

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 32 Número 2

Julio-diciembre 2022

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## *Psychology and Health*

### SUMARIO

- Memoria declarativa en personas mayores con demencia, deterioro cognitivo leve y controles  
*Ferrán Padrós Blázquez, Jesús Alejandro García y Adriana Marcela Meza Calleja*
- Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias  
*Juan Luis Murillo Cruz, Eduardo Abraham Vidal Velázquez, Nadia Alejandra Domínguez Vieyra, Antonio López Gómez y Edgar Landa Ramírez*
- Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas  
*Blanca Nevárez Mendoza y Gerardo Ochoa Meza*
- VII: Una mirada a la luz de lo psicosocial  
*Bernardo Ángel Tobón y John Jairo García Peña*
- Funciones cognoscitivas en hijos de mujeres con trasplante renal expuestos a inmunosupresores durante la etapa prenatal  
*Roberto Pérez Avendaño, Gabriela Caballero Andrade, Alejandro Angulo Domínguez, Alfonso Niebla Cárdenas, Josefina Alberú Gómez, Luis E. Morales Buenrostro y Sofía Sánchez Román*
- Pared de cristal: reflexiones sobre la discapacidad visual en el contexto colombiano  
*Javier Augusto Lamba González, Claudia Alejandra Duque Romero y Jhon Elkán Enciso Luna*
- Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo  
*María Berenice Bernal Contreras, Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González y Minerva Beatriz Ixtla Pérez*
- Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromiálgia  
*Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Dias, Leidy Johana Mendoza y Vanesa Zuleta Valencia*
- Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión  
*René Noec Cortés Morán y Ariel Vite Sierra*
- Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia  
*Angie Charloth Yepes Sandoval, Natalia Rubio Gaitán, Stefano Vinaccia Alpi y Saraya Bernal Guerrero*
- Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19  
*Jesús Antonio Luna Padilla, Jorge Alberto Guzmán Cortés, Ángel Fernando Villalva y Javier Sánchez Betancour*
- Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas  
*Mónica Ramírez Orozco, Oscar Galindo Vázquez, Juan Enrique Bargalló Rocha, Rosario Costas Muñiz, Laura Suchil Bernal y Abelardo Meneses García*
- Síndrome de burnout, ansiedad, depresión y ciclo reproductivo en cuidadoras informales de pacientes con cáncer  
*Ernesto Peredo Rivera, Ana G. Gutiérrez García, María Érika Ortega Herrera, Claudia Gutiérrez Sida y Carlos M. Contreras*
- Inventario de estrategias de afrontamiento del ciberacoso desde la perspectiva del observador: análisis factorial confirmatorio  
*Josefina Sandoval Martínez, Alejandro Cesar Antonio Luna Bernal, Rosa Margarita López Aguilar y María Ángela Gómez Pérez*
- Nivel de riesgo de estrés en conductores del sector transporte público  
*Armando David Narváez Chaves, Yesica Meliza Basante Pantoja, Christian Alexander Zambrano Guerrero, Edith de Lourdes Hernández Narváez y Martín Eduardo Salas Ibarra*
- Empleabilidad y competencias socioemocionales en estudiantes de Administración  
*Norma Betanzos Díaz, Víctor Manuel Altamira Solís y Francisco Paz Rodríguez*
- Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica  
*Carlos Silva-Ruz, Rebeca Robles-García, Marco Antonio Martínez-Ríos y Juan José Sánchez-Sosa*

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. Jorge Luis Arellanez Hernández

## 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 2 • Julio-diciembre 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](http://psicologiaysalud.uv.mx)

# SUMARIO

Volumen 32, Número 2  
Julio-diciembre de 2022

Memoria declarativa en personas mayores con demencia, deterioro cognitivo leve y controles <i>Ferrán Padrós Blázquez, Jesús Alexandre García y Adriana Marcela Meza Calleja</i> .....	185
Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias <i>Juan Luis Murillo Cruz, Eduardo Abraham Vidal Velázquez, Nadia Alejandra Domínguez Vieyra, Antonio López Gómez y Edgar Landa Ramírez</i> .....	195
Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas <i>Blanca Nevárez Mendoza y Gerardo Ochoa Meza</i> .....	203
VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial <i>Bernardo Ángel Tobón y John Jairo García Peña</i> .....	215
Funciones cognitivas en hijos de mujeres con trasplante renal expuestos a inmunosupresores durante la etapa prenatal <i>Roberto Pérez Avendaño, Gabriela Caballero Andrade, Alejandro Angulo Domínguez, Alfonssina Niebla Cárdenas, Josefina Alberú Gómez, Luis E. Morales Buenrostro y Sofía Sánchez Román</i> .....	227
Pared de cristal: reflexiones sobre la discapacidad visual en el contexto colombiano <i>Javier Augusto Lombo González, Claudia Alejandra Duque Romero y Jhon Elkin Enciso Luna</i> .....	239
Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo <i>María Berenice Bernal Contreras, Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González y Minerva Beatriz Ixtla Pérez</i> .....	257
Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromialgia <i>Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Diosa, Leidy Johana Mendoza y Vanesa Zuleta Valencia</i> .....	269
Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión <i>René Noec Cortés Morán y Ariel Vite Sierra</i> .....	283
Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia, ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia <i>Angie Charloth Yepes Sandoval, Natalia Rubio Gaitán, Stefano Vinaccia Alpi y Soraya Bernal Guerrero</i> .....	295
Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19 <i>Jesús Antonio Luna Padilla, Jorge Alberto Guzmán Cortés, Ángel Fernando Villalva y Javier Sánchez Betancour</i> .....	305
Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas <i>Mónica Ramírez Orozco, Oscar Galindo Vázquez, Juan Enrique Bargalló Rocha, Rosario Costas Muñiz, Laura Suchil Bernal y Abelardo Meneses García</i> .....	313
Síndrome de <i>burnout</i> , ansiedad, depresión y ciclo reproductivo en cuidadoras informales de pacientes con cáncer <i>Ernesto Peredo Rivera, Ana G. Gutiérrez García, María Érika Ortega Herrera, Claudia Gutiérrez Sida y Carlos M. Contreras</i> .....	325
Inventario de estrategias de afrontamiento del ciberacoso desde la perspectiva del observador: análisis factorial confirmatorio <i>Josefina Sandoval Martínez, Alejandro César Antonio Luna Bernal, Rosa Margarita López Aguilar y María Ángela Gómez Pérez</i> .....	341
Nivel de riesgo de estrés en conductores del sector transporte público <i>Armando David Narváez Chaves, Yesica Meliza Basante Pantoja, Christian Alexander Zambrano Guerrero, Edith de Lourdes Hernández Narváez y Martín Eduardo Salas Ibarra</i> .....	351
Empleabilidad y competencias socioemocionales en estudiantes de Administración <i>Norma Betanzos Díaz, Víctor Manuel Altamira Solís y Francisco Paz Rodríguez</i> .....	363
Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica <i>Carlos Silva-Ruz, Rebeca Robles-García, Marco Antonio Martínez-Ríos y Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	375



# SUMMARY

Volume 32, Number 2  
July-December 2022

Declarative memory in older people with dementia, mild cognitive impairment, and controls <i>Ferrán Padrós Blázquez, Jesús Alejandre García and Adriana Marcela Meza Calleja</i> .....	185
Anxiety and depression in hospitalized patients in an emergency department <i>Juan Luis Murillo Cruz, Eduardo Abraham Vidal Velázquez, Nadia Alejandra Domínguez Vieyra, Antonio López Gómez and Edgar Landa Ramírez</i> .....	195
<i>Adaptation of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire in a Mexican sample</i> <i>Blanca Nevárez Mendoza and Gerardo Ochoa Meza</i> .....	203
HIV: A look under the psycho-social light <i>Bernardo Angel Tobón and John Jairo García Peña</i> .....	215
Cognitive functions of children of mothers with kidney transplant exposed to immunosuppressors during prenatal stage <i>Roberto Pérez Avendaño, Gabriela Caballero Andrade, Alejandro Angulo Domínguez, Alfonssina Niebla Cárdenas, Josefina Alberú Gómez, Luis E. Morales Buenrostro and Sofía Sánchez Román</i> .....	227
Glass wall: reflections on visual disability on the Colombian context <i>Javier Augusto Lombo González, Claudia Alejandra Duque Romero and Jhon Elkin Enciso Luna</i> .....	239
Cognitive-behavioral and informative intervention to reduce anxiety before hysterectomy in Mexican women: A comparative study <i>María Berenice Bernal Contreras, Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González and Minerva Beatriz Ixtla Pérez</i> .....	257
Personality, psychological wellbeing and quality of life associated with health in Colombian women with fibromyalgia <i>Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Dioso, Leidy Johana Mendoza and Vanesa Zuleta Valencia</i> .....	269
Evaluation and benefits of empathy in the medical context: A review <i>René Noec Cortés Morán and Ariel Vite Sierra</i> .....	283
Relationship between levels of self-esteem, resilience, suicidal ideation and suicidal risk in Zenú indigenous youth from Córdoba, Colombia <i>Angie Charloth Yepes Sandoval, Natalia Rubio Gaitán, Stefano Vinaccia Alpi and Soraya Bernal Guerrero</i> .....	295
A comparison of anxiety and depression between three regions of Mexico during the COVID-19 pandemic <i>Jesús Antonio Luna Padilla, Jorge Alberto Guzmán Cortés, Ángel Fernando Villalva and Javier Sánchez Betancour</i> .....	305
Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Mexican breast cancer survivors <i>Mónica Ramírez Orozco, Oscar Galindo Vázquez, Juan Enrique Bargalló Rocha, Rosario Costas Muñiz, Laura Suchil Bernal and Abelardo Meneses García</i> .....	313
Burnout syndrome, anxiety, depression and reproductive cycle in informal caregivers of cancer patients <i>Ernesto Peredo Rivera, Ana G. Gutiérrez García, María Érika Ortega Herrera, Claudia Gutiérrez Sida and Carlos M. Contreras</i> .....	325
The Coping with cyberbullying strategies from the observer's perspective inventory: Confirmatory factor analysis <i>Josefina Sandoval Martínez, Alejandro César Antonio Luna Bernal, Rosa Margarita López Aguilar and María Ángela Gómez Pérez</i> .....	341
Level of risk of stress in drivers of the public transportation sector <i>Armando David Narváez Chaves, Yesica Meliza Basante Pantoja, Christian Alexander Zambrano Guerrero, Edith de Lourdes Hernández Narváez and Martín Eduardo Salas Ibarra</i> .....	351
Employability and socio-emotional competencies in Business students <i>Norma Betanzos Díaz, Víctor Manuel Altamira Solís and Francisco Paz Rodríguez</i> .....	363
Treatment of Depression in patients with Heart Failure: Effects of a CBT intervention via telephone <i>Carlos Silva-Ruz, Rebeca Robles-García, Marco Antonio Martínez-Ríos and Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	375

# Memoria declarativa en personas mayores con demencia, deterioro cognitivo leve y controles

## *Declarative memory in older people with dementia, mild cognitive impairment, and controls*

Ferrán Padrós Blázquez<sup>1</sup>, Jesús Alejandro García<sup>2</sup>  
y Adriana Marcela Meza Calleja<sup>1</sup>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo<sup>1</sup>  
Universidad Iberoamericana<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Ferrán Padrós Blázquez, [fpadros@uoc.edu](mailto:fpadros@uoc.edu).

### RESUMEN

Existe una sólida evidencia de que las personas mayores con demencia muestran un rendimiento deficiente en memoria declarativa respecto de las personas sanas. Sin embargo, son escasos los estudios sobre las posibles diferencias en el rendimiento de la memoria declarativa (verbal) entre pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) de tipo amnésico y sanos, aunque los datos no son concluyentes. *Objetivo:* Determinar el rendimiento de la memoria declarativa en tres grupos de personas mayores; con probable demencia, con DCL y “sanos”. *Material y Métodos:* Se utilizó la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y un instrumento basado en el Rey Auditory Verbal Learning Test. *Resultados:* Se observaron diferencias en el rendimiento memorístico entre los participantes con demencia y aquellos con DCL y “sanos”, pero no entre estos dos últimos grupos. Se hallaron correlaciones significativas moderadas y positivas entre la MoCA y las palabras recordadas. *Discusión:* El principal resultado de esta investigación es que el déficit en memoria declarativa se manifiesta entre el grupo con probable demencia y en los otros dos; sin embargo, no se observa entre el grupo de DCL y los controles “sanos”, por lo que se puede concluir que dichos resultados aportan evidencia de que, en general, los participantes con DCL no muestran déficits en memoria declarativa, lo que puede atribuirse a la heterogeneidad del DCL. Por ello, surge la necesidad de continuar explorando el rendimiento de la memoria declarativa diferenciándolo según los subtipos de DCL.

**Palabras clave:** Envejecimiento; Memoria; Adulto mayor; Funcionamiento cognitivo; Amnesia.

### ABSTRACT

Background. *There is strong evidence that people with dementia show poor performance in declarative memory, relative to older healthy people. However, studies on possible differences in declarative (verbal) memory performance between patients with amnesic-type MCI and healthy patients are scarce, and the data are not conclusive.* Objective. *To determine the performance in declarative memory of three groups of older people; a) with probable dementia (n=63), b) MCI (n=20), and*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, C/ Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México. tel. + 52 (443)312-99-09, correos electrónicos: [fpadros@uoc.edu](mailto:fpadros@uoc.edu) y [adimeza@yahoo.com.mx](mailto:adimeza@yahoo.com.mx).

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Campus Puebla, Blvd. del Niño Poblano No. 2901, Col. Reserva Territorial Atlxíáyotl, 72820 San Andrés Cholula, Pue., México, tel. (222)372-30-00, correo electrónico: [psic.alejandregarcia@gmail.com](mailto:psic.alejandregarcia@gmail.com).



c) "healthy" (n=30). Method. *The Montreal Cognitive Assessment and an instrument based on the Rey Auditory Verbal Learning Test were applied.* Results. *Differences in memory scores were observed between participants with dementia and those with MCI and "healthy", but not between these last two groups. Significant moderate and positive correlations were found between MoCA and remembered words.* Discussion. *Although the deficit in declarative memory occurs in the group with probable dementia as well as in the other two, it was not observed between the MCI group and the "healthy" controls. The results show that, in general, the participants with MCI do not show deficits in declarative memory, which can be attributed to the heterogeneity of the MCI. Therefore, the need arises to continue exploring the performance of declarative memory, differentiating by MCI subtypes.*

**Key words:** Aging; Memory; Older adult; Cognitive functioning; Amnesia.

Recibido: 26/08/2020

Aceptado: 28/01/2021

Se ha estimado que 152 millones de personas vivirán con demencia para el año 2050 (Fleming, Zeisel y Bennett, 2020). El número total de nuevos casos de demencia en el mundo es de casi 7.7 millones, lo que implica la aparición de un nuevo caso cada cuatro segundos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Respecto a América Latina, se estima un incremento cercano a 500%, siendo por consiguiente la parte del mundo que mayor crecimiento mostrará (Prince *et al.*, 2012). Recientemente se ha considerado que 11% de las personas mayores de 65 años cumplen los criterios de demencia, prevaleciendo entre la población urbana y principalmente en las mujeres (Zurique *et al.*, 2019). El porcentaje aumenta entre 15 y 20% en las personas mayores de 80 años (Prince *et al.*, 2012; Wimo y Prince, 2010).

El envejecimiento de las personas implica el declive de algunas funciones del organismo y de los sistemas corporales (Triadó, 2006), el cual también puede ocurrir en las funciones cognitivas. Es importante diferenciar el envejecimiento esperado del patológico; en el primero, el ocaso de las

funciones no representa riesgo alguno; en el segundo, los cambios generan vulnerabilidad a enfermar (Triadó, 2006). El deterioro cognitivo leve (DCL en lo sucesivo) es considerado como una fase presintomática de la demencia (Custodio *et al.*, 2012), y debe señalarse que la misma supone un declive de las funciones cognitivas que genera una gran necesidad de atención y de cuidados en las diferentes fases de la enfermedad (Janicki, Watchman y Fortea, 2018), y que por ende tiene un efecto significativo en la calidad de vida de los cuidadores (Llibre, Guerra y Perera, 2008).

