para resguardar la confidencialidad de la información proporcionada, omitiendo todos los datos de identidad o que permitiesen relacionar fragmentos del discurso con personas particulares. Todas las entrevistas fueron hechas entre octubre de 2015 y agosto de 2016, y luego grabadas y transcritas por el mismo investigador, siendo su duración en general de media hora a una hora y media, aproximadamente.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático del material transcrito (Braun y Clarke, 2006), asistido por el software para análisis cualitativo ATLAS.Ti, versión 7.5.4 (2015). Primeramente, se llevó a cabo un proceso de codificación abierta, mediante el cual se asignó a cada fragmento significativo de material un código que lo representara. Luego, se identificaron y establecieron relaciones entre códigos conceptualmente asociados, agrupándolos en temas o ejes teóricos de orden superior. Se tuvieron en cuenta los temas que se reiteraron a lo largo de la mayoría de las entrevistas. Finalmente, se efectuó un proceso de recodificación yendo de los ejes a los códigos. Como resultado, la definición de los códigos y su asignación a fragmentos de material fueron refinadas para hacerlas más precisas. Asimismo, se desarrollaron nuevos códigos

cuando se consideró necesario (por ejemplo, se fusionaron códigos conceptualmente equivalentes para simplificar la codificación, y los códigos demasiado amplios y heterogéneos se desagregaron

en otros más precisos y concretos). Esto consolidó los ejes temáticos propuestos, los que pueden apreciarse en la Tabla 2 junto con sus principales códigos.

Tabla 2. Temas o ejes y principales códigos.

Temas	Subtemas	Ejemplos de códigos
1. Sentidos atribuidos al diagnóstico de VIH.		1.1. Segunda oportunidad 1.2. Aprendizaje 1.3. Situación límite 1.4. Culpa y responsabilidad 1.5. Desdramatización/naturalización 1.6. Normalización
2. Cambios positivos atribuidos al diagnóstico de VIH.	2.1 Cambios en la filosofía de vida.	2.1.1. Valor de la vida y el tiempo 2.1.2. Cambios en las actividades y en las prioridades 2.1.3. Valor del cuerpo y la salud 2.1.4. Incremento en el cuidado de la propia salud
	2.2 Cambios vinculares y en la relación con los otros.	2.2.1. Cambios en la priorización de los vínculos y mayor expresión e intercambio emocional 2.2.2. Fortalecimiento de vínculos cercanos y significativos 2.2.3. Fortalecimiento de la red de apoyo: aceptación de la ayuda de otros
	2.3 Cambios en la percepción de sí mismos.	2.3.1. Nueva conciencia de las propias fortalezas y recursos para el afrontamiento 2.3.2. Disposición para el afrontamiento de situaciones futuras

RESULTADOS

Los resultados se presentan organizados según los dos ejes temáticos principales. Primero, se describen los sentidos que los participantes atribuyeron a su diagnóstico de VIH, y después se muestran los cambios positivos que refieren haber experimentado en relación con dicho diagnóstico.

Tema 1. Sentidos atribuidos al diagnóstico de VIH

La mayoría consideró el diagnóstico como un punto de inflexión en sus vidas, afirmando que a partir de ese momento *“hay un antes y un después... Hay un crac [sic] en la vida de una persona”* (Participante 4 [P4]). Algunos interpretaron el diagnóstico como una nueva oportunidad o un renacer que les había brindado la posibilidad de llevar una vida diferente a la vivida hasta ese momento, de mejorar algunos aspectos de la misma o de iniciar una nueva etapa más positiva:

“Ya que uno tiene una segunda oportunidad de vivir [...] sería muy tonto de mi parte desaprovecharla” (P1).

“Esto es [...] como un volver a renacer. Como que murió una etapa de mi vida y vuelvo a renacer con otra” (P4).

Otros participantes expresaron haber podido capitalizar el diagnóstico como una situación de aprendizaje, concibiendo al VIH como la oportunidad de aprender algo nuevo y positivo acerca de ellos mismos y de su propia vida.

“El VIH ha sido un maestro en mi vida, porque me ha obligado a cuidarme a mí mismo” (P11).

“Fue como un obstáculo, una dificultad de la que yo hice un aprendizaje” (P10).

En otros casos, el VIH es sentido como una *“situación límite”* que más que una oportunidad o motivación para el cambio indica la necesidad de que este ocurra. En este caso, el diagnóstico permite al sujeto tomar conciencia de la posibilidad real y concreta de experimentar consecuencias

negativas extremas. Los sujetos sienten que han “tocado fondo” y, en consecuencia, conciben al cambio como la única opción posible y como una necesidad perentoria de revertir el estilo de vida anterior al diagnóstico:

“La infección fue como una alarma: o te calmas, o cambias, o vas al muere. Y ahí algo me hizo clic [...] Sé que tal vez fue un freno para que no termine muerto” (P6).

“A veces algunos esperamos a caminar en el borde del precipicio para cambiar” (P8).

Algunos participantes se refieren al VIH como una consecuencia congruente con un estilo de vida llevado hasta el momento del diagnóstico. Aunque a primera vista los términos mencionados puedan ser interpretados como negativos (por ejemplo, castigo o descuido), parecen permitir al sujeto darle sentido al diagnóstico, facilitando su asimilación dentro de su trayectoria vital (por ejemplo, brindando una respuesta a la pregunta “¿Por qué a mí?”).

“Si cometiste el delito, tenés que cumplir la condena” (P14).

“Donde metí la pata, hay que afrontar” (P12).

Otros participantes reconocen al VIH como una condición crónica más que permite llevar una vida igual de funcional que la de cualquier otra persona. A esta percepción contribuye el conocimiento de la disponibilidad de un tratamiento eficaz. Asimismo, algunos participantes lo reevalúan contrastándolo con otras condiciones de salud, concluyendo que, en comparación, no es significativamente grave, incapacitante o letal, y que *“Hay muchas enfermedades peores y muchas cosas peores”* (P12). Ello facilita la desdramatización del diagnóstico y su naturalización:

“Una enfermedad terminal o un cáncer sí son un tema para que uno se tenga que preocupar; pero VIH... hay que pelearla” (P8).

“La vida de una persona con VIH es la vida de una persona normal que toma un remedio” (P12).

Finalmente, una proporción considerable de participantes reconoció que, en definitiva, adquirir el VIH es algo que le puede suceder a cualquier persona por el solo hecho de ser humano, independientemente de su estilo de vida o de conductas

previas. Esto también facilita hallar una respuesta a la pregunta “¿Por qué a mí?”:

«Al principio te genera una cuestión de culpa y autocompasión, de decir “¿por qué a mí? ¿Qué hice yo?”. Y después empezás a reconfigurar eso y decís “Bueno, ¿por qué no?”» (P1).

Tema 2. Cambios positivos atribuidos al diagnóstico

Los cambios positivos englobados en este eje temático se agruparon en tres subtemas: Cambios en la filosofía de vida, Cambios vinculares y en la relación con los otros y Cambios en la percepción de sí mismos. Más de la mitad de los participantes refirió haber experimentado cambios positivos posteriores al diagnóstico de VIH, específicamente atribuidos a este evento. Muchos de estos cambios parecen estar relacionados con la atribución de sentidos más positivos al VIH.

2.1. Cambios en la filosofía de vida: reconfiguración de prioridades, objetivos y valores.

Los participantes refieren frecuentemente cambios profundos en la filosofía y el sentido de la propia vida. Lo que se refleja en un reordenamiento de sus prioridades y objetivos en la vida y en una reconfiguración de los valores que sustentaban sus decisiones:

“Sentí que tenía que aprovechar el nuevo estado de las cosas para generar un cambio interno, en mi forma de vivir la vida” (P4).

2.1.1. Valor de la vida y el tiempo. Del relato de los participantes se infiere una revalorización de la vida y del tiempo por vivir ante el reconocimiento de que ambos, que antes se daban por sentados, pueden perderse. El diagnóstico puede, inicialmente, activar determinadas creencias vinculadas a la posibilidad de muerte y deterioro, por lo que puede incrementarse la conciencia acerca de la importancia del aprovechamiento del tiempo y del disfrute de la vida:

“Te das cuenta de que tenés una vida sola. No está para estar desperdiciando, me parece.” (P1).

“Yo sentí que no tenía que perder el tiempo, porque a lo mejor no me quedaba mucho” (P11).

2.1.2. *Cambios en las actividades y en las prioridades.* Los participantes señalaron cambios en sus prioridades y objetivos en la vida, así como en sus actividades. Afirman haber comenzado a preferir actividades placenteras y positivas que favorecen una reducción del estrés, generan bienestar emocional o implican crecimiento personal y autorrealización. Detrás de tal cambio se detecta la creencia de que la priorización de este tipo de actividades tendrá un resultado benéfico en la salud mental y emocional que, a largo plazo, también tendrá efectos positivos en la salud física y el bienestar general. En este sentido, es una estrategia para recuperar el control sobre el propio cuerpo y salud a partir de generar estados emocionales positivos y evitar el estrés. En contraste, aquellas actividades y obligaciones que les generaban malestar y estrés son ubicadas en segundo plano:

“Bajé un cambio [sic] y traté de alejarme de todo lo que me provocara estrés. Y conectarme un poco más con el lado positivo, con las cosas que a mí me hacen feliz para compensar el desequilibrio que me generaba la enfermedad” (P4).

En esta línea, algunos relatan haber retomado actividades postergadas. También mencionan que el diagnóstico los impulsó a reconectarse con las “pequeñas cosas” de la vida, es decir, situaciones sencillas y cotidianas. Ello implica el redescubrimiento y revalorización de esos aspectos significativos de sus vidas que antes recibían poca atención y que eran considerados como poco importantes o insignificantes, pues eran dados por sentados o naturalizados:

“Le empecé a dar más importancia a ciertas cosas [a las] que antes no le daba y que son las que en realidad me hacen un poco más feliz, lo que me produjo darle un montón de valor a cosas que antes eran insignificantes” (P14).

“Había cosas que antes me habían hecho feliz a lo largo de mi vida, pero que había postergado... Conectarme con esas cosas que tenía relegadas” (P4).

“Cosas que por ahí tuviste antes y no las valorabas tanto [...] Yo creo que el VIH reconfigura todo eso. Decir: “Che, mirá todo lo que tenía” (P1).

De igual modo, los participantes refieren haber experimentado un reajuste en la valoración de la importancia y gravedad de las situaciones; esto

es, un cambio en el sentido de redirigir sus preocupaciones, evitar hacerse problemas innecesariamente o atender cosas sin relevancia, y distinguir con mayor claridad un problema de una situación que realmente no lo es. Esto se condice con los esfuerzos activos por evitar situaciones estresantes y emocionalmente displacenteras que puedan afectar negativamente la salud mental y física:

«Trato de vivir cada día como si fuera el último... no te da mucho tiempo como para pensar “a ver en qué me voy a amargar”». (P11).

“Me hizo reconocer que la verdad no tengo problemas, porque el problema más grande, que fue ese, ya dejó casi de ser un problema; entonces, no hay problema más grave que ese” (P14).

2.1.3. *Valor del cuerpo y la salud.* De forma similar a lo señalado respecto a la vida y el tiempo, se aprecia una revalorización del propio cuerpo y de la salud, mismos que son reevaluados como prioritarios. Los temores y creencias vinculadas a la posibilidad de muerte y deterioro que puede activar el diagnóstico promueven también un aumento de la conciencia acerca de que el cuerpo y la salud no son recursos inagotables, que pueden perderse y que no deben darse por sentado. Algunos participantes refieren que el diagnóstico los llevó a reconsiderar los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad que antes poseían:

“Empecé a quererme, a respetar mi cuerpo, porque sé que de este no hay otro. Si vos no te lo cuidas, no te lo va a cuidar nadie” (P8).

«“Avancé en darme cuenta de que tengo un solo cuerpo, y [que] es lo único que tengo en la vida, que lo tengo que cuidar. Perdí esa omnipotencia de que “A mí no me va a pasar”. Soy consciente de que me puede pasar esta y cualquier otra cosa”» (P2).

2.1.4. *Incremento en el cuidado de la propia salud.* Como resultado de lo anterior, se aprecia un incremento de las conductas de cuidado de la salud y el cuerpo y una priorización de actividades con ese fin. Muchos de los participantes informaron un aumento en la realización de conductas más saludables (por ejemplo, relacionadas con la alimentación y la actividad física) o el abandono de otras menos saludables (por ejemplo, ciertas prácticas sexuales o el uso de sustancias) a partir del diagnóstico:

«Uno toma conciencia y decís “Bueno, voy a cuidar más mi cuerpo; voy a descansar mejor; voy a alimentarme mejor; no lo voy a maltratar tanto”, como lo hacía antes» (P1).

“Yo qué gano saliendo a emborracharme, a estar de vuelta con un tipo o con otro. Si no me cuido, puedo estar igual o estar peor; entonces trato de llevar una vida sana” (P8).

2.2. Cambios vinculares y en la relación con los otros

Los participantes refieren cambios positivos respecto a los vínculos y relaciones con otras personas. En general, reportaron mayor intercambio y expresión emocional; más cercanía, conexión y profundidad; el fortalecimiento de algunos vínculos y la priorización de aquellos que eran más positivos y enriquecedores.

2.2.1. *Cambios en la priorización de los vínculos y mayor expresión e intercambio emocional.* Así como los participantes indican haber revalorizado las “pequeñas cosas de la vida” mencionan haber hecho lo mismo con la importancia que tienen los demás en su vida, que antes era naturalizada. Esto favorece una mayor conciencia de la relevancia de demostrar a los otros cuán importantes y significativos son, y de compartir abiertamente con ellos sus emociones, algo que antes del diagnóstico se encontraba naturalizado. El resultado es un aumento de la expresión y el intercambio emocional positivo, que conlleva una mayor empatía y capacidad para reconocer las propias emociones:

“A mí me cambió mucho la cabeza con respecto a mí: reconocerme como una persona con emociones, con sentimientos, y al otro también registrarlo como una persona que tiene sentimientos, que tiene emociones” (P1).

Por otro lado, así como se reestructuran los objetivos y las prioridades en la vida, también se reconfiguran las prioridades vinculares. Se aprecia una mayor selectividad en las relaciones interpersonales y la preferencia por vínculos más positivos que implican un intercambio de emociones positivas y placenteras y un mutuo enriquecimiento. En contraste, se descartan otros que se perciben como negativos o que producían malestar emocional:

“Tuve que hacer una limpieza y una selección... Amistades hoy en día... cinco es mucho. En las jodas estamos todos, y cuando te pasa una desgracia se borran todos... Con cinco es suficiente” (P8).

“También hacer una gran selección de la gente con la que uno se rodea. Cuando alguien no me cierra, ¿por qué tengo que estar al lado de esta persona? Entonces prefiero evitarla” (P14).

2.2.2. *Fortalecimiento de vínculos cercanos y significativos.* Según los participantes, lo anterior contribuyó a una mayor conexión, intimidad y cercanía emocional con los otros y a establecer vínculos más profundos. También reportan un aumento de la confianza mutua, atribuido en parte al hecho de compartir con la otra persona información sensible, como el diagnóstico. En suma, estos cambios han conducido a fortalecer algunos vínculos significativos en sus vidas:

“Creo que esto ayudó a la relación con los demás. Ayudó un poco al vínculo familiar” (P2).

“Un cambio de mayor apertura, positivo. De darme las gracias por compartir, por confiar. Se abre todo un vínculo, se hace más profundo; se siente como que le estás dando algo que es íntimo. La gente siente confianza y lo valora (P10).

2.2.3. *Fortalecimiento de la red de apoyo: aceptación de la ayuda de otros.* La percepción de que el diagnóstico puede generar la pérdida de la salud promueve una mayor conciencia de las propias limitaciones y la comprensión de que la ayuda de los demás en ocasiones resulta necesaria. Una mayor receptividad y disposición para aceptar la ayuda de las personas puede contribuir a fortalecer la red de apoyo social del sujeto:

«Uno toma conciencia de eso. No es decir “Yo soy solo y estoy yo solo o puedo solo”. Hay momentos que uno también necesita apoyarse en el otro o necesita la compañía del otro; en ese sentido, creo que mis vínculos cambiaron» (P1).

Esto se relaciona en parte con que, en respuesta a compartir el diagnóstico, las personas significativas para los participantes han demostrado un mayor apoyo y preocupación respecto de la salud y bienestar de estos, dando como resultado un aumento en el esfuerzo por protegerlos, asistirlos o cuidarlos:

“Fue doloroso contarlo en mi familia, pero a veces la salud es un tema más por el que los demás se preocupan por uno” (P2).

“[Noté en ellos] un cambio en el sentido de querer protegerme” (P11).

2.3. Cambios en la percepción de sí mismos

2.3.1. Nueva conciencia de las propias fortalezas y recursos para el afrontamiento. Los participantes relatan que haber enfrentado la situación de diagnóstico les hizo posible descubrir capacidades en ellos mismos que desconocían, modificando así la percepción que tenían de sí mismos. Entre ellas, describen el descubrimiento de una fortaleza interna, que ellos mismos no eran conscientes de que poseían, para afrontar exitosamente las dificultades. El resultado fue un autoconocimiento más profundo en cuanto a reconocerse más fuertes, resilientes y con una mayor percepción de autoeficacia o autoconfianza para afrontar adaptativamente las situaciones problemáticas:

“Uno se empieza a sentir fuerte. Y la fortaleza está en uno. Uno se da cuenta que está todo bien” (P10).

“Pienso que voy a superar todos estos traspiés, que voy a salir fortalecido. Esta situación, como aspecto positivo, me ha hecho crecer” (P4).

2.3.2. Disposición para afrontar situaciones futuras. Asimismo, confían en poder generalizar este fortalecimiento al comprender que este aprendizaje o nuevo recurso a su disposición les permitirá afrontar mejor situaciones futuras. Lo anterior, en combinación con los otros cambios positivos ya mencionados, permite acrecentar la sensación de control sobre el propio cuerpo, la salud y la propia vida:

“Empecé a tomar las riendas de mi vida” (P10).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue explorar los sentidos atribuidos al VIH y la experimentación de cambios positivos posteriores al diagnóstico en hombres gays residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina. Los resultados muestran que la mayoría de los participan-

tes reportó haber experimentado cambios positivos que atribuían al diagnóstico de VIH, encuadrables dentro del concepto de crecimiento postraumático, lo que parece estar relacionado con atribuir al VIH sentidos más positivos y que favorecen el cambio, tal como proponen las teorías del CPT en cuanto al ajuste al diagnóstico de condiciones de salud crónicas (Park, 2013; Sawyer *et al.*, 2010). Los cambios identificados se organizaron en tres temas o ejes: Cambios en la filosofía de vida (reconfiguración de prioridades, objetivos y valores), Cambios vinculares y en la relación con los otros y Cambios en la percepción de sí mismos (conciencia de las propias fortalezas y recursos para el afrontamiento). Estos resultados son altamente consistentes con los hallazgos de estudios internacionales acerca de CPT en hombres gays con VIH en los que se empleó una metodología similar (Siegel y Schrimshaw, 2000a).

Un conjunto de cambios observados incluye modificaciones en la filosofía de vida, que implican una reorganización de las prioridades, metas y valores. Se aprecian dos consecuencias principales: la priorización de actividades placenteras y una mayor realización de conductas de cuidado de la propia salud o el abandono de las poco saludables. Siegel y Schrimshaw (2000a; 2000b) explican estos cambios como una estrategia para recuperar la sensación de control sobre la propia salud, que se percibe perdida como resultado del diagnóstico. El involucramiento en actividades placenteras y eludir actividades estresantes se basan en creencias acerca de la relación mente-cuerpo, y en que promover una actitud mental positiva puede tener un impacto benéfico en la propia salud al potenciar, por ejemplo, la respuesta inmune. A ello contribuye también eliminar o evitar conductas como fumar, consumir alcohol u otras sustancias, así como tener relaciones sexuales no seguras, lo que promueve la sensación de estar fortaleciendo activamente la propia salud. Por ejemplo, Wang *et al.* (2017) mostraron que el CPT se asoció con menos sexo anal sin protección con parejas ocasionales en HSH recientemente diagnosticados con VIH. La sensación de control sobre los eventos vitales ha sido identificada como uno de los componentes del bienestar subjetivo (Ryff, 1989) y como un recurso para afrontar adaptativamente el estigma

relacionado con el VIH y con la orientación sexual en hombres gays de Argentina (Aristegui *et al.*, 2017).

Otro grupo de cambios se observó en relación con los vínculos y las relaciones interpersonales. En consistencia con los hallazgos de Siegel y Schrimshaw (2000a), los participantes reportaron un mayor aprecio por la relación con otras personas significativas, dando prioridad a los vínculos valorados como más positivos o enriquecedores. Esto redundó en una mayor cercanía, intercambio emocional y disposición a aceptar la ayuda de los demás. Estudios previos han mostrado que poder dar un sentido al diagnóstico, incrementando la percepción del valor y el propósito de la propia vida, puede afectar favorablemente la percepción y disponibilidad de apoyo social (Farber, Lamis, Shahane y Campos, 2014). Este último ha sido identificado como un factor protector que modera el efecto negativo del estigma sobre la salud mental en los HSH (Yan *et al.*, 2019). En esta misma línea, estudios locales han mostrado que la aceptación de la orientación sexual y del diagnóstico de VIH por parte de los otros, así como los vínculos interpersonales de calidad, promueven el bienestar subjetivo y son recursos para afrontar el estigma y la discriminación en hombres gays con VIH (Aristegui *et al.*, 2017).

Un tercer conjunto de cambios se refiere a la redefinición de la percepción de sí mismos, en el sentido de adquirir una mayor conciencia de las propias fortalezas y capacidades para afrontar las adversidades. El aumento del sentido de fortaleza personal se ha reconocido como un componente del CPT desde la propuesta inicial de Tedeschi y Calhoun (2004). En línea con lo apuntado previamente, también puede estar relacionado con la restauración de la sensación de control sobre los eventos de la propia vida, y es asimismo un recurso valioso para el afrontamiento adaptativo de eventos adversos, como los episodios de estigma y discriminación (Aristegui *et al.*, 2017).

Estos resultados refuerzan la evidencia de que el otorgamiento de sentidos más positivos o constructivos al VIH favorece la aceptación del diagnóstico y el ajuste psicológico posterior al promover cambios positivos en los sujetos (Fife, 2005; Sawyer *et al.*, 2010). Como han subrayado Siegel

y Schrimshaw (2000a) y Farber *et al.* (2014), encontrarle un sentido o atribuirle un propósito al evento dentro del curso de la propia vida puede tornarlo más aceptable y promover el CPT. Incluso algunas creencias vinculadas a la responsabilidad y el merecimiento, contrariamente a lo que se esperaría, pueden favorecer el hallazgo de un sentido al diagnóstico de VIH y promover su aceptación, tal como sugieren los resultados de este estudio y de otros (Plattner y Meiring, 2006).

No obstante, es importante destacar que el CPT no implica la ausencia de malestar emocional. De hecho, el CPT es desencadenado por los esfuerzos para afrontar el malestar disparado por el evento traumático o estresante. Es por ello que los individuos pueden atravesar cambios positivos aunque continúen experimentando niveles significativos de emocionalidad negativa en forma simultánea (Tedeschi y Calhoun, 2004; Yu *et al.*, 2017). Si bien los participantes de este estudio refirieron cambios encuadrables dentro del concepto de CPT, también expresaron haber experimentado un malestar emocional intenso como resultado del diagnóstico, lo que ya fue expuesto con anterioridad (Radusky y Mikulic, 2018).

Es necesario reconocer las limitaciones de este estudio. En primer lugar, el método de muestreo por conveniencia puede haber generado sesgos en la selección de los participantes. Por ejemplo, es posible apreciar que los sujetos incluidos en la muestra tenían, en general, un nivel educativo elevado, por lo que no fueron necesariamente representativos de la totalidad de los hombres gays residentes en la citada localidad. El sesgo por deseabilidad social también puede haber influido en las respuestas de los participantes al intentar destacar estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico más adaptativas, mostrando una imagen de sí mismos más positiva ante el entrevistador. De igual manera, hay limitaciones inherentes a la metodología cualitativa elegida. Futuros estudios podrán beneficiarse de llevar a cabo un muestreo que controle en mayor medida la ocurrencia de sesgos, y del uso de múltiples metodologías que combinen los enfoques cualitativo y cuantitativo.

A pesar de lo anterior, estos resultados aportan nueva evidencia sobre los mecanismos que favorecen el CPT en hombres gays con VIH, y con-

tribuyen a llenar el vacío investigativo sobre este tópico en el contexto latinoamericano. La información obtenida muestra que resulta recomendable incorporar componentes que potencien el CPT en las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas dirigidas a la referida población. Los resultados de este trabajo pueden ser útiles para el diseño de intervenciones más focalizadas y ajustadas al identificar las áreas vitales en las que el CPT habitualmente puede ocurrir. La relevancia de este tipo de abordajes más integrales radica en que los cambios positivos que pueden encuadrarse

en el concepto de CPT pueden ser recursos para afrontar efectivamente el estigma y la discriminación por diversos motivos. Asimismo, tales cambios promueven una mayor salud mental al facilitar la aceptación del diagnóstico y el ajuste psicológico posterior. Por este motivo, también pueden favorecer la adherencia al tratamiento antirretroviral, la retención en la atención del VIH y el logro de una carga viral indetectable, lo que mejora la salud física y la calidad de vida de quienes viven con el VIH y reduce la posibilidad de su transmisión a otras personas.

Citación: Radusky, P.D., Zalazar, V. y Arístegui, I. (2022). Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina. *Psicología y Salud*, 32(1), 93-104. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2716>.

REFERENCIAS

- Adams, C., Zacharia, S., Masters, L., Coffey, C. y Catalan, P. (2016). Mental health problems in people living with HIV: Changes in the last two decades: The London experience 1990-2014. *AIDS Care*, 28, 56-59. Doi: 10.1080/09540121.2016.1146211.
- Arístegui, I., Radusky, P.D., Zalazar, V., Lucas, M. y Sued, O. (2017). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gays men and transgender women. *Journal of Health Psychology*, 23(2), 320-331. Doi: 10.1177/1359105317736782.
- ATLAS.Ti (v. 7.5.4) [software] (2015). Recuperado de https://atlasti.cleverbridge.com/74/purl-order?_ga=2.43624933.1185314242.1523370337-1733085140.1523370337.
- Bassett, S.M., Schuette, S.A., O'Dwyer, L.C. y Moskowitz, J.T. (2019). Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychology*, 38(11), 960-974. Doi: 10.1037/hea0000778.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. Doi: 10.1037/0003-066x.59.1.20.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Camargo C., C., Cavassan N., R.V., Tasca K., I., Meneguín, S., Miot, H.A. y Souza, L.R. (2019). Depression and coping are associated with failure of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 35(11-12), 1181-1188. Doi: 10.1089/aid.2019.0050.
- Farber, E.W., Lamis, D.A., Shahane, A.A. y Campos, P.E. (2014). Personal meaning, social support, and perceived stigma in individuals receiving HIV mental health services. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(2), 173-182. Doi: 10.1007/s10880-014-9394-3.
- Federación Argentina LGBT (2019). *Observatorio de crímenes de odio LGBT*. Informe 2019. Recuperado de <https://falgbt.org/crimenes-de-odio/>.
- Fife, B.L. (2005). The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. *Social Science and Medicine*, 61(10), 2132-2143. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.04.026.
- Garrido H., H., Murphy, P.J. y Alonso T., J. (2017). Predictors of resilience and posttraumatic growth among people living with HIV: A longitudinal study. *AIDS and Behavior*, 21(11), 3260-3270. Doi: 10.1007/s10461-017-1870-y.
- Jeffries, W.L., Townsend, E.S., Gelaude, D.J., Torrone, E.A., Gasiorowicz, M. y Bertolli, J. (2015). HIV stigma experienced by young men who have sex with men (MSM) living with HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 27(1), 58-71. Doi: 10.1521/aeap.2015.27.1.58.
- Krasnow, A.N. (2012). El nuevo modelo de matrimonio civil en el derecho argentino. *Revista de Derecho Privado*, 22.
- Ley de Matrimonio Civil (Matrimonio Igualitario) (2010). *Boletín Oficial de la Nación* N° 26.618. Buenos Aires.
- Martin, L. y Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15(1), 125-131. Doi: 10.1007/s10461-008-9498-6.
- Milam, J.E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(11), 2353-2376.

- Milam, J.E. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 817-827. Doi: 10.1037/0022-006X.74.5.817.
- Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, N°36. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf.
- Murphy, P.J. y Hevey, D. (2013). The relationship between internalised HIV-related stigma and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior, 17*(5), 1809-1818. Doi: 10.1007/s10461-013-0482-4.
- Nightingale, V.R., Sher, T.G. y Hansen, N.B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 23*(4), 452-460. Doi: 10.1002/jts.20554.
- Park, C.L. (2013). The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *Bulletin of the European Health Psychology Society, 15*(2), 40-47. Recuperado de <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/ehp.v15.i2.p40/1041>.
- Plattner, I.E. y Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS Care, 18*(3), 241-245. Doi: 10.1080/09540120500456227.
- Radusky, P.D. y Mikulic, I.M. (2018). Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones, 25*, 107-116.
- Radusky, P.D. y Mikulic, I.M. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el VIH en varones con orientación homosexual. *Salud y Sociedad, 10*(2), 110-127. Doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. Doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W. y Firląg-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals. *AIDS Care, 28*(11), 1411-1415. Doi: 10.1080/09540121.2016.1182615.
- Sawyer, A., Ayers, S. y Field, A.P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 436-447. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.02.004.
- Siegel, K. y Schrimshaw, E.W. (2000a). Coping with negative emotions: The cognitive strategies of HIV-infected gays/bisexual men. *Journal of Health Psychology, 5*(4), 517-530. Doi: 10.1177/135910530000500409.
- Siegel, K. y Schrimshaw, E.W. (2000b). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science and Medicine, 51*(10), 1543-1554. Doi: 10.1016/S0277-9536(00)00144-1.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. Doi: 10.1207/s15327965pli1501.
- Theuninck, A.C., Lake, N. y Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs, 24*(8), 485-491. Doi: 10.1089/apc.2009.0231.
- Wang, Z., Wu, X., Lau, J.T.F., Mo, P.K.H., Mak, W.W.S., Wang, X., Yang, X., Gross, D. y Jiang, H. (2017). Prevalence of and factors associated with unprotected anal intercourse with regular and nonregular male sexual partners among newly diagnosed HIV-positive men who have sex with men in China. *HIV Medicine, 18*(9), 635-646. Doi: 10.1111/hiv.12500.
- Willie, T.C., Overstreet, N.M., Peasant, C., Kershaw, T., Sikkema, K.J. y Hansen, N.B. (2016). Anxiety and depressive symptoms among people living with HIV and childhood sexual abuse: The role of shame and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior, 20*(8), 1609-1620. Doi: 10.1007/s10461-016-1298-9.
- Yan, H., Li, X., Li, J., Wang, W., Yang, Y., Yao, X., Yang, N. y Li, S. (2019). Association between perceived HIV stigma, social support, resilience, self-esteem, and depressive symptoms among HIV-positive men who have sex with men (MSM) in Nanjing, China. *AIDS Care, 31*(9), 1069-1076. Doi: 10.1080/09540121.2019.1601677.
- Yu, N.X., Chen, L., Ye, Z., Li, X. y Lin, D. (2017). Impacts of making sense of adversity on depression, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among a sample of mainly newly diagnosed HIV-positive Chinese young homosexual men: the mediating role of resilience. *AIDS Care, 29*(1), 79-85. Doi: 10.1080/09540121.2016.1210073.

Salud mental en niños y adolescentes: un estudio exploratorio basado en la atención plena compasiva

Mental health in children and adolescents: An exploratory study based in compassionate mindfulness

Tanya María Fragoso y Ana Moreno Coutiño

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Tanya María Fragoso, tabou_kire@hotmail.com.

RESUMEN

Se está presenciando en la actualidad una integración masiva de las prácticas meditativas orientales con la teoría y la práctica de la psicología y la psicoterapia. La meditación es utilizada como un instrumento para aliviar el sufrimiento por estrés, tan arraigado en la naturaleza humana. La práctica de la atención plena ha reportado grandes beneficios en distintos padecimientos psíquicos y físicos, ayudando a crear estados de ánimo positivos y promoviendo las actitudes de aproximación, afrontamiento y equilibrio emocional, en lugar de la evitación. Las personas que meditan con regularidad muestran una disposición afectiva positiva, así como una mayor habilidad de afrontamiento de los estados de ánimo negativos. Así, el presente estudio empírico, de carácter cualitativo y cuantitativo, con un diseño preexperimental con un solo grupo tuvo como objetivo conocer el efecto de una intervención basada en la atención plena compasiva en la salud mental de niños y adolescentes de entre 6 y 15 años. Para este propósito, se compararon las evaluaciones previa y posterior a la impartición de un taller. Para el análisis estadístico se llevó a cabo una prueba paramétrica de comparación de dos muestras relacionadas. A lo largo de las sesiones, se pudo observar en los participantes un aumento de la empatía y la compasión hacia sus compañeros. Los principales hallazgos de este estudio fueron las mejorías estadísticamente significativas registradas en la disminución de las alteraciones afectivas, así como de la sintomatología ansiosa. Además, se apreció una tendencia hacia la mejoría en los problemas somáticos, la conducta negativista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros problemas de conducta.

Palabras clave: Niños; Adolescentes; Atención plena; Compasión; Meditación.

ABSTRACT

Currently, there is a massive integration of eastern meditation practices in the theory and practice of psychology and psychotherapy. Meditation is used as an instrument to diminish suffering, so ingrained in human nature. In this context, the practice of Mindfulness has reported great benefits in both mental and physical illnesses. This practice leads to positive states of mind promoting a better approach to them, developing better coping strategies, and promoting emotional balance instead of avoidance. People who meditate regularly develop a positive affective disposition and a better ability to cope with negative mood states. The present study constitutes an empirical investigation of qualitative and quantitative nature which aimed to evaluate the effect of a compassionate mindfulness intervention on the mental health of children and adolescents between 6 and 15 years old.

¹ Facultad de Psicología, Edificio C, Cubículo 230, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, Ciudad de México, México, tel. (55)53-70-73-643, correos electrónicos: tabou_kire@hotmail.com y moca99_99@yahoo.com.



The study assessed participants before and after a workshop through a pre-experimental design with a single group. Data analysis used a parametric test to compare two related samples of students enrolled in the meditation workshop in a non-profit organization. Throughout the sessions, it was possible to observe how participants gradually integrated the concepts and techniques taught. Some participants showed increased empathy and compassion toward their peers and desired to help others understand and continue learning. Some participants reported sharing the workshop experiences at home, teaching their parents or siblings to meditate with the mind jar exercise, and the attention to the breathing technique. Results point toward alternative ways to deal with afflictive emotions and the concomitant overflowing reactions.

Keywords: Children; Teenagers; Mindfulness; Compassion; Meditation.

Recibido: 17/06/2020

Aceptado: 01/10/2020

ANTECEDENTES

Terapias conductuales de tercera generación

Las terapias de la conducta de tercera generación surgieron en la década de 1990, aunque no fue sino hasta 2004 que fueron consideradas plenamente. Su surgimiento se debió a las limitaciones halladas en la terapia cognitivo-conductual, no obstante haber hecho importantes contribuciones en el área clínica (Pérez, 2006).

Las aportaciones destacadas están relacionadas a un replanteamiento contextual de la psicología clínica, que incluye la psicopatología, la evaluación y el tratamiento; tal replanteamiento contextual es importante, ya que el modelo médico en ocasiones es adoptado de manera inadvertida y hasta cierto punto ingenua (Dougher y Hayes, 2000). Otras aportaciones importantes se encuentran en el tratamiento, que tiene como principio terapéutico “el abandono de la lucha contra los síntomas y, en su lugar, la reorientación de la vida” (Moreno, 2012).

Las principales terapias de tercera generación que existen en la actualidad son la psicoterapia analítica funcional, la terapia de aceptación y com-

promiso (ACT), la de conducta dialéctica (DBT), la terapia conductual integrada de pareja, la de activación conductual, la de reducción de estrés basada en atención plena (REBAP, MBSR) y la terapia cognitiva basada en estar atento para el trastorno de ansiedad generalizada (MBCT) (Moreno, 2012). Estas terapias no ponen demasiado énfasis en los síntomas del sujeto; antes bien, pretenden modificar su experiencia subjetiva y la conciencia de ella, de tal modo que los síntomas le resulten al sujeto exagerados u obsoletos (Finucane y Mercer, 2006). De manera particular, las terapias basadas en la atención plena han sido evaluadas en diversas poblaciones con distintos trastornos del estado de ánimo.

Mindfulness es la acepción inglesa de los conceptos en español “atención plena”, “presencia plena” o “conciencia plena”. Con ella, se trata de prestar atención intencionalmente a la experiencia propia, de momento a momento, aceptándola sin juzgarla, y desarrollando con ello una perspectiva nueva acerca de los pensamientos y sentimientos, por los que se les reconoce como eventos mentales y no como aspectos estables del ser o reflejos exactos de la realidad (Kabat-Zin, 1990).

Evidencias de la atención plena

Los avances en los métodos para estudiar el cerebro humano, así como las técnicas de neuroimagen y procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, han permitido el estudio de los procesos neurobiológicos con un alto nivel de precisión (Moreno, 2008). Gracias a esto, ya es posible saber lo que sucede en el cerebro humano cuando se practica regularmente la atención plena. Tal práctica ha resultado efectiva en lo que respecta al equilibrio emocional debido a que ayuda a crear estados de ánimo positivos y promover las actitudes de aproximación y afrontamiento en lugar de las de evitación, utilizadas comúnmente en las terapias de primera y segunda generación.

Los efectos que tiene la atención plena en la actividad cerebral se han relacionado con el estado de ánimo del individuo, llamándolo disposición afectiva. Davidson *et al.* (2003) llegaron a la conclusión de que las personas que meditan con regularidad, al ser comparadas con las que no lo

hacen, manifiestan un incremento mayor de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, las cuales están relacionadas con una disposición afectiva positiva (Simón, 2007). Dichos resultados deben interpretarse con base en las investigaciones que afirman la relación entre los estados afectivos positivos y el predominio de la activación cerebral anterior izquierda, y en el caso de los estados emocionales negativos, con el de la activación cerebral anterior derecha (Davidson *et al.*, 2003).

La activación cerebral anterior izquierda se ha asociado asimismo con una mayor habilidad de afrontamiento ante los estados de ánimo negativos, así como con la disminución de este tipo de afectos, demostrado en los estudios de Sutton y Davidson (1997), Davidson e Irwin, (1999), Tomarken *et al.* (1990), entre otros (*cf.* Simón, 2007).

Otro descubrimiento ha sido la influencia de la práctica de la atención plena en los mecanismos inmunitarios, gracias al cual se concluyó que la meditación potencia la producción de anticuerpos debido a que uno de los mecanismos por los que el estrés ejerce su mecanismo negativo sobre la salud es a través del aumento del cortisol y de sus consiguientes efectos inmunodepresores. Por ello, es probable que los efectos positivos de la práctica de la meditación sobre la inmunidad estén causados por la disminución de la secreción de cortisol en respuesta al estrés (Simon, 2007).

Por otro lado, en el decenio de 1990 un grupo de investigadores italianos (Fadiga, Gallese y Fogassi, 1996; Rizzolatti y Arbib, 1998) hallaron que en la corteza premotora de monos se activaban cierto tipo de neuronas al realizar una acción, pero también cuando un animal observaba a otros ejecutando la misma tarea, a las que se denominó “neuronas espejo”. Gracias a estas redes neuronales en espejo es que se pueden entender mejor las emociones del otro y la simulación posterior. La simple observación de las acciones de otros seres vivos permite inferir, además de sus intenciones, los estados emocionales que las sustentan (Moreno, 2008).

Los mecanismos que generalmente se encargan de sustentar las experiencias de sincronización y resonancia con otras personas (empatía y compasión) en la práctica de la atención plena,

se vuelven además sobre el individuo para desarrollar una relación de amor sin temor a la propia experiencia. Siegel (2001) afirma que la atención plena promueve las relaciones sanas a partir de la mayor empatía aumentada, el equilibrio emocional, la flexibilidad de respuestas y la predisposición a la aproximación. Y así, gracias a la práctica se generan valores como la empatía, la comprensión, el amor y la compasión en nuestra propia experiencia. Esta es la hipótesis de autoempatía o de sincronización interna a la que llegó Siegel en 2007 (*cf.* Simón, 2007).

Se ha comprobado también que las áreas cerebrales activadas por la empatía y la compasión son muy distintas; en la primera, al nutrir el dolor del otro, se experimentan también sus emociones aflitivas y la ya citada resonancia empática; cuando esto se repite muchas veces puede producir dolor, agotamiento emocional y un sentimiento de desamparo, como es el caso del *burnout*, también conocido como “síndrome del profesional quemado”; en muchas ocasiones, aun cuando las emociones son positivas, se pueden generar actitudes sectarias mediante la empatía. Pero cuando se medita sobre la compasión y el amor altruista se está ante la posibilidad de desarrollar emociones positivas, lo que refuerza el ánimo, el equilibrio interior y la determinación, valiente y afectuosa, de ayudar a los que sufren. En esencia, el amor y la compasión no generan fatiga ni desgaste, sino que, por el contrario, ayudan a superarlos y a repararlos (Ricard, 2014).

La terapia cognitiva basada en la atención plena ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con depresión crónica (Teasdale *et al.*, 2000), trastornos de personalidad (Linehan *et al.*, 2006; Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul y Van Den Brink, 2005), abuso de sustancias (Davis, Fleming, Bonus y Baker, 2007; Van den Bosch *et al.*, 2005), cáncer (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2004; Tacón *et al.*, 2004), dolor crónico (Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe y Schorling, 2005; Sagula y Rice, 2004), entre otros. De igual manera, distintos estudios controlados aleatorizados han comprobado el efecto positivo de la práctica de la *mindfulness based stress reduction* (MBSR) en poblaciones no clínicas (Pérez y Botella, 2006).

Aplicación de la atención plena en la población infantil y adolescente

En las últimas décadas, la investigación sobre la atención plena se ha centrado principalmente en poblaciones adultas; sin embargo, también se han desarrollado intervenciones que han hecho un esfuerzo por adaptar los programas a la población infantil y adolescente (Black y Fernando, 2014; Hennelly, 2011; Lau y Hue, 2011), como el Mindfulness-based Kindness Curriculum (KC) (Flook, Goldberg, Pinger y Davidson, 2014), el Mindful School (MS) (Black y Fernando, 2013), el programa MYmind (Haydick *et al.*, 2013), el Mind UP integrado en un programa de aprendizaje social y emocional SEL (Schonert-Reichl *et al.*, 2015), el programa Inner Kids (Kaiser, 2010; *cf.* Casado y Caballo 2015), el Mindfulness in Schools Project's MiSP (Hennelly, 2011; Huppert y Johnsons 2010), el programa de Educación en Mindfulness ME (Schonert-Reichl y Lawlor, 2015) y el Master Mind (Parker, Kupersmidt, Mathis, Scull y Sims, 2014).

Por otro lado, en la literatura internacional se hallan diversos estudios epidemiológicos que señalan que los trastornos con mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia son los de ansiedad (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Essau, Conradt y Petermann, 2000; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney y Bogie, 2001), en que las tasas van de 2.6% a 41.2%. Se ha documentado que dichos trastornos pueden comenzar en la niñez (hasta 75%), hacia los 11 años de edad, siguiendo un curso de deterioro en la adolescencia y la adultez, y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento. Su comorbilidad con la depresión se calcula entre 30 y 60% (Essau, Conradt y Petermann, 2000), lo que constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y que deja muy clara la necesidad de generar intervenciones efectivas para el manejo de la sintomatología ansiosa desde esa etapa de la vida.

En México, las investigaciones desarrolladas en torno a las intervenciones basadas en la atención plena son aún incipientes, y más aún en me-

nores de edad, a pesar de la gran relevancia que las mismas han alcanzado en muchos otros países como alternativa psicológica para el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión en los últimos años. Por tal motivo, resulta necesario evaluar este tipo de intervenciones en los niños y adolescentes mexicanos, por lo que la presente investigación, con un diseño preexperimental, con evaluación pre-post, sin grupo de comparación (Campbell y Stanley, 2005), se planteó con la intención de conocer el efecto de una intervención basada en atención plena compasiva (APC en lo sucesivo) sobre los problemas físicos, escolares, sociales y emocionales de niños y adolescentes, comparando las evaluaciones previa y posterior a la intervención, consistente en un taller basado en la atención plena compasiva que contribuya a la disminución de aquellos entre la mencionada población, y asimismo evaluar si la intervención basada en APC disminuye tal problemática de una forma estadísticamente significativa.

MÉTODO

Participantes

La selección de los participantes fue intencional y se realizó con los alumnos que se inscribieron al “Taller de atención plena compasiva para niños y adolescentes” en la organización privada Integritat, dedicada al apoyo a niños en situación de calle o de escasos recursos. A este efecto, se organizó una sesión informativa de los talleres que se impartirían en las instalaciones de la institución. Los padres de los niños que asistieron ($n = 30$) fueron invitados a que sus hijos participaran en el taller. Las características de los participantes que se reportan en este estudio son las que se muestran en la Tabla 1.

Para garantizar los resultados válidos y confiables de la intervención, los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 6 y 15 años de edad, estar inscritos en el “Taller de atención plena compasiva” en Integritat, haber recibido el consentimiento informado

Tabla 1. Datos descriptivos de los participantes.

Sexo	Cantidad	Edad en años	%	Escolaridad	%
Mujeres	9	6-9	60	1° - 20 Primaria	26.66
Hombres	6	10-12	20	30 - 40 Primaria	40.00
Total	15	13-15	20	10 – 3° Secundaria	33.33
		n = 15	100	n = 15	100.00

de sus padres o tutores, establecer el compromiso para participar en todas las sesiones del taller y responder las evaluaciones previas y posteriores a la intervención. Se excluyó a todos aquellos que no desearan participar en el mismo, abandonar el taller o incumplieran cualquiera de las dos evaluaciones requeridas.

Variable independiente

Taller basado en la APC para niños y adolescentes de 6 a 15 años.

Definición conceptual. La atención plena compasiva se refiere a la conciencia que surge a través de prestar atención propositivamente al momento presente, sin juzgar la experiencia y generando acciones motivadas en la aspiración de liberarse a uno mismo y a los demás del sufrimiento.

Definición operacional. El taller basado en la atención plena compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años es de modalidad grupal, que se imparte en ocho sesiones de 50 minutos cada una, en el cual los participantes aprenden, mediante dinámicas y diversas técnicas de meditación, cómo mantener su atención en el presente, manejar sus emociones, cultivar la atención, la concentración, las emociones positivas y la compasión.

Variables dependientes

Salud mental

Definición conceptual. La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de *bienestar mental* incluido en la siguiente definición: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Definición operacional. Puntuación obtenida en el Cuestionario de Comportamiento Infantil

de 6 a 18 años (*Child Behavior Checklist, CBCL 6-18*), que es una de las listas de síntomas más usadas para evaluar la psicopatología más común en dicha población y presente en los últimos seis meses (*cf.* Verhulst, Koot y Van der Ende, 1992). Las dimensiones que explora el CBCL incluyen las escalas orientadas a los problemas afectivos, de ansiedad, de conducta, somáticos y relacionados con el TDAH.

Instrumentos

Cuestionario de Comportamiento Infantil de 6 a 18 años (CBCL 6-18) (Achenbach y Rescorla, 2000).

Esta escala se compone de seis subescalas basadas en el DSM-V que evalúan los niveles de problemas somáticos, afectivos, de ansiedad, de conducta, TDAH, trastorno negativista desafiante y está validada en población mexicana por Albores *et al.* (2007). La consistencia interna de la escala se examinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach para todas las subescalas, considerándose buenos los valores de 0.61 a 0.79, y excelentes los iguales o superiores a 0.80.

Procedimiento

La asignación de los participantes se realizó de un modo no aleatorio con el grupo de alumnos inscritos en el Taller de Meditación de la Asociación Integritat, por lo que el estudio fue de carácter exploratorio.

Sesión informativa

La sesión informativa tuvo una duración de 30 minutos y se llevó a cabo grupalmente una semana antes de empezar la intervención. En ella se explicó a los 25 interesados el objetivo del taller, quienes fueron registrados, y después se les entregó

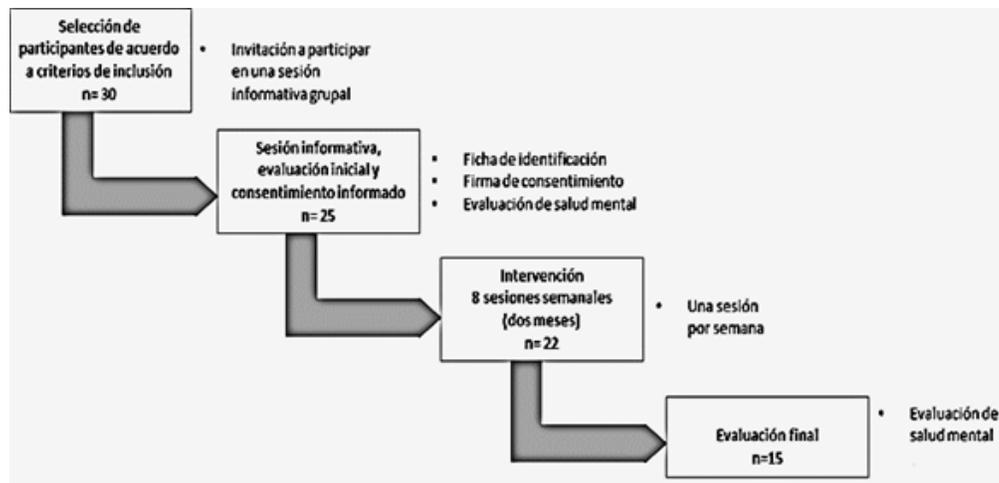
una ficha de identificación, junto con el Cuestionario de Comportamiento Infantil (CBCL) para ser contestados en casa.

Intervención

El taller se aplicó en modalidad grupal, en el cual, mediante dinámicas y diversas técnicas de mediación, los niños aprenden a manejar sus emocio-

nes, cultivar la concentración y la atención plena compasiva, promoviendo el pensamiento reflexivo. El taller consta de ocho sesiones, cada una con una duración de 50 minutos una vez por semana. Las sesiones fueron impartidas en un aula de las instalaciones de Integritat por dos psicólogas previamente capacitadas en el modelo de atención plena compasiva.

El proceso del estudio fue el siguiente:



Las sesiones tuvieron los siguientes objetivos:

Sesión 1. Reconocer las propias virtudes para así fortalecerlas y aprender a reconocerlas en los demás mediante la reflexión y de una actividad llamada “Flor de loto”.

Sesión 2. Conocer la naturaleza de la mente. Identificar cómo es que surgen en ella todos los eventos mentales (emociones, sensaciones, percepciones, pensamientos, imágenes, recuerdos, etc.), cómo se manifiestan y las consecuencias de familiarizarse con ellos.

Sesión 3. Reflexionar sobre los beneficios de entrenar la mente para que esté serena. Se enseñará la técnica de meditación con apoyo en un objeto, guiando para experimentar la diferencia que existe en la percepción de las cosas y situaciones cuando la mente está en paz y no agitada.

Sesión 4. Desarrollar en los participantes la conciencia corporal y ayudarlos a desarrollar su atención y concentración.

Sesión 5. A través de un cuento que relata una escena de la infancia del Buda Siddhartha Gauta-

ma, invitar a los participantes a reflexionar y meditar sobre el significado de la compasión y la interdependencia.

Sesión 6. Analizar cómo todas las acciones y situaciones tienen causas y consecuencias.

Sesión 7. Practicar la meditación en movimiento través de un paseo lento y silencioso, llevando toda la atención a los diferentes momentos de la caminata e intentando llevarla a cabo lo más lentamente posible estando consciente de cada movimiento.

Sesión 8. Realizar una meditación guiada que ayuda para la comprensión de la interdependencia que existe entre todos los fenómenos. Para esta última sesión se sugirió a los participantes que se pusieran de acuerdo entre ellos para repetir algunas de las actividades cumplidas a lo largo del taller.

En el transcurso de las sesiones se les enseñó a realizar meditaciones de manera gradual a lo largo de la semana, dejándoles como tarea ciertas actividades para hacer en casa, con el fin de que fueran familiarizándose con las técnicas y refor-

zando los conocimientos. En un primer momento, el grupo quedó conformado por veinticinco niños, aunque después tres de ellos se dieron de baja por diversas razones durante el taller.

Evaluaciones postintervención

Tras concluir la última sesión de la intervención, se les pidió a los padres que les ayudaran a los niños y adolescentes a contestar el Cuestionario de Comportamiento Infantil. Solo quince de los participantes entregaron la evaluación completa, por lo que para el análisis estadístico del presente estudio se consideraron únicamente a estos.

Análisis estadístico

De manera inicial se efectuó una descripción general de la muestra a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Luego, se analizaron

las diferencias entre las dos evaluaciones sobre cada una de las variables dependientes aplicándose la *t* de Student para comparar las medias de la evaluación previa al taller y la posterior.

RESULTADOS

En la Gráfica 1 se muestran las medias de los puntajes del CBCL obtenidos en la evaluación previa ($\bar{x} = 16.91$) y posterior al taller ($\bar{x} = 14.14$). Al analizar los datos mediante la prueba *t* de Student se registró una disminución significativa tanto de los problemas afectivos ($t [10] = 2.622, p < 0.05$) como en los de ansiedad ($t [10] = 2.292, p < 0.05$). Los puntajes obtenidos en estas dos variables antes y después del taller se encuentran en un rango normal; es decir, los síntomas mostrados por los niños eran los esperados para su edad, por lo que no correspondían a un nivel clínico.

Gráfica 1. Puntajes obtenidos antes y después del taller. El inciso (*) indica los problemas en los que se registró un cambio significativo: problemas afectivos y problemas de ansiedad.



Con tales resultados es posible concluir que se confirmó la hipótesis de que existen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y la evaluación realizada al finalizar el Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años sobre su salud mental.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este trabajo fue la mejora estadísticamente significativa de los proble-

mas afectivos y los de ansiedad registrada en los puntajes previos y posteriores al taller. Al mismo tiempo, se observó una tendencia a la mejoría, aunque no estadísticamente significativa, relativa a los problemas de conducta, somáticos, negativistas y asociados al TDAH.

Una posible explicación de por qué no se registró una diferencia significativa al evaluar a los participantes es que sus edades eran muy diversas, por lo que las dinámicas y actividades no tuvieron el mismo efecto en todos ellos. También se puede inferir que el número de sesiones no fue suficiente

para lograr desarrollar un cambio evidente, y que los beneficios de la intervención no pudieron ser correctamente discriminados mediante la prueba utilizada.

Lo anterior resulta particularmente relevante debido a que los problemas asociados al estado de ánimo se encuentran estrechamente vinculados al desarrollo de diversos padecimientos que surgen durante la niñez y la adolescencia, al igual que la aparición de ciertos trastornos de la personalidad en la edad adulta. Por ejemplo, se ha visto que la impulsividad y la falta de autocontrol presentes en la infancia pueden generar conductas antisociales o delictivas en la edad adulta; asimismo, a la reactividad psicofisiológica e hipersensibilidad al estrés en la infancia se les ha relacionado con la aparición de trastornos afectivos en la adultez. Ofrecer a los niños y jóvenes espacios en los que aprendan a manejar sus emociones resulta, pues, una tarea insoslayable para la prevención de tal tipo de trastornos.

A manera de evaluación cualitativa general de la retroalimentación brindada por los participantes del taller, resulta importante mencionar que tanto los niños como los padres de familia se acercaron a los terapeutas durante y al finalizar el mismo para expresar su interés por las técnicas aprendidas y agradecer el beneficio que les habían brindado en sus diversas experiencias.

Al comparar los resultados de esta investigación con los de estudios previos sobre atención plena compasiva, se puede observar una similitud en el decremento significativo del malestar y la regulación emocional de los participantes (Casado y Caballo, 2015; Crescentini, Capurso, Furlan y Fabbro, 2016, entre otros). La práctica regular de estas actividades a lo largo de nueve semanas parece aumentar la sensación de bienestar referida por los participantes.

Los resultados de la puesta en práctica de los programas de atención plena en entornos escolares muestran que la corta duración de los talleres, así como la brevedad en los tiempos dedicados a la práctica y las reflexiones, impiden que los par-

ticipantes obtengan resultados a largo plazo; por lo tanto, podrían considerarse dichos programas como una herramienta introductoria para aquellos que, tras conocer sus bases, deseen practicarla y ahondar en ella más adelante (Burnett, Cullen y O'Neill, 2011). Conseguir un estado de bienestar es un trabajo complejo que requiere de disciplina y constancia en la práctica, por lo que un curso introductorio de algunas semanas es insuficiente (Burnett, 2010). Por lo tanto, se propone perfeccionar dichos programas educando y fomentando la duración de la práctica en el tiempo, así como gestionar con las instituciones los espacios para la supervisión y evaluación de la práctica a largo plazo. Para este propósito resulta imprescindible la formación adecuada del profesorado y de las autoridades educativas para promover y facilitar la práctica de manera cotidiana en las instituciones (Greenberg y Harris, 2012).

Para lograr tener sociedades más sanas, resulta fundamental tener en mente que la implementación de programas de atención plena en las escuelas proporciona a los alumnos una manera de combatir el estrés en un mundo complejo, teniendo como objetivo principal su desarrollo personal y la creación de una sociedad con mayor bienestar (López, 2016).

Por último, sería deseable evaluar este taller en poblaciones delimitadas por grupos de edad homogéneos a fin de capturar la atención de los participantes con actividades mejor adaptadas a sus edades e intereses, favoreciendo así la obtención de los objetivos propuestos. En lo que respecta a las evaluaciones, resultaría importante utilizar instrumentos menos extensos para facilitar su entrega en tiempo y forma.

A pesar de las limitaciones expuestas, los resultados positivos obtenidos sugieren que el Taller de Atención Plena Compasiva puede ser apropiado para mejorar la regulación emocional de los alumnos, así como para ayudarles a manejar la ansiedad y las situaciones difíciles que viven a diario, para que así las nuevas generaciones sean más sanas y felices.

Citación: Fragoso, T.M. y Moreno C., A. (2021). Salud mental en niños y adolescentes: un estudio exploratorio basado en la atención plena compasiva. *Psicología y Salud*, 32(1), 105-114. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2717>.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Albores, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J., Pérez, A. y Villanueva, G. (2007). Validez y confiabilidad del CBCL/6-18. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- Black, D.S. y Fernando, R. (2014). Mindfulness training and classroom behavior among lower-income and ethnic minority. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1242-1246. Doi: 10.1007/s10826-013-9784-4.
- Burnett, R. (2010). Mindfulness in schools, learning lessons from the adults – secular and Buddhist. *Buddhist Studies Review*, 28(1), 79-120.
- Burnett, R., Cullen, C. y O’Neill, C. (2011). Mindfulness in Schools Projects. *National Library of Medicine*, 39(4), 409-414.
- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (2005). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K.D. y Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction to quality of life, mood, and symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474.
- Casado S., P. y Caballo E., C. (2015). *Mindfulness en la infancia y la adolescencia*. Salamanca (España): Universidad de Salamanca.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 37-44.
- Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S. y Fabbro, F. (2016). Mindfulness-oriented meditation for primary school children: effects on attention and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 7(7), 805.
- Davidson, R. Kabat-Zinn, J., Schumacher, Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Davis, J., Fleming, M., Bonus, K. y Baker, T.B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 25, 7:2. Doi: 10.1186/1472-6882-7-2.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). *Clinical behavior analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Essau, C.A., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279. Doi: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0.
- Fadiga, L., Gallese, V. y Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive & Brain Research*, 3(2), 131-141.
- Finucane, A. y Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(14), 1-14.
- Flook, L., Goldberg, S.B., Pinger, L. y Davidson, R.J. (2014). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*, 50(1), 44-51.
- Hennelly, S. (2011). *The immediate and sustained effect of the mindfulness programmed on adolescents social and emotional well-being and academic functioning*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Huppert, F.A. y Johnson, D.M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools, the importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 264-274.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. London: Delta.
- Kaiser, G.S. (2010). *El niño atento: Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lau, N.S. y Hue, M.T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: Well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children’s Spirituality*, 16(4), 315-330.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behavior and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- López H., L. (2016). Técnicas Mindfulness en centros educativos. Desarrollo académico y personal de sus participantes. *Revista Española de Orientación y Psicopatología*, 27(1), 134-146.
- Moreno C., A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención Plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-18. Doi: 10.33670/18181023.v12i01.66.

- Moreno, N. (2008). *La práctica del mindfulness (Atención plena)*. Andalucía (España): Centro de Psicología Clínica Nicolás Moreno. Recuperado de: http://www.nicolasmorenopsicologo.com/tratamientos/centro_articulos.htm.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Definición de adolescencia)*. Ginebra: OMS.
- Parker, A.E., Kupersmidt, J.B., Mathis, E.T., Scull, T.M., y Sims, C. (2014). The impact of mindfulness education on elementary school students: Evaluation of the Master Mind program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 7(3), 184-204.
- Pérez Á., M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M.A. y Botella, L. (2006). Consciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 77-120.
- Plews-Ogan, M., Owens, J.E., Goodman, M., Wolfe, P. y Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12), 1136-1138.
- Ricard, M. (2014). *El defensa del altruismo*. Barcelona: Urano.
- Rizzolatti, G. y Arbib, M. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21, 188-194. Doi: 10.1016/S0166-2236(98)01260-0.
- Sagula, D. y Rice, K.G. (2004). The effectiveness of Mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 333-341.
- Schonert-Reichl, K.A., Oberle, E., Lawlor, M.S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T.F. y Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 51(1), 52-66.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94.
- Siegel, D.J. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton & Co.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 5-30.
- Sutton, S.K. y Davidson, R.J. (1997). Prefrontal brain asymmetry: a biological substrate of the behavioral approach and inhibition systems. *Psychological Science*, 8(3), 204-210.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. y Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R. y Van Den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.
- Verhulst, F.C. Koot, H.M. y Van der Ende, J. (1992). Valor predictivo diferencial de los informes de padres y docentes sobre conductas problemáticas de los niños: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Infantil Anormal*, 22, 531-546.

Creencias sobre las drogas: diferencias según su consumo en adolescentes

Beliefs about drugs: Differences according to own consumption by adolescents

Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza, Carla Mendoza Trejo, Diana Isabel López Rodríguez y Verónica Alexandra Molina Coloma

Universidad Autónoma de Coahuila¹

Autor para correspondencia: Bárbara Pérez Pedraza, barbara_perez@uadec.edu.mx.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa vulnerable en la que se inicia en el consumo de drogas. El objetivo del presente estudio comparativo fue contrastar las creencias y actitudes que tienen los adolescentes sobre las drogas, cuyo consumo es nulo o moderado; así como aquellos que realizan un consumo abusivo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Mediante un muestreo por conveniencia, se seleccionó a 50 participantes que reportaron un abuso de drogas, y otra de 51 participantes que afirmaron tener un consumo nulo o moderado, a los que se les aplicó el Cuestionario sobre Percepción de Riesgo de los Adolescentes hacia el Consumo de Drogas Legales e Ilegales. Los resultados indican que quienes se exceden en las drogas puntuaron más alto en creencias tales como que consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien y provoca problemas escolares y laborales, comparados con los de los adolescentes con un consumo nulo o moderado. Se destaca la importancia de llevar a cabo intervenciones para la desnaturalización del uso de las drogas, de manera que los adolescentes comprendan cuándo su uso se convierte en abuso.

Palabras clave: Abuso de drogas; Actitudes; Creencias; Uso de drogas; Adolescentes.

ABSTRACT

Adolescence is a vulnerable stage in which drug use begins. The objective of this study was to compare beliefs and attitudes about drugs in adolescents with no or moderate consumption and those abusing tobacco, alcohol, or illegal drugs. A total of 50 participants scored with abusive drug use. A sample of 51 participants who scored with zero or moderate consumption was selected by convenience sampling. Participants responded to the Risk Perception Questionnaire of Adolescents towards the Use of Legal and Illegal Drugs. The results indicate that those who abuse drugs scored higher in beliefs such as that consuming alcoholic beverages helps have a good time but causes school and work problems, compared to the beliefs of adolescents with zero or moderate consumption. Results underline the importance of interventions against perceiving drug use as natural, so adolescents understand when its use becomes abuse.

Key words: Drugs abuse; Attitudes; Beliefs; Drug use; Adolescents.

¹ Facultad de Psicología, Blvd. V. Carranza s/n, Col. República Oriente, 25280 Saltillo, Coah., México, tel. (844)438-16-00, correos electrónicos: barbara_perez@uadec.edu.mx, carlasmdz96@gmail.com, diana_lopez@uadec.edu.mx y molina@uadec.edu.mx.



Recibido: 19/06/2020

Aceptado: 07/10/2020

La última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2017) muestra que de 2011 a 2017 hubo un aumento en el consumo excesivo o abuso de estas drogas, mientras que el consumo esporádico o controlado tanto de drogas legales como ilegales se mantuvo estable entre los adolescentes de 12 a 17 años, lo que hace de esta población un grupo vulnerable para el desarrollo de adicciones y otros problemas de salud física y mental.

A este respecto, se sabe que los adolescentes presentan una grave problemática, pues según los resultados de Villatoro *et al.* (2016), 30.4% de adolescentes han consumido tabaco alguna vez en el paso de la secundaria a la preparatoria, siendo la edad promedio de inicio de esta sustancia los 13.4 años. De ellos, 53.2% ha bebido alcohol, y 14.5% lo ha hecho en exceso. El consumo de drogas alguna vez fue de 17.2%, siendo las drogas de preferencia la marihuana (10.6%), los inhalables (5.8%) y la cocaína (3.3%).

Hoy en día se sabe que las adicciones son de origen multifactorial y que en el uso y abuso de drogas intervienen diversos elementos físicos, sociales, culturales e intrapersonales (Loor, Hidalgo, Macías, García y Srich, 2018); sin embargo, algunas investigaciones recientes se han centrado en las creencias y las actitudes que tienen los adolescentes sobre las drogas ya que han demostrado actuar como factores de riesgo para su mayor consumo (DiBello, Miller y Carey, 2019; Fox *et al.* 2017; Martínez, Vilar, Lozano y Verdejo, 2018).

De acuerdo con la teoría de la acción razonada, las actitudes y las creencias están íntimamente relacionadas, de manera que estas últimas se conforman en función a la asociación entre una conducta determinada y los posibles resultados de ejecutarla, los que pueden ser evaluados como buenos o malos. Así, las creencias dan origen a una actitud, es decir, la intención de llevar a cabo una conducta, la que puede ser positiva, negativa o neutral (Ajzen y Fishbein, 1980; *cf.* también Rodríguez, 2007).

Las creencias dependen del entorno; por ejemplo, en el caso del consumo de drogas, se observa que en la etapa de la adolescencia los jóvenes tienden a imitar a sus pares con la finalidad de crear un nuevo vínculo y así lograr pertenecer a un grupo determinado; en ocasiones, para ser aceptados, toman los valores y reglas establecidas dentro de estos grupos, que frecuentemente transmiten información errónea sobre el consumo de drogas.

Se han efectuado diferentes estudios para explicar lo que ocurre con las personas que las utilizan repetidamente con el propósito de comprender las creencias acerca de su consumo. Así, en una investigación de Martínez *et al.* (2018) hecha para evaluar las creencias nucleares sobre el consumo de drogas y el *craving*², se encontró que las principales ideas que aparecen se agrupan así: lo que la persona cree que no podrá hacer en ausencia del efecto de la sustancia; la falta de renuncia al consumo, que gira en torno a la intención de volver a consumir; las condiciones que deberían darse para tomar la decisión de volver a consumir, y el propio consumo, que les permite sentirse bien consigo mismos y desarrollar sus potencialidades.

En su estudio con adolescentes, Fox *et al.* (2017) hallaron que algunas de las creencias que se tienen respecto al abuso de las drogas es que muchas de estas vienen adulteradas, que es difícil encontrar una dosis apropiada, y que las personas que abusan de estas no deberían tomar decisiones, entre otras creencias relacionadas al riesgo de neurotoxicidad. No obstante, los adolescentes que abusan de las drogas creen que les sirven para divertirse y “pasarla bien”, para escapar o librarse de experiencias traumáticas, y para despertar o darse un trago de energía para calmar el dolor emocional.