El DCL es un síndrome que se caracteriza por la presencia de alteraciones en una o más funciones cognitivas superiores, cuya severidad resulta insuficiente para cumplir los criterios de una demencia y su presencia no interfiere en las actividades de la vida diaria, si bien se ve acompañado de una preocupación por la disminución del rendimiento cognitivo (Mora *et al.*, 2012). El DCL se asocia con un mayor riesgo de desarrollar posteriormente algún tipo de demencia (Saez, Lee y Walker, 2007; Steffens y Potter, 2008).

De acuerdo con Petersen (2011), el DCL aparece en al menos 10 a 20% de los adultos con más de 65 años en todo el mundo. En México, Alanís, Garza y González (2008) reportaron que 30.5% de los participantes de su estudio (de entre 60 y 93 años) lo padecía, y Gutiérrez *et al.* (2012) señalaron que entre los participantes de su estudio de 60 años o más esa cifra era de 7.3%, siendo más frecuente entre las personas con menor escolaridad y mayor edad, y en las que residían en el área rural.

Tradicionalmente se ha concebido la demencia como un trastorno que se caracteriza por diversos déficits cognitivos, entre los que se halla la disfunción mnésica (American Psychiatric Association [APA], 2000; Dubois *et al.*, 2007). Para la World Health Organization (WHO) (1992), la característica principal de la demencia es la memoria y los problemas que esta conlleva, y señala que debe haber dificultades para el aprendizaje de nueva información, así como para recordar los últimos acontecimientos de la vida, aunque en la última versión del DSM-V (APA, 2013) ya no es imprescindible la presencia de amnesia. Por otro

lado, el DCL, tal como se ha apuntado previamente, supone una o más alteraciones cognitivas superiores, las cuales no tienen que ser de tipo mnésico; de hecho, se ha señalado la heterogeneidad del DCL, por lo que Libon *et al.* (2010) sugieren incluso subtipos como el amnésico, el disjecutivo y el mixto.

En estudios previos se ha observado que la memoria prospectiva –que alude a la memoria sobre futuras acciones que deben ser recordadas (como tomar medicamentos o atender algún pendiente)– muestra un menor nivel de funcionamiento en los pacientes con demencia respecto a aquellos con DCL, y estos a su vez uno menor que los controles sanos (Costa *et al.*, 2010; Thompson, Henry, Rendell, Withall, A. y Brodaty, 2010).

Einstein y McDaniel (1990) han propuesto que la memoria prospectiva tiene dos componentes: uno retrospectivo, que es responsable de la codificación inicial y la retención a largo plazo del contenido de la intención (las acciones concretas que deben realizarse en un futuro) y la circunstancia o el momento determinado en que se debe realizar la acción, y otro prospectivo, que alude a la capacidad de activar de forma autónoma la intención en el momento adecuado sin señal evocadora alguna. En general, se reconoce que las habilidades de la memoria ejecutiva y de la declarativa están implicadas de manera distinta en los dos componentes de la memoria prospectiva. De hecho, la codificación y la retención a largo plazo de la relación asociativa entre un evento o tiempo específico y las acciones concretas a realizar requieren el correcto funcionamiento del sistema de memoria declarativa (Costa *et al.*, 2010).

Si bien ya se mencionó que existe evidencia de que las personas mayores con demencia muestran un rendimiento deficiente en su memoria declarativa respecto de las personas sanas (Almkvist, Bosnes, Bosnes y Stordal, 2019; Nestor, Fryer y Hodges, 2006). Sin embargo, son escasos los estudios sobre las posibles diferencias en el rendimiento de la memoria declarativa (verbal) entre los pacientes con DCL de tipo amnésico y los sanos; además los datos no son concluyentes, tal es el caso del estudio de Poettrich *et al.* (2009),

efectuado con dos grupos de trece participantes cada uno, mismo que incluía resonancias magnéticas funcionales, en el que se observaron diferencias significativas entre dichos grupos, pero estas mostraban un bajo tamaño del efecto, por lo que se concluyó que los pacientes con DCL sufrían una pérdida de especificidad en la red neuronal. En esta misma línea, Solís (2018) reportó diferencias significativas en la memoria semántica entre participantes sanos y con DCL, aunque este último grupo estuvo compuesto por solo siete participantes.

Por lo anterior, el objetivo principal fue determinar el rendimiento y comparar el desempeño de la memoria declarativa en la mencionada población, así como la relación entre el DCL y los controles “sanos”. Además, se analizó la relación entre el puntaje de una prueba de cribaje neuropsicológico, el Montreal Cognitive Assessment (MoCA en lo sucesivo) y las palabras recordadas, evaluadas mediante un instrumento construido *ex profeso* basado en el Rey Auditory Verbal Learning Test. Se consideró como hipótesis que las personas con probable demencia obtendrían un menor rendimiento que las personas con probable DCL, y estas igualmente uno menor que el obtenido por el grupo de personas “sanas”. Por otro lado, se hipotetizó una relación positiva entre el puntaje del MoCA y la cantidad de palabras recordadas.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 113 personas mayores de 65 años de ambos sexos, residentes en los estados de Michoacán, Guanajuato y la Ciudad de México. Se conformaron tres grupos: el grupo 1, con 63 integrantes con probable demencia (con puntaje < 23 en el MoCA); el grupo 2, con 20 participantes con probable DCL (con puntaje entre 23 y 25) y el grupo 3, conformado por 30 participantes de control sin deterioro (con puntaje > 25). En la Tabla 1 aparecen las características sociodemográficas de los tres grupos y de la muestra total.



**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los grupos 1 (demencia), 2 (Deterioro cognitivo leve), 3 (Controles) y del total de la muestra.

Características	Grupo 1 Demencia	Grupo 2 DCL	Grupo 3 Control	Muestra Total
N	63 (55.75%)	20 (17.70%)	30 (26.55%)	113 (100%)
<b>Sexo</b>				
Hombres	13 (20.6%)	8 (40.0%)	7 (23.3%)	28 (24.8%)
Mujeres	50 (79.4%)	12 (60.0%)	23 (76.7%)	85 (75.2%)
<b>Edad</b>				
M	73.56	74.35	72.03	73.29
D.E.	7.06	8.04	5.42	6.84
<b>Estado civil</b>				
Soltero	8 (12.7%)	3 (15.0%)	7 (23.3%)	18 (15.9%)
Casado	28 (44.4%)	9 (45.0%)	10 (33.3%)	47 (41.6%)
Divorciado	7 (11.1%)	1 (5.0%)	1 (3.3%)	9 (8.0%)
Viudo	19 (98.4%)	7 (35.0%)	12 (40.0%)	38 (33.6%)
<b>Escolaridad</b>				
Sin estudios	5 (7.9%)	1 (5%)	1 (3.3%)	7 (6.2%)
Primaria	46 (73.0%)	10 (50.0%)	16 (53.3%)	72 (63.7%)
Secundaria	6 (9.5%)	5 (25.0%)	2 (6.7%)	13 (11.5%)
Preparatoria	2 (3.2%)	1 (5.0%)	2 (6.7%)	5 (4.4%)
Universidad	4 (6.3%)	3 (15.0%)	9 (30.0%)	16 (14.2%)

## Instrumentos

Se utilizó la Evaluación Cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment*, o MoCA), elaborada para valorar y detectar deterioro cognitivo leve y más grave a partir de la evaluación a modo de cribaje de la atención, concentración, memoria de trabajo y de corto plazo, habilidades visoespaciales, fluidez verbal, lenguaje y funciones ejecutivas. El MoCA fue elaborado por Nasreddine *et al.* (2005) y se le supone una elevada sensibilidad (90%) para detectar DCL. La versión mexicana del MoCA (Rodríguez, Ramírez, Saracco, Escamilla y Fresán, 2014) alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.71, significativamente inferior al del estudio original, que fue de 0.83. En esta prueba, la puntuación máxima que se puede obtener es de 30; un puntaje mayor a 25 indica ausencia de deterioro cognitivo como entidad nosológica (Nasreddine *et al.*, 2005).

Además, se diseñó una prueba para evaluar la memoria declarativa. La construcción de este instrumento se basó en el Rey Auditory Verbal Lear-

ning Test (Rey, 1964)<sup>3</sup>, y su objetivo fue valorar la capacidad de retención de palabras que se presentan a través de la lectura de las mismas en cinco ocasiones, tras de lo cual se solicita al sujeto evaluado que diga las palabras que recuerde y se contabiliza su número total, que fue de doce.

## Procedimiento

Una vez que el protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se llevó a cabo el estudio cumpliendo la Declaración Helsinki (*cf.* Manzini, 2000). Todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria, anónima y después de firmar una carta de consentimiento informado.

En primer lugar, se solicitó permiso a los directivos de las instituciones donde se efectuó la captura de la muestra. Los participantes eran voluntarios y todos firmaron y otorgaron su consentimiento después de ser informados de la investiga-

<sup>3</sup> Este instrumento está en proceso de estudio psicométrico.

ción y antes de ser evaluados. Hecho lo anterior, se les aplicó el MoCA y después se administró la prueba de memoria declarativa (recuerdo de palabras en cinco ensayos). Las pruebas se aplicaron de forma individual en una única sesión, la cual tuvo una duración aproximada de 35 minutos.

### Análisis de datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, frecuencia y porcentaje). Las pruebas de inferencia realizadas fueron la de  $\chi^2$  y un análisis de varianza para los análisis con las variables sociodemográficas. Por otro lado, se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov, observándose que la variable relativa a la memoria declarativa resultó significativa en cuatro de los cinco intentos ( $z = 2.115; p < .001; z = 1.895; p = .002; z = 1.593; p = .013; z = 1.580; p = .014, y z = 1.205; p = .109$ ); por ello, se utilizaron las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y la  $r$  de Spearman. Se consideró una  $p < .05$  como nivel de significación en todos los casos.

## RESULTADOS

En primer lugar, se analizaron las posibles diferencias entre los tres grupos en las variables sociodemográficas. Se hizo uso de las pruebas  $t$  de Student y  $\chi^2$ . Para llevar a cabo esta última en las variables de estado civil y escolaridad, se requirió agrupar debido a que las mismas no cumplían con

las condiciones de aplicación. La variable “estado civil” se etiquetó como “sin pareja” (que incluye las categorías de soltero, divorciado y viudo) o “con pareja” (casado y unión libre); a su vez, la variable “escolaridad” se clasificó como “hasta la primaria” (sin estudios y primaria) e “igual o mayor a la secundaria” (secundaria, preparatoria y universidad).

De acuerdo con los resultados, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la edad ( $F = -0.791, p = .456$ ), el sexo ( $\chi^2 = 3.100, p = .212$ ) ni en el hecho de tener pareja ( $\chi^2 = 1.253, p = .534$ ). En cambio, sí se observaron en la escolaridad ( $\chi^2 = 8.267, p = .016$ ) (véase la distribución de las variables en Tabla 1). De las personas mayores del grupo de demencia, 80.95% no tenían estudios o solo los tenían de primaria, cifra muy superior a la mostrada por los grupos de DCL (55.0%) y control (56.67%).

Los grupos mostraron las siguientes medias respecto a la puntuación del MoCA, el grupo con posible demencia resultó de  $M = 16.76; D.E. = 3.72$ , los participantes con probable DCL, de  $M = 24.85; D.E. = 1.31$ , y el grupo de controles sanos de  $M = 27.90; D.E. = 0.96$ . Respecto al objetivo del presente trabajo, se observaron diferencias ( $p < .001$ ) en el número de palabras recordadas en todos los ensayos entre el grupo con posible demencia y los otros dos grupos (DCL y controles). Sin embargo, no se hallaron diferencias entre el grupo con posible DCL y el grupo de controles en ningún ensayo del recuerdo de palabras (Tabla 2).

**Tabla 2.** Media y desviación estándar de cada intento para el grupo de demencia, DCL y controles, además de la significación de la prueba Kruskal-Wallis, y se señalan las diferencias e igualdad entre grupos.

Intento	Grupo 1 Demencia	Grupo 2 DCL	Grupo 3 Control	$p$ Kruskal-Wallis	Diferencias entre grupos
	Media (D.E.)	Media (D.E.)	Media (D.E.)		
1	2.28 (1.16)	3.80 (.89)	3.57 (0.82)	( $p < .001$ )	G1 < G2 = G3
2	3.92 (1.17)	4.50 (.89)	4.83 (1.10)	( $p = .003$ )	G1 < G2 = G3
3	4.52 (1.56)	5.40 (1.19)	5.77 (1.25)	( $p < .001$ )	G1 < G2 = G3
4	4.84 (1.58)	6.10 (1.25)	6.50 (1.55)	( $p < .001$ )	G1 < G2 = G3
5	5.51 (1.66)	6.95 (1.54)	7.33 (1.67)	( $p < .001$ )	G1 < G2 = G3

También se obtuvieron correlaciones de Spearman con toda la muestra (los tres grupos) entre el puntaje del MoCA y el número de palabras recordadas,

apreciándose correlaciones significativas en todos los ensayos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Valores  $r$  de Spearman entre el número de palabras recordadas en cada intento y la puntuación total del MoCA.

MoCA	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo 5
	.575**	.399**	.529**	.515**	.546**

Nota: \*\* $p < .001$ .

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se comparó el rendimiento mnésico de tres grupos (con demencia, DCL y “sanos”) respecto a las variables sociodemográficas. No se observaron diferencias en las distribuciones en el sexo, edad y estado civil, pero sí respecto a la escolaridad. Debe destacarse que la variable de escolaridad está sólidamente relacionada con el rendimiento cognitivo, incluida la memoria declarativa (Ceci, 1991; Gurven *et al.*, 2017). Dicha diferencia puede influir en los resultados obtenidos respecto al primer objetivo, ya que el grupo de pacientes con demencia mostró un menor rendimiento que los otros dos (DCL y “sanos”). Este resultado coincide con lo planteado en investigaciones previas (Almkvist, Bosnes, Bosnes y Stordal, 2019; Nestor *et al.*, 2006), en los que se reportó un menor rendimiento de la memoria declarativa en los participantes con demencia, comparados con los controles sanos. Sin embargo, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con demencia y el grupo sano en el rendimiento mnemónico no es congruente con los resultados de los trabajos anteriores sobre la memoria prospectiva (Costa *et al.*, 2010; Thompson *et al.*, 2010), aunque en este caso se estudió la memoria declarativa, pero tampoco coincide con los resultados hallados por Poettrich *et al.* (2009) y Solís (2018), si bien los estudios previos se hicieron con muestras menores que la de esta investigación; por otro lado, el estudio de Poettrich *et al.* (2009) se efectuó con participantes con DCL de tipo amnésico, y en este trabajo no se controlaron los tipos de DCL.

La ausencia de diferencias en el rendimiento de la memoria declarativa entre los controles y el grupo con DCL podría explicarse debido a la existencia de varios subtipos de este último (amnésico, disejecutivo y mixto) (Libon *et al.*, 2010). De modo que, tomando en consideración la menor gravedad del DCL respecto a la demencia, y a que

un porcentaje de pacientes con DCL no muestran déficit mnésico, se explica esa ausencia de diferencias entre ambos grupos.

Las correlaciones entre el número de palabras recordadas en cada ensayo y la puntuación total del MoCA fueron moderadas y positivas, coincidiendo con lo esperado y concuerda con lo reportado por Ginsberg *et al.* (2017).

Por un lado, una de las limitaciones de la presente investigación es la carencia de un diagnóstico más exacto para los tres grupos. Nótese que los participantes se ubicaron en sus grupos según el puntaje obtenido en el MoCA. Por otro lado, no se llevaron a cabo evaluaciones sobre ciertas enfermedades, por ejemplo la diabetes mellitus, sobre la que existe evidencia de su efecto en algunas funciones cognitivas (Kanaya, Barrett-Connor, Gildengorin y Yaffe, 2004), así como otros trastornos mentales asociados a déficits cognitivos, como la esquizofrenia (Jirsaraie, Sheffield y Barch, 2018) o los trastornos afectivos (Cambridge, Knight, Mills y Baune, 2018; Lima, Peckham y Johnson, 2018). Tampoco se controló el consumo de medicación, que también incide en el funcionamiento cognitivo (Harmer y Cowen, 2013; Pringle, Browning, Cowen y Harmer, 2011).