Algunas personas creen que el consumo de sustancias ilegales les ayuda a mejorar su desempeño sexual y a interactuar más abiertamente con sus pares (Evers, Geraets, Van Liere, Hoebe y Dukers-

² Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo y Sitjas (2004) señalan que “La Organización Mundial de la Salud, en 1955, englobó dentro del paraguas del *craving* las siguientes conductas: recaída, establecimiento de un uso excesivo de droga, pérdida de control y consumo diario excesivo. Así, propuso que el deseo o *craving* explicaba el consumo que aparecía de la necesidad psicológica y física, y de la necesidad de eliminar la abstinencia”.

Muijrrers, 2020; Fox *et al.*, 2017). En efecto, numerosos adolescentes y adultos consideran que el uso de sustancias psicoactivas ayuda a potenciar la experiencia sexual y a desinhibir la conducta, por lo que consideran que les ayuda a socializar en situaciones en las que generalmente no podrían.

Hay otro tipo de creencias que subyacen al consumo de drogas, como lo son las religiosas y las educativas; de hecho, se ha encontrado que las creencias religiosas suelen estar relacionadas con el tipo de drogas que se consumen, siendo el alcohol la droga que aceptan más las personas con creencias cristianas (Thorens *et al.*, 2016), así como que, aun cuando se considere que se ha recibido un adecuado conocimiento sobre las drogas y sus consecuencias, el consumo de alcohol, tabaco y marihuana sigue ocurriendo (De Souza, Cardoso, Marcolan, Vieira y Santos, 2018).

En México, se ha encontrado que algunas de las creencias respecto al consumo de las drogas están relacionadas con la cultura del narcotráfico, pues en el discurso de adolescentes y jóvenes se halla que la conceptualización positiva del narcotráfico como medio y estilo de vida propicia una concepción naturalizada del consumo de las drogas, las que se utilizan para encajar en la sociedad y tener una mejor posición social al venderlas y consumirlas (Barrera y Hernández, 2019).

Las creencias y actitudes respecto a las drogas están sumamente influidas por la percepción de ciertos elementos protectores y de riesgo; por ejemplo, se ha detectado como un factor de protección ante las drogas la satisfacción de las necesidades de disfrute asociadas, como la risa, el canto y el baile, que se producen en la interacción social, o la ejecución de actividades recreativas y físicas. Por otro lado, son factores de riesgo no cumplir con las necesidades de afecto, destacando el factor interrelacional y social como una influencia en las creencias sobre las drogas, así como las relaciones familiares rígidas o desligadas, los vínculos con amistades que consumen drogas y un pobre nivel educativo (Hernández, Fernández, Zapata, Crespo y González, 2019; Ortiz y Ortiz, 2018).

Las creencias que tienen los hombres y mujeres respecto a los factores de riesgo en el consumo de drogas son similares. Herruzo, Lucena,

Ruiz, Raya y Pino (2016), por ejemplo, detectaron que 85.5 % de los hombres y 87.9% de las mujeres percibe que el mayor peligro del consumo es en la salud; los hombres, en concreto, consideran que se tienen más conflictos legales y más accidentes de tráfico (82.9%), y las mujeres que surgen más complicaciones en las relaciones interpersonales (84.4%).

Otros estudios recientes se refieren al consumo de drogas como un factor que les abre la oportunidad a los adolescentes para obtener un mayor respeto en un contexto hostil marcado por la desigualdad, sobre todo entre los sectores vulnerables, aunque se sospecha que lo mismo ocurre en estratos sociales altos, en los que se encubren los problemas relacionados con las drogas (Ospina, 2019). De modo que se destaca el contexto, las elecciones y sobre todo el desarrollo social de los adolescentes en el ambiente familiar y emocional.

En donde esta etapa del desarrollo propicia resultados más desalentadores sucede en la edad adulta por las experiencias más frecuentes de consumo y abuso de drogas lícitas e ilícitas, por los cuales se desarrollan las adicciones como un estilo de vida, e incluso se perciben como normales, sin mostrar interés por la salud.

Como se observa, las creencias que rodean el consumo de drogas determinan con mucho desde los aspectos negativos que conllevan, hasta los beneficios sociales, sexuales y emocionales que se perciben como resultado de su uso, los factores de riesgo y protectores, así como las creencias relacionadas con los entornos sociales y culturales, como los religiosos, los educativos y el narcotráfico mismo.

Dadas las características de las drogas, el CONADIC (2017) ha hecho una diferenciación para identificar si se está usando o abusando de una de ellas según la cantidad, la frecuencia y las consecuencias del consumo, midiéndolas con indicadores como la ingesta, sus patrones de consumo y los problemas asociados al mismo, como enfermedades físicas o mentales, accidentes, conductas antisociales y dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) ofrece la definición para el consumo o uso

experimental, que se refiere a las primeras veces que se experimenta con las drogas y que implica un consumo extremadamente infrecuente o inconsistente de drogas ilegales, o el consumo controlado o social de alcohol o tabaco.

Se caracteriza el abuso de sustancias por el consumo continuo de la sustancia psicoactiva, a pesar de que la persona sabe que tiene dificultades en algún aspecto de su vida derivadas de dicho consumo, además de que le resulta físicamente arriesgado. Otro criterio implica que estos síntomas persisten por lo menos un mes, o bien que han aparecido repentinamente por un tiempo prolongado, sin que la persona cuente con un diagnóstico de dependencia (CONADIC, 2017).

En el caso de las drogas ilegales, como la cocaína, el crack, las anfetaminas y metanfetaminas, éxtasis, derivados del opio, tranquilizantes, inhalables, marihuana, peyote, hongos, LSD, entre otras, es común considerar que cualquier uso, independientemente de la cantidad consumida, es un abuso de la sustancia. Sin embargo, respecto a las drogas legales, como el alcohol y el tabaco, se establecen otros estándares.

Esta diferenciación conceptual entre el consumo moderado y el abuso de sustancias desempeña un papel fundamental para la implementación de programas de primero, segundo y tercer niveles, en donde desde el abordaje de la psicología de la salud se trabaja cognitivamente con las creencias y actitudes ante las drogas, así como con otras variables relacionales que favorecen las conductas de consumo no saludables.

Es con base en lo anteriormente dicho que el objetivo de este trabajo fue identificar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como comparar las creencias y actitudes sobre las drogas en adolescentes que tienen un consumo nulo o moderado y quienes tienen un consumo abusivo de las drogas.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal comparativo con el objetivo de contrastar las creencias y

actitudes de los adolescentes respecto al consumo de drogas en función de su consumo de drogas legales o ilegales, ya sea mediante el uso moderado o excesivo.

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se tomó una muestra inicial de 260 estudiantes de un bachillerato de la ciudad de Saltillo (México), a los que se les solicitó una carta de consentimiento informado firmada por sus padres o tutores para la utilización de sus respuestas para fines de investigación.

De dicha muestra inicial, se seleccionaron aquellos que puntuaron con un consumo desmedido de tabaco, alcohol u otras drogas, de acuerdo con los criterios establecidos por el CONADIC (2017):

Alcohol: Presencia de consumo de moderado a alto de alcohol con problemas de moderados a severos.

Tabaco: Fumador diario /o consumo de moderado a alto.

Drogas ilegales: Cualquier consumo que no sea de primera vez.

Así, se recabó un total de 50 adolescentes con consumo abusivo de alguna de estas sustancias o de dos o más de ellas, de los que 57.8% fueron mujeres, con una edad media de 15.73 años.

Con el propósito de igualar la muestra de adolescentes con consumo abusivo, se seleccionó una segunda muestra de adolescentes con consumo moderado o nulo de drogas, tomando en cuenta los criterios por la OMS (1994):

Alcohol y tabaco: Consumo moderado y sin intoxicación.

Drogas ilegales: Consumo único de la droga ilegal.

Se seleccionó solamente a aquellos adolescentes que respondieron a 95% del cuestionario, excluyendo a quienes omitieron más de 5% de las respuestas, quedando un total de 51 participantes con consumo moderado de drogas, de los que 53.8% fueron hombres, con una edad media de 15.44 años.

Instrumentos

Cuestionario sobre Percepción de Riesgo de los adolescentes hacia el consumo de drogas legales e ilegales (Uribe, Verdugo y Zacarías (2011).

Este cuestionario, basado en el Cuestionario de Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas de Salazar, Varela, Tovar y Cáceres (2006), fue validado para población mexicana y mide el consumo de drogas legales e ilegales, así como los factores de riesgo y de protección a las adicciones en los adolescentes. Está conformado por seis apartados, de los que se retomaron tres: el primero recoge los datos sociodemográficos; el segundo pregunta por la frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como la edad de inicio en el consumo de estos; cuenta con 18 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van de “nada” a “bastante”, y el tercero pregunta por las creencias acerca del consumo de drogas ilegales, conformado por 30 reactivos que se responden con una escala Likert de cinco opciones de respuesta que van de “totalmente desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

Procedimiento

Se solicitó el permiso en una institución de bachillerato para realizar el estudio. Una vez obtenido, se remitieron las cartas de consentimiento informado y el aviso de privacidad a los padres o tutores de los menores, en las que se les garantizó la confidencialidad de los datos y su uso para fines de investigación.

El día de la aplicación se recogieron las cartas con los formatos firmados por los padres o tutores, proporcionándoles el cuestionario únicamente a los estudiantes que los entregaron. La aplicación se llevó a cabo grupalmente y de forma guiada por personas capacitadas.

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS-24 para el procesamiento de datos, llevándose a cabo análisis descriptivos para la caracterización de la muestra, así como la prueba *t* de Student para muestras independientes y la *d* de Cohen para medir el tamaño

del efecto. Asimismo, se efectuó un examen de análisis de varianza (ANOVA) con contrastes *post hoc* con el estadístico *C* de Dunnett en función de la no homogeneidad de varianzas del valor *p* de Levene, todo esto asumiendo una distribución paramétrica con base en el teorema central del límite.

RESULTADOS

Se puede observar en la Tabla 1 que casi ninguno de los adolescentes había consumido droga alguna, y que el resto solamente alcohol. Por otro lado más de una tercera parte de quienes tuvieron consumo abusivo, en este caso alcohol, seguido por una proporción menor de consumo de una combinación de dos o más drogas legales o ilegales.

Tabla 1. Consumo moderado y abusivo de drogas.

	Consumo		Total <i>f</i> (%)
	Moderado <i>f</i> (%)	Abuso <i>f</i> (%)	
Ninguna	50 (98.00)	0(0)	50(49.5)
Tabaco	0(0)	5(10.00)	5(5.00)
Alcohol	1(2.00)	19(38.00)	20(19.80)
Ilegales	0(0)	8(16.00)	8(7.90)
Varias	0(0)	18(36.00)	18(17.80)

En la Tabla 2 se observan las diferencias significativas entre los adolescentes con consumo moderado de drogas y aquellos con un consumo abusivo, encontrando que estos últimos puntuaron más alto en todas las creencias y actitudes respecto a las drogas.

En particular, el tamaño del efecto fue mayor en los adolescentes que abusaban de las drogas respecto a creer que consumir bebidas alcohólicas ayuda a “pasarla bien”, que provoca problemas escolares y laborales, genera delitos y violencia y problemas en los estudios, y a tener una actitud negativa hacia las drogas porque crean problemas personales, familiares, laborales y escolares.

De igual modo, mostraron un tamaño del efecto mediocre en las diferencias de creencias y actitudes hacia las drogas los adolescentes con un consumo moderado y aquellos con un consumo en exceso, siendo estos últimos quienes puntua-

Tabla 2. Diferencia de creencias y actitudes respecto a las drogas en función del nivel de consumo.

Creencias y actitudes	Consumo moderado M (D.E.)	Consumo abusivo M (D.E.)	<i>p</i>	<i>d</i>
El consumo de bebidas alcohólicas genera problemas en los estudios.	2.35 (1.34)	3.22 (1.22)	0.001	-.68
Por consumir bebidas alcohólicas hay inasistencia en clases.	2.59 (1.25)	3.37 (1.39)	0.004	-.59
Consumir bebidas alcohólicas genera conflictos con los padres.	2.02 (1.06)	2.7 (1.34)	0.006	-.56
Las discusiones de pareja son a causa de consumir bebidas alcohólicas.	2.65 (1.21)	3.31 (1.17)	0.007	-.55
La gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable.	2.22 (1.15)	2.87 (1.45)	0.014	-.49
El consumo de bebidas alcohólicas provoca delitos y violencia.	1.98 (1.01)	2.78 (1.27)	0.001	-.70
El consumo de bebidas alcohólicas provoca efectos negativos en la vida familiar.	1.96 (1.08)	2.41 (1.06)	0.039	-.42
Consumir bebidas alcohólicas ayuda a pasarla bien.	2.5 (1.28)	3.56 (1.13)	0.000	-.88
Se consume bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales.	2.12 (1.14)	2.60 (1.24)	0.047	-.40
Consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales.	2.25 (1.05)	3.06 (1.18)	0.000	-.73
Tomar bebidas alcohólicas es malo para la salud.	1.80 (1.06)	2.42 (1.20)	0.007	-.55
El consumo de drogas legales e ilegales crea adicción.	1.55 (.94)	2.00 (1.06)	0.027	-.45
Nunca he consumido drogas porque crea problemas personales, familiares, laborales y escolares.	1.80 (1.26)	2.64 (1.40)	0.002	-.63

ron más alto en las creencias de que el consumo de bebidas alcohólicas propicia la inasistencia a las clases, que genera conflictos con los padres y la pareja, que provoca efectos negativos en la vida familiar, que es malo para la salud, que la gente que consume bebidas alcohólicas pierde el control y es desagradable, que el consumo de drogas legales e ilegales crea adicción, y que se consumen

bebidas alcohólicas para mejorar las relaciones interpersonales.

En la Tabla 3 se puede observar que hubo diferencias significativas intergrupos en tres variables, según las cuales los adolescentes que abusaban del consumo de varias drogas puntuaron más alto en la creencia de que se consumen bebidas alcohólicas por diversión, comparados con quienes abusan únicamente del tabaco.

Tabla 3. Diferencias de creencias y actitudes en función de la droga de la que se abusa.

Creencia	Droga-Droga	M	Prueba <i>d</i> de Levene	ANOVA	<i>p</i>
Consumir bebidas alcohólicas se hace por diversión	Tabaco* Alcohol Ilegales Varias*	2.20 3.26 3.38 3.94	.762	.033	.028
Consumir bebidas alcohólicas provoca problemas escolares y laborales	Tabaco* Alcohol Ilegales Varias*	1.80 3.05 2.50 3.67	.455	.004	.007
Se consumen drogas legales para tener más amigos y ser más sociable	Tabaco* Alcohol Ilegales Varias*	4.60 2.94 3.25 2.39	.334	.010	.006

Lo mismo ocurrió con la creencia de que consumir bebidas provoca problemas escolares y laborales, pues los adolescentes que abusaban del consumo de varias drogas puntuaron más alto en el grado de acuerdo con esta variable, comparados con quienes solo abusaban del tabaco. Finalmente, los adolescentes cuyo consumo de tabaco era excesivo puntuaron más alto en la creencia de que se consumen drogas legales para tener más amigos y ser sociable, comparados con aquellos que abusaban de varias drogas.

DISCUSIÓN

El uso y el abuso del consumo de drogas legales e ilegales por los adolescentes constituye hoy en día un problema de salud nacional (CONADIC, 2017). Por consiguiente, se resalta que en la muestra de adolescentes de esta investigación, la mayoría de los que afirmaron tener un consumo moderado es porque no habían consumido ningún tipo de droga; sin embargo, el resto se excedía principalmente en el alcohol, o bien presentaba una comorbilidad en el abuso de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Esto concuerda con los resultados de otros estudios hechos con adolescentes que revelan que entre más jóvenes inician en el consumo de alguna droga, más propensos se hacen a la comorbilidad en el abuso de estas, por ejemplo en el consumo de alcohol y marihuana y de tabaco con alcohol (Roche *et al.*, 2019).

Al dividir a los adolescentes con un consumo nulo o moderado y a aquellos con un consumo abusivo, se pudo efectuar el análisis de sus creencias y actitudes, encontrando que los adolescentes con consumo abusivo de drogas creen en mayor medida que el alcohol tiene efectos negativos en aspectos sociales, relacionales, familiares, escolares, cognitivos y sobre la salud; aun así, consideran que el alcohol les ayuda a “pasarla bien”, lo que contrasta con el modelo propuesto por DiBello *et al.* (2019), según el cual el consumo abusivo de alcohol se explica en función de creencias que lo normalizan durante la adolescencia, así como por actitudes positivas respecto a embriagarse en el futuro. No obstante, estos resultados concuerdan con los de Fox *et al.* (2017), quienes hallaron que

a pesar de que quienes abusan de las drogas son quienes tienen un mayor conocimiento y datos específicos de la composición de las sustancias que consumen y sus efectos adversos, son asimismo quienes tienen una perspectiva positiva de estas, pues creen que así pueden pasar un buen rato y mejorar sus relaciones interpersonales, lo que es un foco de atención porque encuentran más ganancias secundarias que desventajas, ya que, tal como se observó en el presente trabajo, la lista de las consecuencias adversas del consumo de drogas fue más extensa que la de sus consecuencias positivas.

Por tanto, es posible afirmar que los participantes en el estudio consumían drogas aun sabiendo sus efectos nocivos, lo que puede deberse a que no reconocían que su consumo era abusivo. Ya Molina, González, Montero y Gómez (2016) afirman que una de las principales complicaciones para la coordinación social y sanitaria en el terreno de las adicciones tiene que ver con la falta de reconocimiento y de identificación de los usuarios de drogas como drogodependientes, y de que quienes aún no lo son, tienen sin embargo un consumo abusivo y un mayor riesgo de llegar a serlo.

Lo anterior se comprueba en cuanto que el grupo de adolescentes que puntuó con un consumo abusivo de drogas refirió en mayor medida que no consumían drogas, lo que contradice sus respuestas respecto al número de veces que consumían tabaco, alcohol o drogas ilegales, y puede estar relacionado con la normalización de la cultura del narco y el consumo de drogas, pues se pierde la percepción de lo que es una droga y se normaliza su uso; por ejemplo, de la marihuana por ser natural, o del alcohol y tabaco por ser legales, así como por el uso de estos en entornos de esparcimiento y socialización (Barrera y Hernández, 2019). De manera que, una vez más, este grupo de adolescentes está en un alto riesgo de desarrollar adicciones al no reconocer su consumo abusivo.

Finalmente, se diferencian las creencias respecto a las drogas según el tipo de sustancia de la que se abusa, y así los adolescentes que abusaban de varias drogas tenían la creencia de que el alcohol les ayudaba a divertirse y a la vez les provocaba problemas escolares y laborales, mientras que los que abusaban del tabaco creían que consumir

drogas legales les ayudaba a ser más sociables. Esto representa riesgo, pues la diferencia conceptual de las ventajas que encuentran ambos grupos en las drogas es muy tenue en virtud de que en ambos casos se creía que les ayudaban a mejorar su situación actual, como lo refiere Ospina (2019), pues concedían un mayor status a los adolescentes en su grupo de referencia.

Hay entre los adolescentes una cierta incongruencia en sus creencias cuando identifican el alcohol como una fuente de problemas escolares y laborales, pero ellos mismos lo consumen, al igual que otras drogas ilegales. Ya Martínez *et al.* (2018) refieren que las creencias nucleares de las personas que abusan de las drogas se centran en la experiencia placentera que les genera la sustancia, sin que establezcan una conexión con las otras áreas de su vida, por lo que parece haber una disociación entre su consumo y las consecuencias personales del mismo.

Es por ello que los adolescentes que pertenecían al grupo con consumo moderado no consumían ningún tipo de droga, mientras que los que abusaban de ellas lo hacían principalmente respecto al alcohol o a la combinación de drogas legales e ilegales. Este segundo grupo creía en los efectos negativos del uso de drogas en la salud y la familia, pero también en los efectos positivos sobre su estado de ánimo y en su interacción con sus pares; en efecto, quienes consumían sobre todo tabaco creían divertirse más y tener más amigos.

Es por lo anterior que se subraya la importancia de identificar las creencias y actitudes hacia el uso de drogas, pues los adolescentes, estando en una etapa tan vulnerable, están particularmente influidos por sus contextos inmediatos y su cultura, que normaliza tanto el consumo de drogas que les es difícil distinguir en qué momento se están excediendo, e incluso se les dificulta identificar qué sustancias son drogas y cuáles no. Asimismo, se acentúan en ellos las creencias acerca de la satisfacción inmediata, por encima de las creencias sobre los problemas relacionados con las drogas, por lo que constituyen un sector particularmente propenso a las adicciones y a otros problemas para su salud física y mental.

Finalmente, este estudio refuerza una línea de investigación respecto a la influencia de los pares y otros agentes sociales, como la publicidad, la sociedad y la misma familia, en el desarrollo de esas creencias y el consumo de las sustancias, pues como señalan García *et al.* (2008), en tales interacciones se originan gran parte de las creencias respecto al consumo de drogas. Resulta también necesario profundizar en las inconsistencias o contrastes encontrados en este estudio, sobre todo con los adolescentes que presentan un consumo abusivo de sustancias, de manera que se pueda comprender el proceso cognitivo que por un lado, les lleva a creer que las drogas afectan en varios aspectos de la vida, pero por otro lado siguen consumiéndolas en exceso.

Citación: Pérez P., B.Á., Mendoza T., C., López R., D.I. y Molina C., V.A. (2022). Creencias sobre las drogas: Diferencias según el consumo de estas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 32(1), 115-123. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2718>.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Barrera, A. y Hernández D. (2019). Fascinación por el poder: consumo y apropiación de la narco cultura por jóvenes en contextos de narcotráfico. *Intersticios Sociales*, 17, 259-285.
- Chesa V., D., Elías A., M., Fernández V., E., Izquierdo M., E. y Sitjas C., M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100007.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2017). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida; guía para el promotor de "nueva vida"*. México: CONADIC, Secretaría de Salud.
- De Souza, L., Cardoso, T., Marcolan, F., Vieira, S. y Santos, M. (2018). El fenómeno de las drogas en la perspectiva de los estudiantes de enfermería: perfil del consumo, actitudes y creencias. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-8. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0205.

- DiBello, A., Miller, M. y Carey, K. (2019). Positive heavy drinking attitude mediates the association between college alcohol beliefs and alcohol-related outcomes. *Addictive Behaviors*, 88, 29-35. Doi: 10.1016/j.addbeh.2018.08.005.
- Evers, Y., Geraets, J., Van Liere, G., Hoebe, C. y Dukers-Muijers, N. (2020). Attitude and beliefs about the social environment associated with chemsex among MSM visiting STI clinics in the Netherlands: An observational study. *PlosOne*, 15(7), 1-12. Doi: 10.1371/journal.pone.0235467.
- Fox, J., Smith, A., Yale, A., Chow, C., Alaswad, E., Cushing, T. y Monte, A. (2017). Drugs of abuse and novel psychoactive substances at outdoor music festivals in Colorado. *Substance Use & Misuse*, 0(0), 1-9. Doi: 10.1080/10826084.2017.1400067.
- García A., R., Rodríguez K., S. y Córdova, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental*, 31(6), 453-459.
- Hernández, D., Fernández, C., Zapata, J., Crespo, M. y González, N. (2019). Caracterización cognitiva y conductual de una muestra de adolescentes consumidores de inhalables de la ciudad de México. *Health and Addictions*, 19(2), 19-28.
- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz O., R., Raya, A. y Pino, M. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90. Doi: 10.5944/ap.13.1.17422.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E. y Srich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico Camagüey*, 2(22), 130-138.
- Martínez G., J., Vilar, R., Lozano R., O. y Verdejo G., A. (2018). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Adicciones*, 30(3), 170-178.
- Molina, A., González, J., Montero, J. y Gómez S., J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 1, 68-75. Doi: 10.1016/j.enfcli.2015.09.009.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: OMS.
- Ortiz, M. y Ortiz M., M. (2018). Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. *Retos*, 34, 71-79.
- Ospina, A. (2019). Entre el orgullo y la vergüenza. El espectro emocional en las biografías de varones que se inyectan drogas en Hermosillo, Sonora. *Cultura y Representaciones Sociales*, 26(1), 337-372.
- Roche, D., Bujarski, S., Green, R., Hartwell, E., Leventhal, A. y Ray, L. (2019). Alcohol, tobacco, and marijuana consumption is associated with increased odds of same-day substance co-and tri-use. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 40-49. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.02.035.
- Rodríguez, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicación de estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*, 7, 66-77.
- Salazar I., C., Varela M., T., Tovar J., R. y Cáceres D., E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30.
- Thorens, G., Rothen, S., Gmel, G., Khazaal, Y., Achab, S., Calzada, G. y Zullino, D. (2016). Association between religious and drugs of choice in a Swiss male sample. *Journal of Addictive Behaviors: Therapy & Rehabilitation*, 5(1), 1-12. Doi: 10.4172/2324-9005.1000153.
- Uribe J., I., Verdugo J., C. y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Campo, R., Fregoso, D., Bustos, M., Reséndiz, E., Mujica, R. Cañas, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.023.

Hábitos de sueño en el confinamiento por Covid-19 en una muestra de niños colombianos

Sleeping habits in confinement by Covid-19 in a sample of Colombian children

Aldayr David Rosero Bolaños y Germán Emilio Ortega Enríquez

Universidad de Nariño¹

Autor para correspondencia: Aldayr David Rosero Bolaños, davidbrs058@gmail.com.

RESUMEN

La nueva enfermedad provocada por el virus SARS-COV-2 ha generado en el mundo un confinamiento cuyo fin es ralentizar el número de contagios y proteger así la vida de las personas; sin embargo, tal aislamiento y el cambio de hábitos han producido considerables efectos en su salud mental. Por consiguiente, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los problemas en los hábitos de sueño y su relación con algunas características generadas por la reclusión en una muestra de 259 niños colombianos de 5 a 12 años de edad, residentes en la ciudad de Pasto (Colombia), a través de la aplicación a sus padres del cuestionario Children's Sleep Habits Questionnaire y de un cuestionario *ad hoc* para evaluar los cambios en las rutinas diarias, el uso de la tecnología y la emocionalidad en los niños. A este efecto, se hicieron análisis descriptivos de los instrumentos, una prueba de χ^2 para determinar la influencia de las variables de sexo y nivel socioeconómico, y pruebas de correlación *rho* de Spearman entre las escalas y subescalas de dichos instrumentos. Entre los resultados más relevantes se halló que 45.5% de los niños mostraban algunos problemas del sueño, siendo las parasomnias y la somnolencia diurna los de mayor prevalencia. Además, se encontraron correlaciones positivas entre los puntajes de las escalas, identificándose también relaciones entre el uso de la tecnología y los cambios emocionales con dificultades del sueño, por lo que se concluye que han ocurrido alteraciones en los hábitos de sueño debidos al confinamiento.

Palabras clave: Sueño; Hábitos; Confinamiento; Niños; Covid-19.

ABSTRACT

The new disease caused by SARS-COV-2 has generated a process of global confinement to slow down the number of infections and protect people's lives. Isolation and changes in habits, however, have produced adverse effects on mental health. The present study aimed at determining problems in sleeping habits and their relationship with some conditions generated by confinement in a sample of Colombian children. The study included 259 parents of children aged 5 to 12 years from Pasto City. Data collected included the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) and a questionnaire on daily routines, their use of digital technology, and changes in the children's emotionality. Descriptive analysis through the χ^2 test determined the influence of sex and socioeconomic variables. Rho Spearman tests examined the correlation between the scales and subscales of the instruments. The most relevant results revealed that 45,5% of children showed some sleep difficulties such as parasomnias and daytime sleepiness. Correlations between the scores ($Rho = 0.46 p < 0.05$)

¹ Programa de Psicología, Colombia, CP 50002, teléfono: (02) 7244309, correos electrónicos: psicologia@udenar.edu.co, davidbrs058@gmail.com y germoortega@hotmail.com.



revealed associations among using digital technology and emotional changes with sleep difficulties. Thus results concluded that there are changes in sleep habits after the start of confinement.

Key words: Sleep; Habits; Confinement; Children; Covid-19.

Recibido: 10/08/2020

Aceptado: 28/10/2020

La crisis sanitaria generada por el nuevo Coronavirus SARS-CoV2, declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (cf. Ferrer, 2020) a comienzos de marzo de 2020, ha llevado a los gobiernos y a la sociedad en general a tomar diferentes medidas cuyo fin es disminuir la tasa de contagios y de mortalidad en la población. Una de las estrategias más utilizadas y recomendadas por los expertos ha sido el aislamiento social, que consiste en evitar el contacto físico entre las personas en diferentes espacios, además de adoptar el confinamiento en casa como la manera ideal y más eficaz para ralentizar el proceso de contagio (Girona, 2020; González-Jaramillo *et al.*, 2020).

No obstante, al ser una enfermedad nueva, el conocimiento que se tiene acerca de la misma es muy escaso, lo que ha sido un obstáculo para conocer la capacidad de transmisión, la sobrevivencia del virus activo en las superficies y en los seres humanos, los principales focos de infección y los posibles tratamientos farmacológicos, por mencionar algunos de los problemas más relevantes (Organización Panamericana de la Salud, 2020; Vargas, Acosta y Bernilla, 2020). Es por ello que las medidas que toman los Estados y las personas pueden no ser del todo confiables, lo que deja el confinamiento en casa y las nuevas vacunas como las únicas alternativas eficaces para disminuir el riesgo de contagio (Urzúa, Vera, Caqueo y Polanco, 2020).

Los diferentes estudios llevados a cabo en áreas como la psicología y ciencias afines se han centrado especialmente en los efectos del confinamiento en la población adulta y adolescente en problemas como la ansiedad, la depresión, los

relativos a la condición física y el consumo de sustancias psicoactivas (Mera, Tabares, Montoya, Muñoz y Vélez, 2020). No obstante, las investigaciones sobre la población infantil son limitadas, evidenciando un gran vacío de conocimientos sobre los fenómenos generados en torno a la cuarentena que podría generar graves dificultades más adelante.

Aunado a lo anterior, son varios los autores que aducen un aumento en el número de casos de trastornos psicológicos, como ansiedad y depresión por las condiciones generadas por el confinamiento y su interacción con variables sociales, culturales, económicas e individuales, no estando los niños exentos de tales problemas de salud (Mazza *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2020). Por tanto, existe la necesidad de investigar variables como los hábitos de sueño y descanso, los cuales tienen relaciones directas con la aparición y el desarrollo de diversas enfermedades mentales (Stanley *et al.*, 2017).

Los patrones de sueño, su calidad y las conductas en torno al descanso han mostrado tener una considerable influencia en diferentes aspectos, que van desde el desarrollo adecuado de ciertas estructuras neuronales, la adquisición y el uso de las habilidades cognitivas y otros elementos, como la interacción y la dinámica familiar (Ojeda, 2012; Sans y Gozal, 2008). En el caso de los niños, se ha visto que el sueño y sus diferentes dinámicas desempeñan un papel fundamental en todos los componentes de su vida, incluidos la salud física, el rendimiento académico, la relación con sus padres y el desarrollo de los roles dentro del contexto familiar (Ojeda, 2012), aspectos todos ellos que pueden verse afectados por las diferentes condiciones que producen el confinamiento y el aislamiento social.

Se estima que la prevalencia de trastornos del sueño en todo el mundo oscila entre 35 y 45% de la población mayor de 18 años (Tlatoa, Ocaña, Márquez, Bermeo y Gallo, 2015). Otros estudios hechos sobre las dificultades del sueño y su calidad en la población infantil arrojan estadísticas similares, con signos y síntomas que tienen una alta prevalencia en muestras de todo el mundo. Entre los problemas de sueño más recurrentes se encuentran los terrores nocturnos, la cantidad insuficiente de

horas de sueño, el sueño interrumpido y poco reparador, conductas relacionadas con el sonambulismo y la somnolencia diurna, los cuales, según algunos estudios (Fatan y Haghghi, 2018; Gupta *et al.*, 2016; Martínez *et al.*, 2020), pueden afectar entre 8 y 20% de los niños de 6 a 13 años de edad, encontrándose también un porcentaje considerable de menores que padecen enuresis como una dificultad relacionada directamente con las alteraciones del sueño.

En el caso de Colombia, los estudios indican que los trastornos del sueño y otros problemas relacionados como los ya mencionados muestran una prevalencia superior a 20% en poblaciones de niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, siendo la duración y la irregularidad en los patrones del sueño, el bruxismo y la somnolencia los trastornos más recurrentes (Ramírez *et al.*, 2008; Vélez, Zamora, Bautista y Calderón, 2018).

Es importante señalar que hay una amplia gama de condiciones físicas y mentales que se relacionan con una inadecuada calidad del sueño y el descanso, algunas de las cuales pueden ser la causa de distintos trastornos, mientras que otras guardan una relación que aún se investiga. De lo anterior se destacan enfermedades respiratorias como la rinitis, la cual se ha comprobado que genera una interrupción continua del sueño y ronquidos (Leger, Bonnefoy, Pigearias, de La Giclais y Chartier, 2017). Asimismo, se han identificado relaciones entre la obesidad y algunas dificultades gastrointestinales –como el colon irritable– con problemas para conciliar el sueño, las que alcanzan una prevalencia superior a 30% en las muestras estudiadas (Wang, Duan y Duan, 2018; Melinda y Sekartini, 2019).

Asimismo, hay que añadir los vínculos existentes entre diferentes trastornos mentales y la afectación que generan en las dinámicas normales del sueño. Se sabe que uno de los signos más comunes de los trastornos depresivos o los de ansiedad son las alteraciones en el sueño, al igual de lo que ocurre con los diferentes niveles del trastorno del espectro autista, en el que las dinámicas del sueño y el descanso se ven afectadas (Mazurek, Dovgan, Neumeyer y Malow, 2019). En muchos casos la aparición de cambios en los hábitos de sueño se hacen evidentes al anticiparse a otros síntomas que

acompañan al diagnóstico de un cierto trastorno, razón por la cual se considera que pueden ser un predictor de dichas enfermedades, las cuales son de considerable interés en la salud pública en los tiempos de confinamiento, pues un buen análisis y una mejor comprensión de las afectaciones en los hábitos del sueño puede generar procesos de detección e intervención temprana (Torre *et al.*, 2016).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la presente investigación tuvo como objetivos describir las características del sueño en una muestra de niños colombianos de entre 5 y 12 años de edad, mediante el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), e identificar la relación entre los cambios generados por el confinamiento en casa y las características del sueño en la muestra antes mencionada.