En futuros trabajos sería conveniente utilizar entrevistas estructuradas que ofrezcan mayores garantías para la ubicación de los participantes en los referidos grupos (con demencia, DCL y “sanos”), así como evaluar el uso de medicamentos y controlar la presencia de enfermedades físicas y mentales que pudiesen incidir en el funcionamiento cognitivo. Por otro lado, sería interesante efectuar análisis sobre los subtipos de DCL, y observar si el grupo con el subtipo de “fallo mnésico” muestra un menor puntaje en la prueba de memoria declarativa respecto a los otros subtipos. Del mismo modo, hacer un seguimiento y estudiar si el subtipo con fallo mnésico muestra un mayor riesgo de evolucionar a demencia en general, y a enfermedad de Alzheimer en particular.

Una limitación más se refiere al uso de una prueba diseñada *ad hoc* para evaluar la memoria declarativa, que carece de datos psicométricos. En futuros estudios sería conveniente utilizar un instrumento de evaluación válido y fiable para la población de personas mayores mexicanas.

La principal conclusión del presente estudio es que hubo diferencias significativas en el recuerdo de palabras entre personas mayores con demencia respecto a quienes pueden catalogarse como DCL y “sanos”, medido a través del MoCA. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre el grupo de DCL y los controles “sanos” en el rendimiento de la memoria declarativa. Asimismo, se halló una relación significativa en-

tre la puntuación obtenida en la memoria declarativa y la puntuación del MoCA en las personas mayores. De modo que los resultados evidencian que el rendimiento en cuanto a la memoria declarativa no es útil para distinguir en general a las personas mayores con DCL de las “sanas” haciendo uso del MoCA para generar los grupos. También se puede concluir que los resultados indican que los participantes con DCL no muestran déficits en su memoria declarativa.

Sin embargo, con base en los resultados obtenidos, es necesario de continuar explorando el rendimiento de la memoria declarativa, diferenciando según los subtipos de DCL.

*Citación:* Padrós B., F., Alejandro G., J. y Meza C., A.M. (2022). Memoria declarativa en personas mayores con demencia, deterioro cognitivo leve y controles. *Psicología y Salud*, 32(2), 185-193. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2740>.

## REFERENCIAS

- Alanís N., G., Garza M., J.V. y González A., A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 27-32.
- Almkvist, O., Bosnes, O., Bosnes, I. y Stordal, E. (2019). Subjective working and declarative memory in dementia and normal aging. *Acta Neurologica Scandinavica*, 140(2), 140-146. Doi: 10.1111/ane.13114.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA. Doi: 10.1017/s0033291700035765.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA. Doi: 10.1108/rr-10-2013-0256.
- Cambridge, O.R., Knight, M.J., Mills, N. y Baune, B.T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, 269, 157-171. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.033.
- Ceci, S.J. (1991). How much does schooling influence general intelligence and its cognitive components? A reassessment of the evidence. *Developmental Psychology*, 27(5), 703. Doi: 10.1037/0012-1649.27.5.703.
- Costa, A., Perri, R., Serra, L., Barban, F., Gatto, I., Zabberoni, S. y Carlesimo, G.A. (2010). Prospective memory functioning in mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 24(3), 327-335. Doi: 10.1037/a0018015.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4) 321-330.
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., DeKosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J. y Meguro, K. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*, 6(8), 734-746. Doi: 10.1016/S1474-4422(07)70178-3.
- Einstein, G.O. y McDaniel, M.A. (1990). Normal aging and prospective memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 16, 717-726. Doi: 10.1037/0278-7393.16.4.717.
- Fleming, R., Zeisel, J. y Bennett, B. (2020) *World Alzheimer Report 2020. Design, Dignity, Dementia: Dementia-related design and the built environment* (v. I. September. London: Alzheimer’s Disease International.
- Ginsberg, T.B., Powell, L., Patel, A., Emrani, S., Chopra, A., Cavalieri, T. y Libon, D. J. (2017). Frailty phenotype and neuropsychological test performance: a preliminary analysis. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 117(11), 683-687.
- Curven, M., Fuerstenberg, E., Trumble, B., Stieglitz, J., Beheim, B., Davis, H. y Kaplan, H. (2017). Cognitive performance across the life course of Bolivian forager-farmers with limited schooling. *Developmental Psychology*, 53(1), 160-176. Doi: 10.1037/dev0000175.



- Gutiérrez, J.P., Rivera D., J., Shamah L., T., Villalpando H., S., Franco, A., Cuevas N., L., Romero M., M. y Hernández Á., M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Harmer, C.J. y Cowen, P.J. (2013). It's the way that you look at it's a cognitive neuropsychological account of SSRI action in depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 368(1615), 20120407. Doi: 10.1098/rstb.2012.0407.
- Janicki M., P., Watchman, K. y Fortea O., J. (2018). Principales conclusiones acordadas durante la Cumbre sobre Discapacidad Intelectual y Demencia. *Siglo Cero*, 49(2), 115-122. Recuperado de <https://www.storre.stir.ac.uk/bitstream/1893/27371/1/18615-63186-2-P.pdf>.
- Jirsaraie, R.J., Sheffield, J.M. y Barch, D.M. (2018). Neural correlates of global and specific cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 201, 237-242. Doi: 10.1016/j.schres.2018.06.017.
- Kanaya, A.M., Barrett-Connor, E., Gildengorin, G. y Yaffe, K. (2004). Change in cognitive function by glucose tolerance status in older adults. *Archives of Internal Medicine*, 29, 494-501. Doi: 10.1001%2Farchinte.164.12.1327.
- Libon, D. J., Xie, S. X., Eppig, J., Wicas, G., Lamar, M., Lippa, C. y Wambach, D.M. (2010). The heterogeneity of mild cognitive impairment: A neuropsychological analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(1), 84-93. Doi: 10.1017/s1355617709990993.
- Lima, I.M., Peckham, A.D. y Johnson, S.L. (2018). Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. *Clinical Psychology Review*, 59, 126-136. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.006.
- Llibre G., J.C., Guerra H., M.A. y Perera M., E. (2008). Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 1-15.
- Manzini, J.L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334. Doi: 10.4067/S1726-569x2000000200010.
- Mora S., S., García G., R., Perea B., M.V., Ladera F., V., Unzueta A., J., Patiño A., M.C. y Rodríguez S., E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310. Doi: 10.33588/rn.5405.2011538.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- Nestor, P.J., Fryer, T. D. y Hodges, J.R. (2006). Declarative memory impairments in Alzheimer's disease and semantic dementia. *Neuroimage*, 30(3), 1010-1020. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.10.008.
- Organización Panamericana de la Salud (2013) *Demencia. Una prioridad de la salud pública*. Washington: OPS-OMS.
- Petersen, R.C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227-2234. Doi: 10.1056/nejmcp0910237.
- Poettrich, K., Weiss, P.H., Werner, A., Lux, S., Donix, M., Gerber, J. y Holthoff, V.A. (2009). Altered neural network supporting declarative long-term memory in mild cognitive impairment. *Neurobiology of Aging*, 30(2), 284-298. Doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2007.05.027.
- Prince, M., Acosta, D., Ferri, C.P., Guerra, M., Huang, Y., Rodriguez J., J.L. y Acosta, I. (2012). Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *The Lancet*, 380(9836), 50-58. Doi: 10.1016/s0140-6736(12)60399-7.
- Pringle, A., Browning, M., Cowen, P.J. y Harmer, C.J. (2011). A cognitive neuropsychological model of antidepressant drug action. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1586-1592. Doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.07.022.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie (Clinical tests in psychology)*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rodríguez, B., Ramírez, L., Saracco Á., R., Escamilla O., R. y Fresán O., A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(6), 517-522. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2014.062.
- Saez F., J.A., Lee, L. y Walker, Z. (2007). Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 101(1), 123-129. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.01.099.
- Solís, A. (2018). Utilidad de una evaluación neuropsicológica informatizada de la memoria verbal: el Cogval-Verbal, para la detección del deterioro cognitivo. *Datos preliminares. Investigación y Pensamiento Crítico*, 6(1), 5-16. Doi: 10.37387/ipc.v6i1.77.
- Steffens, D.C. y Potter, G.G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 38(2), 163-175. Doi: 10.1017/s003329170700102x.
- Thompson, C., Henry, J.D., Rendell, P. G., Withall, A. y Brodaty, H. (2010). Prospective memory function in mild cognitive impairment and early dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(2), 318-325. Doi: 10.1017/S1355617709991354.

- Triadó, C. (2006). Cambios físicos en el envejecimiento. En F. Villar P. y M. C. Triadó T. (Coords.): *Psicología de la Vejez* (pp. 65-86). Madrid: Alianza Editorial.
- Wimo, A. y Prince, M.J. (2010). *World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia*. Alzheimer's Disease International.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10<sup>th</sup> rev.). Geneva: WHO.
- Zuriqúe, C., Cadena, M.O., Zuriqúe, M., Camacho, P.A., Sánchez, M., Hernández, S., Velásquez, K. y Ustate, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.



# Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias

## *Anxiety and depression in hospitalized patients in an emergency department*

Juan Luis Murillo Cruz<sup>1, 2</sup>, Eduardo Abraham Vidal Velázquez<sup>1</sup>,  
Nadia Alejandra Domínguez Vieyra<sup>1, 2</sup>, Antonio López Gómez<sup>3</sup>  
y Edgar Landa Ramírez<sup>2, 1</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”<sup>2, 3</sup>

Autor para correspondencia: Juan Luis Murillo Cruz, [jlmc2594@psicologia.unam.mx](mailto:jlmc2594@psicologia.unam.mx).

### RESUMEN

La ansiedad y la depresión han sido reportadas en todo el mundo como afecciones comórbidas comunes en pacientes que acuden a los servicios de emergencias; no obstante, poco se ha publicado dentro del contexto mexicano en años recientes. El presente estudio tuvo como objetivo identificar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes ingresados en un servicio de emergencias en México. Se efectuó un estudio retrospectivo en un hospital general de la Ciudad de México, en el que se revisó un total de 117 registros de pacientes que fueron hospitalizados entre febrero y octubre de 2017, de quienes se analizaron los datos obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la MiniEntrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Con base en los puntos de corte, los resultados de la HADS mostraron que casi la mitad de los participantes mostraban ansiedad, y una cantidad similar, depresión. En la MINI, los episodios depresivos mayores ocurrieron en más de una tercera parte de los pacientes, y en una cuarta parte el trastorno de ansiedad generalizada. Los datos reportados en este trabajo son ligeramente superiores a los reportados años atrás en el mundo y en América Latina en particular, lo que indica que ambas condiciones constituyen problemas comunes en la salud mental de la población atendida en el departamento de emergencias. Los autores concluyen que la ansiedad y la depresión son trastornos frecuentes en pacientes mexicanos hospitalizados en dicho departamento, pero que se requiere más investigación para verificar tales resultados.

**Palabras clave:** Ansiedad; Depresión; Departamento de urgencias; Trastorno de ansiedad generalizada; Episodio depresivo mayor.

### ABSTRACT

Background. *Worldwide, anxiety and depression have been reported as common comorbid conditions in patients cared for in emergency departments. However, little has been published within the Mexican context in recent years.* Objective. *This study aimed to identify the frequency of anxiety and depression symptoms in patients admitted to a Mexican emergency department.* Method. *This was*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Programa de Psicología Urgencias, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> División de Urgencias y Observación, Calzada de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.





*a retrospective study conducted in the emergency department of a general hospital in Mexico City. A total of 117 records of admitted patients between February and October in 2017 were reviewed. Participants responded to the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Mini International Neuropsychiatric Interview, and a socio-demographic questionnaire. Results. The HADS results showed that 42.7% of participants tested positive for anxiety based on the cut-off point. In comparison, 46.2% tested positive for depression. According to the MINI and the frequency of Major Depressive Episodes among patients was 39.3%. In contrast, the frequency of Generalized Anxiety Disorder was 22.2%. Discussion. The findings show slightly higher data than those reported earlier in other studies, including some in Latin America, positioning them as common mental health problems in patients in the emergency area. It is possible to conclude that anxiety and depression are frequent disorders in patients hospitalized in the emergency service of a public Mexican hospital. However, more research is needed to verify these results under various specific situations.*

**Key words:** Anxiety; Depression; Emergency medicine; Generalized anxiety disorder; Major depressive disorder episode.

Recibido: 25/09/2020

Aceptado: 05/02/2021

Una emergencia médica se refiere a cualquier situación clínica, debida a causas diversas y con distintos grados de severidad, que es un problema para la salud de una persona y que requiere de atención médica inmediata, ya que puede verse comprometida la vida, un órgano o alguna función (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Actualmente, la medicina de emergencias no solo atiende una amplia gama de enfermedades y problemas físicos, sino que cada vez más se reconoce a los trastornos mentales como una característica común de los pacientes que acuden y son atendidos en dichos servicios, lo que ha llevado a considerar la salud mental como un aspecto clave de la evaluación y atención proporcionada en ellos (Larkin *et al.*, 2009).

En efecto, diversas investigaciones han demostrado que los trastornos mentales son un problema importante en tales pacientes; por ejemplo,

un estudio hecho en Estados Unidos reportó que de la totalidad de las visitas al servicio de emergencias en 2007 (95 millones), 12.5% de estas (12 millones) se relacionaba con problemas de salud mental y abuso de sustancias (Owens, Mutter y Stocks, 2010). Un estudio más reciente en ese mismo país mostró que 4.1% de las visitas recibieron un diagnóstico primario de trastorno mental (Rui y Kang, 2015). En Inglaterra, durante el periodo 2013-2014, se registraron aproximadamente 1.3 millones de visitas a emergencias debido a algún tipo de autolesión deliberada (Baker, 2015). Es importante notar que estas tasas no solo son elevadas, sino que hay evidencia de que las visitas al mencionado servicio debidas a un trastorno mental han ido en aumento durante los últimos años (Larkin, Claassen, Emond, Pelletier y Camargo, 2005; Weiss, Barrett, Heslin y Stocks, 2016)

A pesar de que los pacientes que acuden a los servicios de emergencias manifiestan diversos trastornos mentales, la investigación en este campo muestra que la ansiedad y la depresión son los más frecuentes, ya sea porque son evaluados de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Clasificación Internacional de Enfermedades, o bien como sintomatología al considerar únicamente sus manifestaciones psicológicas, como la tristeza o las preocupaciones excesivas, y excluyendo cualquier síntoma físico (Downey, Zun y Burke, 2012; Larkin *et al.*, 2005; Owens *et al.*, 2010; Perruche *et al.*, 2011).

Es importante destacar que la ansiedad y la depresión pueden tener múltiples implicaciones cuando aparecen en comorbilidad con una enfermedad física debido a que se les ha relacionado con un mayor tiempo de hospitalización, un mayor índice de mortalidad, una percepción mayor de síntomas físicos y una menor calidad de vida; además, se ha encontrado que cuando una enfermedad física tiene como comorbilidad la ansiedad o la depresión, el deterioro físico es más rápido que cuando aparecen únicamente la enfermedad física o el trastorno mental (Beard, Weisberg y Keller, 2010; Blakemore *et al.*, 2014; Hall *et al.*, 2011; Marchesi *et al.*, 2004; Moussavi *et al.*, 2007; Wells *et al.*, 1988).

También se ha hallado que los pacientes con ansiedad y depresión que asisten a los servicios de emergencias hacen más visitas que las personas que no padecen estos trastornos, lo que implica un considerable aumento de los costos de tratamiento y una mayor inversión de recursos para su atención, y en algunos casos también se observa una baja adherencia al tratamiento cuando hay una enfermedad de base (Molosankwe, Patel, Gagliardino, Knapp y McDaid, 2012; Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy y Clement, 2016; Stein, Cox, Afifi, Belik y Sareen, 2006)

Respecto a las causas, actualmente no existe una sola etiología para la ansiedad y la depresión; sin embargo, se han identificado algunas características comunes en los pacientes con ansiedad y depresión que acuden al servicio de urgencias, las cuales son tener un nivel socioeconómico bajo, padecer alguna enfermedad crónica degenerativa, ser mujer, tener un historial psiquiátrico familiar y ser soltero, divorciado o viudo (Downey y Zun, 2015; Moreno *et al.*, 2017; Soril *et al.*, 2016).