MÉTODO

Participantes

La muestra no probabilística de tipo incidental estuvo conformada por 259 padres de familia que llenaron los cuestionarios referentes a la información relacionada con sus hijos, cuyas edades oscilaban entre 5 y 12 años ($M = 8.56$; $D.E. = 1.5$), de los cuales 46% eran mujeres, todos ellos residentes de la ciudad de San Juan de Pasto (Colombia). Se estableció como criterio de exclusión a aquellos participantes que reportaran tomar medicamentos que pueden generar somnolencia, y de aquellos que hubiesen sido sometidos a tratamientos quirúrgicos.

Instrumentos

Cuestionario socioeconómico ad hoc

Inicialmente se presentó a los padres un cuestionario que permitió determinar su estrato socioeconómico, así como el sexo y edades de sus hijos, en el que se incluyó una pregunta referente a la toma de medicamentos por parte de estos.

Luego, se les aplicó un cuestionario elaborado por los presentes autores que consta de 15 ítems que se califican de 0 a 4 (de “nunca” a “siempre” y

que está conformado por tres subescalas: Hábitos relacionados con la tecnología, Cambios en la emocionalidad y Hábitos diarios tras el inicio del confinamiento. Los ítems se elaboraron teniendo en cuenta las variables propuestas por Muñoz y Bianchi, 2017. Dicho cuestionario mostró buenas propiedades psicométricas, con una medida de adecuación muestral KMO de 0.89 y prueba complementaria de esfericidad de Barlett ($p < 0.05$). En la prueba de fiabilidad para las subescalas y la escala total se hallaron los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: Hábitos relacionados con la tecnología, 0.76; Cambios en la emocionalidad, 0.82; Hábitos diarios, 0.72, y escala total, 0.90.

Después, los padres de los participantes aplicaron el Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ en lo sucesivo), adaptado al español por Alfonso, Báez, Morales y González (2019), el cual se compone de 33 ítems que se califican de 1 a 3 de la siguiente manera: Habitualmente (5-7 veces por semana), 3; Algunas veces (2-4 veces por semana), 2, y Pocas veces (0-1 vez por semana), 1. El cuestionario CSHQ se estructura con ocho subescalas: 1: Resistencia para ir a la cama (ítems 1, 3, 4, 5, 6 y 8); 2: Inicio del sueño (ítem 2); 3: Duración del sueño (ítems 9, 10 y 11); 4: Ansiedad del sueño (ítems 5, 7, 8 y 21); 5: Despertares nocturnos (ítems 16, 24 y 25); 6: Parasomnias (ítems 12, 13, 14, 15, 17, 22 y 23); 7: Disturbios respiratorios del sueño (ítems 18, 19 y 20), y 8: Somnolencia diurna (ítems 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33). Los ítems 1, 2, 3, 10, 11 y 26 se califican de manera inversa. El cuestionario validado en español (Alfonso *et al.*, 2019) mostró adecuadas propiedades psicométricas: coeficiente α de Cronbach en la prueba general de 0.67, y de 0.42 a 0.61 en las subescalas.

Procedimiento

El proceso de reclutamiento de los participantes y recolección de información se efectuó en su totalidad de manera virtual entre los meses de junio y julio de 2020. El llenado de los cuestionarios y la firma de los formatos de consentimiento informado se llevaron a cabo en el mismo formulario del software utilizado para recolectar la información

(Google Forms), siendo de 15 minutos la duración aproximada de la aplicación. La presente investigación y sus subprocesos se fundamentan en los principios éticos contenidos en el Código Deontológico y Bioético de Psicólogo en Colombia, Ley 1090 de 2006, y además en los lineamientos establecidos por la Resolución 8430 de 1993, por la cual se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, especialmente en su Título II ("De la investigación en seres humanos"). En todos los casos se explicó a los responsables de los participantes el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios, subrayándose el carácter anónimo, confidencial y voluntario de su participación.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el software SPSS.23 (IBM Corp., 2015). En primer lugar, se calcularon la frecuencia, la media y la desviación estándar en las variables cuantitativas, y las frecuencias y porcentajes en las cualitativas del cuestionario sociodemográfico.

Para dar cumplimiento al primer objetivo, se calculó el promedio y la desviación estándar de los puntajes de cada subescala y de la escala total del CSHQ; asimismo, se determinó la asociación entre las variables de sexo y nivel socioeconómico con el puntaje final de la escala a través de una prueba χ^2 . El segundo objetivo estaba encaminado en identificar la relación entre los indicadores referentes a la percepción por parte de los padres sobre los cambios en las rutinas diarias de los niños, en el uso de la tecnología y en la emocionalidad. Mediante el CSHQ y sus subescalas se verificó una prueba de correlación ρ de Spearman. El nivel de significancia adoptado en los análisis correlacionales fue de $p < 0.05$. Por último, se obtuvieron los percentiles según el puntaje total del CSHQ.

RESULTADOS

En cuanto a los estadísticos descriptivos referentes a la cantidad de sueño y su inicio, se halló que los participantes iban a la cama entre las 9 y 11 de

la noche, reportando además un promedio acumulado de sueño (sueño nocturno y siestas diurnas) de 9.2 horas, si bien 9.1% de los participantes reportaron dormir menos de 8 horas.

El análisis del cuestionario de cambios emocionales y de hábitos percibidos por los padres tras el inicio del confinamiento mostró cambios en las

rutinas en 98% de los casos analizados, evidenciándose rangos amplios en los puntajes de cada categoría y final, lo cual indica que dentro del grupo había niños que habían modificado con diferentes niveles de alteración diversos aspectos de su rutina diaria o de su esfera emocional (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de las subescalas del cuestionario de cambios emocionales y de hábitos percibidos tras el confinamiento (N = 259).

Subescala	Mín.	Máx.	M	D.E.
Hábitos relacionados con el uso de tecnología	1	16	6.20	3.14
Cambios en la emocionalidad	0	25	9.24	5.20
Hábitos diarios	0	16	6.00	3.21
TOTAL	3	56	21.44	10.50

Los ítems con el más alto puntaje fueron, a saber: 1: “*Utiliza celular, computador o consola de video juegos con más frecuencia*” (M = 1.90); 6: “*El niño reporta querer volver a la normalidad*” (M = 1.73); 10: “*El niño consume más alimentos de lo habitual*” (M = 1.49); 12: “*El niño ha cambiado la hora de despertar, de tomar siestas y de ir a la cama*” (M = 1.48), evidenciando que los cambios no se li-

mitaban a un aspecto en particular y que afectaban a los menores en diferentes ámbitos.

Para dar cumplimiento al primer objetivo del presente estudio se hicieron análisis descriptivos del CSHQ, hallándose una media de respuesta de 43.53 (D.E. = 8.96), con un rango de 35 a 80 puntos, y se obtuvieron la media, el rango y la desviación estándar de las ocho subescalas de dicha prueba (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivo de las subescalas del CSHQ (N = 259).

Subescala	Mín.	Máx.	M	D.E.
Resistencia para ir a la cama	6	16	7.49	2.412
Inicio del sueño	1	3	1.3	0.653
Duración del sueño	3	9	3.68	1.208
Ansiedad del sueño	4	11	5.22	1.468
Despertares nocturnos	3	9	3.72	1.282
Parasomnias	7	19	9.03	2.769
Disturbios respiratorios del sueño	3	9	3.75	1.245
Somnolencia diurna	8	21	9.34	2.331
TOTAL	35	80	43.53	8.965

Los análisis muestran promedios altos en las subescalas de Parasomnias, Somnolencia diurna y Resistencia para ir a la cama. Adicionalmente, se evidencia un rango amplio en los puntajes de las subescalas de la prueba, lo que indica la presencia de sujetos con altas calificaciones que señalan dificultades del sueño. Los puntajes del CSHQ mostraron que

no había diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables de sexo ($X^2= 44.12$; $p > 0.10$) y nivel socioeconómico ($X^2= 131.17$; $p > 0.5$). Por otra parte, se determinó la frecuencia de respuesta expresada en porcentaje, la media y la desviación estándar para cada ítem (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla de frecuencias por ítems del CSHQ.

Núm.	Ítem	Usualmente (5-7)	Algunas veces (2-4)	Rara vez (0-1)	M	D.E.
1	El niño va a dormir a la misma hora todas las noches.	81.1	11.6	7.3	1.26	.585
2	El niño se duerme dentro de los 20 minutos después de ir a la cama.	81.1	8.1	10.8	1.30	.653
3	El niño se duerme en su cama.	86.1	8.5	5.4	1.19	.515
4	El niño se duerme en la cama de su hermano.	83.4	6.1	10.4	1.27	.638
5	El niño necesita de la presencia de los padres en la habitación para dormirse.	82.6	10.8	6.6	1.24	.561
6	El niño pone resistencia a la hora de dormir (llora, rechaza estar en la cama).	86.1	9.7	4.2	1.18	.484
7	El niño teme dormir en la oscuridad.	83.8	10.4	5.8	1.22	.431
8	El niño teme dormir solo.	75.3	15.4	9.3	1.34	.641
9	El niño duerme muy poco.	85.7	8.9	5.4	1.20	.517
10	El niño duerme la cantidad correcta.	77.2	17.4	5.4	1.28	.558
11	El niño duerme aproximadamente la misma cantidad cada día.	83.4	13.1	3.5	1.20	.480
12	El niño se orina en la cama en la noche.	91.5	1.6	6.9	1.25	.575
13	El niño habla durante el sueño.	92.7	7.3	0	1.32	.604
14	El niño es inquieto y se mueve mucho durante el sueño.	78.0	14.3	7.7	1.30	.604
15	El niño camina durante la noche.	80.3	12.7	6.9	1.27	.579
16	El niño se cambia a la cama de otra persona durante la noche (padres, hermanos).	86.1	10.4	3.5	1.17	.462
17	El niño rechina los dientes durante el sueño (su dentista puede habérselo dicho).	75.7	17.0	7.3	1.32	.604
18	El niño ronca fuertemente.	78.4	17.8	3.9	1.25	.518
19	El niño parece detener la respiración durante el sueño.	82.6	12.4	5	1.22	.525
20	El niño se ahoga durante el sueño.	79.2	14.3	6.6	1.27	.576
21	El niño tiene problemas para dormir fuera de su casa (visita a familiares, de vacaciones).	76.1	16.6	7.3	1.31	.603
22	El niño despierta durante la noche gritando, sudando y sin consuelo.	71.4	16.6	12.0	1.41	.694
23	El niño despierta alarmado por un sueño aterrador (pesadillas).	85.3	11.6	3.1	1.18	.457
24	El niño se despierta una vez durante la noche.	79.9	12.4	7.7	1.28	.597
25	El niño se despierta más de una vez en la noche.	79.9	13.1	6.9	1.27	.581
26	El niño despierta por sí solo.	88.4	6.9	4.6	1.16	.479
27	El niño despierta de mal carácter, disgustado.	84.6	8.9	6.6	1.22	.551
28	El niño es despertado por adultos, hermanos.	87.3	7.3	5.4	1.18	.508
29	El niño tiene dificultades para salir de la cama en la mañana.	90.0	6.9	3.1	1.13	.420
30	El niño demora mucho tiempo para estar alerta en la mañana (despabilarse).	88.4	9.7	1.9	1.14	.395
31	El niño ronca durante el día.	84.2	9.7	6.2	1.22	.544
32	El niño pareció dormido o somnoliento mirando la TV.	87.6	10.0	2.3	1.15	.415
33	El niño pareció dormido o somnoliento durante paseos en un carro.	88.8	8.1	3.1	1.14	.430

Como se aprecia, 17.5% de los participantes reportaron al menos una dificultad del sueño, de los cuales 6% indicó que la misma era grave o significativa. Los ítems que obtuvieron el promedio más alto fueron el 8: *El niño teme dormir solo*; el 13: *El niño habla durante el sueño*; el 17: *El niño rechina los dientes durante el sueño*, y el 22: *El niño tiene problemas para dormir fuera de su casa*.

En cuanto al segundo objetivo, se aplicó la prueba rho de Spearman para determinar las correlaciones entre los puntajes de las subescalas del CSHQ

con sus similares del cuestionario de percepción sobre los cambios emocionales y en las rutinas diarias tras el confinamiento (Tabla 4), encontrándose correlaciones positivas (bajas y moderadas). Cabe mencionar que sobresalieron los siguientes factores del CSHQ: Resistencia para ir a la cama, Parasomnias y Somnolencia diurna, que arrojaron correlaciones significativas con los componentes del cuestionario de cambios emocionales y en las rutinas tras el confinamiento.

Tabla 4. Correlaciones entre las subescalas del CSHQ y la percepción sobre los cambios emocionales y las rutinas diarias tras el confinamiento.

	Resistencia para ir a la cama	Inicio del sueño	Duración del sueño	Ansiedad en el sueño	Despertares nocturnos	Parasomnias	Disturbios respiratorios del sueño	Somnolencia diurna	Total CSHQ
Uso de tecnologías	0.23*	0.53*	0.17*	0.06	0.07	0.07	0.04	0.62*	0.87*
Cambios emocionales	0.15*	0.11	0.06	0.01	0.61*	0.53*	0.60	0.74*	0.92*
Cambios en hábitos	0.13*	0.01	0.02	0.10	0.24*	0.16*	0.75	0.64*	0.87*
Total	0.26*	0.15*	0.97	0.68*	0.88	0.15*	0.07	0.75*	0.46*

*Nivel de significancia $p < 0.05$.

A modo de complemento, se obtuvieron los percentiles para el CSHQ con el fin de determinar los pun-

tajes totales que se pueden considerar problemáticos y patológicos, lo que se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Tabla de percentiles y puntaje total en el CSHQ (N = 259).

Percentil	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Puntaje total	35	36	37	39	41	42	46	50	55
Número de casos	33	25	22	31	32	13	31	21	51

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo indican cambios en las rutinas de los niños, sobresaliendo el aumento del uso de aparatos tecnológicos y cambios en las rutinas alimenticias, situación que puede relacionarse con el desarrollo de los procesos académicos de manera virtual (Ministerio de Educación Nacional, 2020; sin embargo, se observa que el puntaje más alto se centra en los cambios emocionales que se manifiestan a través de un mayor consumo de alimentos (Vergara, Lobato, Díaz y Del Rosario, 2020), el deseo de volver a la normalidad, y el aburrimiento por permanecer en casa

durante largos periodos de tiempo (González y Mirón, 2020).

En cuanto a los hábitos de sueño, en esta investigación se halló que la cantidad de horas de sueño eran las adecuadas para los niños ($M = 9.2$), de los que cerca de 10% reportó dormir menos horas de las recomendadas, cifra similar a la encontrada por Arboledas, Alarcón, González, Roselló y Salort (2011) en una muestra española, pero que se diferencia de la mayoría de estudios sobre esta población, en la que la insuficiencia de horas de sueño es superior, alcanzando una prevalencia de 25% (Muñoz y Bianchi, 2017; Oropeza, López y Granados, 2019). Tal resultado puede explicarse

debido al cambio en las dinámicas escolares, la educación virtual y la falta de continuidad en los procesos educativos, haciendo que los hábitos del sueño se asemejen a las rutinas que adoptan los niños durante los fines de semana (Muñoz y Bianchi, 2017).

En relación a lo anterior, las dificultades del sueño también sufrieron cambios tras el inicio del confinamiento. Los resultados indican que, si bien la cantidad de sueño es suficiente, se observa que 45.5% de los casos reportan dificultades del sueño, mayormente relacionadas con parasomnias, somnolencia diurna y resistencia para ir a la cama, las cuales se relacionan directamente con el cambio de rutina y el aumento en los niveles de ansiedad (Avendaño *et al.*, 2020). En cuanto al factor específico de ansiedad del sueño, se encuentra un puntaje que sobresale ante al resto de las subescalas; sin embargo, la falta de información sobre la ansiedad en los niños durante el confinamiento no permite contrastar la información encontrada en la muestra, y se debe limitar a las proyecciones del aumento en los problemas de salud mental alegados por Huarcaya (2020) y Sandín, Valiente, García y Chorot (2020).

Complementando lo expuesto, las pruebas de χ^2 evidenciaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes del CSHQ y las variables de sexo y de nivel socioeconómico, resultados similares a los encontrados por Arboledas *et al.* (2011), quienes afirman que dichas variables no son determinantes en las dificultades del sueño, a diferencia de la edad o la etapa del desarrollo, las cuales han mostrado ser buenos predictores de dificultades tales como la cantidad de sueño o la hora de ir a la cama, lo que debe tenerse en cuenta para próximos estudios en los cuales se consideren rangos de edad más amplios o se utilicen muestras compuestas por niños, preadolescentes y adolescentes.

Al determinar el nivel de relación entre los problemas del sueño y las dinámicas del confinamiento generadas por la pandemia de Covid-19, se encontró que los problemas de mayor prevalencia en los análisis descriptivos mostraron también correlaciones estadísticamente significativas con las subescalas del cuestionario de cambios de hábitos y emociones. En este orden de ideas, la

somnolencia diurna es el factor del CSHQ que mayores correlaciones arrojó, siendo este un problema central en el presente estudio, cuyos resultados son similares a la evidencia científica hallada, que señala que esa somnolencia es producto de un uso excesivo de aparatos tecnológicos (Aguilar, Vergara, Velásquez y García, 2015), y además de la ausencia de hábitos estables y adecuados al momento de ir a la cama (Lopes *et al.*, 2016), constituyendo así un signo característico de los cuadros ansioso-depresivos (Andreu y Vicario, 2010). De igual manera, se destaca una correlación moderada entre el factor *Parasomnias* del CSHQ con la subescala de cambios emocionales, que muestra una prevalencia mayor en los ítems que evalúan la inquietud durante la noche, los terrores nocturnos y el bruxismo, signos estos que se vinculan con afectaciones emocionales y niveles elevados de ansiedad (Firmani *et al.*, 2015; Miró *et al.*, 2005; Orgilés, Fernández, Gonzálvez y Espada, 2016).

Por otra parte, los resultados obtenidos tras el cálculo de percentiles permiten considerar que las personas con puntuaciones menores a las halladas en el percentil 50 (41 puntos) tienen un riesgo bajo de verse afectados en su calidad de sueño y descanso o de manifestar alguna afectación patológica del sueño, mientras que los puntajes superiores indican patologías del sueño (Owens, Spirito y McGuinn, 2000). Cabe señalar que algunas investigaciones psicométricas plantean que puntuaciones mayores o iguales al percentil 85 (50 puntos) indican un riesgo de afectación moderado o la presencia de signos patológicos, y que los puntajes mayores o iguales al percentil 95 (55 puntos) representan un problema de salud inminente que requiere atención inmediata (Peris, Maganto y Garaigordobil, 2018).

Por todo lo anterior, se considera indispensable realizar estudios sobre los factores protectores de la calidad del sueño y de la salud en general para afrontar la pandemia (por ejemplo, ejercicio físico y uso adecuado de aparatos tecnológicos).

Debido a que el presente estudio abordó un problema nuevo e incidental, se recomienda analizar a profundidad la relación de variables como las alteraciones del sueño y de signos y síntomas de ansiedad con el uso inadecuado de aparatos tecnológicos, para así determinar de un modo más pre-

ciso si el abuso tecnológico es una manifestación ansiosa, o bien obedece a otras condiciones, por ejemplo el aburrimiento generado por el entorno.

Es recomendable realizar más investigaciones sobre los problemas del sueño durante la crisis sanitaria generada por el Covid-19 con muestras más heterogéneas y una mayor cantidad de análisis transculturales para determinar con mayor profundidad el impacto de los cambios generados por esta pandemia en los hábitos de sueño de las personas.

Las limitaciones de este trabajo están relacionadas con el carácter transversal de su diseño metodológico, lo que puede restringir las inferencias relacionales y limitar la interpretación de los resultados obtenidos. Se reconoce que es necesario a futuro corroborar los resultados mediante estudios longitudinales; por otra parte, se recomienda realizar estudios que analicen diferentes variables relacionadas con la salud de los niños y adolescentes durante el confinamiento por Covid-19 en virtud de que la información disponible para realizar contrastes es sumamente limitada.

Citación: Rosero B., A.D y Ortega E., G.E. (2022). Hábitos de sueño en el confinamiento por Covid-19 en una muestra de niños colombianos. *Psicología y Salud*, 32(1), 125-135. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2719>.

REFERENCIAS

- Aguilar M., M., Vergara F., A., Velásquez E., J. y García H., A. (2015). Actividad física, tiempo de pantalla y patrones de sueño en niñas chilenas. *Anales de Pediatría*, 83(5), 304-310.
- Alfonso M., B., Báez M., M., Morales C., L. y González J., E. (2019). Validación al español de un cuestionario de hábitos de sueño en los niños. *Revista Cubana de Pediatría*, 91(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00345312019000200011&lng=es&tlng=pt.
- Andreu M., M. y Vicario M., H. (2010). Hipersomnia. Somnolencia diurna excesiva y alteraciones del ritmo circadiano en pediatría. *Pediatría Integral*, 720.
- Arboledas G., P., Alarcón M., C., González G., M., Roselló A., L. y Salort M., M. (2011). Hábitos y problemas con el sueño de los 6 a los 14 años en la Comunidad Valenciana. Opinión de los propios niños. *Anales de Pediatría*, 74(2) 103-115.
- Avendaño, L., Cerda, S., Giadach, C.G., Hernández, A., León, P., Menéndez, P., Mesa, T., Ortega, P. y Riffo, C. (2020). Recomendaciones para un buen dormir durante cuarentena por COVID-19. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(7), 1.
- Fatan, F. y Haghghi, M. (2018). Sleep pattern evaluation of 8 to 12-year-old students in Shiraz. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 9(2). Recuperado de <https://doi.org/10.5812/compreped.58289>.
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por Covid-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*, 44(6), 323-324.
- Firmani, M., Reyes, M., Becerra, N., Flores, G., Weitzman, M. y Espinosa, P. (2015). Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 373-379.
- Girona, T. (2020). Tiempo de confinamiento requerido para evitar un rápido rebote de COVID-19: predicciones de un modelo estocástico de Monte Carlo. *Frontiers in Physics*, 8, 186.
- González C., P. y Mirón G., R. (2020). “No te conozco, pero aquí estoy”: Cartas solidarias en tiempos de COVID-19 en España. *Revista Española de Comunicación en Salud*, Julio, 226-233. Doi: 10.20318/recs.2020.5425.
- González-Jaramillo, V., González J., N., Gómez R., C., Palacio A., C.A., Gómez L., A. y Franco O., H. (2020). Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el periodo del 18 de marzo al 18 de abril de 2020. *Revista de Salud Pública*, 22(1).
- Gupta, R., Goel, D., Kandpal, S.D., Mittal, N., Dhyani, M. y Mittal, M. (2016). Prevalence of sleeping disturbances in elementary school children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 83(11), 1232-1236.
- Huarcaya V., J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. Doi: 10.17843/rpmpesp.2020.372.5419.
- IBM Corporation (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Leger, D., Bonnefoy, B., Pigearias, B., De la Giclais, B. y Chartier, A. (2017). Poor sleep is highly associated with house dust mite allergic rhinitis in adults and children. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 13(1), 36. Doi: 10.1186/s13223-017-0208-7.
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C. y Carvalho, F. (2016). “Diz-me como dormes”: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.

- Martínez C., L., March V., J.A., Valencia G., V., Serrano D., A., Conca B., M.Á., Polo R., A., Domínguez H., C. y Boronat T., F. (2020). Evaluación de la higiene del sueño y la prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con enuresis monosintomática. Utilidad de la herramienta de detección de sueño BEARS. *Actas Urológicas Españolas*, 44(7), 477-482.
- Mazurek, M.O., Dovgan, K., Neumeyer, A.M. y Malow, B.A. (2019). Course and predictors of sleep and co-occurring problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 2101-2115. Doi: 10.1007/s10803-019-03894-5.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>.
- Melinda, T.F. y Sekartini, R. (2019). Association between obesity and sleep disorders in primary school children: a cross-sectional study. *Medical Journal of Indonesia*, 28(2), 167-173. Doi: 10.13181/mji.v28i2.2645.
- Mera A., Y., Tabares G., E., Montoya G., S., Muñoz R., D.I. y Vélez F., M. (2020). Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID -19. *Universidad y Salud*, 22(2), 166-177. Doi: 10.22267/rus.202202.188.
- Ministerio de Educación Nacional (2020). *Orientaciones para el manejo de la emergencia por Covid 19 por parte de los establecimientos educativos privados*. Marzo 15. Bogotá: Autor. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-394243_recurso_1.pdf.
- Miró, E., Lozano M., D. y Casal G., B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Muñoz Q., A. y Bianchi S., B. (2017). Hábitos de sueño, desempeño académico y comportamiento en niños de básica primaria. *Pensando Psicología*, 13(21), 5-17.
- Ojeda del V., M. (2012). El sueño en la edad preescolar y su repercusión en el desarrollo, la conducta y el aprendizaje. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 198-204.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). *Consideraciones de la Organización Panamericana de la Salud con respecto a la propagación del nuevo coronavirus emergente*. Washington D.C: OPS.
- Orgilés, M., Fernández M., I., González M., T. y Espada J., P. (2016). Niños con síntomas de ansiedad por separación: un estudio de sus hábitos y problemas de sueño. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 91-96.
- Oropeza B., G., López S., J.D. y Granados R., D.E. (2019). Hábitos de sueño, memoria y atención en niños escolares. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 20(1), 42-49.
- Owens, J.A., Spirito, A. y McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1043-1052. Doi: 10.1093/sleep/23.8.1d.
- Peris, M., Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2018). Escala de Riesgo de Adicción Adolescente a las Redes Sociales e Internet: fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 30-36.
- Ramírez M., M., Martínez L., C., Velásquez M., C., Peña Á., M., Carmona J., L. y Ochoa W., C. (2008). Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia, 2005. *Iatreia*, 21(2), 113-120.
- Sandín, B., Valiente, R.M., García E., J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de Covid-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22.
- Sans C., O. y Gozal, D. (2008). Consecuencias neurobiológicas del síndrome de apnea del sueño infantil. *Revista de Neurología*, 47(12), 659-664.
- Stanley, I.H., Hom, M.A., Luby, J.L., Joshi, P.T., Wagner, K.D., Emslie, G.J., Walkup, J.T., Axelson, D.A. y Joiner, T.E. (2017). Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 54-59. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.027.
- Tlatoa H., M., Ocaña H., L., Márquez M., L., Bermeo, J. y Gallo A., F. (2015). El género, un factor determinante en el riesgo de somnolencia. *Revista de Medicina e Investigación*, 3(1), 17-21.
- Torre B., L., Fernández P., R., Martínez B., D., Pérez P., R., Guzmán B., A. y García S., M. (2016). Los síntomas de sueño son predictores del número de comorbilidades. Estudio poblacional. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 75(3), 209-214.
- Urzúa, A., Vera V., P., Caqueo U., A. y Polanco C., R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>.
- Vargas C., M., Acosta R., G. y Bernilla A., T. (2020). El nuevo coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131.
- Vélez R., R., Zamora L., H., Bautista J., E. y Calderón E., G. (2018). Confiabilidad y validez del cuestionario de trastornos de sueño BEARS en niños y adolescentes escolares de Bogotá, DC, Colombia: Estudio FUPRECOL. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 34, 89-93.

- Vergara C., A., Lobato L., M.F., Díaz G., M. y Del Rosario A., M. (2020). Cambios en el comportamiento alimentario en la era del COVID-19. *Revista Latinoamericana de Investigación Social*, 3(1), 27-30.
- Wang, B., Duan, R. y Duan, L. (2018). Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 24(3), 141. Doi: 10.4103/sjg.SJG_603_17.
- Zhou, S.J., Zhang, L.G., Wang, L.L., Guo, Z.C., Wang, J.Q., Chen, J.C. y Chen, J.X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 749-758. Doi: 10.1007/s00787-020-01541-4.

Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas

Health-related quality of life, depression and disease progression in Venezuelan breast cancer survivors

José Javier Altuve Burgos y Andrés Antonio Parra

Universidad Central de Venezuela¹

Autor para correspondencia: José Javier Altuve Burgos, a.altuve.07@gmail.com.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la depresión y la progresión de enfermedad en pacientes con Cáncer de mama venezolanas que llevaban corto tiempo de sobrevivencia. Participaron 203 mujeres, de edades entre 24 y 75 años. Se emplearon la subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Salud General Reducido (GHQ-R), el Cuestionario de Salud Global SF-12 y, a través de la Tomografía Computarizada (TC) de las participantes, se evaluó la presencia o ausencia de progresión de enfermedad. El 7.4% de las pacientes reportaron nivel elevado de depresión, los niveles de CVRS fueron conservados y al 67% de la muestra no se le detectó progresión de enfermedad en sus TC. No se encontró asociación entre la depresión, la CVRS y la progresión de enfermedad. La depresión correlacionó inversa y significativamente con la CVRS y la misma dirección se reportó cuando se examinó esta relación con respecto a la presencia o ausencia de progresión de enfermedad detectada en las pacientes. Se precisó que la fuerza en la relación entre la depresión y la CVRS fue mayor en las pacientes que se les identificó progresión de enfermedad.

Palabras clave: Depresión; Calidad de vida relacionada con la salud; Progresión de enfermedad; Cáncer de mama; Psicooncología.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between health-related quality of life (HRQoL), depression, and disease progression in Venezuelan breast cancer patients having a short survival time. A total of 203 women, aged between 24 and 75 years, participated. Data collection included the depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Reduced General Health Questionnaire (GHQ-R), the SF-12 Global Health Questionnaire. Computed Tomography (CT) of the Participants assessed for the presence or absence of disease progression. Results revealed that 7.4% of the patients reported a high level of depression, preserved levels of CVRS, and 67% of the sample had no disease progression detected through CT scans. No association resulted between depression, HRQoL, and disease progression. Depression inversely and significantly correlated with HRQoL. The same direction occurred with the relationship regarding the presence or absence of disease progression. Thus conclusions point in the direction that the strength in the

¹ Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades y Educación, 1053 Caracas, D.C., Caracas, Venezuela, correos electrónicos: a.altuve.07@gmail.com y oncologoparra@gmail.com.



relationship between depression and HRQoL was more significant in the patients who showed disease progression.

Key words: Depression; Health-related Quality of Life; Disease progression; Breast cancer; Psycho-Oncology.

Recibido: 06/08/2020

Aceptado: 11/11/2020

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo comúnmente usado en el contexto de las enfermedades crónicas que se refiere a un fenómeno subjetivo en el que los individuos perciben el efecto negativo o positivo que tiene una enfermedad y sus tratamientos sobre su bienestar en las esferas física, cognitiva, emocional y social (Rutherford, 2018). El cáncer, a su vez, es una enfermedad crónica que altera todas esas áreas, tanto en el paciente, como en su familia y en sus redes de apoyo (Die Trill, 2003; Holland *et al.*, 2015). De todas las neoplasias existentes, el cáncer de mama es uno de los que más se diagnostica en las mujeres y representa 16% de todos los cánceres femeninos. En Venezuela se registran 2,067 defunciones por este tipo de cáncer y se ha estimado que las pacientes pueden llegar a tener una sobrevida mayor a dos años en el país (Altuve, 2014; Rodríguez *et al.*, 2014).

Ante un diagnóstico de cáncer de mama, es de esperarse que las mujeres manifiesten respuestas emocionales transitorias acompañadas con síntomas ansiosos y depresivos que, al intensificarse, pueden incidir en su calidad de vida y salud (Altuve, 2017; Beatty y Kissane, 2017; Cardoso, Graca, Klut, Trancas y Papolia, 2015; Cruzado, 2014; Die Trill, 2003; Holland *et al.*, 2015; Jaras y Gutiérrez, 2016; Smith, 2015). Aunque la ansiedad es más prevalente en los pacientes oncológicos, la depresión ha recibido una importante atención dada su vinculación con la incidencia y letalidad del cáncer (Bernal y Muñoz., 2016; Diz, Garza, Olivas, Montes y Fernández, 2019; Lutgendorf y Andersen, 2015; Massie, 2004).

La depresión es un síndrome clínico clasificado como un trastorno mental del estado del ánimo que se caracteriza por una sensación de abatimiento emocional, incapacidad para percibir alegría o placer y presencia de pensamientos negativos (Beck, 1987). En la depresión pueden gestarse sentimientos profundos de vacío, tristeza, culpa, inferioridad e inutilidad; dificultades para la atención, concentración, memoria, toma de decisiones y juicios; sensación de enlentecimiento, agitación psicomotriz, reducción de la energía y de la voluntad, aislamiento, presencia de pensamientos o conductas autodestructivas y suicidas; síntomas fisiológicos tales como fatiga y alteración del sueño, de la ingesta de alimentos y del peso, al igual que una disminución de la libido o del placer. Todos estos síntomas han mostrado intensificarse durante al menos dos semanas seguidas para lograr precisar la presencia de un trastorno depresivo mayor (Bernal y Muñoz, 2016; Diz *et al.*, 2019).

La prevalencia de la sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos oscila entre 1 y 50%, y la depresión mayor en 12.5% (Caruso *et al.*, 2016; Diz *et al.*, 2019; Holland *et al.*, 2015; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001). En cuanto al cáncer de mama, se ha encontrado una prevalencia de depresión de 32 a 53% en la población general (Pilevarzadeh *et al.*, 2019; Zabora *et al.*, 2001) y de 25 a 52% en pacientes latinas hispanoparlantes (Ashing-Giwaet, Rosales, Lai y Weitzel, 2012; Holden, Ramirez y Gallion, 2014; Lee *et al.*, 2017; Linden, Vodermaier, MacKenzie y Greig, 2012). Otros estudios hechos en Latinoamérica, como el de Valderrama y Sánchez (2018), registraron una prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer de mama de 25%, mientras que Parra (2020), en Venezuela, reportó 6.3% en pacientes que se encontraban en la fase de tratamiento y libre de enfermedad.

Hay bases para afirmar que las pacientes con cáncer de mama que reportan elevado malestar psicológico tienen una reducción significativa de su CVRS, reflejada en una disminución de su desempeño físico, funcionamiento social y de sus roles en la vida diaria, al igual que dificultades cogni-

tivas, cambios en su imagen corporal y reducción del deseo sexual, sin que se afecte el funcionamiento familiar (Beatty y Kissane, 2017; Park *et al.*, 2018; Reich, Lesur y Perdrizet-Chevallier, 2008). Recientemente, Fernández *et al.* (2020) evaluaron la CVRS a través de los Cuestionarios de Salud Global de Goldberg y el SF-36 en una muestra de 1,017 mujeres con cáncer de mama españolas, encontrando que las que reportaban más distrés exhibían también una baja CVRS. Pero existe evidencia específica de que la depresión deteriora directamente la CVRS de las pacientes con cáncer de mama (De Ligt *et al.*, 2019; Franco, Zuluaga, Vinaccia, Raleigh y Martínez, 2019; Grabsch *et al.*, 2006; Høyer *et al.*, 2011; Reich *et al.*, 2008; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermstad y Ruland, 2005; Yfantis *et al.*, 2018).

Se ha reportado que la incidencia de la depresión es independiente del estadio o la gravedad de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el nivel de discapacidad física percibida. Su mayor prevalencia suele ocurrir en el primer año tras el diagnóstico, con una tendencia a decrecer. Sin embargo, ante la recurrencia o en la etapa paliativa suele aumentar, junto con la aparición de síntomas fisiológicos (Bortolato *et al.*, 2017), pues el cáncer y la depresión suelen coexistir (Spiegel y Giese-Davis, 2003). La depresión comórbida se ha asociado con la ocurrencia de hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, con una baja adherencia al tratamiento, un peor pronóstico del cáncer y una mayor mortalidad precedida por la progresión de la enfermedad (Bernal y Muñoz, 2016; Diz *et al.*, 2019; Lutgendorf y Andersen, 2015). La progresión de la enfermedad ocurre cuando un tumor cancerígeno comienza a aumentar de tamaño en el mismo sitio en que se desarrolló inicialmente y se disemina hacia otras partes del cuerpo, proceso conocido comúnmente como *metástasis* (Lutgendorf y Sood, 2011).

Existe evidencia de que la depresión incide directa e indirectamente sobre la progresión del cáncer (Bortolato *et al.*, 2017; Costanzo, Sood y Lutgendorf, 2011; Lutgendorf y Andersen, 2015; Reiche, Nunes y Morimoto, 2004; Young y Singh, 2018). Específicamente, se ha descubierto que la depresión puede influir en la regulación del eje

hipotalámico-pituitario-adrenal y del sistema inmune, así como en los procesos inflamatorios y angiogénicos que son importantes en el control y desarrollo de la progresión del cáncer (Bortolato *et al.*, 2017; Lutgendorf y Andersen, 2015; Pinquart y Duberstein, 2010; Young y Singh, 2018). Spiegel y Giese-Davis (2003) han apuntado que la progresión de la enfermedad no solo se debe al efecto fisiopatológico que la depresión causa en la función inmunológica, sino también en los efectos que tiene en la disminución de la adherencia a los tratamientos oncológicos y las conductas de prevención y control, los que producen que el cáncer se agrave y su pronóstico se vea afectado. No obstante, Lutgendorf y Andersen (2015) señalan que los estudios sobre la vinculación entre la depresión y la progresión oncológica aún no han sido concluyentes. Un estudio de Mansano y Ceolim (2017), cuyo objetivo era establecer la relación causal entre pronóstico clínico desfavorable y la duración del sueño en una muestra de 114 pacientes con cáncer de mama colombianas, encontró depresión severa en 54% de las pacientes que progresaron y en las que no lo hicieron. Además, hallaron que la depresión no resultó ser un predictor de la progresión clínica desfavorable en su muestra de pacientes.

En síntesis, se ha reportado evidencia de que la depresión deteriora la CVRS de los pacientes oncológicos, pero su asociación con la progresión del cáncer todavía no es concluyente, lo que subraya la importancia de seguir efectuando más estudios en esta área, especialmente en contextos latinoamericanos. Dado que el cáncer de mama es una de las patologías oncológicas diagnosticadas frecuentemente en Venezuela, y que los estudios en el país han sido escasos –según la revisión bibliográfica realizada sobre las reacciones emocionales y su influencia en los procesos de salud-enfermedad en pacientes con este tipo de neoplasia –, la presente investigación, de corte correlacional con diseño no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2012; Kerlinger, 2002), tuvo como objetivo determinar las relaciones entre la CVRS, la depresión y la progresión de la enfermedad en una muestra de pacientes venezolanas con cáncer de mama.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 203 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, confirmado histológicamente, con edades de 24 a 75 años ($M = 56$, $D.E. = 12.17$) que asistían al Servicio Oncológico Hospitalario (Antiguo Hospital “Padre Machado”) de la ciudad de Caracas, Venezuela, que llevaban un corto tiempo de supervivencia (< 5 años). El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico (Kerlinger y Lee, 2002) en virtud de que la selección se hizo siguiendo las características que interesaban a los investigadores. La recolección de los datos tuvo una duración de ocho meses entre los años 2019 y 2020. Los criterios de inclusión y exclusión que se siguieron fueron que todas las pacientes estuvieran en la fase libre de enfermedad; que ya hubiesen finalizado los tratamientos de quimioterapia y radioterapia; que todas ellas expresaran participar de forma voluntaria en el estudio y refirieran estar en buen estado de ánimo; que no reportaran dificultades físicas, tales como dolor, fatiga e insomnio ni dificultades para atender y comprender, y que supieran leer y escribir. No se pidió la participación de aquellas que no cumplieran los criterios antes mencionados.

Instrumentos

Se hizo un estudio piloto en el que se revisaron las escalas que se describen a continuación, a fin de adaptarlas a la población objetivo. Esta revisión contó con la participación de dos especialistas en psicooncología. Una vez revisados los instrumentos, se llevó a cabo un estudio piloto con 100 pacientes venezolanas con cáncer de mama, con edades de 25 a 70 años, que estaban en las fases de tratamiento y libres de enfermedad.

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

Se empleó la versión colombiana propuesta por Villa, Zuluaga y Restrepo (2013), denominada por estos autores como Cuestionario de Salud General Reducido (GHQ-R). La escala fue validada

en pacientes con diferentes diagnósticos médicos. Los ítems se pueden responder en dos escalas; una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), con las opciones de respuesta: “Más que antes”, “Igual que antes”, “Menos que antes” y “No, nunca”, o bien en un puntaje binario (0-0-1-1). Puntajes mayores en la escala reflejan una mejor salud general en los pacientes. La escala contiene once reactivos agrupados en dos dimensiones: Bienestar y Malestar psicológico, que reportaron una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.84$). El índice de confiabilidad obtenido en el estudio piloto antes mencionado fue de 0.73.

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

Se empleó la versión adaptada en Venezuela por Hernández, Salas y Altuve (2020). Este cuestionario evalúa la CVRS y consta de doce ítems integrados en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Tales dimensiones se agrupan a su vez en dos componentes sumatorios: Salud física y Salud mental. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, según el ítem. Puntajes mayores indican una alta CVRS. Los índices de confiabilidad reportados para la dimensión de salud física, mental y global fueron de 0.72, 0.73 y 0.83, respectivamente. En el estudio piloto mencionado, los índices de confiabilidad obtenidos fueron de 0.74 para Salud física, de 0.76 para Salud mental y de 0.79 para Salud global.

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

Esta escala, adaptada por Rico, Restrepo y Molina (2005), está conformada por 14 reactivos distribuidos en dos dimensiones: Ansiedad y Depresión, cada una con siete ítems. En esta escala se excluyen los síntomas somáticos, lo que evita equívocos al momento de valorar a pacientes con alguna enfermedad. Para efectos de este estudio, se utilizaron solamente los puntajes de la subescala de Depresión, que se centra exclusivamente en la anhedonia, síntoma central de esta afección. Dicha subescala, según datos reportados por Rico *et*

al. (2005), muestra un índice de confiabilidad de 0.76. El coeficiente de confiabilidad obtenido en el estudio piloto fue de 0.72.

Tomografía computarizada

La progresión de la enfermedad se evaluó mediante el examen de imágenes de tomografía computarizada (TC) con doble contraste del abdomen, pelvis y tórax, que las pacientes de la muestra presentaron en un DVD, junto con el informe del radiólogo responsable. La TC es un estudio de imágenes en el que se puede visualizar el cuerpo (órganos, huesos y tejido blando) con mayor claridad mediante un corte o una sección transversal. Es útil para diagnosticar neoplasias o tumores de acuerdo a su forma, tamaño y ubicación, e incluso los vasos sanguíneos a través de los cuales se alimentan estas lesiones. Este estudio permite precisar cómo un tumor responde al tratamiento, o si ha recurrido o progresado durante o tras su aplicación (Holland *et al.*, 2015). La presencia o la ausencia de progresión de enfermedad se confirmó con la observación de imágenes que sugirieran posibles lesiones tumorales en otros órganos distintos a la localización del tumor primario que, en el caso de las pacientes de la muestra, era el seno.

Procedimiento

La recolección de los datos para el estudio piloto y el análisis de estos se llevaron a cabo a lo largo de dos meses, y ocho para la investigación propiamente dicha. A cada paciente que asistía a la consulta de oncología médica para el seguimiento médico de la enfermedad se le solicitaba su colaboración para el llenado de las escalas, siempre que cumplieran los criterios de inclusión. Una vez que se corroborara lo anterior, se les hacía entrega del formato de consentimiento informado, en el que se exponían los lineamientos éticos relativos a la participación voluntaria, el uso y los fines de los resultados, el anonimato y la confidencialidad de los mismos.

Antes de llevarse a cabo la consulta médica todas las pacientes completaron las escalas de medida; luego de que la consulta terminaba se tomaba la información del número de la historia clínica de

cada una para tener acceso al informe de la tomografía computarizada y el DVD que contenía las imágenes, mismas que fueron revisadas a través del programa RadiAnt, un software que permite su examen. Uno de los investigadores, médico oncólogo, revisó las imágenes de las tomografías, leyó las conclusiones de los radiólogos que firmaban el informe de cada estudio y validó toda la información considerando la opinión de otros dos médicos, también especialistas en medicina oncológica y adjuntos al Servicio Oncológico Hospitalario, con experiencia de alrededor de 10 años. Lo anterior se realizó con el objetivo de que precisaran la presencia o ausencia de progresión de la enfermedad en las pacientes. Una vez recolectados todos los datos, los investigadores procedieron a registrarlos en una base de datos de Excel Office, que luego se exportó al programa del paquete estadístico SPSS, versión 22, para los análisis correspondientes.

Análisis de datos

Los datos se procesaron por medio del paquete estadístico de SPSS, versión 24. Para el análisis descriptivo se emplearon las frecuencias y las medidas de tendencia central y de variabilidad. Obedeciendo al nivel de medida de cada una de las variables, en el análisis de las correlaciones se emplearon la prueba de chi cuadrada y la prueba de momento de Pearson. Para el análisis de la consistencia interna de las escalas empleadas en este estudio se empleó el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se refleja la información sociodemográfica y de salud de las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. Las pacientes en promedio tenían 56 años y llevaban entre 3 a 4 años con el diagnóstico. Se reporta además el tiempo transcurrido, en promedio de un mes, entre la realización de la TC y la consulta médica, en la que también fueron aplicados los instrumentos de medición. El tiempo promedio en que las pacientes estaban en la condición libre de enfermedad fue de 3 años.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y de salud de la muestra.

CARACTERÍSTICA	M (D.T.) / % (F)
Edad	56.8; (12.1)
Tiempo con la enfermedad	3.48; (3.37)
Tiempo entre la realización de la TC y la consulta médica	1.5 (.89).
Tiempo en la fase libre de enfermedad	3.0 (2.86)
Comorbilidad de otras enfermedades	
Sí	29% (.58)
No	71% (145)
Antecedentes psiquiátricos	
No	83% (169)
Sí	17 % (34)
Tx. Adaptativo mixto	68% (23)
Tx. Depresivo mayor	32 % (11)
Con medicación actual	
Sí	41% (14)
No	59% (20)
Tratamiento recibido	
Quimioterapia (QT)	71% (143)
Radioterapia (RT)	13% (27)
QT + RT	16% (33)
Manejo adecuado de efectos secundarios	
Sí	83% (168)
No	17% (35)
Estrato socioeconómico	
Bajo	53% (108)
Medio	46% (93)
Alto	1% (2)
Estado civil	
Casadas	33% (66)
Solteras	48% (98)
Divorciadas	6% (13)
Viudas	13% (26)
Madre	
Sí	82% (167)
No	18% (36)
Actividad laboral	
Sí	77% (156)
No	23% (47)
Asistencia al Servicio de Psicología	
Sí	14% (29)
No	86% (174)
Apoyo social y familiar	
Sí	90% (183)
No	10% (20)

Muchas de las pacientes no manifestaron comorbilidad con otras afecciones ni antecedentes psiquiátricos. En las 34 pacientes que reportaron tales antecedentes, su diagnóstico fue trastorno adaptativo mixto o trastorno depresivo mayor, y en su mayoría no tenían medicación actual. Varias de estas pacientes fueron tratadas con quimioterapia y reportaron haber manejado adecuadamente los efectos secundarios. Pertenecían al estrato socioeconómico bajo, con estado civil de solteras y casa-

das, madres que se hallaban activas laboralmente, percibían apoyo social y familiar y no habían asistido al Servicio de Psicología.

Después, se obtuvieron las frecuencias de pacientes que en su tomografía revelaron progresión de la enfermedad. Se puede apreciar que, de la muestra total de pacientes con cáncer de mama, en 136 de ellas (67%) no se identificó progresión, a diferencia del resto (67 pacientes, esto es, 33%), en quienes el resultado fue positivo.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para depresión y CVRS.

Instrumento	Mín.	Max.	M	D.E
Depresión (HADS)	0	16	3.82	3.23
Salud General (GHQ-R)	8	31	21.3	5.43
Salud Física (SF-12)	6	20	18.4	3.21
Salud Mental (SF-12)	6	27	15.3	4.25
Salud General (SF-12)	12	47	32.3	4.20

Tal como se aprecia en la tabla anterior, las pacientes con cáncer de mama obtuvieron un puntaje medio de 3.8, el cual indica que, en promedio, los niveles de depresión fueron bajos. Se encontró que 154 pacientes (75%) reportaron depresión baja, 34 (16%) nivel moderado y 15 (7.4%) nivel grave. La salud general de las pacientes obtuvo una media de 21.3, que denota niveles de salud conservados en la muestra según el GHQ-R. En los indicadores reflejados en el cuestionario SF-12 se halló que las pacientes obtuvieron una media de 18.4 en su salud física y de 15.3 en la mental, los cuales indican, para efectos de esta medida, que ambas dimensiones se encontraban conservadas. La misma tendencia se observó en el promedio de la salud general de SF-12, con una media de 32.3, revelando una adecuada CVRS. Los resultados de las mediciones de la salud fueron similares y consistentes.

Tabla 3. Relación entre la depresión, la CVRS y la progresión de enfermedad.

	Progresión	
	χ^2	$p \leq 0.05$
Depresión	3.722	.156
Salud (GHQ-R)	1.214	.545
Salud (SF-12)	2.321	.462

Como se observa en la tabla, los análisis de correlación mediante la prueba de chi cuadrada (χ^2) indica que, bajo 95% de confianza, no hay asociación entre la depresión y la progresión de la enfermedad ($\chi^2 = 3.722$, gl. = 2, $p = .156 < 0.05$). De igual manera, se aprecia en los indicadores de salud evaluados por el GHQ-R ($\chi^2 = 1.214$, gl = 2, $p = .545 < 0.05$) y el SF-12 ($\chi^2 = 2.321$, gl = 2, $p = .462 < 0.05$), lo que implica que no existe asociación entre la CVRS y la progresión de la enfermedad.

Tabla 4. Correlaciones entre la depresión y CVRS.

			Salud General (GHQ-R)	Salud General (SF-12)
Progresión	Depresión	Correlación de Pearson	-.487**	-.513**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
No	Depresión	Correlación de Pearson	-.473**	-.486**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
Sí	Depresión	Correlación de Pearson	-.501**	-.522**
		Sig. (bilateral)	.000	.000

Se analizaron asimismo las correlaciones bilaterales entre la depresión y los indicadores de la CVRS. Para ello, se segmentaron los datos según las pacientes que reportaron progresión de enfermedad y las que no lo hicieron a fin de hacer un análisis más específico. Tal como se señala en la tabla anterior, la correlación entre la depresión y la salud general, evaluadas a través del GHQ-R ($p < 0.01$) y del SF-12 ($p < 0.01$), resultaron negativas, moderadas y significativas, lo que indica que una mayor presencia de depresión se asocia con un deterioro de la CVRS en las pacientes. Cuando se considera la progresión de la enfermedad, se aprecia la misma fuerza y dirección de la relación, siendo ambas significativas. En aquellas pacientes en que se identificó progresión de enfermedad se observó que la relación entre la depresión y la salud general de ambas medidas fue más fuerte, en comparación con aquellas que no la reportaron.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar las relaciones entre la CVRS, la depresión y la progresión de la enfermedad en una muestra de pacientes venezolanas sobrevivientes al cáncer de mama.

De acuerdo con los resultados hallados, las pacientes reportaron niveles bajos de depresión. La prevalencia de depresión grave, siguiendo los puntos de corte provistos por Rico *et al.* (2005), fue de 7.4%. Este porcentaje es menor al hallado por Carvalho y Urbani (2007), quienes encontraron una prevalencia de 16.8% de depresión grave en pacientes oncológicos venezolanos. La prevalencia reportada en este estudio es cercana a los resultados de Granado y Trejo (2014), quienes reportaron 9% de depresión elevada en 55 pacientes con cáncer de mama venezolanas en la fase de diagnóstico. También es próximo al porcentaje hallado recientemente por Parra (2020) en pacientes con cáncer de mama venezolanas que se encontraban en las fases de tratamiento y libre enfermedad, que fue de 6,3%. Curiosamente, estos últimos datos no difieren de la estimación de depresión grave anual reportada por la Organización

Panamericana de la Salud - OPS (2020) en Latinoamérica, la cual es que es de 6,7%.

Los resultados parecen indicar que la sintomatología depresiva reportada en las pacientes es sugestiva de reacciones emocionales normales ante el proceso de la enfermedad. Si bien el cáncer genera un fuerte impacto emocional, es común que las personas diagnosticadas manifiesten síntomas depresivos, como una forma de distrés psicológico esperado ante la situación (Cruzado, 2014; Jaras y Gutiérrez, 2016; Holland *et al.*, 2015). Los resultados hallados por Granado y Trejo (2014) y Parra (2020), así como los reportados en este trabajo permiten afirmar que, indistintamente de la fase de la enfermedad en la que se encuentren las pacientes venezolanas con cáncer de mama, la depresión elevada suele ser reducida.

Se ha evidenciado que los síntomas depresivos pueden fluctuar a lo largo de enfermedad, aunque tienen una mayor prevalencia en el primer año tras el diagnóstico de cáncer, y una tendencia a disminuir debido a los ajustes psicológicos que efectúan las pacientes, pero que también pueden reaparecer y aumentar ante la recurrencia y ya en la fase paliativa de la enfermedad (Bortolato *et al.*, 2017; Cardoso *et al.*, 2015). Algunos estudios (Grabsch *et al.*, 2006; Lidgren *et al.*, 2007) han hallado que las mujeres con cáncer de mama en estadios III y IV están en un mayor riesgo de sufrir depresión. Valderrama y Sánchez (2018) encontraron recientemente en su estudio que 25% de las pacientes colombianas con cáncer de mama en un estadio avanzado exhiben niveles de depresión grave. Así, es esencial la fase en que se halla la enfermedad para que se manifiesten e intensifiquen los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos.

La CVRS de las pacientes, que fue evaluada mediante los dos instrumentos de medida relativos a este constructo, se ubicó entre niveles moderados y altos en ambas mediciones, siendo los puntajes semejantes y consistentes. Específicamente, cuando se examinaron los resultados del cuestionario SF-12, la salud física se halló más conservada que la salud mental. Para efectos de tales resultados, las pacientes mostraron una mejor salud luego de haber trascurrido el proceso de tratamiento, hallazgo similar al de Bardwell *et al.* (2003), quienes

reportaron que, luego de tratamiento, una mejor CVRS se asociaba con una menor sintomatología física y con un aumento de la calidad del sueño en pacientes con cáncer de mama, resultados que contrastan con los de otros estudios (De Ligt *et al.*, 2019; Lidgren *et al.*, 2007; Schou *et al.*, 2005), en los que se ha reportado una disminución de la CVRS como producto de los síntomas asociados a la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos y las secuelas de las intervenciones quirúrgicas.

La muestra en esta investigación reportó en su mayoría haber manejado adecuadamente los efectos secundarios de los tratamientos, lo que sugiere una correcta evaluación de los mismos y un tipo de afrontamiento eficaz. Además, se evidenció que las pacientes tenían una edad media de 56 años y tres con la enfermedad, activas laboralmente y ejerciendo sus roles como madres, lo cual podría influir en la valoración positiva de su salud y lograran en consecuencia mantenerla. Por ejemplo, hay estudios que han reportado que las mujeres más jóvenes, laboralmente activas, con severas condiciones económicas y con un escaso apoyo social tienden a disminuir su CVRS (Cardoso *et al.*, 2016; Fernández *et al.*, 2020; Høyer *et al.*, Lidgren *et al.*, 2007; Rautalin *et al.*, 2017). Aunque en este trabajo las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama reportaron pertenecer en su mayoría a un estrato socioeconómico bajo, percibían tener apoyo social y familiar y llevaban a cabo activamente sus tareas diarias, lo que posiblemente había contribuido a amortiguar el estrés psicológico que podrían experimentar.

La depresión y la CVRS no estuvieron asociadas a la progresión de la enfermedad, evidenciándose la independencia entre estas variables. Sin embargo, al examinar la relación entre la depresión y la CVRS en la muestra total resultó ser negativa, moderada y significativa. La misma correlación se halló cuando se le evaluó en las pacientes que revelaron en su TC progresión de enfermedad y en las que esa progresión fue negativa, siendo en las primeras más sólida esa relación. En tal sentido, la depresión se asoció con un deterioro de la salud en las pacientes en general, indistintamente que hubiesen manifestado o no una progresión.

La fuerza de la relación reportada en aquellas pacientes que progresaron en la enfermedad refleja el riesgo mayor que tenían de que su salud se deteriorase al haber comorbilidad con depresión. Como se señaló anteriormente, es posible que ante la recurrencia del cáncer los pacientes puedan reportar niveles de depresión severa o clínica (Bortolato *et al.*, 2017).

Lo anterior es especialmente importante para el abordaje psicológico temprano en aquellos casos que sean clínicos, pues la depresión puede llegar a cronificarse en algunas personas y producir un elevado nivel de insatisfacción y una valoración de incapacidad e ineficacia ante todas las situaciones de la vida, al punto de que desarrollen predisposiciones personales, relativamente estables, a experimentar estados depresivos frecuentes o la depresión como un rasgo de la personalidad (Beck, 1987; Carbonell, Grau y Grau, 2003) que no fue evaluado en la muestra de estudio. Las pacientes con antecedentes o predisposiciones a la depresión patológica ante el diagnóstico de cáncer tienen una mayor tendencia a sufrir episodios depresivos graves y recurrentes que inciden en su ajuste a la enfermedad y a su pronóstico (Bernal y Muñoz, 2016).

El hecho de que no se encontrara una asociación entre la depresión y la progresión de enfermedad guarda correspondencia con los resultados del estudio de Mansano y Ceolim (2017) con una muestra de pacientes con cáncer de mama colombianas, en el que no hallaron evidencia sobre la relación causal entre la depresión y la progresión de la enfermedad oncológica, evaluada con los resultados de las pruebas del receptor HER-2 y de los receptores hormonales de estrógeno y progesterona. Aunque existe cierta evidencia sobre la relación entre la depresión y la progresión de la enfermedad oncológica (Pinquart y Duberstein, 2010; Spiegel y Giese-Davis, 2003), los resultados del estudio antes citado, al igual que los presentados aquí, dan apoyo a lo afirmado por Lutgendorf y Andersen (2015) de que los hallazgos sobre tal vínculo aún no son concluyentes. Sin embargo, no se descarta que la naturaleza del estudio, el tipo de muestreo, las características de la muestra y el uso de un solo método para evaluar la progresión hayan influido

en los resultados obtenidos. Incluso así, sí logra proveer más evidencia sobre la relación entre la depresión y la CVRS en las pacientes con cáncer de mama (Cardoso *et al.*, 2016; Lidgren *et al.*, 2007; Moseholm *et al.*, 2016). Los estudios antes citados han reportado que la depresión tiene efectos negativos en el funcionamiento físico y social, en el desempeño de los roles y el estado emocional en general y que tienden agudizarse más cuando existe una evaluación negativa de la salud y la percepción de bajo apoyo social.

Lutgendorf y Andersen (2015), han explicado que muchos factores psicosociales perjudiciales para los individuos –tales como las dificultades económicas, el bajo apoyo social e interpersonal, la depresión, etc.–, que al interactuar con otros factores del medio ambiente, producen estrés, y que al cronificarse, activan las vías neuroendocrinas y autonómicas y el eje hipotalámico pituitario adrenal (HPA). La depresión incide en la regulación del HPA, que afecta negativamente al sistema inmune y los procesos inflamatorios y angiogénéticos, que se encuentran vinculados con el control y el desarrollo de la progresión del cáncer. Aunque la depresión no se asoció con la progresión de enfermedad, se comprende que puede tener efectos sobre la salud que, al deteriorarla, incrementa el riesgo de progresión y mortalidad por cáncer. Precisamente, la depresión puede producir baja adherencia al tratamiento e incluso su abandono, lo que aumentaría la probabilidad de que el cáncer avance (Reiche *et al.*, 2004; Spiegel y Giese-Davis, 2003).

Especial importancia tiene el adecuado apoyo social percibido en las pacientes en este estadio, el cual parece ser un factor de protección contra la depresión. Los estudios han encontrado que una elevada depresión ha estado estrechamente asociada con un bajo apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama (Lidgren *et al.*, 2007; Moseholm *et al.*, 2016).

Pinquart y Duberstein (2010), en un metaanálisis sobre depresión y mortalidad por cáncer, reportaron que los pacientes oncológicos que contaban con una amplia red social y percibían un buen apoyo de la misma tenían un menor riesgo de morir por esta enfermedad. Además, se puede inferir que las pacientes poseen otras fortalezas personales que las ayudan a mantener su calidad de vida

y su salud. Se ha reportado que aspectos como el afrontamiento, optimismo, esperanza, resiliencia, espiritualidad, optimismo y apoyo social mejoran la salud de las pacientes con cáncer de mama (Franco *et al.*, 2019; Juárez y Landero, 2009; Lutgendorf y Andersen, 2015) y pueden actuar como amortiguadores ante el estrés y así evitar su progresión. Futuros estudios podrían examinar el rol mediador o moderador de estas variables en la relación entre depresión y CVRS, específicamente en el contexto venezolano.

Este trabajo permite develar que las pacientes con cáncer de mama venezolanas son diagnosticadas, en promedio, en edades en las que se encuentran activas en sus diferentes roles de la vida diaria, con una sobrevivencia aproximada de tres años, madres, de nivel socioeconómico bajo, activas laboralmente y por lo regular casadas o solteras. Además, siguiendo los resultados reportados, las pacientes denotan en general un buen ajuste psicológico, manifestado en niveles de CVRS conservados y una menor incidencia de depresión y de progresión de enfermedad, que pueden estar influenciados por la evaluación que ellas hacen sobre la enfermedad, el afrontamiento, el apoyo social percibido y otras características individuales. Los resultados de este estudio representan otra aportación a lo que se ha reportado sobre la incidencia de los factores emocionales en los procesos de salud-enfermedad de las pacientes venezolanas con cáncer de mama (Altuve, 2020; Parra, 2020), una de las neoplasias más diagnosticadas en el país. No obstante, es necesario seguir profundizando en los hallazgos a través de estudios longitudinales que hagan posible valorar la depresión en diferentes momentos, específicamente en las pacientes que progresan en la enfermedad, lo que podría ser relevante para corroborar la asociación entre la depresión y dicha progresión. Es necesario también que los estudios en el área puedan ampliarse a muestras de pacientes con otro tipo de neoplasias.

Algunas limitaciones de este estudio fueron, en primer lugar, no contar con estudios psicométricos más apropiados de los cuestionarios HADS y GHQ-R. El HADS es utilizado con cierta frecuencia para valorar la depresión en los pacientes oncológicos por la bondad que posee de no contener

reactivos referentes a ciertos síntomas somáticos que se manifiestan en los estados depresivos. Aunque se reportó una adecuada consistencia interna en el estudio piloto efectuado en esta investigación, es importante que se puedan llevar a cabo en un futuro estudios psicométricos más amplios y más estructurados sobre esta escala, así como también del GHQ-R, empleando para ello más participantes con diferentes tipos de cáncer, de modo que se puedan disponer de puntos de cortes locales que permitan detectar la depresión severa y la disminución significativa de la salud mental en general de los pacientes oncológicos venezolanos. Por otro lado, no fue posible disponer de otras evaluaciones de la progresión de enfermedad aparte de la tomografía computarizada, tales como la prueba del receptor HER-2 o la de los receptores hormonales de estrógeno y progesterona, que son muy útiles para evaluar la progresión del cáncer de mama, debido a que no fueron proporcionadas por todas las pacientes de la muestra.

La relevancia de estos resultados se orienta al diseño de programas psicoeducativos e interven-

ciones de asesoramiento psicológico para promover la concienciación en la prevención y detección temprana del cáncer, dada su incidencia en mujeres de edades en las que aún se encuentran activas.

La mayoría de las pacientes reportaron no asistir a recibir apoyo psicológico, lo que parece indicar que aún se mantiene la desestimación del rol del psicólogo en las unidades de oncología, tal como lo encontró Oroza (1999) en un estudio hecho en el país. De la mano con esto, Cardoso *et al.* (2015) confirmaron que la depresión en las pacientes con cáncer de mama se asociaba con no contar con el apoyo de algún profesional de la salud mental. En tal sentido, es importante seguir comprendiendo que “el acompañamiento psicológico forma parte de todos los tratamientos que recibe el paciente oncológico” (Altuve, 2017, p. 3), e instar a que la brecha entre psicólogos y oncólogos se haga cada vez más estrecha, de modo que se estimule el trabajo en equipo para así promover un abordaje integral que favorezca la salud y calidad de vida de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Citación: Altuve B., J.J. y Parra, A.A. (2022). Calidad de vida relacionada con la salud, depresión y progresión de enfermedad en sobrevivientes de cáncer de mama venezolanas. *Psicología y Salud*, 32(1), 137-149. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2720>.

REFERENCIAS

- Altuve, A. (2014). *Entre la prevención y la angustia. Reportaje interpretativo sobre la crisis de salud y el control del cáncer en Venezuela*. Trabajo de Grado. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Altuve, J. (2017). *La psicooncología: aspectos generales* (Manuscrito no publicado). Caracas: Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
- Altuve, J. (2020). Distrés psicológico, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 17(2), 239-253.
- Ashing-Giwa, K., Rosales, M., Lai, L. y Weitzel, J. (2012). Depressive symptomatology among Latin breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(4), 845-853.
- Bardwell, W., Major, J., Rock, C., Newman, V., Thomson, C., Chilton, J., Dimsdale, J. y Pierce, P. (2003). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5(13), 595-604.
- Beatty, L. y Kisanne, D. (2017). Anxiety and depression in women with breast cancer. *Cancer Forum*, 41(1), 55-61.
- Beck, A. (1987). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bernal, G. y Muñoz, A. (2016). Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 249-270.
- Bortolato, B., Nyphantis, T., Vapione, S., Perini, G., Maes, M., Morris, G., Kubera, M., Kohler, C., Fernandes, B., Stubbs, B., Pavlidis, N. y Carvalho, A. (2017). Depression in cancer: the many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer Treatment Reviews*, 52, 58-70.
- Calderon, C., Carmona B., A., Hernandez, R., Ghanem, I., Castelo, B., De Castro, E., Ferreira, E., Ciria, L., Muñoz, M. y Jimenez F., P. (2019). Effects of pessimism, depression, fatigue, and pain on functional health-related quality of life in patients with resected non-advanced breast cancer. *The Breast*, 44, 108-112.