En el contexto latinoamericano, en la primera década del presente siglo se reportaron al menos dos estudios multicéntricos efectuados en usuarios de emergencias médicas de Argentina, Colombia, Chile, Brasil y México. Los datos indicaron que, en promedio, 30% de los pacientes evaluados manifestaban problemas de depresión, y alrededor de 40%, de ansiedad (Castilla *et al.*, 2008, 2011). Lo anterior muestra que ya desde entonces estos problemas eran frecuentes entre los usuarios de emergencias; además, los reportes mundiales más actuales indican que ambas condiciones han tenido un incremento mundial en las últimas décadas, lo que ha generado una mayor probabilidad de sufrir incapacidad, muerte prematura y años vividos con alguna discapacidad (Whiteford *et al.*, 2013). A pesar de lo importante del problema, no hay—hasta donde alcanza el conocimiento de los presentes autores— estudios recientes que describan la frecuencia de ambos problemas en los usuarios de emergencias médicas en México. Lo anterior es importante ya que, dadas las proyecciones internacionales, es probable que dichos trastornos aparezcan con mayor frecuencia en este servicio. Debido a lo anterior, esa investigación retrospecti-

va tuvo como objetivo identificar la frecuencia de la ansiedad y la depresión en pacientes admitidos en el servicio de emergencias de un hospital público en México.

## MÉTODO

### Muestra

Los datos fueron extraídos de 117 registros psicológicos de los pacientes hospitalizados en dicho servicio en el periodo comprendido entre los meses febrero y octubre de 2017. La selección de los registros psicológicos se hizo a través de un muestreo por conveniencia, sin calcular un tamaño específico de la muestra. En la Tabla 1 se exponen las características sociodemográficas correspondientes.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas.

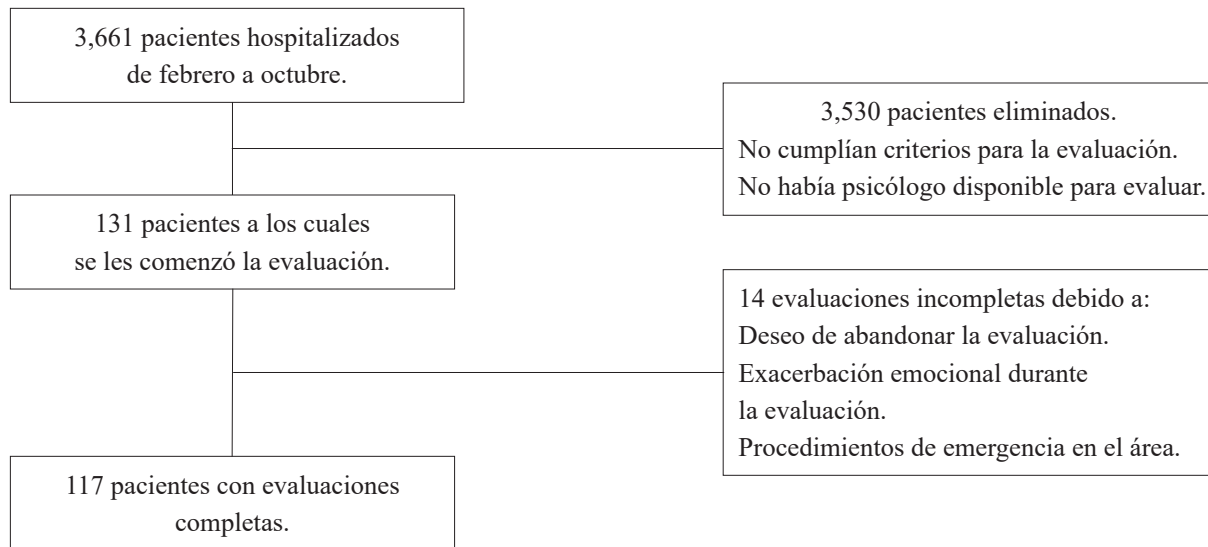
Variable	n (%)
<i>Sexo</i>	
Hombre	48 (41.0)
Mujer	69 (59.0)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	46 (39.3)
Casado o unión libre	53 (45.3)
Viudo o divorciado	13 (11.1)
<i>Escolaridad</i>	
Primaria o secundaria	29 (24.8)
Bachillerato	67 (57.0)
Universidad o posgrado	11 (9.4)
Sin estudios	7 (6.0)
<i>Ocupación</i>	
Empleado	35 (29.9)
Desempleado	16 (13.7)
Hogar	35 (29.9)
Comerciante	21 (17.9)
Estudiante	7 (6.0)

Durante este periodo, el equipo de Psicología del servicio de emergencias realizó la evaluación psicológica de los pacientes admitidos únicamente si tenían entre 18 y 75 años y podían comunicarse para responder las preguntas de la evaluación. No

se valoró a los pacientes que tenían una condición clínica inestable o un deterioro neurológico. La eva-

luación incluyó las características sociodemográficas y los datos clínicos (Figura 1).

**Figura 1.** Flujo de evaluaciones psicológicas a los pacientes en el periodo de febrero a octubre de 2017.



## Instrumentos

### *MiniEntrevista Neuropsiquiátrica Internacional*

Se utilizaron los módulos A y O de la versión validada en español por Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto (2000) de la MiniEntrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para evaluar la presencia de síntomas de episodio depresivo mayor (EDM) y de trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La MINI es una entrevista diagnóstica desarrollada para evaluar trastornos neuropsiquiátricos según los criterios de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) y de la décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La MINI ha sido ampliamente utilizada en el contexto de los servicios de emergencias, y es un instrumento confiable para explorar con precisión los trastornos neuropsiquiátricos en poco tiempo (Downey *et al.*, 2012; Perruche *et al.*, 2011).

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

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se empleó para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión. Dicho instrumento consta de catorce reactivos diseñados para evaluar única-

mente los síntomas psicológicos de la depresión y la ansiedad, excluyendo los síntomas somáticos que podrían estar presentes debido a una condición médica. Los reactivos nones evalúan los síntomas de ansiedad y los pares los de depresión. Dichos reactivos se puntúan usando una escala tipo Likert de cuatro puntos, que oscilan entre el cero y el tres. La versión mexicana de la HADS ha demostrado ser un instrumento confiable, con un valor del coeficiente alfa de Cronbach de 0.86. Para su corrección se utilizan dos puntos de corte: siete puntos para la depresión y ocho para la ansiedad (López *et al.*, 2002).

## Procedimiento

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética e Investigación del hospital (número de registro 27-15-2019), tres investigadores revisaron y recopilaron los datos de los registros de pacientes del programa psicológico del servicio de emergencias utilizando una lista de verificación. Tales registros fueron revisados en dos etapas: en la primera, se revisaron los registros psicológicos para seleccionar los que contuviesen los datos de edad, sexo, estado civil, nivel de educación, ocupación y resultados de la HADS y de la MINI, excluyendo-

se aquellos que no incluyeran dicha información. En la segunda etapa se extrajeron los datos de los registros y se codificaron en una base para su posterior análisis. Es importante mencionar que la evaluación original fue hecha por psicólogos clínicos que evaluaron a los pacientes durante su estancia hospitalaria en el servicio de emergencias.

**Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos. Los datos clínicos de ansiedad y depresión como trastorno o sintomatología (dado que las variables son de tipo categórico: presencia o ausencia), se mostraron en términos de la proporción de pacientes que exhibían o no tales condiciones. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el SPSS, v. 23.0, de Windows.

**RESULTADOS**

Sobre la base de los puntos de corte, los resultados de la HADS y de la MINI se muestran en la Tabla 2, en la que se aprecian los porcentajes de los síntomas de ansiedad y de depresión, así como la frecuencia de síntomas de EDM y de TAG entre los pacientes.

**Tabla 2.** Frecuencia de ansiedad y depresión.

Variable	n (%)
<i>HADS-Ansiedad</i>	
Presencia	50 (42.7)
Ausencia	67 (57.3)
<i>HADS-Depresión</i>	
Presencia	54 (46.2)
Ausencia	63 (53.8)
<i>MINI-Episodio depresivo mayor</i>	
Presencia	46 (39.33)
Ausencia	71 (60.7)
<i>MINI-Trastorno de ansiedad generalizada</i>	
Presencia	26 (22.2)
Ausencia	91 (77.8)

Según los datos obtenidos, casi la mitad de los pacientes evaluados mostraron síntomas depresivos,

y cerca de 40% dio positivo para síntomas de depresión mayor.

Estos resultados muestran una frecuencia más alta que lo reportado por Castilla *et al.*, (2008) en el ya citado estudio multicéntrico hecho en diferentes servicios de emergencias en varios países de América Latina (incluido México), en el que se encontró que el promedio de síntomas de depresión se encontraba en 30%. Es posible que la frecuencia más alta en esta investigación se deba a la forma en que se midieron los síntomas de depresión (MINI y HADS), en comparación con los instrumentos que utilizó en el mencionado estudio (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y una entrevista clínica basada en los criterios del DSM-IV). Otra razón podría ser que ese trabajo fue publicado en 2008, y en los últimos años se ha reportado un aumento general de hasta 25% en los casos de personas con depresión que solicitan atención en los servicios de emergencias (Ballou *et al.*, 2019; Whiteford *et al.*, 2013). Finalmente, los pacientes evaluados en este estudio se encontraban hospitalizados, motivo por el cual es probable que sufrieran un mayor impacto emocional por ello.

En cuanto a la ansiedad, los resultados hallados aquí muestran que más de 40% de los pacientes evaluados exhibían síntomas ansiosos y 16% de TAG. Los datos de estos últimos síntomas son muy similares a los reportados en un trabajo relativamente reciente efectuado por Abar, Holub, Lee, DeRienzo y Nobay (2017), en el que 10% de la población analizada mostraba esta condición. Sin embargo, algunos estudios han reportado que hasta 55% de pacientes con TAG acuden a servicios de emergencias (Marco *et al.*, 2019). Respecto a la sintomatología ansiosa, los hallazgos son similares a los reportados en una revisión sistemática de Webster, Norman, Goodacre, Thompson y McEachan (2014), en la que se estimó que entre 21 y 53.3% de los pacientes que acudieron al referido servicio presentaban síntomas de ansiedad. Los datos obtenidos por los presentes autores contribuyen a lo hallado en otro informe que reporta que hasta 93% de las visitas se debían a algún tipo de problema de ansiedad primaria (Dark, Flynn, Rust, Kinsell y Harman, 2017).



Según el conocimiento de los presentes autores, la investigación aquí descrita es un primer intento para identificar la presencia de ansiedad y depresión durante la hospitalización de los pacientes en un servicio de emergencias en el contexto mexicano, lo cual es importante en virtud de que otros estudios en el área se enfocan primordialmente en pacientes no hospitalizados, usuarios del servicio de emergencias (Abar *et al.*, 2017). Los problemas de salud mental, más las características propias de los departamentos de emergencias en México (y tal vez en América Latina), como saturación de trabajo, atención a pacientes graves, alto nivel de estrés en el personal de salud y pocos recursos, parecen indicar la necesidad futura de crear y adaptar protocolos breves enfocados a la evaluación, atención y seguimiento inmediato de esta población. Diversos estudios en todo el mundo han descrito que realizar un abordaje de esta manera ayuda a prevenir complicaciones por el agravamiento de la depresión, el estrés postraumático, el consumo de sustancias y los intentos suicidas en usuarios de diversas edades observados en las emergencias médicas (Grupp-Phelan *et al.*, 2019; Jaramillo, Suffoletto, Callaway y Pacella-LaBarbara, 2019; Ngo *et al.*, 2018).

Es importante tener en cuenta algunas limitaciones al interpretar los resultados; por ejemplo, se utilizó un diseño retrospectivo, y se han encontrado varias limitaciones con este tipo de estudios, como la falta de precisión en la información consultada, la dificultad para controlar los sesgos y las variables de confusión, y la imposibilidad de identificar la causalidad entre variables (Hess, 2004). Otra limitación importante es que los síntomas ansiosos y depresivos se evaluaron utilizando ins-

trumentos de autorreporte. A pesar de que se ha demostrado que los mismos tienen utilidad clínica en el contexto hospitalario y que se consideran herramientas válidas, por su naturaleza podrían conducir a una medición inexacta y no comparable del problema (Rose y Devine, 2014). Por último, hay que señalar que este trabajo solo incluyó datos de 117 registros psicológicos de pacientes de un único servicio de emergencias, por lo que los resultados no son generalizables a todo el contexto mexicano.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio es un intento para identificar sistemáticamente la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados en los multimencionados servicios del país. Por lo tanto, los datos que se presentan aquí podrían constituir la base para futuros estudios que puedan corroborar prospectivamente esta información, que conduzcan a su vez a la prestación de un apoyo especializado para esta población en los próximos años. Del mismo modo, se corresponden con los informes actuales que ponen de relieve un aumento en la frecuencia de la ansiedad y la depresión en la población general, y específicamente en aquella que acude a los servicios de emergencias, en los que incluso puede tratarse como un diagnóstico primario.

Por último, sobre la base de los datos presentados, es posible concluir que la ansiedad y la depresión son problemas frecuentes en los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias médicas en un hospital de la Ciudad de México. Sin embargo, se requieren más estudios para verificar tales resultados y así generar una oportunidad para la atención oportuna de la salud mental.

*Citación:* Murillo C., J.L., Vidal V., E.A., Domínguez V., N.A., López G., A. y Landa R., E. (2022). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en un departamento de emergencias. *Psicología y Salud*, 32(2), 195-202. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2741>.

## REFERENCIAS

- Abar, B., Holub, A., Lee, J., DeRienzo, V. y Nobay, F. (2017). Depression and anxiety among emergency department patients: utilization and barriers to care. *Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1286-1289. Doi: 10.1111/acem.13261.
- Baker, C. (2015). Accident and emergency statistics. *House of Commons Library Briefing Paper*, 6964, 1-34.
- Ballou, S., Mitsuhashi, S., Sankin, L.S., Petersen, T.S., Zubiago, J., Lembo, C., Takazawa, E., Katon, J., Sommers, T., Hirsch, W., Rangan, V. y Jones, M. (2019). Emergency department visits for depression in the United States from 2006 to 2014. *General Hospital Psychiatry*, 59, 14-19. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.04.015.