- Carbonell, M., Grau, R. y Grau, J. (2003). El Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*, 21(2), 121-135.
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B. y Papolia, A. (2015). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 21(5), 1-14.
- Caruso, R., Nanni, M., Riba, M., Sabato, S., Mitchell, A., Croce, E. y Grassi, L. (2016). Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factor and screening for depression: a critical review. *Acta Oncológica*, 56(2), 146-155.
- Carvalho, M. y Urbani, S. (2007). Experiencia de la Unidad de Psicooncología del Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear. *Revista Venezolana de Oncología*, 19(2), 1-2.
- Costanzo, E., Sood, A. y Lutgendorf, S. (2011). Biobehavioral influences on cancer progression. *Immunology and Allergy Clinics*, 31(1), 109-132.
- Cruzado, J. (2014). *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos para el paciente con cáncer*. Madrid: Pirámide.
- De Ligt, K., Heins, M., Verloop, J., Ezendam, N., Smorenburg, C., Korevaar, J. y Siesling, S. (2019). The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 178(3), 703-711.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES.
- Diz, R., Garza, C., A., Olivas, V., E.K., Montes, E., J.G., Fernández, L. y G.S. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124.
- Fernández, N., Pérez, B., Guerrero, A., Casas, A., Bermejo, B., Baena, J., Antolín, S., Sánchez R., P., Ramos, M., García S., J., Antón, A., Muñoz, M., Juan, A., Jara, C., Chacón, J., Arcusa, A., Gil, M., Adrover, E., Oltra, A., Brunet, J., González, S. y Pollán, M. (2020). Primary breast cancer and health related quality of life in Spanish women: The EpiGEICAM case-control study. *Scientific Reports*, 7741(10), 1-13.
- Franco, S., Zuluaga, M.A., Vinaccia, S., Raleigh, R. y Martínez, G. (2019). Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 29(2), 225-235.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Grabsch, B., Clarke, D., Love, A., McKenzie, D., Snyder, R., Bloch, S., Smith, G. y Kissane, D. (2006) Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative Support Care*, 4(1), 47-56.
- Granado, B. y Trejo, E. (2014). *Medición de los trastornos adaptativos en mujeres con cáncer de mama* (Trabajo de Grado). Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Hernández, N., Salas, A. y Altuve, J. (2020). Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 30(2), 161-172.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2012). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holden, A., Ramirez, A. y Gallion, K. (2014). Depressive symptoms in Latin breast cancer survivors: A barrier to cancer screening. *Health Psychology*, 33(4), 242-248.
- Holland, J., Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P., Loscalzo, M. y McCorkle, R. (2015). *Psycho-Oncology* (3th ed.). New York: Oxford University Press.
- Høyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L., Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, A., Lambe, M. y Lampic, C. (2011). Health-related quality of life among women with breast cancer: A population-based study. *Acta Oncologica*, 50(7), 1015-1026.
- Jaras, C. y Gutiérrez, Y. (2016). *Psicooncología. Enfoques, avances e investigaciones*. Santiago de Chile: Nueva Mirada.
- Juárez, D. y Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cancer de mama. *Summa Psicológica*, 6(2), 79-88.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Buenos Aires: McGraw-Hill.
- Lee, M., Martinez, D., Gonzalez, B., Small, B., Lechner, S., Antoni, M., Vinard, A., Krause, M., Meade, C. y Jacobsen, P. (2017). Anxiety and depression in Spanish-speaking Latin cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 27(1), 333-338.
- Lidgren, M., Wilking, N., Jönsson, B. y Rehnberg, C. (2007). Health related quality of life in different states of breast cancer. *Quality of Life Research*, 16(6), 1073-1081.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. y Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 434-351.
- Lutgendorf, S. y Andersen, B. (2015). Biobehavioral approaches to cancer progression and survival. *American Psychologist*, 70(2), 186-197.
- Lutgendorf, S. y Sood, A. (2011). Biobehavioral factors and cancer progression: Physiological pathways and mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 71, 724-730.
- Mansano, T. y Ceolim, M. (2017). Asociación de pronóstico clínico desfavorable y duración del sueño en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 25, 1-9.

- Massie, M. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Moseholm, E., Rydahi-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H., Frederiksen, R., Brandt, M. y Lindhardt, B. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 80.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *La salud mental en la región de las Américas*. Washington: OPS.
- Oroza, R. (1999). El psicólogo en un servicio de oncología. *Extramuros*, 11, 225-245.
- Park, E., Gelber, S., Rosenberg, S., Seah, D., Schapira, L., Come, S. y Partridge, A. (2018). Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics*, 59(3), 251-258.
- Parra, A. (2020). *Depresión en pacientes con cáncer de mama* (Trabajo inédito de Especialidad). Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Pilevarzadeh, M., Amirshahi, M., Afsargharehbagh, R., Rafiemanesh, H., Hashemi, S.M. y Balouchi, A. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 176, 1-15.
- Pinquart, M. y Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40, 1797-1810.
- Rautalin, M., Färkkilä, N., Sintonten, H., Saato, T., Taari, K., Jahkola, T. y Risto, R. (2017). Health-related quality of life in different states of breast cancer-comparing different instruments. *Acta Oncologica*, 57(5), 622-628.
- Reich, M., Lesur, A. y Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110(1), 9-17.
- Reiche, E., Nunes, S. y Morimoto, H. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncology*, 5, 617-625.
- Rico, J., Restrepo, M. y Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista del Laboratorio de Psicometría*, 3, 73-86.
- Rodríguez, M., Lacruz, J., Márquez, M., López, F., Borges, R. y Delgado, J. (2014). Factores pronósticos y predictivos en el cáncer de mama con sobre expresión del HER-2/Neu. *Revista Venezolana de Oncología*, 26(3), 175-186.
- Rutherford, C. (2018). Health-related quality of life in cancer. En I. Oliver (Ed.): *The MASCC textbook of cancer supportive care and survivorship* (pp. 109-125). Sidney: Springer.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Sandvik, L., Hjermstad, M. y Ruland, C. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, 14(8), 1813-1823.
- Smith, H. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9, 1509-1514.
- Spiegel, D. y Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Valderrama, M. y Sánchez, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en la relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220.
- Villa, G., Zuluaga, C. y Restrepo, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Ware, J.E., Jr., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Yfantis, A., Intas, G., Tolia, M., Nikolaou, M., Tsoukalas, N., Lymperi, M., Kyrgias, G., Zografos, G. y Kontos, M. (2018). Health-related quality of life of young women with breast cancer. Review of the literature. *Journal of the Balkan Union of Oncology*, 23(1), 1-6.
- Young, K. y Singh, G. (2018). Biological mechanisms of cancer-induced depression. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 299-308.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-22.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

¿Influye el estilo parental percibido por el hijo en el sobrepeso u obesidad infantil?

Does parenting style perceived by the child influence childhood overweight or obesity?

Ilse Tatiana Mejía Galván¹ y Ferrán Padrós Blázquez²

Secretaría de Educación del Estado de Michoacán¹
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo²

Autor para correspondencia: Ilse Tatiana Mejía Galván, itmg_0112@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción: El aumento del sobrepeso y de la obesidad infantil se ha ido convirtiendo en un problema mundial en el ámbito de la salud física y psicológica. Este inconveniente tiene múltiples causas, entre las que se podría incluir el estilo parental. *Objetivo:* Conocer las posibles relaciones entre el estilo que los padres adoptan para educar a sus hijos y el sobrepeso y obesidad infantil de estos. *Método:* Las variables a estudiar fueron medidas a través de la Escala de Afecto (EA) y la Escala de Normas y Exigencias, suministradas a los niños y adolescentes. Dichas pruebas fueron aplicadas a 149 participantes de entre 12 y 16 años de edad, de los cuales 24 tenían sobrepeso u obesidad. *Resultados:* Se hallaron diferencias significativas en los estilos educativos desde la perspectiva de los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad o normopeso. *Discusión:* La percepción de los hijos sobre el estilo educativo parental no se relacionó con el peso corporal de estos.

Palabras clave: Estilo parental; Sobrepeso; Obesidad infantil.

ABSTRACT

Introduction: The increase in childhood overweight and obesity has become a global problem in physical and psychological health. This problem has multiple causes, including parental style. *Objective:* The present study attempted to identify a relationship between parental style and children's perceived own overweight and obesity. *Material and Method:* Variables' measurements included the Affect Scale (EA) and the Norms and Requirements Scale, responded by children and adolescents. A total of 149 teens aged 12 to 16 years participated, of whom 24 were overweight or obese. *Results:* The results revealed an absence of significant differences in parental styles from the children's perspective, comparing those with overweight and obesity with those of normal weight. *Conclusion:* the perception of the parental educational style is not related to the weight of children or adolescents.

Key words: Parental style; Overweight; Childhood obesity.

¹ Av. Siervo de la Nación 845, Lomas del Valle, 58170 Morelia, Mich., México, tel. (443)299- 77-41, correo electrónico: itmg_0112@hotmail.com.

² Facultad de Psicología, Gral. Francisco Villa 450, Dr. Miguel Silva González, 58110 Morelia, Mich., México, tel. (443)312-99-09, correo electrónico: fpadros@uoc.edu.



Recibido: 01/08/2020

Aceptado: 24/11/2020

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad infantil son problemas que pueden aparecer desde la infancia, los que al no manejarse adecuadamente y con el apoyo apropiado por parte de los padres, pueden prevalecer hasta la edad adulta; además, se pueden complicar con otras enfermedades comórbidas de índole fisiológica o psicológica, según el caso. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2018) indican que uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años padece sobrepeso u obesidad, al igual que la de los niños en edad escolar (5 a 11 años) (cf. Romero *et al.*, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) define sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud y el Índice de Masa Corporal (IMC) es el principal indicador que se utiliza para determinar si una persona los padece, el cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2); así, se considera sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y obesidad cuando es igual o superior a 30 (OMS, 2016).

El sobrepeso y la obesidad son de origen multifactorial, pues no solo influye en ellos la cantidad de alimento a ingerir y el gasto energético, sino también la genética. Deben tenerse en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la persona debido a que inciden en la ingesta de alimentos y en el ejercicio físico (Domínguez, Olivares y Santos, 2008).

En México, la obesidad contribuye con un número cercano a 200 mil muertos por año al ser un importante factor de riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus tipo II, las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebro-vasculares y las hipertensivas (Sánchez, Pichardo y López, 2004). Aunque no solo se asocia frecuentemente a este tipo de enfermedades, ya que, por otro lado, la persona con obe-

sidad tiene mayor riesgo de padecer alteraciones psicopatológicas y trastornos del sueño (Tubbs, Khader, Fernandez y Grandner, 2020).

Para evitar el sobrepeso y la obesidad es conveniente que los niños adquieran buenos hábitos alimenticios como el comer sanamente (basadas en las 5 comidas y raciones sugeridas), tratar de evitar las comidas rápidas y la denominada “chatarra”, etc. (Briones y Cantú, 2003). Kiefner, Hoffmann, Meers, Koball y Musher-Eisenman (2014) subrayan la relevancia que tienen los padres de familia en los comportamientos alimenticios de sus hijos y, por ende, en su peso corporal, como lo es el practicar el control o la alimentación instrumental (presión para comer, restricción de ciertos alimentos o empleo de alimentos como recompensa), suscitar el comer en exceso o dietas pobres, o fomentar hábitos que interfieren con la capacidad de los niños para un consumo de energía autorregulado.

Es importante mostrar que la paternidad es un factor social crítico en el desarrollo infantil y que abarca varios conceptos psicológicos, normas culturales y consideraciones prácticas (Treyvaud *et al.*, 2016). Cabe señalar que el estilo parental también es concebido como un constructo multidimensional referente al tipo de relación entre padres e hijos, que incluye al menos ocho ejes principales (calidez parental, rechazo, estructura, caos, apoyo a la autonomía, coerción, exigencia y capacidad de respuesta) y tiende a ser estable (Baumrind, 1966; Skinner, Johnson y Snyder, 2005).

El contexto en el que los padres educan a sus hijos y sus estilos parentales –los cuales son el autoritario, el permisivo, el negligente y el democrático, según García, Cerezo, De la Torre, De Carpio y Casanova (2011)– tienen una estrecha relación con la forma de actuar, pensar y reaccionar de estos últimos. Según los autores citados, los estilos parentales inciden en el riesgo de alteraciones tales como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima, así como de problemas para poner en práctica sus habilidades sociales con las demás personas. Por ello, se puede inferir que los estilos parentales pueden influir, por ejemplo, en la forma de comer de los hijos haciendo que aumenten la cantidad de comida que ingieren, que coman entre comidas, sin horarios, y sobre todo prefieran

alimentos con altas cantidades de carbohidratos y grasas, sin poder autorregular sus impulsos por la comida en un intento por resolver sus problemas emocionales, lo que trae como resultado que los niños aumenten considerablemente de peso (cf. Contreras, 1995). En una revisión hecha por Danford, Schultz y Marvicsin (2015) se halló que el papel de los padres y su preocupación por la salud es fundamental en los comportamientos de alimentación y de actividad de sus hijos.

Los padres *autoritarios* o *rígidos* son poco afectuosos y muy controladores y exigentes. Las relaciones establecidas en las familias con padres autoritarios suelen ser frías, por lo que muy pocas veces se manifiestan sentimientos positivos y, por el contrario, es más común el rechazo de los padres hacia sus hijos, prohibiendo de diversas maneras la expresión de sentimientos de afecto, cariño y de tristeza inclusive, los que califican como propios de personas débiles. Algunas consecuencias en los niños de tal estilo parental que se han señalado son el riesgo de depresión infantil; el aislamiento del ambiente familiar, social y escolar, así como una baja autoestima y un escaso desarrollo de habilidades sociales y ansiedad, todos ellos inducidos por el temor a los castigos o a los propios padres, por lo que aquellos tratan de saciar esa necesidad comiendo (Iglesias y Romero, 2009; Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008; Raya, 2008). En un estudio efectuado en Turquía por Yavuz y Selcuk (2018) se halló que la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad era 4.71 veces mayor en los niños cuyas madres usaban un estilo de crianza autoritario, justo lo opuesto a lo encontrado por Tung y Yeh (2014), quienes observaron que los hijos con madres con estilos autoritario y democrático tenían un menor riesgo de padecer sobrepeso y obesidad. En una revisión llevada a cabo por Collins, Duncanson y Burrows (2014), los autores concluyen que un estilo de crianza autoritario se asocia con la presión para comer y manifestar comportamientos restrictivos de alimentación parental.

Los hijos de padres *negligentes* que sufren algún grado de obesidad, al no tener quien les exija ni los controle, hacen lo que quieren, comen lo que les apetece (cantidad y tipo de alimento) y a

cualquier hora debido a que en la familia no existen reglas o normas que puedan favorecer la adopción de hábitos alimenticios saludables. Por ello, se ha señalado que la obesidad en las familias negligentes se debe a la falta de interés y de responsabilidad de los padres hacia sus hijos (Montañés *et al.*, 2008; Raya, 2008).

En las familias con padres *permissivos* o *indulgentes* suele haber más respuestas del tipo afectuoso a las demandas de los hijos, por lo que sí se establecen normas en ellas. Sin embargo, los padres, con tal de que sus hijos se sientan bien, pueden mostrarse excesivamente permissivos e indulgentes con ellos. Por lo tanto, el niño con tendencia a la obesidad, al no tener unos padres que le exijan o pongan un alto a sus demandas en cuanto a la comida, puede comer lo que quiere sin restricción alguna. Tómese en cuenta que la capacidad del menor para autorregular su conducta no está muy desarrollada, por lo que come sin tener en cuenta las consecuencias que traerán consigo esos excesos (Iglesias y Romero, 2009; Montañés *et al.*, 2008; Raya, 2008). Collins *et al.* (2014) señalan que un estilo de crianza permissivo está inversamente relacionado con el monitoreo de la ingesta alimentaria infantil. Shloim, Edelson, Martin y Hetherington (2015) han reportado asimismo un mayor riesgo de obesidad y sobrepeso en los hijos de padres permissivos.

Los padres *democráticos* o *inductivos* tienen el propósito de mantener de manera eficaz el bienestar de los miembros de su familia en todos los aspectos, lo que implica un cierto control sobre ellos, de sus conductas y hábitos a fin de que se garantice el mejor funcionamiento de la misma. La forma democrática de educar ayuda a los hijos a desarrollar de manera óptima la autorregulación de sus comportamientos, lo que hace posible que, con ayuda de sus padres y de su propio juicio, se cuiden de manera efectiva. Así, la obesidad puede considerarse un problema que requiere buscar maneras razonadas para evitarla o para regresar a un peso normal (Raya, 2008; Montañés *et al.*, 2008; Iglesias y Romero, 2009). Shloim *et al.* (2015) afirman que hay una mayor probabilidad de que los hijos con padres democráticos tengan un peso saludable.

En algunos estudios se ha encontrado que los hijos de madres autoritarias muestran mayor riesgo de sobrepeso que los hijos de aquellas con estilo democrático (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti y Bradley, 2006; Ventura y Birch, 2008). Asimismo, se ha reportado que el estilo autoritario de ambos progenitores se relaciona positivamente con el riesgo de sufrir obesidad y sobrepeso (Luther, 2007; Vollmer y Mobley, 2013). Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Australia por Wake, Nicholson, Hardy y Smith (2007) no se observó ninguna relación entre el estilo de las madres y el sobrepeso de sus hijos. En la misma línea, Hughes, Shewchuk, Baskin y Nicklas (2008) y Olvera y Power (2010) han hallado que el estilo indulgente es el que se relaciona con mayor un IMC. Finalmente, Montiel y López (2017), en un estudio realizado con madres mexicanas, no encontraron relación entre la obesidad de los niños y algún estilo parental particular.

En los escasos estudios que toman en cuenta el estilo educativo del padre se ha observado que, en comparación con un estilo autoritario, los hijos de padres con estilos de crianza permisivos y negligentes tenían mayores probabilidades de cumplir con los criterios de sobrepeso u obesidad (Hughes *et al.*, 2008; Wake *et al.*, 2007), pero también se ha asociado un mayor riesgo de obesidad y sobrepeso con un padre autoritario (Luther, 2007; Vollmer y Mobley, 2013). Asimismo, también se ha observado que el estilo democrático de los padres funciona como un factor protector de sobrepeso y obesidad (Vollmer y Mobley, 2013). Debe señalarse que Mejia de Grubb *et al.* (2018) encontraron que los progenitores varones muestran una menor preocupación por el peso de sus hijos en comparación con las madres.

Vale mencionar que, en tales estudios, el estilo parental se determinó a partir de la información ofrecida por los propios padres, lo cual puede diferir considerablemente de la percepción que del mismo tienen sus hijos (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001). Por ello, se considera importante estudiar el estilo parental a partir de dicha percepción.

De este modo, se considera importante el estilo educativo debido a que, ya sea de manera autoritaria o permisiva, los padres son quienes eligen los alimentos de sus hijos, y quienes determi-

nan el tipo, la cantidad y el momento en que se deben consumir. Por ello, se parte de la idea de que el estilo parental influye en lo que sus hijos comen y en la adopción de conductas alimentarias propias, como el rechazo o la aceptación a ciertos alimentos, e incluso la cantidad y el horario, lo que los lleva a una buena o mala nutrición, y por consiguiente a una buena salud o a la obesidad y el sobrepeso (Domínguez *et al.*, 2008). De acuerdo con Kiefner-Burmeister *et al.* (2014), las prácticas alimentarias empleadas por los padres autoritarios y permisivos pueden conducir a sus hijos a tener dificultades para autorregular su ingesta de alimentos o a comer en ausencia de hambre. Es por ello que el objetivo principal de esta investigación fue analizar si hay una relación entre el estilo parental percibido por los hijos con el sobrepeso y la obesidad infantil en población mexicana.

MÉTODO

Participantes

Participó voluntariamente un total de 149 alumnos de sexto año de una escuela primaria y de una secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 16 años ($M = 13.36$; $D.E. = 1.36$), de los cuales 76 (51.01%) eran de sexo masculino. Se utilizó como único criterio de inclusión que fueran alumnos de dichas escuelas.

Instrumentos

Escala de Afecto (EA-H) (Bersabé *et al.*, 2001).

Este instrumento evalúa comportamientos parentales como el afecto, la comunicación, la crítica y el interés hacia los hijos, y cómo estos perciben a sus padres en cuanto a los comportamientos que tienen hacia ellos. Se compone de dos subescalas: Afecto-comunicación, que determina cómo se manifiesta el afecto, la comunicación y el interés de los padres hacia sus hijos, y Crítica-rechazo, referida a la crítica, el rechazo y la falta de confianza de los padres en sus hijos. Los valores de la confiabilidad de los factores, medidos por el coeficiente alfa de Cronbach, oscilan entre .60 y 0.85.

Escala de Normas y Exigencias (ENE-H) (Bersabé *et al.*, 2001).

Evalúa los estilos educativos parentales. La perspectiva a considerar es cómo los hijos perciben a sus padres en cuanto a los comportamientos que tienen hacia ellos. Consta de tres subescalas: 1) Forma inductiva o democrática (padres que explican y toman en cuenta las necesidades de sus hijos al establecer las normas familiares y exigen su cumplimiento); 2) Forma rígida o autoritaria (padres que exigen el cumplimiento de las normas, con un alto nivel de control sobre sus hijos), y 3) Forma indulgente o permisiva (padres que aunque haya normas no las imponen ni exigen su cumplimiento). La interpretación es que entre mayor es la puntuación en cada subescala, más alta es la tendencia a desempeñar ese estilo educativo parental. Se ubica al padre en el estilo parental en el que haya obtenido la mayor puntuación, y en el caso de que haya obtenido puntuaciones semejantes, no se le ubica en ningún estilo concreto. La consistencia interna de cada uno de los factores, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, varió entre 0.60 y 0.90 (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2003). Se utilizó una adaptación a la población española en virtud de que no hay todavía una adaptación a la mexicana.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó que el proyecto fuera evaluado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana, de San Nicolás de Hidalgo. Una vez obtenida la aprobación, se solicitó la autorización a las escuelas para aplicar el protocolo de la investigación. Los responsables de las mismas hicieron llegar a los padres la información relativa a su consentimiento informado y los formatos respectivos, que estos últimos devolvieron firmados una semana más tarde. Una vez asignados los grupos por cada institución, en la primera sesión se solicitó a los estudiantes su participación voluntaria en el estudio (ningún niño rehusó participar), y en un término aproximado de 30 a 45 minutos por grupo se aplicaron en un solo día las escalas EA-H y ENE-H a cada escuela. Una vez aplicadas las escalas, al siguiente día se procedió en una segunda sesión, de aproximadamente 30

minutos por grupo, a medir y a pesar a cada uno de los alumnos para calcular su IMC.

Para el análisis de los datos se utilizaron los descriptivos como media aritmética, desviación estándar, frecuencia, porcentaje, mediana y valor intercuartil. Asimismo, para la estadística inferencial se empleó la prueba de χ^2 , la *t* de Student-Fisher para datos independientes, la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la *U* de Mann-Whitney y la correlación de Pearson. El software utilizado para el análisis de datos fue el SPSS, versión 20.0, y el paquete AMOS, versión 22, de Windows.

RESULTADOS

Los datos de los participantes fueron los siguientes; sobre la estatura ($M = 1.55$; D.E. = 0.08); el peso ($M = 50.70$ k, D.E. = 11.30 k), y respecto al IMC ($M = 20.89$; D.E. = 3.95). De los participantes, 21 de ellos (14.0%) exhibían sobrepeso; 3 (2.0%) obesidad y 125 (83.3%), la mayoría, normopeso.

Respecto al sexo, 60 participantes en el grupo de normopeso (48%) eran de sexo masculino y 65 (52%) del femenino, y en el grupo de sobrepeso/obesidad, de 14 (58.3%) niños y 10 (41.7%) niñas. No se observaron diferencias significativas respecto a tal distribución entre ambas muestras ($\chi^2_{(1)} = 0.860$, $p = 0.354$). En cuanto a la edad, en el grupo de normopeso, la media fue de 13.34 (D.E. = 1.33), y en el de sobrepeso/obesidad, de 13.50 (D.E. = 1.53), sin diferencias significativas entre ellos ($t_{[147]} = -0.541$, $p = 0.589$).

En relación a la percepción del estilo educativo parental realizado por los hijos, tanto respecto a sus madres como a sus padres, se obtuvo que la mayoría de los hijos percibían a sus progenitores con un estilo inductivo (Tabla 1). No hubo diferencias significativas en la percepción del estilo de las madres ($\chi^2_{(2)} = 2.086$; $p = 0.352$) ni de los padres ($\chi^2_{(2)} = 2.717$; $p = 0.257$) respecto al normopeso y el sobrepeso/obesidad.

En primera instancia, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, observándose que ninguna de las variables se distribuía de forma acorde con la normalidad, por lo que se decidió aplicar pruebas no paramétricas.

Tabla 1. Percepción de los hijos con normopeso y con sobrepeso/obesidad respecto al estilo educativo adoptado por sus padres.

Padres	Inductivo/democrático	Rígido/autoritario	Indulgente/permisivo
Normopeso	81 (72.3%)	21 (18.8%)	10 (8.9%)
Sobrepeso/obesidad	15 (71.4%)	6 (28.6%)	0 (0%)
Madres	Inductivo/democrático	Rígido/autoritario	Indulgente/permisivo
Normopeso	90 (76.9%)	18 (15.4%)	9 (7.7%)
Sobrepeso/obesidad	20 (87.0%)	3 (13.0%)	0 (0%)

Sobre los datos referidos a las escalas de afecto (EA) acerca de la percepción del hijo hacia el padre, no se observaron diferencias significativas

en las subescalas de Afecto/comunicación y de Crítica/rechazo, ni tampoco respecto a la percepción del niño hacia la madre (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción de los hijos hacia su padre y su madre en la Escala de Afecto (EA).

ESCALA	Normopeso		Sobrepeso/obesidad		U de Mann-Whitney
	M. y D.E.	Md y IQ	M. y D.E.	Md y IQ	<i>p</i>
EA1-HP	34.95 (9.43)	35 (30÷42)	32.32 (11.24)	32.5 (22.5÷42)	.296
EA2-HP	17.95 (5.94)	17 (13÷23)	18.64 (5.94)	17.5 (13÷20.5)	.995
EA1-HM	39.01 (8.24)	41 (33÷46)	38.91 (9.45)	43 (31.5÷46)	.838
EA2-HM	18.35 (6.79)	17 (13÷24)	16.63 (5.49)	15 (15.5÷18.5)	.369

Nota: Escala de Afecto/Comunicación (EA1) y Escala de Crítica/Rechazo (EA2), del hijo hacia el padre (HP) y hacia la madre (HM).

En cuanto a la Escala de Normas y Exigencias (ENE) de la percepción del niño hacia su padre, los resultados indican que no hubo diferencias significativas en las subescalas (Forma inductiva

o democrática, Forma rígida o autoritaria y Forma indulgente o permisiva) entre ambas muestras (Tabla 3).

Tabla 3. Percepción de los hijos hacia su padre en la Escala de Normas y Exigencias (ENE).

ESCALA	Normopeso		Sobrepeso/obesidad		U de Mann-Whitney
	M. y D.E.	Md y IQ	M. y D.E.	Md y IQ	<i>p</i>
ENE-IND	36.93 (9.35)	37 (30÷45)	36.23 (11.36)	39.5 (28÷44.5)	.932
ENE-RIG	28.43 (6.98)	29 (23÷33)	29.73 (7.58)	30 (26÷33.75)	.400
ENE-INDUL	18.17 (5.28)	18 (14÷21)	15.91 (5.66)	16 (10÷22)	.139

Nota: Escala de Normas y Exigencias (ENE), Forma inductiva o democrática (IND), Forma rígida (RIG) y Forma indulgente (INDUL) del hijo hacia el padre (HP).

Tampoco se encontraron tales diferencias en la percepción del niño hacia la madre con estilos democrático y rígido; sin embargo, se observó un

menor nivel en el puntaje del estilo indulgente en la muestra con sobrepeso u obesidad comparada con la muestra de normopeso (Tabla 4).

Tabla 4. Percepción de los hijos hacia su madre en la Escala de Normas y Exigencias (ENE).

ESCALA	Normopeso		Sobrepeso/obesidad		U de Mann-Whitney
	M. y D.E.	Md y IQ	M. y D.E.	Md y IQ	<i>p</i>
ENE-IND	39.41 (7.87)	41 (34÷46)	39.70 (8.74)	43 (38÷44)	.727
ENE-RIG	30.07 (6.93)	30 (24÷35)	30.50 (7.81)	30.5 (23.5÷37)	.854
ENE-INDUL	18.51 (5.44)	18 (14÷23)	16.04 (5.54)	15 (11÷19.5)	.038

Nota: Escala de Normas y Exigencias (ENE), Forma inductiva (IND), Forma rígida (RIG) y Forma indulgente (INDUL) del hijo hacia la madre (HM).

Finalmente, se estudió la relación entre el IMC, el sexo y la edad. No se observaron diferencias ($t [145] = -0.649, p = 0.518$) cuando se realizó una comparación de medias en el IMC entre niños ($M = 20.73; D.E. = 4.04$) y niñas ($M = 21.15; D.E. = 3.90$), ni tampoco entre la edad y el IMC ($r = 0.083; p = 0.317$).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar la posible relación entre el estilo parental, el sobrepeso y la obesidad infantil en población mexicana. Primeramente debe tomarse en cuenta que en ambas muestras (normopeso y sobrepeso/obesidad) los niños consideraron que sus padres eran afectuosos y comunicativos en su ambiente familiar y poco rechazantes y críticos con ellos. Dichos resultados difieren de los hallados por Bersabé *et al.* (2003), quienes hallaron que los hijos perciben a sus padres menos inductivos, y más indulgentes y rígidos al momento de establecer y exigir el cumplimiento de las normas. Nótese que el grado de afecto y comunicación recibido o percibido entre los miembros de familia puede ser un indicador de la calidad de las relaciones, o bien, por el contrario, su deficiencia puede ser un factor predisponente para la aparición de problemas o rupturas en dichas relaciones. García *et al.* (2011) encontraron que el rechazo y el exceso de control que los hijos perciben en sus padres pueden aumentar los comportamientos dañinos inaceptables por la propia familia y por la sociedad.

Respecto al estilo parental de la madre, solamente se observaron diferencias en el estilo indulgente. Los niños con normopeso percibieron

en menor medida a su madre con un estilo indulgente. Los resultados del presente trabajo son diferentes a los hallados en varios estudios (Luther, 2007; Rhee *et al.*, 2006; Tung y Yeh, 2014; Ventura y Birch, 2008; Vollmer y Mobley, 2013; Yavuz y Selcuk, 2018) en los que se ha reportado que los hijos de madres autoritarias tienen un mayor riesgo de sobrepeso que los niños de aquellas que mostraban un estilo democrático. Tales resultados son contrarios a los de Rhee *et al.* (2006), quienes hallaron que los hijos de madres permisivas y negligentes mostraban hasta el doble de probabilidad de tener un hijo con sobrepeso, comparados con los niños con madres con estilo democrático. Tampoco coinciden con los resultados de Shloim *et al.* (2015), que demuestran un mayor riesgo de obesidad infantil en los hijos de padres permisivos, y que los padres democráticos constituyen un factor de protección. En su estudio, Tung y Yeh (2014) encontraron que las madres con estilo autoritario y democrático eran un factor protector.

Los resultados del presente trabajo coinciden con los reportados por Olvera y Power (2010) y por Hughes *et al.* (2008) que hallaron que el estilo indulgente se relacionaba con mayor IMC; aunque no coinciden con el estudio realizado con población mexicana de Montiel y López (2017) que no encontraron diferencias significativas entre los estilos parentales de las madres de niños obesos respecto a las madres de niños con normopeso.

Por otro lado, no se hallaron diferencias en función de la percepción que tiene el hijo/a sobre su padre. Dichos resultados difieren de los de Hughes *et al.* (2008); de Wake *et al.* (2007), en los que los hijos de padres con estilos de crianza permisivos y negligentes mostraban una mayor probabilidad de sufrir sobrepeso u obesidad; de los

de Luther (2007) y de los de Vollmer y Mobley (2013), que observaron una relación positiva entre el estilo autoritario del padre y la obesidad y sobrepeso. En esta investigación tampoco se apreció que el estilo democrático de los padres se relacionara de forma negativa con el sobrepeso y la obesidad (Vollmer y Mobley, 2013).

Las diferencias encontradas en el presente estudio y los previos, llevados a cabo en otros países, sugieren que los factores que tienen una mayor incidencia en la obesidad y el sobrepeso infantil en México son de otro tipo. Es posible que, socialmente, los progenitores no hayan asumido los hábitos alimentarios como un aspecto importante y que debe cuidarse en la educación de los hijos. Incluso podría suceder que la mayoría de población mexicana no perciba como amenazas la obesidad y sobrepeso, a diferencia de lo que ocurre en otros países. Debe señalarse que el estilo educativo parental puede ser distinto en función del área o aspecto que se aborde. Por ejemplo, se puede ser autoritario en el ámbito de los estudios y negligente respecto a los hábitos alimenticios (sobre todo si el progenitor no los percibe como relevantes). Debe recordarse que en el análisis de Danford *et al.* (2015) se señalaba como fundamental la preocupación por la salud de los padres; si estos no consideran como riesgo la obesidad o el sobrepeso de sus hijos, no incidirán en los comportamientos alimentarios ni en la actividad física de los mismos.

Cabe señalar que no obstante el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad infantil, solamente 15% de los progenitores los consideran como un problema (Baughcum, Burklow, Deeks, Powers y Whitaker, 2001; Young-Hyman, Herman, Scott, Schlundt, 2000), pero no como un riesgo para su salud física (Adams, Quinn y Prince, 2005; Ortega, Rodríguez, González y Reyes, 2018).

Deben descartarse el sexo y la edad como variables extrañas que hayan podido incidir en los

resultados del presente estudio, toda vez que no se encontraron diferencias en la distribución por sexo, ni en las medias de edad entre los menores con normopeso y aquellos con sobrepeso u obesidad. Tampoco se observó una relación entre el sexo y el IMC, ni entre este y la edad.

Es importante señalar algunas limitaciones que obligan a tomar con cautela estos resultados: en primer término, el número de participantes con obesidad y sobrepeso fue reducido, por lo que sería conveniente aumentar la muestra. Además, la muestra fue conformada de forma incidental y en un solo estado del país. Por tanto, sería deseable hacerlo de forma aleatoria y en diferentes estados. Otra limitación evidente es que las escalas de Bersabé *et al.* (2001) no han sido validadas para población mexicana, razón por la cual sería importante hacer uso de instrumentos psicométricos adaptados a la población a estudiar.

Debe tomarse en consideración que es una fortaleza el hecho de utilizar al niño como fuente de información, ya que su perspectiva es muy relevante porque es sobre su comportamiento que se puede incidir. Es posible aceptar que el niño o el adolescente sean informantes de dudosa credibilidad para valorar los estilos educativos parentales; por consiguiente, es necesario tomar con mucha precaución sus opiniones. Aunque la población de adultos no está exenta de sesgos – a estudiar por ejemplo el de la deseabilidad social –, sería deseable en futuras investigaciones tomar dicha información de fuentes diversas.

En conclusión, la mayoría de los niños percibió a sus madres y padres con un estilo parental inductivo o democrático, seguidos del rígido y, por último, del indulgente. Respecto al objetivo principal, los resultados de este trabajo indican que la percepción del hijo sobre el estilo educativo parental no se relaciona con el peso de los niños ni de los adolescentes.

Citación: Mejía G., I.T. y Padrón B., F. (2022). ¿Influye el estilo parental percibido por el hijo en el sobrepeso u obesidad infantil? *Psicología y Salud*, 32(1), 151-160. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2721>.