- Beard, C., Weisberg, R.B. y Keller, M.B. (2010). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 559-564. Doi: 10.1016/j.janxdis.2010.03.015.
- Blakemore, A., Dickens, C., Guthrie, E., Bower, P., Kontopantelis, E., Afzal, C. y Coventry, P. (2014). Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 501-512. Doi: 10.2147/COPD.S58136.
- Castilla P., R.C., Secin, R., Grau, A., Galeno, R., Feijo de M., M., Peña, N. y Sanchez R., C.A. (2008). A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depression and Anxiety*, 25(12), 199-204. Doi: 10.1002/da.20380.
- Castilla P., R., Secin, R., Grau, A., Galeno, R., De Mello, M.F., Castilla P., S., Castilla P., W. y Sanchez R., C.A. (2011). A multicenter study of bipolar disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(1), 49-67. Doi: 10.2190/PM.42.1.d.
- Dark, T., Flynn, H.A., Rust, G., Kinsell, H. y Harman, J.S. (2017). Epidemiology of emergency department visits for anxiety in the United States: 2009-2011. *Psychiatric Services*, 68(3), 238-244. Doi: 10.1176/appi.ps.201600148.
- Downey, L.V.A. y Zun, L.S. (2015). Reasons for readmissions: What are the reasons for 90-day readmissions of psychiatric patients from the ED? *American Journal of Emergency Medicine*, 33(10), 1489-1491. Doi: 10.1016/j.ajem.2015.06.056.
- Downey, L.V.A., Zun, L.S. y Burke, T. (2012). Undiagnosed mental illness in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 876-882. Doi: 10.1016/j.jemermed.2011.06.055.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). *MINIEntrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV*. Madrid: Instituto de Investigación y Asistencia Psiquiátrica.
- Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D.M., Ammerman, R.T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S.C., Stone, L., Campo, J.V. y Bridge, J.A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 2(12), e1917941. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17941.
- Hall, A.M., Kamper, S.J., Maher, C.G., Latimer, J., Ferreira, M.L. y Nicholas, M.K. (2011). Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain*, 152(5), 1044-1051. Doi: 10.1016/j.pain.2011.01.014.
- Hess, D.R. (2004). Retrospective studies and chart reviews. *Respiratory Care*, 49(10), 1171-1174.
- Jaramillo, S., Suffoletto, B., Callaway, C. y Pacella-LaBarbara, M. (2019). Early screening for posttraumatic stress disorder and depression among injured emergency department patients: a feasibility study. *Academic Emergency Medicine*, 26(11), 1232-1244. Doi: 10.1111/acem.13816.
- Larkin, G.L., Beautrais, A.L., Spirito, A., Kirrane, B.M., Lippmann, M.J. y Milzman, D.P. (2009). Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1110-1119. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00545.x.
- Larkin, G.L., Claassen, C.A., Emond, J.A., Pelletier, A.J. y Camargo, C.A. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric Services*, 56(6), 671-677. Doi: 10.1176/appi.ps.56.6.671.
- López A., J.C., Vázquez V., V., Arcila M., D., Sierra O., Á.E., González B., J. y Salin P., R.J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=781606>.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Borghi, C., Giannini, A., Di Ruvo, R., Minneo, F., Quarantelli, C. y Maggini, C. (2004). Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emergency Medicine Journal*, 21(2), 175-179. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14988342>.
- Marco, C.A., Anderson, J., McMurray, M., Lovell, M., Naqvi, J. y Seitz, N. (2019). Generalized anxiety disorder among emergency department patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 37(4), 766-767. Doi: 10.1016/j.ajem.2018.08.020.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidades de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. En *Informes, estudios y publicaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.
- Molosankwe, I., Patel, A., Gagliardino, J., Knapp, M. y McDaid, D. (2012). Economic aspects of the association between diabetes and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, 42-55. Doi: 10.1016/S0165-0327(12)70008-3.
- Moreno K., B., Warnke, I., Nordt, C., Fernandez, G., Ramos, J., Paulino M., P., Rössler, W. y Cardoso, G. (2017). Predictors of repeat visits to hospital psychiatric emergency departments in Malaga (Spain) and in Lisbon (Portugal). *Emergency Medicine Journal*, 34(10), 665-671. Doi: 10.1136/emmermed-2015-205214.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. Doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
- Ngo, Q.M., Eisman, A.B., Walton, M.A., Kusunoki, Y., Chermack, S.T., Singh, V. y Cunningham, R. (2018). Emergency department alcohol intervention: effects on dating violence and depression. *Pediatrics*, 142(1). Doi: 10.1542/peds.2017-3525.
- Owens, P.L., Mutter, R. y Stocks, C. (2010). Mental health and substance abuse-related emergency department visits among adults, 2007: Statistical Brief 92. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21413214>.

- Perruche, F., Elie, C., d'Ussel, M., Ray, P., Thys, F., Bleichner, G., Roy, P.-M., Schmidt, J., Gayet, A., Pateron, D., Le Joubioux, E., Porcher, N., Gamand, P. y Claessens, Y.-E. (2011). Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emergency Medicine Journal*, 28(8), 662-665. Doi: 10.1136/emj.2009.089961.
- Rose, M. y Devine, J. (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 197-211.
- Rui, P. y Kang, K. (2015). *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables*. Recuperado de [https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web\\_tables/2015\\_ed\\_web\\_tables.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2015_ed_web_tables.pdf).
- Soril, L.J.J., Leggett, L.E., Lorenzetti, D.L., Noseworthy, T.W. y Clement, F.M. (2016). Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy*, 120(5), 452-461. Doi: 10.1016/j.healthpol.2016.02.006.
- Stein, B., Cox, B., Afifi, T.O., Belik, S. y Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 36(05), 587. Doi: 10.1017/S0033291706007239.
- Webster, R., Norman, P., Goodacre, S., Thompson, A.R. y McEachan, R.C. (2014). Illness representations, psychological distress and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. *Psychology & Health*, 29(11), 1265-1282. Doi: 10.1080/08870446.2014.923885.
- Weiss, A.J., Barrett, M.L., Heslin, K.C. y Stocks, C. (2016). Trends in Emergency Department Visits Involving Mental and Substance Use Disorders, 2006-2013. En *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Wells, K.B., Goding, J.M. y Burnam, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 976-981. Doi: 10.1176/ajp.145.8.976.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. L. y Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1575-1586. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

# Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas

## *Adaptation of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire in a Mexican sample*

Blanca Nevárez Mendoza y Gerardo Ochoa Meza

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Blanca Nevárez Mendoza, [bnevarez@uacj.mx](mailto:bnevarez@uacj.mx).

### RESUMEN

*Introducción:* Las experiencias adversas en la infancia se refieren a una serie de eventos potencialmente traumáticos en la niñez y para los cuales no se dispone de las herramientas adecuadas para hacerles frente. Están relacionadas con trastornos en la edad adulta, como enfermedades cardíacas, infartos, diabetes y obesidad, así como problemas de salud mental, como depresión y ansiedad. En México no existe un instrumento válido para evaluar dichas experiencias de forma retrospectiva. *Objetivo:* Adaptar el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia en población adulta que acudía a servicios médicos primarios en Ciudad Juárez, Chih. (México). *Método:* Se administró el citado cuestionario para evaluar las experiencias adversas ocurridas en la infancia, tales como abuso infantil y disfunción familiar, en una muestra de 672 adultos. *Resultados:* El índice de validez de contenido fue de bueno a muy bueno, los valores alfa en la consistencia interna fueron moderados y la confiabilidad aceptable. Dos factores explicaron 40.17% del total de la varianza, confirmando una estructura interna compuesta por dos factores de primer orden. *Discusión:* El cuestionario muestra una validez y confiabilidad aceptables para poder utilizarse en la detección de adversidad infantil de forma retrospectiva. Se discute su manejo para evaluar el efecto acumulativo de esas experiencias, así como la posible modificación al integrar otros tipos de adversidad psicosocial.

**Palabras clave:** Experiencias adversas de la infancia; Estudios de validación; Confiabilidad; Adultos.

### ABSTRACT

*Background.* Adverse childhood experiences refer to a group of potentially traumatic events that a person can experience during the early years of life, for which the individual has no coping skills. Such experiences are usually later related to health disorders, including heart disease, heart attacks, diabetes, and obesity, as well as mental health problems, such as depression and anxiety. *Currently, there are no valid instruments to retrospectively evaluate these experiences in Mexico.* *Objective.* To adapt the Adverse Childhood Experiences Questionnaire to an adult population cared for in primary medical services in Ciudad Juárez, Chihuahua. *Method.* The questionnaire evaluated child abuse and family dysfunction in a sample of 672 adults. *Results.* The content validity index ranged from good to very good. Alpha values of internal consistency were moderate (.62 to .68) so reliability was acceptable. Two factors explained 40.17% of the total variance, and an internal structure of two first-order factors was confirmed. *Discussion.* The questionnaire showed acceptable validity and reliability to retrospectively detect childhood adversity. The discussion also

<sup>1</sup> Departamento de Ciencias Sociales, Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Doctorado en Psicología, Av. Heroico Colegio Militar s/n, 323210 Ciudad Juárez, Chih., México, correos electrónicos: [bnevarez@uacj.mx](mailto:bnevarez@uacj.mx) y [gochoa@uacj.mx](mailto:gochoa@uacj.mx).





*addresses the possibility to evaluate the cumulative effect of these experiences and the possible addition of other types of psychosocial adversity.*

**Key words:** Adverse childhood experiences; Validation studies; Reliability; Adult people.

Recibido: 01/11/2020

Aceptado: 12/02/2021

## INTRODUCCIÓN

Las experiencias adversas en la infancia (EAI en lo sucesivo) se definen como una serie de eventos negativos que ocurren dentro de un ambiente familiar, los cuales están relacionados entre sí y ante los cuales no se tienen generalmente los recursos personales, familiares y medioambientales para hacerles frente. Entre las formas más comunes de EAI se encuentran el abuso físico, sexual y emocional y la negligencia, además de otras manifestaciones de disfunción en el hogar, como la violencia, el abandono parental, el abuso de sustancias, la enfermedad mental de algún miembro de la familia y el encarcelamiento (Felitti *et al.*, 1998; Kalmakis y Chandler, 2014).

Las características principales del concepto de EAI aluden a lo siguiente: *a)* cuestiones perjudiciales o dañinas por las experiencias negativas o por la falta de eventos positivos; *b)* cronicidad por la repetición frecuente y prolongada; *c)* efecto angustiante debido a la constante exposición al estrés; *d)* acumulación de múltiples experiencias que pueden suceder al mismo tiempo; *e)* variación en cuanto a su severidad ya que el abuso sexual, psicológico y físico se consideran más severos; sin embargo, la exposición a un ambiente violento o al consumo de sustancias por parte de los padres tienen un efecto en el desarrollo muy similar al de otras formas de adversidad (Kalmakis y Chandler, 2014). Por ello, contrastar el concepto de las EAI con otros relacionados, como la polivictimización, obliga a establecer una diferenciación entre ambos. Así, las EAI se centran principalmente en el ambiente familiar del individuo y que lo afectan

directamente (Pinto, Moroaga y Henríquez, 2018; Vega y Nuñez, 2017), mientras que la polivictimización se enfoca en la exposición a sucesos violentos en distintos contextos (Turner, Shattuck, Finkelhor y Hamby, 2015).

Algunos investigadores han puesto especial atención a las EAI y a sus posibles consecuencias, como Felitti *et al.* (1998), que encontraron traumas emocionales de la infancia en adultos con obesidad al llevar a cabo un programa de reducción de peso que mostró el impacto de las adversidades infantiles en la salud, cuestión esta que dio pie a una gran y variada cantidad de investigaciones al respecto (Zarse *et al.*, 2019).

Las adversidades constituyen un problema de salud en todo el mundo y a pesar de la variabilidad de las estimaciones, los datos reflejan que una cuarta parte de los adultos sufrieron maltrato físico cuando eran niños. Una de cada cinco mujeres declara haber sido víctima de violencia sexual, de la misma forma que uno de cada 13 hombres manifiestan este tipo de abuso en la infancia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En México, se calcula que seis cada diez niños de entre uno y 14 años han experimentado alguna forma de disciplina violenta en su casa (Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, 2019).

Se ha demostrado que el abuso y la negligencia con los niños están asociados con un incremento en el riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos, como depresión mayor, trastorno bipolar, estrés postraumático y abuso de sustancias, entre otros (Chapman *et al.*, 2004; Dube *et al.*, 2006), así como desórdenes médicos, como enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedad del colon y asma (Anda *et al.*, 2006; Felitti *et al.*, 1998). Se han encontrado relaciones significativas entre las puntuaciones de EAI y perturbaciones como depresión, ansiedad, alucinaciones, problemas de sueño y obesidad. El abuso del consumo de alcohol y de sustancias tienden a aumentar conforme se acrecientan las adversidades (Anda *et al.*, 2002; Campbell, Walker y Egede, 2015; Scott *et al.*, 2011; Wade *et al.*, 2016) y se han investigado los mecanismos fisiológicos relacionados con la respuesta al estrés, asociándolos a una pobre calidad de vida en la edad adulta (Cánepa, 2016; Chiang, Taylor



y Bower, 2015; Danese y McEwen, 2012; Dong, Anda *et al.*, 2004; Essex *et al.*, 2013; González, Sánchez y Ramírez, 2019; Ferraro, Schafer y Wilkinson, 2016; Khrapatina y Berman, 2017; Monnat y Chandler, 2015; Nemeroff, 2016; Olvera, Kibzansky, Campen y Slavich, 2018; Zarse *et al.*, 2019).

En un metaanálisis sobre la evidencia de la asociación entre el riesgo de padecer problemas de salud y la presencia de adversidad infantil, Hughes *et al.* (2017) analizaron investigaciones realizadas particularmente en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos. No incluyeron trabajos hechos en países en vías de desarrollo, como México. En todos ellos se utilizaron autorreportes retrospectivos de EAI. El rango de edad que abarcan va desde los 18 años, hasta ancianos. Todos los estudios incluyeron ambos sexos. Los resultados indicaron que el 57% presentó al menos una adversidad y el 13% reportó al menos cuatro. También se concluyó que el riesgo de presentar alguno de los problemas de salud examinados incrementó en aquellos individuos que presentaron cuatro o más adversidades. Se encontraron relaciones débiles entre EAI y actividad física, sobrepeso y obesidad, medidas con razón de momios, de oportunidades o de probabilidades (*odds ratio* en inglés, u OR menores de 2): moderadas para EAI y fumar, abuso del alcohol, pobre calidad de vida, cáncer, enfermedad cardíaca y respiratoria (OR de dos 2 a 3); asociaciones fuertes con conducta sexual riesgosa, enfermedad mental, uso problemático del alcohol (OR de 3 a 6) y muy fuertes para drogadicción y violencia autodirigida (OR mayor a 7). Este metaanálisis subraya los grandes daños que la adversidad puede generar en la salud en el largo plazo.

En Estados Unidos, a través del Consorcio de Salud Kaiser Permanente, Felitti *et al.* (1998) tomaron en cuenta algunos instrumentos de evaluación previos y desarrollaron el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEQ, por sus siglas en inglés), conformado por diez preguntas que evalúan la exposición al maltrato físico, sexual y psicológico, así como la disfunción del entorno familiar, como abuso de drogas y alcohol, violencia familiar, abandono, enfermedad mental o encarcelamiento durante los primeros 18 años

de vida (Zarse *et al.*, 2019). Los estudios de validación de dicho cuestionario han mostrado que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y validez interna y externa (Ford *et al.*, 2014) que lo hacen conveniente para analizar la relación entre las adversidades y su impacto en la salud (*cf.* Bethell *et al.*, 2017; Hughes *et al.*, 2017). También se le ha considerado una herramienta útil en estudios epidemiológicos en retrospectiva, a pesar de la posible distorsión de la memoria con el paso del tiempo y al aplicarse en distintos subgrupos demográficos (Dube, Williamson, Thompson, Felitti y Anda, 2004; Hardt y Rutter, 2004). Debido a las garantías que ofrece el cuestionario, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) incluyeron el módulo EAI en su encuesta nacional de vigilancia de riesgos (BRFSS) para identificar los riesgos a la salud y mejorar con ello las prácticas de prevención de diversas enfermedades crónicas (*cf.* Ports, Ford, Merrick y Guinn, 2020).

Así, se han diseñado herramientas para investigar la ocurrencia de adversidad infantil validadas y adaptadas al castellano. Tal es el caso del Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), de Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman (1997), el Early Trauma Inventory (ETI), creado por Bremner, Vermetten y Mazure (2000), y recientemente el Cuestionario de Screening de Experiencias Traumáticas (ExpTra-S), desarrollado en España por Ordoñez *et al.* (2016). Sin embargo, en México se requiere aún la validación de autoinformes rápidos y confiables, como el ACEQ, el cual ha mostrado una productividad única respecto a la revelación del efecto dosis-respuesta, es decir, que entre más experiencias adversas haya durante la infancia, mayores serán las dificultades para gozar de salud física y psicológica en la vida adulta (Zarse *et al.*, 2019). Por ello, al no hallarse evidencias de que ese cuestionario se haya adaptado en México, se evaluaron sus propiedades psicométricas en muestras mexicanas, siguiendo los lineamientos de Carretero y Pérez (2005) y de los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014) para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales.

Por consiguiente, el presente trabajo tuvo como objetivo realizar la adaptación de la versión en español del Cuestionario de Experiencias Adversas (ACEQ) para estimar la presencia de adversidades infantiles en la edad adulta de personas que recibían atención médica primaria en los servicios públicos de salud de Ciudad Juárez, Chih., México.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en este estudio 672 adultos, en su mayoría mujeres (70%), con edades de 18 a 65 años, con una media de edad de 40 años, reclutados en la sala de espera de un hospital público de la citada ciudad a lo largo de dos meses, a quienes se les informó sobre el objetivo del cuestionario. La selección de la muestra fue incidental.

### Instrumento

*Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia* (EAI) (Ford *et al.*, 2014).

Es un instrumento de autorreporte cuya estructura original contiene tres factores principales: maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. El primero y el segundo se dividen en abuso psicológico, abuso físico, negligencia y abuso sexual. El tercero se divide a su vez en abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre, y conducta criminal de algún familiar directo. Este inventario se califica mediante respuestas dicotómicas (sí/no), que indican la ocurrencia de experiencias adversas antes de los 18 años. Por tanto, a la respuesta “sí” se le otorga un valor de 1, de tal manera que las puntuaciones mínimas van de 0 a 10.

### Procedimiento y análisis estadísticos

#### *Fases de la adaptación*

En la primera fase, denominada “Justificación del estudio” (Carretero y Pérez, 2005), se determinó la importancia de la adaptación del cuestionario.

La segunda consistió en la delimitación conceptual del constructo, en la que un panel de jueces valoraron la redacción y comprensión de los reactivos. En esta etapa se calculó el índice de validez de contenido mediante la  $V$  de Aiken y el porcentaje de acuerdo interjueces (Aiken, 1985), y se cuantificó la relevancia del ítem en el contenido. El valor de la  $V$  de Aiken oscila de 0.0 a 1.00, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC). Generalmente el valor que se utiliza como punto de corte o valor mínimo de la  $V$  de Aiken es  $V = .50$ , con  $IC = 95\%$  (Merino y Livia, 2009).

En la etapa tres se efectuó el análisis estadístico de los reactivos (Carretero y Pérez, 2005). Se calculó asimismo el coeficiente alfa de Cronbach (*cf.* Yang y Green, 2011) y la confiabilidad mediante el método de división por mitades utilizando la fórmula de Spearman-Brown, cuyos valores deben situarse entre .70 y .90 (Argibay, 2006). En la cuarta fase se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) con una muestra de 307 personas. El método utilizado fue el de componentes principales con rotación varimax. De igual modo, se efectuaron las pruebas Kaiser-Meyer-Olkin y la de esfericidad de Bartlett. En esta misma etapa se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC). El método utilizado fue el de estimación robusta de máxima verosimilitud (Bollen y Long, 1993) y se determinaron las siguientes medidas: índice de bondad del modelo, conocido como chi cuadrada ( $\chi^2$ ), el cual sugiere un valor mínimo de 3.84 para ser significativo. La razón de  $\chi^2$  sobre los grados de libertad (CMIN/DF) debe arrojar valores inferiores a 3.0; el índice de bondad de ajuste global (GFI) y el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) deben a su vez mostrar valores superiores a .90 para reflejar un mejor ajuste, y el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) se considera bueno cuando su valor es  $\leq 0.05$  (Bollen y Long, 1993) y adecuado cuando es  $\leq 0.08$  (Hu y Bentler, 1999).

### Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, con el

código de resolución CIEB-2019-2-69. Además, por medio de un formato de consentimiento informado se garantizó a los participantes la confidencialidad de sus respuestas. No se requirieron otros datos personales mas que el sexo y la edad.

## RESULTADOS

### Características de la muestra

El panel de jueces estuvo integrado por cinco docentes universitarios; de estos, tres fueron mujeres. Cabe mencionar que tres eran expertos en el tema de investigación y dos en la elaboración de instrumentos de medición; por su parte, el grupo de estudiantes de Psicología que fungieron como

jueces estuvo conformado por quince mujeres (75%) y cinco varones (15%). La muestra total estuvo compuesta por 672 adultos, en su mayoría mujeres (70%), con una media de edad de 40 años, la selección se realizó de forma incidental en los servicios de atención médica familiar de un hospital público en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

### Validez de contenido

Se obtuvieron acuerdos con un IC de 95%, con valores de buenos ( $V = 0.70$ ) a muy buenos ( $V = 0.95$ ) entre los expertos. Por otra parte, este mismo índice entre los estudiantes evaluadores varió de bueno ( $V = 0.68$ ) a muy bueno ( $V = 0.84$ ) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Índices y porcentajes de acuerdo entre jueces sobre el contenido del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

Orden de los ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	M	v de Aiken	% de acuerdo	IC 95% LI	IC 95% LS
1	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
2	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
3	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
4	5	5	2	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
5	2	5	5	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
6	3	5	5	5	5	4.6	0.90	50.0	.69	.97
7	2	5	5	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
8	4	5	5	5	4	4.6	0.90	100.0	.69	.97
9	3	5	4	5	2	3.8	0.70	25.0	.48	.85
10	4	5	5	5	5	4.8	0.95	100.0	.76	.99

Nota: M = Media; IC = Intervalos de Confianza; LI = Limite Inferior; LS= Limite Superior.

### Análisis estadístico de los ítems y consistencia interna

Los resultados de los análisis de los diez ítems del cuestionario se muestran en la Tabla 2. Estos reactivos arrojaron medias de .04 a .36 y las desviaciones estándar de .20 a .48. El cuestionario con el total de la muestra arrojó un coeficiente alfa de

Cronbach de .68. La correlación total de elementos corregida mostró tres ítems por debajo del .30, referentes a la pérdida parental, a vivir con alguien que era alcohólico y a haber tenido algún familiar en la cárcel. Se decidió conservar estos elementos para análisis posteriores y porque su eliminación no elevaba el coeficiente alfa obtenido.

**Tabla 2.** Análisis de los ítems y de consistencia interna del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

ÍTEMS	Preguntas	M	D.E.	Correlación total de elementos corregida	Consistencia interna $\alpha$
Ítem 1	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?	.29	.45	.50	.62
Ítem 2	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?	.19	.39	.47	.63
Ítem 3	¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?	.27	.46	.32	.66
Ítem 4	¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?	.24	.42	.41	.64
Ítem 5	¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?	.04	.20	.32	.67
Ítem 6	¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?	.31	.46	.25	.68
Ítem 7	¿Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?	.10	.30	.40	.65
Ítem 8	¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba, que era alcohólico o que usaba drogas?	.36	.48	.27	.67
Ítem 9	¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?	.22	.41	.35	.65
Ítem 10	¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?	.19	.43	.21	.68

Nota: M = Media; D.E. = Desviación estándar.

## Confiabilidad

Se utilizó la fórmula de Spearman-Brown, mediante el método de división por mitades, tomando en cuenta longitudes iguales, obteniéndose una  $r$  de .73 en ambas. El cálculo de este indicador también arrojó el coeficiente de dos mitades de Guttman ( $r = .72$ ). Lo dos resultados se consideran aceptables si se toma en cuenta la cantidad pequeña de ítems que contiene el instrumento (Argibay, 2006; Kelinger y Lee, 2002).

## Análisis factorial exploratorio

Para encontrar la estructura factorial de los diez reactivos del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con una muestra de 307 personas. El método utilizado fue el de componentes principales con rotación varimax. Las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (.74) y de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 414.39$ ,  $gl = 45$ ,  $p < .001$ ) indicaron que el tamaño de la muestra fue adecuado para llevar a cabo dicho análisis.

Los autovalores y el gráfico de sedimentación mostraron tres factores que representaron 50.87% de la varianza total explicada. Sin embargo, en esta estructura el tercer el factor incluía solo dos ítems, por lo que se procedió a analizar nuevamente los datos seleccionando dos factores fijos. Los resultados de este segundo análisis mostraron que, con dos factores, la varianza total explicada fue de 40.17%. Se decidió que la carga factorial mínima

requerida fuera de .30, por lo que el rango de carga resultante fue de .38 a .74 y las comunalidades de entre .18 y .54. Para evaluar la consistencia interna de cada factor se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. El primer factor tuvo un  $\alpha$  de .70 y el segundo uno de .45, lo que significa que aquel tuvo un coeficiente aceptable y el segundo una consistencia interna de moderada a baja (Kelinger y Lee, 2002; Nunnally, 1987) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Estructura factorial del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

ÍTEMS	Factor 1 Abuso	Factor 2 Disfunción familiar	h <sup>2</sup>
2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?	.739		.546
7. ¿Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?	.704		.496
1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?	.701		.531
5. ¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?	.656		.451
4. ¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?	.571		.385
9. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?		.730	.548
3. ¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?		.585	.354
8. ¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba o era alcohólico, o que usaba drogas?		.562	.315
10. ¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?		.448	.203
6. ¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?		.385	.188
Autovalores	2.74	1.27	
Porcentaje de varianza	27.43	12.75	
Alfa de Cronbach	0.70	0.45	

Nota: h<sup>2</sup> = Comunalidades.

### Análisis factorial confirmatorio

Se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio en una muestra de 365 individuos, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, con base en los resultados del AFE, los que arrojaron dos factores: el primero se denominó Abuso infantil y el segundo Disfunción familiar. Para determinar el ajuste del

modelo, se tomaron en cuenta la  $\chi^2 = 80.45$ ,  $gl = 34$  y  $p < .05$ . También se obtuvieron los siguientes índices: CMIN/DF = 2.36; GFI = .96; AGFI = .93, los cuales indican ajustes aceptables, y RMSEA = .06, que se considera como un buen modelo de primer orden (Bollen y Long, 1993).

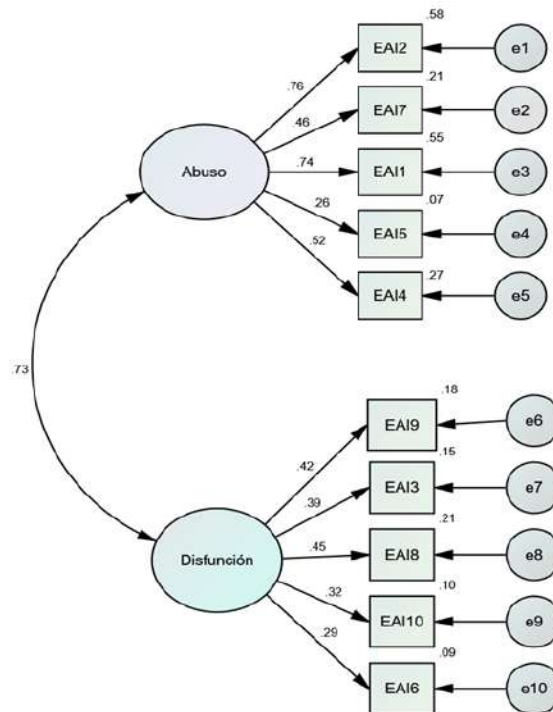
Los factores de abuso infantil y disfunción presentaron una correlación significativa (.73). Por



otra parte, los coeficientes de regresión estandarizados fueron todos ellos significativos, en un rango de .26 a .76, para el factor Abuso, considerándose de moderados a altos y de .29 a .42 para el factor

Disfunción, que se consideran cargas moderadas (Argibay, 2006; Nunnally, 1987). En la Figura 1 se muestra el diagrama de la estructura factorial y los valores correspondientes.

**Figura 1.** Modelo de dos factores del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.



## DISCUSIÓN

En virtud de que en México no existen herramientas para evaluar la presencia retrospectiva de adversidad infantil en adultos, sino que las experiencias traumáticas se suelen medir de manera individual y no en conjunto, esta investigación tuvo como objetivo adaptar el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), desarrollado por Felitti *et al.* (1998), en población adulta que acudía a los servicios médicos primarios en Ciudad Juárez, Chih. (México). Para lograrlo, se consideraron las etapas para el desarrollo de instrumentos. La confiabilidad del instrumento obtenida mediante el método de división por mitades se considera moderada en ambas mitades ( $r = .73$ ), cuestión que se debe interpretar con cautela debido a la tendencia de instrumentos pequeños a

mostrar índices de fiabilidad menores, aunque no por ello se debe asumir que carecen de esta (Catena, Ramos y Trujillo, 2003; Elosua, 2003).

La estructura factorial obtenida fue de dos componentes, que explicaron un buen porcentaje de la varianza total de los ítems (Catena *et al.*, 2003). Cabe señalar que esta estructura difiere de la original (*cf.* Ford *et al.*, 2014), la cual incluye el ítem referido al abuso hacia la madre o madrastra en el factor de disfunción familiar. En esta muestra, dicho aspecto quedó incluido en el factor de Abuso. Asimismo, el ítem relacionado con el abuso sexual quedó incluido en el factor Disfunción familiar, lo que difiere también de la estructura original del instrumento.

Los resultados del análisis factorial exploratorio del presente trabajo fueron semejantes a los obtenidos en un estudio sobre la estructura facto-

rial del cuestionario EAI, en el cual se identificaron tres factores: maltrato infantil, disfunción familiar y abuso sexual. La consistencia de los factores mostró un rango de  $\alpha = .61$  (disfunción familiar) a  $\alpha = .80$  (abuso sexual). Dicha estructura también reportó cargas factoriales moderadas: de .40 a .56 (cf. Ford *et al.*, 2014).

Dube *et al.* (2004) analizaron la confiabilidad del grado de acuerdo entre los participantes mediante el coeficiente Kappa en primera y segunda aplicación. Los resultados mostraron acuerdos moderados, sustanciales y buenos en los distintos componentes del cuestionario, señalando así que las respuestas fueron estables a través del tiempo, lo que favoreció la utilización del instrumento en las encuestas epidemiológicas empleadas de forma retrospectiva (Hardt y Rutter, 2004).

Hay estudios realizados en otros países, como una investigación llevada a cabo en Inglaterra por Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes y Harrison (2013), que relacionó las experiencias adversas infantiles con la salud física, psicológica y comportamental. En Filipinas, Ramiro, Madrid y Brown (2010) reportaron haber utilizado el cuestionario EAI en su forma original en adultos mayores de 35 años para comprobar la relación con algunas condiciones de su salud física. En ambas investigaciones, los resultados fueron consistentes con los hallados en Estados Unidos. En Japón, Matsura, Hashimoto y Toichi (2009) estudiaron las correlaciones entre EAI y agresividad, autoestima y depresión en una institución correccional para mujeres, obteniéndose una consistencia interna de .69, comparable a la del presente estudio, pese a que se administró a personas de menor edad.

La estructura original de este cuestionario se ha tomado como punto de partida para que otros investigadores hayan decidido ampliar, expandir y modificar algunos factores medidos por las EAI. Por ejemplo, Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby (2015) añadieron componentes raciales y comunitarios a la forma convencional del cuestionario para analizar subgrupos en distintos niveles; Chronholm *et al.*, (2015) y Wade *et al.* (2016) han agregado distintos tipos de adversidades que no se contienen en el cuestionario original bajo la premisa de que otras formas de abuso tienen el

mismo efecto en la vida de las personas, como la violencia social, la violencia entre pares y un estatus socioeconómico muy bajo. Algunos estudios han modificado la edad considerada en el cuestionario, que convencionalmente es para adultos mayores de los 18 años, ampliando así el rango para su administración al aplicarlo a adolescentes y jóvenes (Steele, Murphy, Bonuck, Meissner y Steele, 2019). Por otro lado, las mismas experiencias adversas se han medido de manera prospectiva y dirigiendo las preguntas a padres jóvenes con el fin de detectar la adversidad presente con fines preventivos (Murphy *et al.*, 2016).

Finalmente, de acuerdo con los resultados del presente estudio, se sugiere que el cuestionario EAI puede ser utilizado como cribado tipo *check-list*, con fines de correlación y predicción con otras variables de salud física y mental. Además, una cantidad considerable de investigaciones que han empleado el cuestionario EAI (Anda *et al.*, 2002, 2006; Bellis *et al.*, 2013; Campbell *et al.*, 2015; Chapman *et al.*, 2004; Dong, Giles *et al.*, 2004; Dube *et al.*, 2004, 2006; Felitti *et al.*, 1998; Hughes *et al.*, 2017; Khrapatina y Berman, 2017; Matsura *et al.*, 2009; Monnat y Chandler, 2015; Murphy *et al.*, 2016; Steele *et al.*, 2019) respaldan su uso para comprender la relación entre la adversidad infantil y la calidad de vida en la edad adulta, toda vez que permite incluir la medida de EAI en un tamizaje más completo a partir de la consulta médica primaria y considerando distintas formas de violencia y disfunción (Brown *et al.*, 2009).

Una de las fortalezas de este trabajo fue que integra una ruta de validación de un instrumento según normas y criterios internacionales, y asimismo la utilización de modelos de ecuaciones estructurales en los análisis confirmatorios, los cuales conceden una mayor potencia a los resultados de la validez de constructo.