REFERENCIAS

- Adams, A.K., Quinn, R.A. y Prince, R.J. (2005). Low recognition of childhood overweight and disease risk among native-American caregivers. *Obesity Research*, 13(1), 146-52. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.19>.
- Baughcum, A.E., Burklow, K.A., Deeks, C.M., Powers, S.W. y Whitaker, R.C. (1998). Maternal feeding practices and childhood obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 152(10), 1010-1014. Doi: 10.1001/archpedi.152.10.1010.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. Doi: 10.2307/1126611.
- Bersabé, R., Fuentes, M.J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713422.pdf>.
- Bersabé, R., Fuentes, M.J. y Motrico, E. (2003). Estrategias de socialización de los padres y conflictos entre padres e hijos en la adolescencia. *Anuario de Psicología*, 34(3), 385-400. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/8739/10920>.
- Briones O., N. y Cantú P., M. (2004). Comparación diagnóstica de dos métodos antropométricos para la evaluación nutricional en preadolescentes del municipio de Guadalupe N.L., México. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 5(4). Recuperado de <http://www.respyan.uanl.mx/v/4/index.html>.
- Collins, C., Duncanson, K. y Burrows, T. (2014). A systematic review investigating associations between parenting style and child feeding behaviours. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(6), 557-568. Doi: 10.1111/jhn.12192.
- Contreras, J. (1995). *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Danford, C.A., Schultz, C. y Marvicsin, D. (2015). Parental roles in the development of obesity in children: challenges and opportunities. *Research and Reports in Biology*, 6, 39-53. Doi: 10.2147/rrb.s75369.
- Domínguez V., P., Olivares, S. y Santos J., L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3) 249-255. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf?se.
- García L., M.C., Cerezo M., T., De la Torre C., M.J., De Carpio F., M.V. y Casanova A., P.F. (2011). Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23(4), 654-659. Recuperado de <https://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/viewFile/9140/9004>.
- Hughes, S.O., Shewchuk, R.M., Baskin, M.L., Nicklas, T.A. y Qu, H. (2008). Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29(5), 403-410. Doi: 10.1097/DBP.0b013e318182a976.
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatológicos y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77. Doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4067.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Ciudad de México: Autores.
- Kiefner-Burmeister, A., Hoffmann, D.A., Meers, M.R., Koball, A.M. y Musher-Eisenman, D.R. (2014). Food consumption by young children: A function of parental goals and practices. *Appetite*, 74, 6-11.
- Luther, B. (2007). Looking at childhood obesity through the lens of Baumrind's parenting typologies. *Orthopaedic Nursing*, 26(5) 270-278. Doi: 10.1097/01.NOR.0000295951.97129.3f.
- Mejía de G., M.C., Salemi J., L., Gonzalez S., J., Sanderson, M., Zoorob, R.J., Mkanta, W. y Levine, R.S. (2018). Parenting style and perceptions of children's weight among US Hispanics: a qualitative analysis. *Health Promotion International*, 33(1), 132-139. Doi: 10.1093/heapro/daw050.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407. Recuperado de http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_20.pdf.
- Montiel M., M. y López L., F. (2017). Parenting styles and their relation with obesity in children ages 2 to 8 years. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 11-20. Doi: 10.1016/j.rmta.2017.01.006.
- Olvera, N. y Power, T. (2010). Brief report: Parenting styles and obesity in Mexican American children: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 243-249. Doi: 10.1093/jpepsy/jsp071.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1.
- Ortega A., D.V., Rodríguez O., G., González U., M.A. y Reyes M., H. (2018). Perceptions of childcare staff for preventing overweight in Mexican preschool children: A SWOT analysis. *Salud Pública de México*, 60(2), 166. Doi: 10.21149/8897.
- Raya A., F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. Tesis doctoral inédita. Córdoba (España): Universidad de Córdoba. Recuperado de http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1.

- Rhee, K.E., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P., Kaciroti, N. y Bradley, R.H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054. Doi: 10.1542/peds.2005-2259.
- Romero M., M., Shamah L., T., Cuevas N., L., Gómez H., I.M., Gaona P., E.B., Gómez A., L.M., Rivera D., J.A y Hernández Á., M. (2017). Diseño metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 59, 299-305. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/spm/2017.v59n3/299-305/es/>.
- Sánchez C., C.P., Pichardo O., E. y López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 3-20.
- Shloim, N., Edelson, L.R., Martin, N. y Hetherington, M.M. (2015). Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-old children: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*, 6, 1849. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.01849.
- Skinner, E., Johnson, S. y Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and Practice*, 5(2), 175-235. Doi: 10.1207/s15327922par0502_3.
- Treyvaud, K., Doyle, L.W., Lee, K.J., Ure, A., Inder, T.E., Hunt, R.W. y Anderson, P.J. (2016). Parenting behavior at 2 years predicts school-age performance at 7 years in very preterm children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(7), 814-821. Doi: 10.1111/jcpp.12489.
- Tubbs, A.S., Khader, W., Fernandez, F. y Grandner, M.A. (2020). The common denominators of sleep, obesity, and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 34, 84-88. Doi: 10.1016/j.copsyc.2019.11.003.
- Tung, H.J. y Yeh, M.C. (2014). Parenting style and child-feeding behaviour in predicting children's weight status change in Taiwan. *Public Health Nutrition*, 17(5), 970-978. Doi: 10.1017/s1368980012005502.
- Ventura, A.K. y Birch, L.L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1-12. Doi: 10.1186/1479-5868-5-15.
- Vollmer, R.L. y Mobley, A.R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, 71, 232-241. Doi: 10.1016/j.appet.2013.08.015.
- Wake, M., Nicholson, J.M., Hardy, P. y Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *Pediatrics*, 120(6), e1520-e1527. Doi: 10.1542/peds.2006-3707.
- Yavuz, H.M. y Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, 120, 491-499. Doi: 10.1016/j.appet.2017.10.001.
- Young-Hyman, D., Herman, L.J., Scott, D.L. y Schlundt, D.G. (2000). Caregiver perception of children's obesity-related health risk: A study of African American families. *Obesity Research*, 8(3), 241-248. Doi: 10.1038/oby.2000.28.

Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado

Satisfaction with life, vitality, and positive emotions as protective factors in complicated grief

Lorena Alonso-Llácer¹, Laura Lacomba-Trejo² y Marián Pérez-Marín²

Asociación Española Contra el Cáncer¹
Universidad de Valencia²

Autor para correspondencia: Marián Pérez-Marín, Marian.perez@uv.es.

RESUMEN

Objetivo: Valorar la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo y la presencia de duelo complicado en dolientes de primer grado. *Método:* 26 dolientes de 19 a 73 años, hombres y mujeres, fueron evaluados mediante las Escalas de Satisfacción con la Vida, de Vitalidad y de Afecto Positivo y Negativo, y el Inventario de Duelo Complicado. Se efectuaron análisis descriptivos y se aplicaron las pruebas *t* de Pearson y *d* de Cohen para obtener correlaciones entre las variables. *Resultados:* Los participantes alcanzaron puntuaciones moderadas de satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo, pero un gran porcentaje mostró duelo complicado, mayor en los hombres y cuando la pérdida había sido repentina. La presencia de tal duelo se asoció con una menor vitalidad y afecto positivo. *Discusión:* Es necesario conocer los factores de protección para desarrollar programas de intervención que incidan en ellos y favorezcan la salud física y mental de los dolientes.

Palabras clave: Duelo complicado; Satisfacción con la vida; Vitalidad; Afecto positivo.

ABSTRACT

Objective: To assess life satisfaction, vitality, positive affection, and the presence of complicated grief in first-degree mourners. *Method:* a total of 26 mourners, most of them women, aged 19 to 73, responded to the Life Satisfaction, Vitality, and Positive and Negative Affect scales, as well as the Complicated Grief Inventory. *Descriptive analyses and the t Pearson and the d Cohen test explored interactions among variables.* *Results:* The participants showed moderate life satisfaction scores, vitality, and positive affection, but a large percentage of them showed complicated grief, mainly men, when the loss had been sudden. Complicated grief was associated with less vitality and positive affection. *Conclusions:* It is necessary to identify protective factors to develop intervention programs that affect mourners to promote their physical and psychological health.

Key words: Complicated grief; Satisfaction with life; Vitality; Positive affection.

¹ Plaça de Polo de Bernabé, 9, 46010 Valencia (España), correo electrónico: turmalina29@hotmail.com.

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, (España), tel. 34(963)86-41-00, correos electrónicos: Laura.Lacomba@uv.es y Marian.perez@uv.es.



Recibido: 17/02/2020

Aceptado: 30/12/2020

Uno de los sucesos vitales más estresantes que es posible experimentar es la pérdida de un ser querido, en particular la muerte de un familiar de primer grado (Cala y Hernández, 2019; Worden, 2013). El fallecimiento de una figura familiar principal puede propiciar el desarrollo de problemas de salud física y emocional (Soto, 2018), como depresión, ansiedad, consumo de sustancias y otros trastornos psicológicos (Barreto y Soler, 2007; Payás, 2010). Alrededor de 10% de las personas desarrollará un cuadro de duelo complicado (DC en lo sucesivo), patológico o crónico, lo que equivale a 30% de los casos atendidos en las áreas de salud mental (Barreto, De la Torre y Pérez, 2013; Payás, 2010). El DC consiste en emociones, pensamientos, conductas y respuestas fisiológicas que la persona valora como desagradables y que ocurren durante seis meses o más (Alonso, Lacomba y Pérez, 2019; Zisook *et al.*, 2018).

Hay diversos factores de riesgo que pueden facilitar que el duelo se complique. Por una parte, en relación con los factores personales, se han señalado la edad, la capacidad para manejar el estrés, el tipo de apego con la persona fallecida y la disposición de apoyo social. En relación con la persona fallecida, el hecho de que la muerte sea un suceso no natural, inesperado, traumático o prematuro, e incluso estigmatizado (como el suicidio o el aborto voluntario) puede facilitar la complicación del duelo (Barreto y Soler, 2007; Carreño, Chaparro, Carrillo y Gómez (2019); Payás, 2019; Yi, 2015).

Ahora bien, existen factores de protección ante el DC, como el afrontamiento centrado en la acción, la autoeficacia, los sentimientos de utilidad, la capacidad de resolución de problemas, la flexibilidad y la habilidad para encontrar sentido a la experiencia (Barreto y Soler, 2007; Neimeyer, Klass y Dennis, 2014; Yi, 2015; Yoffe, 2007), todos los cuales pueden facilitar la experiencia de la pérdida.

Es posible que ante tal suceso, el malestar emocional y las demandas para adaptarse a la nueva situación, los estudios se centren en la afectación fi-

sica y emocional de los dolientes (Calderon, Samstag, Papouchis y Saunders, 2019; Maccallum y Bryant, 2019), más que en el bienestar emocional y sus potencialidades, dado el gran impacto que supone el fallecimiento de un familiar de primer grado. Ahora bien, el ajuste a los eventos vitales estresantes tiene en cuenta dimensiones positivas y negativas (Garassi, 2009; Stanton y Revenson, 2007). De hecho, tras la pérdida, a pesar del sufrimiento y el padecimiento de emociones calificadas como desagradables, la mayoría de las personas se adaptan a la nueva situación, se fortalecen y crecen personalmente (Barreto y Soler, 2007; Payás, 2010).

Por todo lo anterior, se hace necesario valorar tanto la presencia de indicadores de duelo complicado o malestar emocional, como de bienestar psicológico y emocional. La presencia de distrés no impide experimentar emociones positivas; el afecto negativo y positivo son constructos distintos (Stanton y Revenson, 2007). Ya Fredrickson (2001) destaca cómo es que experimentar emociones positivas puede aumentar los recursos de la persona y funcionar como un amortiguador de las consecuencias fisiológicas negativas del estrés. El ajuste a la pérdida debe entenderse en el contexto en el que ocurre. Es un proceso dinámico y continuo, en el que el estado psicológico del doliente puede cambiar, teniendo en cuenta que tal experiencia es subjetiva (Stanton y Revenson, 2007).

En relación con el bienestar, hasta la fecha no existe un acuerdo entre las concepciones acerca del mismo (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002). No obstante, la investigación ha tenido en cuenta la satisfacción con la vida, y la afectividad y la vitalidad de la persona (Cañero, Mónaco y Montoya, 2019; Diener, 1994; Levin, Dallago y Currie, 2012; Vielma y Alonso, 2010). Dichos aspectos se han asociado generalmente a un mejor ajuste psicológico y físico en forma de una menor ocurrencia de psicopatologías o problemas psicológicos, incluido el DC; una mayor autoestima y apoyo social y mejores vínculos sociales (Alonso, 2017; Casullo y Castro, 2000; De la Iglesia, Solano y Liporace, 2019). Además de lo anterior, las personas que gozan de un mayor bienestar psicológico también manifiestan menos problemas de salud física (Lacomba, Mateu,

Carbajo, Oltra y Galán, 2019) y, por tanto, menor probabilidad de morbimortalidad (Mateu, Lacomba y Valero, 2015), por lo que son más longevas y gozan de una mejor calidad de vida (Dahlgaard *et al.*, 2019; Wielgosz, Golberg, Kral, Dunne y Davidson, 2019).

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar la satisfacción con la vida, los afectos positivos, la vitalidad y la presencia de duelo complicado en dolientes de primer grado, y observar las relaciones entre las variables bajo estudio para detectar factores de riesgo y protección.

MÉTODO

Participantes

Participaron 26 dolientes de primer grado (84.60% mujeres) con edades de entre 19 y 73 años ($M = 44.04$; $D.E. = 14.21$). Generalmente los dolientes eran viudos (34.60%) o vivían en pareja (30.80%) y un menor porcentaje eran solteros (23.10%) o divorciados (11.50%). En relación con su situación laboral, 61.50% se encontraba en activo, seguidos de los jubilados o pensionistas (23.10%), otros estudiaban (11.50%) o estaban en paro (3.80%). En referencia al nivel de estudios de los dolientes, la mayoría de los dolientes tenía estudios primarios (35.70%) o universitarios (35.79%), seguidos de quienes carecían de estudios (21.40%), y en menor medida solamente con estudios secundarios (7.10%).

Por lo general, la muerte se había producido un año antes ($M = 11.92$; $D.E. = 6.88$). La edad de las personas fallecidas oscilaba entre 0 y 78 años ($M = 42.31$; $D.E. = 18.93$). Más de la mitad de las muertes (57.70%) fueron esperables por enfermedad oncológica, y 42.20% muertes no esperadas. Específicamente, 11.50% de las muertes fueron por suicidio y 11.50% por accidentes de tráfico; otras muertes (19.20%) se debían a una enfermedad repentina (incluyendo la muerte súbita).

Materiales e instrumentos

Se utilizaron registros *ad hoc* para recoger información relativa a las variables sociodemográficas

del doliente y a las características de la muerte del ser querido. La recolección de los datos se efectuó preguntando directamente al participante.

Las variables psicológicas analizadas fueron las siguientes:

- *Satisfacción con la vida*. Valorada mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), en adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y García (2000). Esta escala valora en qué medida la persona se siente satisfecha con su vida desde la perspectiva del bienestar eudaimónico. Los cinco ítems del cuestionario se responden de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”), y forman una estructura unifactorial. Las propiedades psicométricas de la escala evidencian ser adecuadas en diferentes tipos de muestras (Atienza *et al.*, 2000).
- *Vitalidad subjetiva*. Se valoró mediante la Subjective Vitality Scale (SVS) (Ryan y Frederick, 1997). Está compuesta por seis ítems que valoran los sentimientos de viveza y energía global que percibe la persona a diario y se basa en la perspectiva eudaimónica, al igual que la SWLS. Se responde en una escala tipo Likert de cinco puntos que van de 1 (“No es verdad”) a 5 (“Verdadero”). Dicha escala ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a su fiabilidad y validez.
- *Afecto positivo y negativo*. Medidos con las Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988) (*cf.* Sandín *et al.*, 1999), constan de 20 ítems que forman dos escalas independientes (afecto positivo y afecto negativo) con igual número. Se responden en un formato Likert con recorrido de 1 (“Nunca”), a 3 (“A menudo”), teniendo en cuenta los sentimientos y emociones habituales. Cabe mencionar que han mostrado niveles adecuados de consistencia interna y externa y de validez; de hecho, los coeficientes de fiabilidad test-retest son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar el afecto como un rasgo de personalidad estable. Estas escalas han demostrado ser una me-

didada válida y confiable en población con y sin psicopatología (Otsuka, Campos, Castro, Brandão y Pires, 2019). En el presente estudio se empleó la subescala de Afecto Positivo.

- *Duelo complicado*. Se evaluó mediante el Inventario de Duelo Complicado (IDC) (Prigerson *et al.*, 1995) a fin de ofrecer una puntuación lo más objetiva posible que permitiera diferenciar entre el duelo normal y el duelo patológico. Consta de 19 ítems que evalúan, mediante una escala de 1 a 5, la frecuencia de aparición de los síntomas (emocionales, cognitivos o conductuales) del duelo complicado. La puntuación total, de entre 19-76, se obtiene mediante la suma de todas las respuestas, considerándose que valores iguales o superiores a 25 indican un duelo complicado. El cuestionario cuenta con propiedades psicométricas apropiadas (Limonero, Lacasta, García, Mate y Prigerson, 2009).

Procedimiento

La evaluación la llevaron a cabo psicólogos de la Asociación Española contra el Cáncer en hospitales de referencia de la Comunidad Valenciana. Los participantes fueron informados del procedimiento a seguir, asegurando el compromiso de la confidencialidad de los datos de carácter personal; tras la firma del formato de consentimiento informado se les administraron los cuestionarios.

Los criterios de inclusión para participar en esta investigación transversal de pase único en un único momento fueron ser doliente de primer grado y que hubiesen transcurrido al menos seis me-

ses de la muerte de su ser querido, pues a partir de ese momento las alteraciones que aparecen pueden considerarse parte de los criterios diagnósticos del trastorno por duelo prolongado (Prigerson, Vanderwerker y Maciejewski, 2008). Los criterios de exclusión fueron sufrir un embotamiento emocional intenso, tener antecedentes personales o problema actual de trastorno psicológico (incluyendo trastornos del consumo de sustancias), y consumir medicamentos en exceso.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos y pruebas *t* para muestras independientes para observar las diferencias entre hombres y mujeres, calculando el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen, y considerando como pequeños valores de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 (Cohen, 1988) y correlaciones de Pearson para establecer relaciones entre las variables estudiadas, todo ello mediante el programa estadístico SPSS, v. 26.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Los dolientes mostraron puntuaciones bajas y moderadas de satisfacción con la vida y vitalidad, así como un moderado afecto positivo; sin embargo, las puntuaciones de los indicadores de la posibilidad de duelo complicado fueron elevadas: de hecho, 85.70% de los participantes mostró indicadores de duelo complicado (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables analizadas.

Escalas	M	D.E.	Min.	Máx.	Rango
Satisfacción con la vida	9.76	4.26	0	18	0-25
Vitalidad	12.38	5.47	0	21	0-25
Afecto positivo	19.62	9.87	10	29	10-30
Duelo complicado	42.57	14.63	20	75	19-76

Nota: M = Media; D.E. = desviación estándar; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

Comparaciones de medias

Al efectuar comparaciones de medias en función del sexo de los participantes y sobre si la muerte del ser querido era esperable o no, y en función asimismo de la presencia de sintomatología clínica sugerente de duelo complicado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel del afecto positivo respecto al riesgo de padecer duelo complicado. No obstante, el tamaño y las diferencias de la muestra entre los grupos hicieron necesario el uso del estadístico *d* de Cohen (tamaño del efecto), un estadístico que es sensible

al cambio según el tamaño de los grupos y de su media y desviación típica. Es por ello que, en lo que sigue, se abordan las diferencias estadísticamente significativas, pero también aquellas en las que las distancias entre medias de los grupos fueron moderadas o grandes, valoradas a través de la magnitud del efecto, un estadístico especialmente recomendado para tamaños muestrales pequeños (véanse las Tablas 2, 3 y 4).

En relación con el sexo, se observó que fueron los hombres los que más indicadores de duelo complicado exhibieron, observándose en este caso un tamaño del efecto elevado (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de medias en función del sexo.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mm	DEm	Mh	DEh
Satisfacción con la vida	.11	19	.91	.11	9.63	4.47	10.00	1.41
Vitalidad	-.23	19	.82	.20	12.47	5.70	11.50	3.54
Afecto positivo	.13	19	.90	.11	19.56	10.29	20.50	6.36
Duelo complicado	-.35	19	.63	1.50	41.11	14.60	56.50	2.90

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mm = Media mujeres; DEm = desviación estándar mujeres; Mh = Media hombres; DEh = desviación estándar hombres.

En referencia a si la muerte del ser querido era para el doliente una situación predecible, se apreció que los dolientes que sufrieron la muerte repentina de un familiar de primer grado en las formas de suicidio, accidente de tráfico o laboral o

de una condición médica abrupta, informaron tener menos satisfacción con la vida, menos afecto positivo y más indicadores de duelo complicado (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de medias en función de si la muerte del ser querido era esperable o no.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mes	DEes	Mne	DEne
Satisfacción con la vida	-.45	20	.66	2.02	9.27	4.60	10.09	3.83
Vitalidad	.43	20	.67	.18	12.82	6.24	11.82	4.53
Afecto positivo	.87	20	.39	.40	21.19	10.80	17.55	8.99
Duelo complicado	-1.31	20	.21	.53	38.55	16.50	47.00	11.46

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mes = Media de muerte esperada; DEes = desviación estándar de muerte esperada; Mne = Media de muerte inesperada; DEne = desviación estándar de muerte inesperada.

En cuanto a los indicadores de duelo complicado, los dolientes de primer grado que mostraron indicios de duelo complicado manifestaron una menor

satisfacción con la vida, menos vitalidad y un menor afecto positivo (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de medias en función de presentar riesgo de duelo complicado o no.

Escalas	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>	Mnc	DEnc	Mdc	DEdc
Satisfacción con la vida	-.72	19	.48	.44	8.00	4.58	9.94	4.28
Vitalidad	1.38	19	.18	.83	16.33	3.51	11.72	5.53
Afecto positivo	2.22	19	.04	1.84	30.33	9.61	17.83	8.95

Nota: *t* = prueba valor prueba *t*; gl = grados de libertad; *p* = nivel de significación; *d* = tamaño del efecto, considerando como valores pequeños de tamaño del efecto aquellos de ≈ 0.2 , medios de ≈ 0.5 y altos de ≈ 0.8 ; Mnc = Media de duelo complicado; DEnc = desviación estándar de duelo complicado; Mdc = Media de duelo no complicado; DEdc = desviación estándar de duelo no complicado.

Relaciones entre las variables estudiadas

Por último, se analizaron las relaciones existentes entre las variables que fueron objeto de estudio (satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo y negativo). Se encontró una asociación lineal, positiva, elevada y significativa entre la satisfacción con la vida, la vitalidad y el afecto positivo. Del mismo modo, la vitalidad se asoció modera-

damente con el afecto positivo. La probabilidad de padecer duelo complicado al momento de la evaluación se asoció de forma significativa con menos vitalidad o energía y menor afecto positivo. Las asociaciones lineales entre la edad del doliente, la edad del fallecido y el tiempo desde la muerte con el resto de las variables analizadas fueron bajas y no significativas (Tabla 5).

Tabla 5. Asociaciones entre las variables bajo estudio.

	Satisfacción con la vida	Vitalidad	Afecto positivo	Duelo complicado	Edad doliente	Edad fallecido	Tiempo muerte
Satisfacción con la vida	1						
Vitalidad	.731**	1					
Afecto positivo	.792**	.580**	1				
Duelo complicado	-.235	-.471*	-.455*	1			
Edad doliente	.171	.118	.028	.261	1		
Edad fallecido	-.397	-.246	-.006	.215	.054	1	
Tiempo muerte	.106	-.089	-.077	.254	.139	.125	1

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

DISCUSIÓN

Dando respuesta al objetivo planteado de analizar la satisfacción con la vida, la vitalidad, el afecto positivo y los indicadores de duelo complicado en dolientes de primer grado, los resultados indican que los dolientes obtuvieron puntuaciones moderadas en satisfacción con la vida, vitalidad y afecto positivo, y que un gran porcentaje de ellos (85.70%) mostraba indicadores de duelo complicado transcurridos los seis primeros meses de la pérdida. Se apreció cómo el ajuste a la nueva situación trae consigo efectos negativos, pero también de crecimiento tras la pérdida, y es posible, que, aunque los dolientes muestren su malestar

emocional, también puedan valorar su vida como positiva, sentirse esperanzados y con un estado de ánimo positivo.

Un hallazgo que llama la atención es la presencia de valores de duelo complicado más grave en el caso de los hombres. Habitualmente, la literatura ha señalado el hecho de ser mujer como un factor de riesgo en el desarrollo de duelo complicado (Enez, 2018; Kersting, Brähler, Glaesmer y Wagner, 2011). Podría ser que este resultado se deba al tamaño muestral y al reparto no equitativo del sexo entre los participantes, o a que, debido a que los hombres demandan menos atención psicológica (Merckaert *et al.*, 2010), solamente se haya accedido a aquellos con una sintomatología más grave.

En la muestra utilizada la mayoría de los participantes eran adultos y la mitad de los fallecimientos fueron esperados; pese a ello, una parte importante de los participantes mostraba indicadores de DC en el momento de la evaluación. Ahora bien, en aquellas situaciones en las que la muerte era esperable, los dolientes informaron disponer de más vitalidad y más afecto positivo, por lo que tenían una menor probabilidad de padecer un duelo complicado. De esta manera –tal como se señaló antes–, en aquellas situaciones en que la muerte no se espera, en que no es un suceso normativo o en la que es estigmatizada socialmente, se desarrolla con más frecuencia DC (Barreto y Soler, 2008; Carreño *et al.*, 2019; Payás, 2010; Yi, 2015). Lo anterior se acompaña de una menor capacidad para mostrar afectos positivos y menos vitalidad. Como se sabe, la disminución de la vitalidad y, por ende, de la actividad personal puede comportar una reducción de las interacciones sociales que, a su vez, puede empeorar la clínica emocional del paciente y su salud física y emocional (De la Iglesia *et al.*, 2019; Mateu *et al.*, 2015).

Por otra parte, los dolientes que muestran una sintomatología clínica de duelo complicado manifiestan menos vitalidad y afectividad positiva, lo que va en la línea de la literatura especializada anteriormente citada, en la que se destaca que la ocurrencia de DC compromete notablemente la salud emocional de los dolientes (Soto, Salvador y Pérez, 2019). Como se sabe, la pérdida de un familiar de primer grado puede llevar a una persona a padecer malestar emocional en las formas de culpabilidad, tristeza o pensamientos intrusivos (Alonso *et al.*, 2019; Prigerson *et al.*, 2008; Shear, Reynolds, Simon y Zisook, 2017; Worden, 1997; Zisook *et al.*, 2018), lo que hace más posible que los familiares informen de bienestar bajo (Soto *et al.*, 2019).

De igual manera, es posible observar que entre más síntomas de duelo complicado, menos vitalidad y menos afectividad positiva hay; no obstante, la afectividad positiva, la vitalidad y la satisfacción con la vida se asocian significativamente entre ellas. Lo anterior puede ayudar a plantear programas de intervención que incidan en estos aspectos, teniendo presente que la influencia en alguno de ellos podría modificar el resto de los

demás. Hasta ahora, estas variables no se habían estudiado en los dolientes, por lo que este trabajo arroja luz sobre cómo se comportaron en la muestra. No se hallaron relaciones lineales con el duelo y la edad del doliente, ni tampoco con la edad del fallecido, lo que va parcialmente en la línea de los datos señalados, pues algunos estudios han encontrado que ser joven o adulto mayor son factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003; Worden, 2013). Quizás en futuros estudios, si se aumenta la muestra, sea posible analizar asociaciones en forma de U y así verificar si ocurre o no este tipo de asociación.

Además de lo anterior, tampoco se descubrieron relaciones entre la edad del fallecido y los indicadores analizados, posiblemente porque la mayoría de los difuntos eran adultos o adultos mayores. Tal y como indica la literatura especializada, la muerte de familiares de primer grado no normativas (muertes perinatales o en población infantojuvenil), pueden asociarse con mayor probabilidad a un DC (Cala y Hernández, 2019). Es posible que si se aumenta el número de participantes se puedan reunir en grupos de edades y observar si hay diferencias en función de las edades del fallecido y del doliente. Del mismo modo, podrían encontrarse diferencias estadísticamente significativas en variables en las que se aprecia un tamaño del efecto moderado de una variable sobre otra. No obstante, el presente estudio refleja una realidad de este tipo de investigaciones, o sea, la dificultad que existe para acceder a los dolientes en la investigación clínica.

Los datos derivados de este trabajo pueden contribuir a detectar a aquellos dolientes que con mayor probabilidad necesitarían una intervención psicológica según los factores de riesgo y protección, previniendo así futuras complicaciones. Asimismo, pueden ayudar a diseñar intervenciones que favorezcan la aceptación de la pérdida, y con ello, el aumento del bienestar emocional. En este sentido, por ejemplo, las intervenciones basadas en potenciar la capacidad *mindful* y la autocompasión podrían ser útiles para fortalecer dichas habilidades (Malkinso, 2019; Moscoso, 2019; Raj y Kumar, 2018; Sanz *et al.*, 2016), protegiendo de este modo a los dolientes de la cronificación de la

sintomatología natural en los primeros momentos tras la pérdida.

En virtud de que el estudio fue de corte transversal, no es posible establecer conclusiones predictivas, es decir, saber si debido a que los dolientes tenían previamente un menor bienestar psicológico o emocional presentaban indicadores mayores de DC, o si la presencia de los indicadores de DC promovía que su bienestar se viese empeorado, o si ocurren ambas condiciones. Por consiguiente, nuevos estudios longitudinales podrían hacer posible conocer con mayor precisión la naturaleza de tales variables, y considerar otras más que pueden mediar el ajuste a la pérdida, como la psicopatología actual, la situación socioeconómica y laboral, las vinculaciones afectivas establecidas con el fallecido, o los estilos de afrontamiento de los dolientes.

Los datos aquí reportados indican la necesidad de continuar investigando los factores de riesgo y protección de los dolientes de primer grado a fin de desarrollar e implementar programas de intervención *ad hoc*, teniendo en cuenta una visión integral de la pérdida, es decir, tanto de la psicopatología como del bienestar, pues la satisfacción con la vida, la vitalidad y el afecto positivo pueden

ser variables que intervengan directamente en la resolución positiva del duelo.

Lo anterior puede también ayudar a aumentar el ajuste a la pérdida en los dolientes que así lo requieran, mejorando sus habilidades en el presente, pero también otorgándoles herramientas para aceptar con mayor facilidad las futuras pérdidas, aumentando así su calidad de vida relacionada con la salud física y emocional.

Para finalizar, es necesario señalar que este estudio muestra que el perfil del doliente con duelo complicado se caracteriza por ser varón, haber padecido la muerte de un familiar de primer grado de manera inesperada (Soto *et al.*, 2017), y mostrar una baja satisfacción con la vida, escasa vitalidad e insuficientes afectos positivos. No se halló que la edad del doliente ni del fallecido fueran factores de riesgo o de protección; del mismo modo, el tiempo desde el fallecimiento no se asoció con mejores resultados en la salud emocional.

Como conclusión, debe señalarse que la evaluación de los dolientes debe suponer tanto los aspectos positivos como negativos de la pérdida, lo que puede dotar de herramientas de trabajo a los profesionales interesados al ofrecerles una visión más profunda de la persona.

AGRADECIMIENTOS

Laura Lacomba-Trejo es beneficiaria de la Ayuda de Atracció a Talent de la Universidad de Valencia (Núm. 0113/2018).

Citación: Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L. y Pérez-Marín, M. (2022). Satisfacción con la vida, vitalidad y emociones positivas como factores de protección ante el duelo complicado. *Psicología y Salud*, 32(1), 161-170. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2722>.

REFERENCIAS

- Alonso L., L. (2017). *Mindfulness y duelo: cómo la serenidad mindful y la compasión contribuyen al bienestar tras la pérdida*. Tesis doctoral inédita. Valencia /España): Universidad de Valencia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10550/59253>.
- Alonso L., L., Ramos C., M., Barreto M., P. y Pérez M., M. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. *Calidad de Vida y Salud*, 12(1), 65-75.
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García M., M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Barreto, P., De la Torre, O. y Pérez M., M. (2013). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902.

- Barreto, P. y Soler, M. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, P., Yi, P. y Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Cala M., L.P. y Hernández L., F.A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*, 19(1), 32-45.
- Calderon, S., Samstag, L.W., Papouchis, N. y Saunders, B.A. (2019). The effects of early parental death and grief on interpersonal functioning and alexithymia in adults. *Psychopathology*, 52(3), 194-204. Doi: 10.1159/000501156.
- Cañero, M., Mónaco, E. y Montoya C., I. (2019). La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 19-29.
- Carreño M., S., Chaparro D., L., Carrillo G., M. y Gómez R., O.J. (2019). Duelo en el cuidador del niño fallecido por cáncer: revisión exploratoria. *Duazary*, 16(2), 281-294. Doi: 10.21676/2389783x.2755.
- Casullo M., M. y Castro S., A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Dahlgard, J., Jørgensen, M.M., van der Velden, A.M., Sumbundu, A., Gregersen, N., Olsen, R.K. y Mehlsen, M.Y. (2019). Mindfulness, health, and longevity. En S. I. S. Rattan y M. Kyriazis (Eds.): *The science of hormesis in health and longevity* (pp. 243-255). New York: Academic Press. Doi: 10.1016/B978-0-12-814253-0.00022-x.
- De la Iglesia, G., Solano A., C. y Liporace M., M.F. (2019). Perfiles de afrontamiento del estrés en adolescentes: su relación con la psicopatología. *Revista de Psicología*, 14(27), 77-92.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157. Doi: 10.1007/BF01207052.
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Enez, Ö. (2018). Complicated grief: Epidemiology, clinical features, assessment and diagnosis. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 269-279. Doi: 10.18863/pgy.358110.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden- and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Garassi, M.E. (2009). Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. *Psicodebate*, 9, 93-104. Doi: 10.18682/pd.v9i0.410.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en el adolescente. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343. Doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032.
- Lacomba T., L., Mateu M., J., Carbajo, E., Oltra A., M. y Galán, A. (2019). Enfermedad renal crónica avanzada. Asociación entre ansiedad, depresión y resiliencia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 103-111. Doi: 10.22265/acnef.6.2.344.
- Levin, K.A., Dallago, L. y Currie, C. (2012). The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence, and gender differences in parent-child communication. *Social Indicators Research*, 106(2), 287-305. Doi: 10.1007/s11205-011-9804-y.
- Limonero G., J., Lacasta R., M., García G., J., Mate M., J. y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Maccallum, F. y Bryant, R.A. (2019). Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: a latent class analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(1), 59-67. Doi: 10.1177/0004867418768429.
- Malkinson R. (2019). REBT and complicated grief. En W. Dryden y M. Bernard (Eds.): *REBT with diverse client problems and populations*. New York: Springer.
- Mateu M., J., Lacomba T., L. y Valero M., S. (2015). Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el infarto agudo de miocardio. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 32-41.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J.L. y Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: Prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*, 19, 141-149.
- Moscoso, M. (2019). Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 107-117. Doi: 10.24265/liberabit.2019.v25n1.09.
- Neimeyer, R.A., Klass, D. y Dennis, M.R. (2014). A social constructionist account of grief: loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 0, 1-14. Doi: 10.1080/07481187.2014.913454.
- Otsuka, L.K., Campos, D., Castro, R., Brandão, C. y Pires, P.P. (2019). Análise psicométrica de PANAS no Brasil. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 45-55. Doi: 10.22235/cp.v13i1.1808.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós.

- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds III, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. y Miller, F. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59, 65-79.
- Prigerson, H., Vanderwerker, L. y Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. En M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut y W. Stroebe (Eds.): *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). Washington, D.C.: American Psychological Association. Doi: 10.1037/14498-008.
- Raj, A. y Kumar, P. (2018). Efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR): A brief overview. *International Journal of Disability Human Development*, 4(1), 73-81.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanz, J.M., García C., I.M., Cuquerella, M.A., Cano, I., Jordá, E., Blasco, J. y Carbajo, E. (2016). Intervención grupal cognitivo conductual en el trastorno adaptativo. *Psicología Conductual*, 24(3), 389-403.
- Shear, K., Reynolds, C., Simon, N. y Zisook, S. (2017). *Grief and bereavement in adults: Clinical features*. Waltham, MA: Uptodate.
- Soto R., A., (2018). *Beneficios de un programa de soporte para familiares de pacientes al final de la vida: estudio multicéntrico*. Tesis doctoral inédita. Valencia (España): Universidad de Valencia. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/66969/TESES%20DOCTORAL%20A.SOTO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Soto R., A., Salvador, E. y Pérez M., M. (2019). Factores de riesgo de duelo complicado en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal: una revisión sistemática. *Calidad de Vida y Salud*, 12(2), 29-39.
- Soto R., A., Savall, F., Casaña G., S., Molina, P., Giner, J., Zorio, E. y Barreto, P. (2017). Psychosocial and adaptation factors in relatives of patients who died of sudden cardiac death. *CorSalud*, 9(3), 169-173.
- Stanton, A. y Revenson, T. (2007). Adjustment to chronic disease: progress and promise in research. En S. Howard y C. S. Roxane (Eds.): *Foundations of Health Psychology* (pp. 214-244). Waltham, MA: Oxford University Press.
- Vielma, J. y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063.
- Wielgosz, J., Golberg, S.B., Kral, T.R.A., Dunne, J.D. y Davidson, R.J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285-316. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423.
- Worden, J. (2013): *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yi, P.Y. (2016). *Factores de riesgo de duelo complicado en cuidados paliativos*. Tesis doctoral inédita. Valencia (España): Universitat de València. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71051366.pdf>.
- Yoffe, L. (2003). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate*, 3, 127-158. Doi:10.18682/pd.v3i0.507.
- Zisook, S., Shear, M.K., Reynolds, C.F., Simon, N.M., Mauro, C., Skritskaya, N.A. y Qiu, X. (2018). Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: A heal report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2). Doi: 10.4088/JCP.17m11592.

Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos

Quality of life and daily life activities in Mexican older adults

Alejandro Pérez Ortiz¹, Ana Leticia Becerra Gálvez²,
Guadalupe Arely Hernández Gálvez¹, María del Carmen Estrada Alvarado¹
y Erick Alberto Medina Jiménez¹

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}

Autor de correspondencia: Alejandro Pérez Ortiz, psicaleperez14@gmail.com.

RESUMEN

Las personas de 60 años y más experimentan una serie de complicaciones biopsicosociales que pueden afectar la ejecución de actividades de la vida diaria y posiblemente con ello su independencia, autoeficacia y calidad de vida, no obstante, poco se conoce si dichas variables realmente están asociadas. El objetivo de esta investigación fue identificar la asociación entre calidad de vida y autoeficacia para realizar actividades cotidianas, así como con otras variables de índole sociodemográfico en un grupo de adultos mayores mexicanos; 102 participantes contestaron el Cuestionario de Detección de Salud en la Vejez (*ex profeso*), el Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD) y el instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas (AerAC-Breve). Los hombres presentaron mejor calidad de vida ($U = .036, p < .05$); se obtuvo una correlación positiva de magnitud pequeña entre el WHOQOL-OLD y el AerAC-Breve ($r = .363, p < .000$). Las correlaciones más altas se encontraron en la dimensión tres de ambos instrumentos (intimidad y relaciones sociales; $r = .768, p < .001$) y la seis del WHOQOL-OLD con la dimensión tres del AerAC-Breve ($r = .855, p < .001$). Poco más de la mitad de la muestra presentó niveles intermedios y bajos en el WHOQOL-OLD y AerAC-Breve. Continuar con el estudio de estas variables (calidad de vida y actividades de la vida diaria) permitirá la formulación de un modelo teórico sólido, que a su vez dé paso al diseño de intervenciones psicológicas dirigidas a la población envejecida.

Palabras clave: Psicología de la salud; Psicología del Envejecimiento; Calidad de Vida; Adultos mayores.

ABSTRACT

People aged 60 and over tend to experience biopsychosocial complications that may affect performing daily activities and compromising their independence, self-efficacy, and quality of life. However, little is known of the extent to which these variables associate for Mexican participants. The purpose of this study was to identify the association between quality of life, self-efficacy in daily activities, and sociodemographic variables in a group of Mexican older adults. A total of 102 participants answered an Old Age Health Screening Questionnaire, the Quality of Life Questionnaire

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 39737, correos electrónicos: psicaleperez14@gmail.com, arelehernandez@gmail.com, carmen.mcea@gmail.com y erickdearco@gmail.com.

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente Indeco II ISSSTE, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, CDMX, correo electrónico: behaviormed.ana@gmail.com.



for The Elderly (WHOQOL-OLD), and a Self-Efficacy instrument on Everyday Activities (AerAC-Brief). Men showed better quality of life ($U = .036, p < .05$); and modest positive correlation resulted between WHOQOL-OLD and AerAC-Brief ($r = .363, p < .000$). The highest correlations were found in intimacy and social relations in both instruments; $r = 7.68, p < .001$) and dimension six of WHOQOL-OLD with the dimension three of AerAC-Brief ($r = .855, p < .001$). Just over half of the sample showed intermediate and low levels in WHOQOL-OLD and AerAC-Brief. Results point toward the need to study these variables further to formulate a more solid theoretical model, which will, in turn, lead to the design of psychological interventions aimed at the elderly population.

Key words: Health Psychology; Psychology of aging; Quality of life; Old adults.

Recibido: 29/08/2020.

Aceptado: 18/01/2021.

A finales del siglo XX se suscitaron en todo el mundo diversas cuestiones relativas a la economía, la urbanización, el acceso a la salud y a la educación, entre muchas más; como una consecuencia indirecta de lo anterior, la esperanza de vida aumentó, por lo que hubo un aumento importante de la población mayor de 60 años. Hasta 2019 se habían registrado 703 millones de personas con una edad igual o mayor a 65 años, y las proyecciones demográficas para el año 2050 estiman que este grupo etario alcanzará los 1.5 miles de millones (Castillo y Vela, 2005; United Nations Organization, 2019). En el caso de América Latina han ocurrido cambios demográficos de importancia ya que han disminuido la mortalidad y la fecundidad. México es uno de los principales países de dicha región que enfrenta un proceso de envejecimiento poblacional acelerado, por lo que se estima que para 2050 este grupo constituya cerca de 19.9% de la población total (González, 2016; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019; Lesson, 2013).

Una mayor esperanza de vida y un comportamiento poco saludable aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónico-degenera-

tiva. En el mundo, los adultos mayores (AM, en lo sucesivo) suelen padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades músculo-esqueléticas, trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso –sin importar su edad o funcionalidad–, aunado a distintas discapacidades, por lo que incluso sufren discriminación y desigualdad (Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, 2016; Huenchuan, 2013; Instituto Nacional de las Mujeres, 2015; Montes de Oca, 2013).

En consecuencia, el riesgo de padecer una enfermedad crónica, aunado a las condiciones físicas y sociales que afrontan los AM, pueden afectar su calidad de vida (CV, en lo sucesivo) y su bienestar. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996), la CV se define como “la manera en la que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p. 385). Así pues, incluye la salud biopsicosocial, la independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales. Algunos de los elementos identificados que pueden mermar la CV en los AM latinoamericanos son el ser mujer, ser analfabeto, padecer una enfermedad crónico-degenerativa, tener bajos ingresos económicos, ejercer una ocupación u oficio modesto, sufrir depresión, ansiedad o deterioro cognitivo, disponer de una red social limitada, percibir su salud como “mala”, padecer maltrato por parte de familiares, y ver su independencia limitada (Cardona, Segura, Garzón y Salazar, 2018; Estrada *et al.*, 2011; Soria y Montoya, 2017; Villegas y Montoya, 2014).

Por el contrario, la percepción de una alta o “buena” CV en este grupo etario se ha asociado con tener independencia financiera, contar con casa propia, vivir en compañía, gozar de cuidados y disponer de una red social amplia y funcional (Garbaccio, Tonaco, Estêvão y Barcelos, 2018; Granados y Muñoz, 2015).

Como se señaló anteriormente, se ha propuesto la independencia como una dimensión de la CV que involucra la movilidad y las actividades de la vida diaria (AVD en adelante). Las AVD son

aquellas conductas que una persona lleva a cabo para poder cuidar de sí misma con independencia y autonomía (Romero, 2007). De acuerdo a Martínez, Ibarrola, Fernández y Lafita (2017), el término más apropiado al hablar de “independencia” es *capacidad funcional*, que comprende los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, y se compone de la capacidad intrínseca, las características del entorno que afectan a esta y las interacciones con otros; no obstante, la capacidad funcional se evalúa cuantitativamente, es decir, qué puede hacer o no hacer un individuo por sí mismo. Siguiendo esta propuesta, la capacidad funcional de un AM será deficiente si este manifiesta limitaciones físicas, o bien si su entorno no le permite llevarlas a cabo. Es por ello que la autoeficacia, entendida como la valoración que hacen los individuos sobre su capacidad o su competencia para ejecutar con éxito una conducta específica hará posible evaluar el componente subjetivo en la capacidad funcional, ampliar el paradigma en la conceptualización y evaluación del mismo, y promover un envejecimiento saludable (Bandura, 1997; Grembowski *et al.*, 1993; OMS, 2015).

La evidencia que aporta la literatura especializada entre la capacidad funcional o la autoeficacia en la ejecución de AVD y la relación con la CV en los AM es muy escasa, por lo que analizar ambas variables permitirá conocer su relación, para luego poder diseñar intervenciones psicológicas que mejoren la CV y las AVD de los AM. Además, en la percepción de autoeficacia, funcionalidad y CV del AM convergen otras variables propias del contexto sociocultural que podrían ser disposicionales para esta última; por ejemplo, el estado civil (v.g., solteros o viudos) (Montes de Oca, 2013), el nivel socioeconómico (Cardona *et al.*, 2018, Garbaccio *et al.*, 2018), las redes de apoyo (Garbaccio *et al.*, 2018) y la seguridad social, y el acceso a los servicios de salud (Villegas y Montoya, 2014). Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo de la presente investigación fue identificar la asociación entre la CV y la autoeficacia para llevar a cabo las actividades cotidianas, así como con otras variables sociodemográficas en un grupo de AM mexicanos.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por adultos mayores de 60 años, quienes fueron reclutados en diversos espacios recreativos, educativos y en centros del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El criterio de inclusión fue tener 60 años o más, en tanto que el de eliminación fue responder menos del 80% de los instrumentos de medición.

Instrumentos

Cuestionario de detección de salud en la vejez.

Dicho cuestionario fue elaborado *ex profeso* por los presentes autores y se compone de tres secciones: datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, y ocupación); nivel socioeconómico (ingresos mensuales y preguntas para la detección de dicho nivel, elaboradas por la Asociación de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública, A.C. [2017]), y estado de salud y seguro médico (que considera la afiliación a un seguro médico, patologías presentadas, años de padecerlas y atención de las mismas).

Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQOL-OLD).

Este instrumento fue elaborado por Power, Quinn, Schmidt y el WHOQOL-OLD Group (2005), y validado y adaptado a población mexicana por González y Gómez (2013). Posee una varianza explicada de 65.70% y un coeficiente alfa de Cronbach alto ($\alpha = 0.83$). Se compone de seis factores: Actividades (pasadas, presentes y futuras), Autonomía, Intimidación, Participación social, Muerte y Morir, evaluados con 24 reactivos con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert (de 1: “Nada”, a 5: “Completamente”). La puntuación mínima es 24 y la máxima 120, donde a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas (AeRAC-Breve).

Diseñado por González (2009), posee una varianza explicada de 62.417% y un coeficiente alfa de

Cronbach alto ($\alpha = 0.87$). Está compuesto por cinco factores: Actividades de independencia, Actividades recreativas mentales, Actividades sociales, Actividades de protección a la salud y Actividades recreativas físicas, evaluados mediante 26 reactivos con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert: “Nada” = 0; Un poco = 25; Moderadamente = 50; Bastante = 75, y Completamente = 100. A mayor puntuación, mayor autoeficacia percibe el AM para realizar sus actividades cotidianas.

Para facilitar el análisis entre los instrumentos empleados se efectuó lo propuesto por González y Lima (2017) y González y Raya (2017), esto es, transformar los puntajes brutos en el WHOQoL-OLD y el AeRAC-Breve en una escala de 0 a 100 siguiendo la siguiente fórmula:

$$\text{WHOQOL - OLD}100 = \frac{(x - 24)(100)}{96}$$

Donde:

WHOQoL-OLD 100 = Puntuación bruta total obtenida en el instrumento y transformada a una escala de 0 a 100.

Para el WHOQoL-OLD se obtuvo la diferencia de -24 a cada puntuación, para iniciar el rango desde 0 hasta $120 - 24 = 96$.

x = Puntuación bruta total obtenida en el instrumento.

Para el AeRAC-Breve se obtuvo la puntuación bruta total y se empleó la siguiente fórmula:

$$\text{AERAC - BREVE} = \frac{(x)(100)}{2600}$$

Donde:

AeRAC-Breve = Puntuación bruta total obtenida en el instrumento y transformada a una escala de 0 a 100.

x = Puntuación bruta total obtenida en el instrumento.

Procedimiento

Los AM que decidieron participar lo hicieron de manera voluntaria, para lo cual leyeron y firmaron un formato de consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos se hizo de manera presencial en un formato grupal; así, las preguntas y opciones de respuesta se les leían en voz alta, y te-

nían unos segundos para responder, para después resolver dudas en caso de haberlas. Se utilizó un formato individual para aquellos participantes analfabetos o que tuvieran dificultades para comprender las preguntas o las opciones de respuesta; en ambos casos, se realizó el mismo proceso, esto es, lectura de preguntas y opciones de pregunta en voz alta, y resolución de dudas si es que las había. En cada aplicación se encontraban en el lugar al menos tres de los investigadores a fin de asistir individualmente a los participantes que lo requirieran.

El riesgo de participar en la investigación fue mínimo ya que se trató de un estudio con alcance descriptivo-transversal cuyo fin fue recabar información de índole psicosocial y sin emplear procedimientos psicoterapéuticos. Se procuró la transparencia de los datos proporcionando información a los participantes sobre el proyecto, sus responsables y los medios de contacto en caso de que tuviesen dudas. En el cuestionario se indicó que el tratamiento de los datos personales sería confidencial y solamente con fines de investigación científica. En cada espacio donde se efectuó la aplicación se contó con la aprobación verbal y escrita de las autoridades responsables.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos se analizaron empleando el SPSS, versión 20. Se obtuvieron los análisis estadísticos descriptivos de la muestra y se realizó la prueba de bondad de ajuste, obteniendo como resultado que las variables no tenían una distribución normal; en consecuencia, se optó por realizar pruebas no paramétricas. Para conocer las diferencias entre la CV y las AVD se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, y para evaluar el grado de asociación entre las variables, el coeficiente r de Pearson. La significancia estadística se determinó con un nivel de $p \leq .05$.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

La muestra se conformó por 102 adultos mayores (86 mujeres y 16 hombres), de entre 60 y 95 años

(M = 69 años). En cuanto al nivel educativo, casi la mitad de los participantes contaban con educación básica; por otro lado, los participantes reportaron contar con ingresos económicos mensuales de entre \$800.00 y \$50,000 (M = \$5,350.00).

Solo un participante no sabía leer ni escribir. La Tabla 1 muestra las características de los participantes en términos de su frecuencia y porcentaje.

A su vez, la Tabla 2 muestra los niveles obtenidos de CV y AVD por los participantes.

Tabla 1. Características de los participantes.

Característica	f	%	Característica	f	%
<i>Sabe leer y escribir</i>			<i>Ocupación</i>		
Sí	101	99.02	Hogar	46	45.0
No	1	0.98	Pensionado	37	36.3
<i>Escolaridad</i>			Profesional	6	5.9
Primaria	31	30.3	Otro	5	4.9
Secundaria	20	19.6	Empleado general	3	2.9
Preparatoria	20	19.6	Comerciante	2	2.0
Universidad	21	20.6	No contestó	2	2.0
Posgrado	1	1.0	Oficio	1	1.0
Sin instrucción	7	6.9	<i>Afiliación a seguro médico</i>		
No contestó	2	2.0	IMSS	64	62.7
<i>Estado civil</i>			ISSSTE	22	21.5
Viudo	39	38.2	Seguro popular	5	4.9
Casado	27	26.5	No tiene	5	4.9
Soltero	18	17.6	PEMEX	2	2.0
Separado	12	11.8	No contestó	2	2.0
Unión libre	4	3.9	ISSEMyM	1	1.0
<i>Nivel socioeconómico (AMAI)</i>			Otro	1	1.0
A/B	54	52.9	<i>Enfermedades</i>		
C+	15	14.7	Diabetes mellitus	30	29.4
C-	11	10.8	Hipertensión arterial	29	28.4
D+	1	1.0	Ninguna	18	17.7
D	1	1.0	No contestó	10	9.8
E	0	0	Otra	9	8.8
No contestó	20	19.6	Cardiovasculares	4	3.9
			Obesidad	1	1.0
			Prediabetes	1	1.0

Nota: AMAI = Asociación de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública. IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE = Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. PEMEX = Petróleos Mexicanos. ISSEMyM = Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Tabla 2. Niveles de CV y AeRAC en función del sexo.

Sexo	Nivel de CV	f	%	Nivel de AVD	f	%
Mujer	Mala	23	26.7	Mala	17	19.8
	Regular	21	24.4	Regular	22	25.6
	Buena	22	25.6	Buena	22	25.6
	Muy buena	20	23.3	Muy buena	25	29.0
Hombre	Mala	1	6.3	Mala	6	37.5
	Regular	4	25.0	Regular	3	18.7
	Buena	3	18.7	Buena	2	12.5
	Muy Buena	8	50.0	Muy Buena	5	31.3

Nota: CV = Calidad de Vida; AVD = Actividades de la Vida Diaria.

Análisis de correlación

Se realizó la asociación entre las variables CV y AVD, obteniéndose una correlación positiva de magnitud leve ($r = .363$, $p < .000$). Por otro lado, al realizar la asociación entre las dimensiones de los instrumentos WHOQoL-OLD y AeRAC-Breve se en-

contraron trece coeficientes de correlación significativos de débiles a considerables. Los dos coeficientes de mayor magnitud se obtuvieron entre la tercera dimensión de ambos instrumentos ($r = .768$, $p < .001$) y la sexta del WHOQoL-OLD con la tercera dimensión tres del AeRAC-Breve ($r = .855$, $p < .001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Coeficientes de correlación entre las dimensiones del WHOQoL-OLD y las del AeRAC-Breve.

	AeRAC-Breve					
	Factores	Actividades de independencia (1)	Recreativas mentales (2)	Actividades sociales (3)	Protección a la salud (4)	Recreativas físicas (5)
WHOQoL-OLD	Actividades pasadas presentes y futuras (1)	n.s.	n.s.	$r = .409^{**}$ $p = .000$	$r = .255^{**}$ $p = .010$	n.s.
	Autonomía (2)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Intimidad (3)	$r = .281^{**}$ $p = .004$	n.s.	$r = .768^{**}$ $p = .000$	$r = .295^{**}$ $p = .003$	$r = .210^{**}$ $p = .034$
	Participación social (4)	$r = .223^{*}$ $p = .024$	$r = .332^{**}$ $p = .001$	n.s.	$r = .281^{**}$ $p = .004$	n.s.
	Muerte (5)	n.s.	n.s.	$r = .457^{**}$ $p = .000$	n.s.	n.s.
	Morir (6)	n.s.	n.s.	$r = .855^{**}$ $p = .000$	$r = .199^{*}$ $p = .045$	n.s.

Nota: **La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); *La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); n.s. = no significativa.

Análisis de comparación

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las variables de sexo y CV ($U = .036$, $p < .05$), no así entre sexo y AeRAC ($U = .394$, $p > .05$). En el caso de los niveles de (mala, regular, buena y muy buena) y AeRAC (mala, regular, buena y muy buena), también se observaron diferencias ($K = 12.560$, $p < .05$). Estos mismos

resultados no se apreciaron al comparar los niveles socioeconómicos del AMAI y la CV ($U = .576$, $p > .05$), ni en los niveles del AeRAC ($U = .387$, $p > .05$).

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las diferencias estadísticas y la asociación

de la calidad de vida y la autoeficacia para realizar actividades cotidianas en una muestra de AM mexicanos. Sociodemográficamente, los hallazgos coinciden con lo reportado por Montes de Oca (2013), quien considera la viudez como el estado civil más frecuente en esta población; luego entonces, este último podría tener un importante efecto en su CV, ya que se ha identificado que vivir en compañía –con la pareja, por ejemplo– permite tener una CV satisfactoria (Garbaccio *et al.*, 2018).

En dicho análisis sociodemográfico se halló que la mayoría de los participantes se encontraba entre los tres niveles más altos del AMAI, haciéndoles posible una estabilidad económica y un mayor acceso a atención médica. De acuerdo con Cardona *et al.* (2018) y Garbaccio *et al.* (2018), contar con suficientes ingresos económicos es un factor que permite tener un “buen” nivel de CV; sin embargo, los análisis de comparación demostraron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los niveles socioeconómicos del AMAI y los niveles de CV y AVD. Por otro lado, la seguridad social entre los participantes fue de 98.1%, lo cual difiere de lo señalado por Villegas y Montoya (2014), quienes reportaron que los AM padecen una baja seguridad social. Contar con acceso a un seguro médico favorece la atención de las patologías que padecen los AM –que en esta investigación estaban presentes en 82.4% de los participantes–, puede beneficiar la sensación de control y aumentar la autoeficacia para enfrentar las complicaciones de una enfermedad crónica, motivo por el cual la CV y las AVD podrían no verse afectadas.

La evaluación de los constructos de interés en los participantes identificó que los hombres alcanzan una mejor CV que las mujeres –siendo estadísticamente significativa–, pero no en las AVD, lo que coincide con lo reportado por Soria y Montoya (2017). De acuerdo con Sirgy (2012), se dice que las mujeres suelen presentar mejor CV, pese a lo cual hay una serie de factores que pueden beneficiar la percepción de esta variable en cualquier sexo, tales como la edad, la cultura, el lugar de residencia, el estado civil, el nivel educativo y la religión, por solo mencionar algunos.

Los resultados obtenidos en los niveles de CV y AVD entre ambos sexos difieren de lo encontra-

do por González y Lima (2017), quienes hallaron mejores CV y AVD en su muestra (69.57 y 67.88%, respectivamente); por otro lado, coinciden con los resultados de Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez (2016), que encontraron niveles similares de CV, pero no en cuanto al nivel de independencia y autocuidado referido por los participantes (80.2% de su muestra era independiente, y 76% reportó tener buen autocuidado). De igual forma, los presentes resultados de la asociación entre las variables coinciden con los de los autores antes mencionados al encontrar una asociación de magnitud pequeña. Cabe resaltar que en la presente investigación se midió el constructo de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, y que en el estudio de Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez (2016) se evaluó la independencia y el autocuidado, midiéndose la CV mediante el cuestionario SF-36. En consecuencia, los resultados obtenidos deben analizarse bajo la estructura de los instrumentos utilizados: el WHOQoL-OLD y el AeRAC-Breve, ya que su definición conceptual y operacional difiere del SF-36, el índice de Barthel y el cuestionario de capacidades de autocuidado empleado por los autores (Gobbens y Remmen, 2019; Hsieh, Hoffmann, Gustafsson y Lee, 2012; Vanleerberghe, Witte, de Claes, Schalock y Verté, 2017).

La asociación de magnitud moderada estadísticamente significativa entre la tercera dimensión de ambos instrumentos (intimidad en el WHOQoL-OLD y sociales en el AeRAC-Breve) resalta el posible efecto que tienen una red de apoyo social y la interacción con los demás sobre la CV y la autoeficacia de los AM para realizar actividades diarias (González, 2010; Granados y Muñoz, 2015; Mendoza y Martínez, 2009). La asociación más alta ($r = .855, p < .001$) se obtuvo de la sexta dimensión del WHOQoL-OLD –que aborda el temor a morir y a la muerte– con la tercera dimensión del AeRAC-Breve –que considera la relación con familiares, amigos y vecinos–. Una posible explicación de tales resultados es que las mujeres suelen experimentar un mayor temor a su muerte o a la de un conocido, por lo que son quienes más desean vivir debido a los lazos de afecto que mantienen con otras personas y a la preocupación sobre el futuro de las mismas (Rodríguez, Valderrama y López, 2007).

Con base en los resultados del presente estudio, es posible concluir lo siguiente: 1) Poco más de la mitad de la muestra de AM obtuvo niveles de bajos a intermedios en su CV, lo que es consistente con lo hallado en estudios previos efectuados en población mexicana. 2) Más de la mitad de los participantes poseía una autoeficacia buena o muy buena para la realización de sus actividades cotidianas, pese a que más de 80% sufría de al menos una enfermedad crónica, por lo que se resalta la percepción que tienen los adultos mayores de la ejecución exitosa de sus actividades, no obstante que

presenten complicaciones de salud. 3) Es necesario proseguir el estudio de la relación entre la CV y autoeficacia en la realización de AVD, así como con los componentes de la capacidad funcional, de tal manera que se formule un modelo teórico sólido que se posibilite el diseño de intervenciones psicológicas destinadas a la población de AM. 4) Por último, se sugiere que futuras investigaciones dispongan de una muestra equivalente para disminuir la probabilidad de resentir amenazas a su validez interna.

Citación: Pérez-Ortiz, A., Becerra-Gálvez, A.L., Hernández-Gálvez, G.A., Estrada-Alvarado, M.C. y Medina-Jiménez, E.A. (2022). Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 32(1), 171-179. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2723>.

REFERENCIAS

- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (2017). *Nivel SocioEconómico AMAI 2018*. Ciudad de México: AMAI. Recuperado de <http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Nota-Methodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf>.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Co.
- Cardona A., D, Segura C., Á, Garzón D., M.O. y Salazar Q., L.M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles de Población*, 24, 9-42. Doi: 10.22185/24487147.2018.97.23.
- Castillo, D. y Vela, F. (2005). Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. *Papeles de Población*, 11(45), 107-141.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (2016). *Personas adultas mayores*. Ciudad de México: COPRED: Recuperado de <http://data.copred.cdmx.gob.mx/por-la-no-discriminacion/personas-adultas-mayores/>.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á.M., Chavarriaga, L.M., Ordóñez, J. y Osorio, J.J. (2011). Calidad de vida en adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502.
- Garbaccio, J.L., Tonaco L., A.B., Estêvão, W.G. y Barcelos, B.J. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 724-732. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0149.
- Gobbens, R.J.J. y Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 231-239. Doi: 10.2147/CIA.S189560.
- González C., A.L. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AERAC) en ancianos mexicanos. En A. L. González-Celis (Ed.): *Evaluación en psicogerontología* (pp. 47-74). México: El Manual Moderno.
- González C., A.L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En L. M. Gutiérrez y J. H. Gutiérrez (Eds.): *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria* (pp. 365-378). Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/envejecimiento_humano.pdf.
- González C., A.L. y Gómez B., J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 15, 110-116. Doi: 10.4236/health.2013.512A015.
- González C., A.L. y Lima, L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5, 3-18. Doi: 10.22201/ensl.20078064e.2017.15.62571.
- González C., A.L. y Raya L., E. (2017). Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos. *Psicología y Salud*, 27(1), 79-88.
- González, K.D. (2016). *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población.
- Granados, M. y Muñoz, D. (2015). Factores que inciden en la calidad de vida de las personas adultas mayores. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 29. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44839779006>.

- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 89-104. Doi: 10.2307/2137237.
- Hsieh, C.L., Hoffmann, T., Gustafsson, L. y Lee, Y.C. (2012). The diverse constructs use of activities of daily living measures in stroke randomized controlled trials in the years 2005–2009. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(9), 720-726.
- Huenchuan, S. (2013). El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos. En V. Z. Montes de Oca (Ed.): *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques de investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 561-598). Ciudad de México: UNAM.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Ciudad de México: INMUJERES. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). *Envejecimiento y vejez*. Ciudad de México: INAPAM. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>.
- Lesson, G.W. (2013). The demographics of population ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950, 2050. En V. Z. Montes de Oca (Ed.): *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques de investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 53-74). México: UNAM.
- Loredo F., M.T., Gallegos T., R.M., Xequé M., A.S., Palomé V., G. y Juárez L., A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13, 159-165. Doi: 10.1016/j.reu.2016.05.002.
- Martínez V., N., Ibarrola, C., Fernández, A. y Lafita, J. (2017). El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Atención Primaria*, 50(1), 65. Doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.013.
- Mendoza N., V.M. y Martínez M., M.L. (2009). Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM). En A. L. González-Celis (Ed.): *Evaluación en psicogerontología* (pp. 95-112). México: El Manual Moderno.
- Montes de Oca V., Z. (2013). La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Perspectivas Sociales*, 15(1), 47-80.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *La gente y la salud: ¿qué calidad de vida?* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. and the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214. Doi: 10.1007/s11136-005-7380-9.
- Rodríguez, A.F., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo a la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Romero D., M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23, 264-271. Doi: 10.6018/analesps.
- Sirgy, M.J. (2012). Effects of other demographic factors on subjective QOL. En M. J. Sirgy (Ed.): *The Psychology of Quality of Life* (pp. 95-108). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-94-007-4405-9.
- Soria R., Z. y Montoya A., B.J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23, 59-93. Doi: 10.22185/24487147.2017.93.022.
- United Nations Organization (2019). *World Population Ageing 2019*. New York: UNO. Recuperado de <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>.
- Vanleerberghe, P., Witte de, N., Claes, C., Schalock, R.L. y Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, 2899-2907. Doi: 10.1007/s11136-017-1651-0.
- Villegas V., K.G. y Montoya A., B.J. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20(79), 133-167.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Variables associated to burden in primary caregivers of people with chronic kidney disease
Ariel de Jesús Arredondo Pantaleón and Samuel Jurado Cárdenas

Psychonephrology in the COVID-19 times: Actions to implement for the attention of patients in haemodialysis
Claudia Rodríguez Ramírez, Kely Landrián Lemus, Yadira Grau Valdés and Jorge Amado Grau Abalo

Design and validation of the Scale of Attitudes towards Palliative Care of a Relative
Tatiana Pedraza Varela, Nicolás Garzón Rodríguez, Paola Ortiz Bello, Daniel Murcia Leal and Fernando Riveros Munévar

Definition of suicide and of the thoughts and behaviors related to it: A review
José Nahum Rangel Villafaña and Samuel Jurado Cárdenas

Emotional regulation as a protective factor of suicidal behaviors
Mario Enrique Sánchez Cabada, Marisol Elizalde Monjardín and Liliana Jazmín Salcido Cibrián

Self-efficacy and its influence in the dissatisfaction of body image: Systematic review
Nayalis Nápoles Neyra, Humberto Blanco Yega and Perla Jannet Jurado García

Effect of compassionate mindfulness in pain, anxiety, and psychophysiological responses in rheumatoid arthritis
Roberto Israel Patani Maldonado, Pedro José Rodríguez Henríquez, Edgar Salinas Rivera and Ana Beatriz Moreno Coutiño

Loneliness, rumination and stress as precursors of subjective well-being in couples of patients with heart disease
Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez and Rozzana Sánchez-Aragón

Post-traumatic growth among gay men living with HIV from Buenos Aires, Argentina
Pablo David Rodusky, Virginia Zalazar and Inés Aristegui

Mental health in children and adolescents: An exploratory study based in compassionate mindfulness
Tanya María Fragoso and Ana Moreno Coutiño

Beliefs about drugs: Differences according to own consumption by adolescents
Barbara de los Angeles Pérez Pedraza, Carla Mendoza Trejo, Diana Isabel López Rodríguez and Verónica Alexandra Molina Coloma

Sleeping habits in confinement by Covid-19 in a sample of Colombian children
Aldayr David Rosero Balaños and Germán Emilio Ortega Enriquez

Health-related quality of life, depression and disease progression in Venezuelan breast cancer survivors
José Javier Alauve Burgos and Andrés Antonio Parra

Does parenting style perceived by the child influence childhood overweight or obesity?
Ilse Tatiana Mejía Galván and Ferrán Padrás Blázquez

Satisfaction with life, vitality, and positive emotions as protective factors in complicated grief
Lorena Alonso-Ulácer, Laura Lacomba-Trejo and Marián Pérez-Marín

Quality of life and daily life activities in Mexican older adults
Alejandro Pérez Ortiz, Ana Leticia Becerra Gálvez, Guadalupe Arely Hernández Gálvez, María del Carmen Estrada Alvarado and Erick Alberto Medina Jiménez