En conclusión, este trabajo aporta información suficiente para que el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia sea utilizado en población mexicana para identificar en retrospectiva los eventos adversos experimentados en la infancia por los adultos y su relación con las condiciones de salud física, psicológica y comportamental, así como medir la posible concurrencia

entre las adversidades y el modo en que están íntimamente relacionadas (Vega y Nuñez, 2017). En consecuencia, se recomienda que se lleven a cabo

más estudios de validez con muestras regionales o nacionales, con participantes de otras edades y con distintos grupos poblacionales.

*Citación:* Nevárez M., B. y Ochoa M., G. (2022). Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 203-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>.

## REFERENCIAS

- Aiken, L.R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremer, D., Walker, J.D., Withfield, C., Perry, B.D. y Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anda, R.F., Whitfield, C.M., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. y Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33.
- Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K. y Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviors and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81-91.
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D. y Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Bethell, C.D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R. y Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic Pediatrics*, 17(7), 51-69.
- Bollen, K.A. y Long, J. (1993). *Testing structural equation models*. London: Sage Publications.
- Bremner, D., Vermetten, E. y Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12. Doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1%3C1::AID-DA1%3E3.0.CO;2-W.
- Brown, D., Anda, R., Tiemeier, H., Felitti, V., Edwards, V., Croft, J. y Giles, W. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396. Doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
- Campbell, J., Walker, R. y Egede, L. (2015). Associations between adverse childhood experiences, high risk behaviors, and mortality in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344-352. Doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022.
- Cánepa, E. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Química Viva*, 15(1), 13-19.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Catena, A., Ramos, M. y Trujillo, H. (2003). *Análisis multivariado: un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género (2019). *Niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia*. México: Dirección de Estudios Sociales de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V. y Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Chiang, J., Taylor, S. y Bower, J. (2015). Early adversity, neural development, and inflammation. *Developmental Psychobiology*, 557, 887-907.
- Chronholm, P.F., Forke, C.M., Wade, R., Bair-Merritt, M.H., Davis, M., Harkins-Shwarz, M. y Fein, J.A. (2015). Adverse childhood experiences: expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354-361.
- Danese, A. y McEwen, B. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behavior*, 106, 29-39.
- Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T. y Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child, Abuse and Neglect*, 28, 771-784.

- Dong, M., Giles, W., Felitti, V., Dube, S., Williams, J., Champan, D. y Anda, R. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 110, 1761-1766.
- Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M. y Anda, R.F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.
- Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T., Felitti, V.J. y Anda, R.F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Essex, M., Armstrong, J., Boyce, T., Hertzman, C., Newman, S. y Kobor, M. (2013). Epigenetic vestiges of early developmental adversity: childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child Development*, 84, 58-75.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. y Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ferraro, K., Schafer, M. y Wilkinson, L. (2016). Childhood disadvantage and health problems in middle and later life: early imprints on physical health? *American Sociological Review*, 81(1), 1007-133.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. y Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- Ford, D.C., Merrick, M.T., Parks, S.E., Breiding, M.J., Gilbert, L.K., Edwards, V.J. y Thompson, W.W. (2014). Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscales scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432-444. Doi: 10.1037/a0037723.
- González, S., Sánchez, S. y Ramírez, N. (2019). Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Revista Digital Universitaria*, 20(2), 1-13. Doi: 10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n2.a1.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Hu, L.-t. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, C., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. y Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30118-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30118-4/fulltext).
- Kalmakis, K. y Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501.
- Kelinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Khrapatina, I. y Berman, P. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health in college students. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 10, 275-287.
- Matsura, N., Hashimoto, T. y Toichi, M. (2009). Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 478-485.
- Merino, C. y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la v de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171.
- Monnat, S.M. y Chandler, R.F. (2015). Long term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723-752.
- Murphy, A., Steele, H., Steele, M., Allman, B., Kastner, T. y Dube, S. (2016). The clinical Adverse Childhood Experiences (ACES) Questionnaire: implications for trauma-informed behavioral healthcare. En R. Brigs (Ed.): *Integrated early childhood behavioral health in primary care* (pp. 7-16). Cham (Switzerland): Springer International.
- Nemeroff, C. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. Doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
- Nunnally, J. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Olvera, H., Kibzansky, L., Campen, M. y Slavich, J. (2018). Early life stress, air pollution, inflammation, and disease: an integrative review and immunologic model of social-environmental adversity and lifespan health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 226-242.
- Ordoñez C., N., Fonseca P., E., Paino, M., García Á., L., Pizarro R., J. y Lemos G., S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44.
- Organización Mundial de la Salud (2020, junio 8). *Maltrato infantil*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.



- Pinto C., C., Moroaga, C. y Henríquez, D. (2018). Experiencias de polivictimización como predictoras de síntomas postraumáticos en una muestra de adolescentes chilenos. *Interciencia*, 43(5), 329-335.
- Ports, K.A., Ford, D.C., Merrick, M.T. y Guinn, A.S. (2020). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. En G. J. Asmundson y T. O. Afifi (Eds.): *Adverse childhood experiences. Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention* (pp. 17-34). London: Academic Press.
- Ramiro, L.S., Madrid, B.J. y Brown, D.W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34, 842-855.
- Scott, K., Von Korff, M., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G. y Kessler, R. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 838-844.
- Steele, H., Murphy, A., Bonuck, K., Meissner, P. y Steele, M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*, 31, 203-217.
- Turner, H.A., Shattuck, A., Finkelhor, D. y Hamby, S. (2015). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755-780. Doi: 10.1177/0886260515586376.
- Vega A., M. y Nuñez U., G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: revisión de su impacto en niños de 0 a años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130.
- Wade, R., Cronholm, P.F., Fein, J.A., Davis, M.B., Harkin-Schwarz, M., Pachter, L.M. y Bair-Meritt, M. (2016). Household community-level adverse childhood experiences and adult outcomes in a diverse urban population. *Child Abuse & Neglect*, 52, 134-145.
- Yang, Y. y Green, S.B. (2011). Coefficient Alpha: a reliability coefficient for the 21st century? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 20(10), 1-16.
- Zarse, E.M., Neff, M.R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J.E. y Chambers, A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447.



# VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial

## *HIV: A look under the psycho-social light*

*Bernardo Ángel Tobón y John Jairo García Peña*

Universidad Católica Luis Amigó<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Bernardo Ángel Tobón, [canajas@hotmail.com](mailto:canajas@hotmail.com).

### RESUMEN

*Objetivo:* Este artículo hace un recorrido por estudios relacionados con el VIH para analizar la adherencia al tratamiento farmacológico, la calidad de vida respecto a la salud y el impacto del diagnóstico en los niveles emocional, familiar y psicosocial. *Método:* Se realizó una revisión a partir de 67 artículos localizados en bases de datos de revistas indizadas, como Scielo, Redalyc, Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Colombia, Google Académico y diversas revistas de la Universidad Autónoma de México (UNAM). *Resultados:* Dicha búsqueda permitió rastrear algunos aspectos relacionados con el impacto psicosocial, en términos de adaptabilidad de la persona consigo misma, con la familia y con su contexto sociocultural. *Discusión:* Se encontró que los estudios sobre el tema coinciden respecto a la importancia de un acompañamiento familiar y un equilibrio contextual para soportar las dificultades que un diagnóstico como el VIH trae consigo.

**Palabras clave:** VIH/Sida; Impacto psicosocial; Calidad de vida; Adherencia al tratamiento.

### ABSTRACT

Background. *The present article takes a tour of HIV-related studies on adherence to pharmacological treatment, health-related quality of life, and the impact of the HIV+ diagnosis on emotional, family, and psychosocial variables.* Method. *The analysis reviewed 67 articles from databases of indexed journals such as Scielo, Redalyc, the Virtual Library of Colombia's National University, Google Academic, and the database of Mexico's National University (UNAM).* Results. *The analysis allowed for tracing aspects of the psychosocial impact, in terms of adaptability within him/herself, with the family, and their socio-cultural context.* Discussion. *Most studies converge on stressing the importance of family accompaniment and contextual balance to withstand the difficulties entailed by a HIV diagnosis.*

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

*Recibido:* 16/10/2020

*Aceptado:* 06/03/2021

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Transversal 51A # 67B 90, Medellín, Colombia. Correos electrónicos: [canajas@hotmail.com](mailto:canajas@hotmail.com) y [john.garciape@amigo.edu.co](mailto:john.garciape@amigo.edu.co).



**E**l Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no solo deteriora el sistema inmunológico de la persona que lo padece, sino que genera una serie de dificultades emocionales que trascienden el entorno familiar y social; por tanto, el síndrome que genera puede enmarcarse como un fenómeno del orden psicosocial. En este sentido, para su mejor comprensión vale la pena profundizar en aspectos psicosociales relacionados a este padecimiento.

Desde el descubrimiento en 1981 del VIH/Sida en Estados Unidos, hasta el año 2019, se estima que el número de personas en el mundo con el virus varía entre 35 y 39 millones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2012); se afirma, además, que hasta ese último año las personas que han muerto por su causa van de 940 mil a 1.3 millones, aproximadamente, con entre 1.8 y 2.4 millones de nuevos infectados. Esto demuestra que el VIH/Sida sigue siendo un problema de salud pública en el mundo actual.

A pesar de los esfuerzos realizados por el ONUSIDA (2012), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004, 2005,

2014) para evitar que el virus se difunda, cada día se registran nuevas personas infectadas en los diversos sistemas de salud en todo el mundo, por lo que continúa siendo un problema de absoluta vigencia que requiere de más y más profundos estudios.

### Camino recorrido

El rastreo bibliográfico efectuado permitió identificar artículos sobre este tópico en revistas indizadas publicadas de 2000 a 2019. Se incluyeron artículos hallados en bases de datos académicas como Scielo, Redalyc, Google Académico, Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Colombia y diversas revistas de la UNAM. Se consultó un total de 67 artículos organizados de la siguiente manera: 31 artículos científicos de investigación en Colombia, de los cuales se privilegiaron 12, entre ellos una tesis de grado doctoral. No se incluyeron 7 artículos porque estaban publicados antes de la fecha considerada, ni 13 más que, si bien trataban sobre el VIH/Sida, no correspondían a las categorías propuestas. En las Tablas 1 y 2 se relacionan las investigaciones realizadas en Colombia.

**Tabla 1.** Investigaciones realizadas en ciudades de Colombia.

Autor(es)	Ciudad	Año
Arrivillaga (2010a).	Bogotá, Cali, Medellín,	2010
Arrivillaga (2010b).	Villavicencio y Pasto	2010
Bula, Einarson y Lopera (2010).	Cali	2010
Cardona (2010).	Bogotá	2010
Lopera, Martínez y Ray (2011).	Medellín	2011
Cardona, Duque, Leal, López y Peláez (2011).	Bogotá D.C.	2011
Arrivillaga y Salcedo (2012).	Medellín Bogotá D.C	2012
Galindo, Gómez, Mueses, Tello y Varela (2013).	Medellín	2013
Varela y Hoyos (2015).	Cali	2015
Barraza, Correa, Correa, Orozco, Uribe, Villa y Zapata (2012).	Medellín	2012

**Tabla 2.** Investigaciones realizadas en departamentos de Colombia.

Autor(es)	Departamento	Año
Tovar y Arrivillaga	Valle del Cauca	2011
Lancheros	Boyacá	2014

Se encontraron 35 artículos relacionados con el tema, publicados en otros países, de los cuales se incluyeron 23 para el análisis. En la Tabla 3 se

presentan los autores, países y años en que fueron efectuados dichos estudios.

**Tabla 3.** Relación de estudios hechos en otros países.

<b>Autor(es)</b>	<b>País</b>	<b>Año</b>
Tavera.	Perú	2010
Ayala y Moreno.	Venezuela	2015
Martín, González, Romero y Romero.	Cuba	2012
Fierros, Piña, Sánchez-Soza e Ybarra.	México	2011
Piña.	México	2013
Bautista y García.	México	2011
Álvarez, Cantú, Martínez y Torres.	México	2012a
Álvarez, Cantú, Martínez y Torres.	México	2012b
Caballero, Campero, Herrera, Kendall y Zarco.	México	2010
Almanza y Flores.	México	2012
Cambambia, Sainz, Galindo, Mendoza, Gil y Soler.	México	2010
Moral y Chávez.	México	2015
Almanza y Flores.	México	2011
Almanza y Flores.	México	2012
Obiols.	Argentina	2012
Alvarado, Wolff y Wolff.	Chile	2010
Ekstrand, Crosby y De Carlo.	Estados Unidos	2003
Barra.	Chile	2003
Fernández, Hernández y Siegrist.	España	2001
Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares.	México	2013
Urzúa.	Chile	2010
Vilató, Martín y Pérez.	Cuba	2015
Villa y Vinaccia.	México	2006

Cabe mencionar que se incluyó un estudio global de Orza *et al.* (2015), en el que se vincularon mujeres de varios países en todo el mundo. También se incluyeron una caracterización psicológica de personas con VIH/ Sida en dos hospitales de

Luanda (República de Angola), llevada a cabo por expertos cubanos (Gamba, Hernández y Bayarre, 2010), y un metaanálisis de 19 investigaciones efectuadas con 3,348 personas de once países (Cardona e Higuita, 2014) (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Estudios globales.

<b>Autor(es)</b>	<b>Año</b>
Gamba, Hernández y Bayarre.	2010
Cardona e Higuita.	2014
Orza, Bewley, Moroz, Logie, Strachan, Tyler, Vázquez y Welbourn.	2015

De estos 38 artículos, quince se hicieron con hombres y mujeres; en seis participaron solamente mujeres, y en cuatro, pacientes con al menos uno de los integrantes de sus familias que conocía su diagnóstico. Cuatro de los artículos consistieron en revisiones bibliográficas, y en uno de ellos participaron los profesionales encargados de la atención primaria a los pacientes con VIH/Sida. No se encontraron estudios realizados exclusivamente con hombres, aunque en los estudios mixtos hubo una prevalencia importante de casos en los que la mayoría eran hombres. Es de anotar que en la población masculina hay una alta tasa de infección, y que por cada tres hombres infectados hay una mujer (ONUSIDA, 2012). Además, es de subrayar que dichas investigaciones coinciden en que la edad promedio de la enfermedad se encuentra entre los 20 a los 40 años de edad, una población sexualmente activa.

## RESULTADOS

Como aporte a la reflexión teórica, para presentar este contenido temático se crearon las siguientes categorías: Adherencia y su relación con factores internos y externos al paciente, Calidad de vida relacionada con la salud, Impacto psicológico, Impacto familiar e Impacto psicosocial.

### La adherencia y su relación con factores internos y externos al paciente

La adherencia consiste en “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” OMS (2004, p. 9) y la conciencia para aceptar su tratamiento. Abunda en el mismo texto:

“Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa”.

Con este aporte queda explícita la relación fundamental en la modificación de hábitos y prác-

ticas en los pacientes de acuerdo con su enfermedad, así como la adherencia consistente en buscar el debido acompañamiento profesional si se tienen dudas frente al mismo.

La adherencia al tratamiento antirretroviral es un aspecto importante para el análisis puesto que determina la forma en que se toman los medicamentos, la medida en que el paciente lo comprende y lo incorpore como un estilo de vida. Cuando ello no ocurre de manera adecuada, es necesario analizar los motivos por los cuales las personas con VIH no acceden o no ingieren dichos medicamentos, lo que amerita ser conocido y comprendido para encontrar alternativas que hagan posible minimizar los efectos de la falta de adherencia a dichos tratamientos farmacológicos (Piña *et al.*, 2008; Villa y Vinaccia, 2006).

La adherencia a la terapia antirretroviral ha sido objeto de un considerable interés por parte de investigadores en todas las latitudes del globo dado que es un factor importante para encontrar los mejores resultados en torno a la planificación de tratamientos efectivos y eficientes y lograr cambios importantes en la salud de los pacientes; sin adherencia, no es posible disminuir la frecuencia ni el impacto de la enfermedad (OMS, 2014).

Varios investigadores reportan las importantes relaciones que hay entre la posición socioeconómica y la adherencia terapéutica al tratamiento. Así, Cambambia *et al.* (2010), Arrivillaga y Salcedo (2012), Galindo *et al.* (2013) y Varela y Hoyos (2015) señalan que hay considerables barreras de acceso a los servicios terapéuticos para la población con escasos recursos económicos, puesto que en su gran mayoría estas personas no cuentan con los medios económicos para asistir a las citas de control, sumado además a que las mujeres –principalmente las que son las cabezas de familia– deben sostener a sus hijos con ingresos insuficientes, lo que dificulta la permanencia en el tratamiento y, a la vez, la manutención del hogar, toda vez que por lo general tienen trabajos informales y les es imposible establecer horarios para la toma de los medicamentos antirretrovirales.

Galindo *et al.* (2013) hallaron que los pacientes menores de 40 años tienen 3.5 veces menos oportunidades de no adherirse a la terapia farmacológica que los que tienen 40 años o más;

asimismo, que los pacientes menores de 40 años tienen por lo general la creencia de que no sufrirán un deterioro en su salud, por lo que abandonan el tratamiento; reportan también que a mayor edad, mayor concepción del autocuidado, porque las personas mayores suponen que pueden tener una mayor probabilidad de enfermar. De acuerdo con lo anterior, la edad es un factor significativo para comprender la enfermedad y sus correspondientes cuidados.

En la misma línea, Piña (2013) encontró que el razonamiento que subyace a ese interés radica en que la edad por sí sola no garantiza más que la identificación de relaciones de correspondencia entre una diversidad de conductas que se ajustan a los criterios convencionales, en tanto conducta social.

En otros estudios se nota una dicotomía en lo que respecta a la edad, pues esta no necesariamente influye de manera directa en la adhesión a la terapia farmacológica porque se pueden encontrar factores como los psicológicos y sociales que afectan aún más la adherencia al tratamiento (Fierros *et al.*, 2011). En cambio, lo que sí parece ser determinante en la terapia antirretroviral es el tiempo en que fue dado el diagnóstico; según sea menor o mayor el tiempo con el que una persona seropositiva haya vivido con el virus, ciertas variables psicológicas serán las que se vuelvan más significativas en los distintos momentos del continuo de interacción (Fierros *et al.*, 2011). De ahí que lo determinante en la adherencia sea el tiempo de contagio.

De igual manera, las personas con VIH atraviesan diferentes estadios psicológicos, desde la incredulidad y la negación, hasta la aceptación y asimilación de la enfermedad. Estas últimas fases hacen posible la adherencia al tratamiento antirretroviral; por el contrario, cuando lo que se enfatiza son las emociones de frustración, desesperanza o impotencia ante el diagnóstico, estas se convierten en un impedimento para tomar plena conciencia de la necesidad del tratamiento. Barra (2003) y Fierros *et al.* (2011) coinciden en que solo con el paso del tiempo es posible vencer las citadas emociones, una vez que la persona infectada comprende la importancia del autocuidado.

En investigaciones realizadas en Camagüey (Cuba), como la de Martín *et al.* (2012) y la de Vilató *et al.* (2015) se ha puesto de manifiesto el desconocimiento que existe para brindar una óptima atención médica a las personas con VIH/Sida, ya que no se reconocen los elementos esenciales del término *adherencia terapéutica*.

De hecho, la adherencia al tratamiento está determinada por la información y el apoyo que se recibe por parte del personal asistencial que brinda el tratamiento, además, de una manera muy precisa, por los factores psicológicos, familiares y socioeconómicos ya citados.

Esas investigaciones resaltan asimismo que todavía es común hallar que el equipo de profesionales desconozca los elementos necesarios para orientar a los pacientes respecto a su tratamiento antirretroviral.

Bautista y García (2011) señalan que entre mayor es el apoyo y menor la estigmatización, más intensa es la adherencia terapéutica, con lo cual es evidente que el estigma generado por el diagnóstico genera un rechazo que interfiere con el proceso de adherencia, lo que implica que el paciente tenga más dificultades para asumir con responsabilidad su tratamiento.

Los estudios efectuados en Colombia ponen de manifiesto que la adherencia al tratamiento va más allá de cuestiones meramente intrínsecas, pues hay factores externos –como la relación médico-paciente– que, sumados a las dificultades que tiene el sistema de salud, pueden impedir que la terapia farmacológica tenga óptimos resultados.

Al respecto, Urzúa (2010) manifiesta que el tipo de afiliación al sistema de salud en Colombia afecta la adherencia de las mujeres, y según Lopera, Martínez y Ray (2011), las barreras que impone surgen en torno a problemas relacionados con la afiliación permanente y el acceso real a los servicios de salud de las personas con VIH, donde se encuentran problemas técnicos y éticos en la calidad de tales servicios, como la tramitología que obstaculiza dicho acceso y los constantes cambios de las empresas prestadoras de salud, lo que se exagera, por ejemplo, por la liquidación de las mismas, especialmente en el régimen subsidiado por parte del gobierno nacional, sumado a que en



muchas ocasiones los usuarios deben recurrir a acciones legales, como la acción de tutela, trámites que requieren de un tiempo considerable y que obstaculizan el suministro de medicamentos y la instrumentación de tratamientos para la enfermedad.

Es de notar que el actual sistema de salud en Colombia se divide en los regímenes subsidiado y contributivo; las personas con el régimen subsidiado pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, situación que nuevamente pone de manifiesto la condición social y económica de la persona con VIH, en esta ocasión respecto al sistema de salud vigente.

Los reportes de investigaciones han registrado situaciones similares. A este efecto, Galindo *et al.* (2013) encontraron que los pacientes que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, al estar en el régimen subsidiado, tienen cinco veces más probabilidad de no adherirse a la terapia farmacológica que los de los estratos medios o altos, puesto que estos últimos pueden hallar mejores oportunidades de atención. En el mismo sentido, Lopera *et al.* (2011) indican que las principales barreras para la adherencia de las mujeres con VIH/ Sida están determinadas por el sistema de salud vigente en Colombia.

Los obstáculos que impone el sistema de salud están ocasionando problemas y retrocesos en el acceso al tratamiento de esta población, lo que entorpece su calidad de vida, como lo indican Lopera *et al.* (2011), cuando afirman que dichos obstáculos y la falta de adherencia a los medicamentos pueden producir resistencia del virus y, con ello, situaciones terapéuticas, sociales y económicas muy difíciles para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.

### **La calidad de vida relacionada con la salud**

Por lo dicho hasta aquí, la calidad de vida está determinada por varios factores, de los cuales los más relevantes están relacionados con el estrato socioeconómico, la alimentación, las relaciones sociales, las creencias y el grado de satisfacción con la vida; sin embargo, las investigaciones enlistadas muestran que, en esta población, el estado psicológico, con características más subjetivas que objetivas, es determinante para su calidad de vida.

A ese respecto, Cardona *et al.* (2011) afirman que la calidad de vida relacionada con la salud está determinada por aspectos psicosociales y económicos, más que por los aspectos biológicos inherentes a la infección. Para Lopera *et al.* (2011): “Las particularidades del virus del VIH, su alta mutabilidad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado inmunológico y nutricional son fenómenos que inciden de manera importante en la situación clínica del paciente y a su vez afectan la relación con el medio en el cual se desarrolla el individuo” (p. 60). Así, “los pacientes con disfuncionalidad familiar, estados de soledad y abandono, bajos ingresos económicos, desempleados, quienes estaban insatisfechos con su situación vital y apoyo familiar, son quienes obtienen la menor puntuación dentro de las escalas de evaluación de la calidad de vida” (Cardona *et al.* (2011, p. 541).

Otro aspecto importante sobre la calidad de vida y la salud es que entre más alto es el nivel educativo, mayor es la aceptación del diagnóstico en virtud de que es más factible el acceso a la información y, por lo tanto, la atención de la enfermedad.

La espiritualidad es asimismo un aspecto importante que afecta positivamente la calidad de vida porque mitiga el estrés, provee ímpetu y esperanza para sobreponerse a las dificultades, induce el autocuidado por la concepción del cuerpo como templo, posibilita la participación en cultos grupales, lo que genera calma y paz interior, y facilita y fortalece las relaciones sociales (Cardona e Higuaita, 2014). Estos factores responden a lo que Varela y Hoyos (2015) denominan “adherencia al tratamiento no farmacológico”, la cual tiene que ver con los factores psicosociales necesarios para contar con una mejor calidad de vida, los que exigen otros comportamientos y prácticas, como una alimentación balanceada, una actividad física más frecuente y un adecuado manejo de las emociones.

Cardona (2010) apunta que los medicamentos antirretrovirales mejoran la calidad de vida para los pacientes en la fase de Sida; no obstante, para los pacientes asintomáticos estos antirretrovirales reducen la calidad de vida en razón de que la misma se ve afectada por los efectos secundarios de dichos medicamentos, cuando es una etapa en la que es necesario contar con todo el apoyo de que se disponga.

Vale resaltar otro aspecto a tener en cuenta respecto a la calidad de vida y el VIH, expuesto por Cardona (2010) al plantear que la calidad de vida puede verse afectada por las conductas sexuales de riesgo; el consumo de alcohol, marihuana y bazuco; el frecuente recambio sexual y la carencia de métodos de protección de barrera, los que denotan alteraciones en el ámbito psicológico.

### Impacto psicológico

En el análisis de Caballero *et al.* (2010) se señala que las personas expresan de diversas maneras que, al saberse infectadas, experimentan un profundo dolor y manifiestan que demoran en entender por qué han adquirido el VIH. Es decir, las personas recién diagnosticadas con VIH encaran un proceso de asimilación y confrontación en el que deben aceptar que el virus formará parte de sus vidas desde ese momento, lo que para la mayoría genera incertidumbre, temores y cambios que pueden corresponder del orden de lo negativo, pero que también suelen ser positivos. Dichos autores afirman también que el efecto es mayor en las mujeres por pertenecer al mundo privado<sup>2</sup>, mientras que los hombres forman parte del mundo público<sup>3</sup>. Se puede inferir que los hombres podrían tener sospechas más claras sobre el diagnóstico, mientras que para las mujeres es frecuentemente insospechado, lo que les genera un impacto psicológico más agudo y un mayor rechazo social; además, dicho impacto económico puede ser aún mayor para las mujeres cuando tienen hijos. Lo anterior coincide con los datos arrojados por la investigación de Orza *et al.* (2015), quienes expresan que las mujeres experimentan un significativo aumento en la incidencia de problemas de salud mental tras el diagnóstico.

Lopera *et al.* (2011) hallaron que a lo largo del proceso se generan sentimientos y actitudes

<sup>2</sup> *Mundo privado* es aquel que se encuentra ligado al hogar y al cuidado de los hijos. Caballero *et al.* (2010) aluden una idea de la sexualidad femenina ligada a la fidelidad marital y al deber de complacer los deseos y preferencias del varón.

<sup>3</sup> *Mundo público* es la función de proveer al hogar y atender las cuestiones económicas, y por lo tanto incorpora ideas de una sexualidad masculina siempre activa, relacionada con el deseo y el disfrute propios.

como culpa, temor, vergüenza, estigmatización, discriminación, aislamiento, exclusión, rechazo, agresión física y verbal y abandono tanto de la persona infectada, como de su familia, habiendo una estrecha relación de este tipo de emociones con la capacidad para afrontar situaciones complejas.

Un aspecto importante del impacto psicológico ante al diagnóstico del VIH, de acuerdo con Alvarado, Wolff y Wolff (2010), es la depresión, la cual constituye uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH, cuya prevalencia está en torno a 37%, dos a tres veces más alta que en la población general. Tal dato coincide con los del estudio de Gamba *et al.* (2010), que concluye que tal depresión se debe a que el diagnóstico de VIH implica una reevaluación de la vida y a que es una respuesta defensiva ante un entorno familiar y social desfavorables, en los que puede haber rechazo, maltrato físico y psíquico, estigma y discriminación.

Almanza y Flores (2013) señalan que para algunos pacientes con VIH/Sida la vida adquiere un sentido pesimista o definitivamente trágico, por lo que el frecuente el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, lo que es un derivado de una depresión latente no resuelta.

En el estudio llevado a cabo en Venezuela, por Ayala y Moreno (2015) se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el estadio de la enfermedad, evaluado mediante el conteo de los CD4<sup>4</sup>, esto es, que a mayor progresión de la enfermedad, menores son los niveles de autoestima. Asimismo, la citada investigación encontró que el recuento de los TCD4 mostró un mayor promedio en los pacientes con autoestima alta y que el promedio más bajo se registra en aquellos pacientes con autoestima baja, con una diferencia estadísticamente significativa, lo que podría demostrar que el VIH no solo afecta físicamente al organismo, sino que trasciende al campo psicológico, e inclusive al mundo psicosocial de la persona contagiada.

<sup>4</sup> Células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario, en lo cual su función es alertar al sistema inmunitario sobre la presencia de patógenos o de errores en la representación de las células.

## Impacto familiar

Tras conocerse el diagnóstico del VIH, de acuerdo con Almanza y Flores (2012), se busca asumir la realidad del estigma y la discriminación, y por ello se desarrollan estrategias para encubrir u ocultar el diagnóstico a fin de no evitar esas consecuencias en los espacios íntimos, como la familia, las amistades o la pareja, así como en espacios públicos como el lugar de trabajo, los servicios de salud o la comunidad.

Es claro entonces que el diagnóstico del VIH sigue teniendo un impacto no solamente en el paciente, sino también en todo su contexto vital, por lo cual, aun en pleno siglo XXI, se recurre a diferentes estrategias de ocultamiento. La familia incluso llega a afirmar que el miembro infectado tiene una enfermedad distinta, pues teme que el rechazo social se generalice hacia ella, incluso después de la muerte de aquel.

En investigaciones como las de Ekstrand, Crosby y De Carlo (2003), Cambambia *et al.* (2010) y Bautista y García (2011) se apunta que por lo general las familias generan un rechazo que puede ser más explícito según sus condiciones de funcionalidad, situación socioeconómica y formación educativa, y coinciden en afirmar que puede ser más problemático en familias disfuncionales de estrato socioeconómico bajo. Sin embargo, Moral y Chávez (2015) muestran que la discriminación familiar, en comparación con la que se observa en otros ámbitos sociales, es significativamente menor.

En este mismo sentido, Almanza y Flores (2011) aseveran que con el VIH, al igual de lo que ocurre con otras enfermedades crónicas, los familiares tienden a convertirse en testigos empáticos del sufrimiento, por lo que construyen relaciones para el cuidado, por lo que la colaboración de los pacientes, sus familias y los servicios de salud se fortalecen a través del tiempo. Así, la familia se vuelve un punto de apoyo para el paciente porque le hace posible estabilizar su crisis, convirtiéndose en un importante aliado en el acompañamiento y la identificación de las enfermedades oportunistas que aparecen; es, pues, el núcleo familiar un anclaje mediante el cual se solidifican nuevas expectativas frente a la vida y el tratamiento de

la enfermedad, las que se ven reflejados en la interacción con el mundo social del paciente y la elaboración del sufrimiento causado por el VIH.

## Impacto psicosocial

En un estudio llevado a cabo en Argentina por Obiols (2012) se pone de manifiesto que el VIH afecta las relaciones de la persona con todo su entorno, desde el vínculo con ella misma, hasta la relación con su pareja, hijos, familias de origen, amistades y contexto laboral y académico. Es además evidente el impacto del diagnóstico de VIH no únicamente en lo emocional subjetivo, sino que trasciende las fronteras de las relaciones intersubjetivas contextualizadas, generando comúnmente el aislamiento social, laboral e incluso familiar.

Así, puede entenderse el efecto psicosocial de ese perjuicio en las múltiples dimensiones de la vida cotidiana de la persona, donde no solo se menoscaba su subjetividad física y emocional, sino también sus ámbitos familiares, sociales, laborales, académicos, económicos y hasta políticos.

Es por ello compleja la interpretación de lo que es realmente la enfermedad y las implicaciones de todo tipo que ella engloba. El trabajo realizado por Lopera (2010) concluye que los fenómenos físicos y psicológicos estarían desempeñando un papel importante en la modulación de las relaciones de la persona consigo misma, pero igualmente pesan las que implican a otros miembros de la familia y otras redes sociales, incluida la red socio-laboral y comunitaria.

La perspectiva psicosocial hace factible comprender las consecuencias que el contexto exige todavía a las personas infectadas con VIH, y también pone de manifiesto la pertinencia de una adecuada planeación de la atención en el área de la salud de los factores mencionados, a fin de fortalecer una adecuada adherencia y obtener mejores resultados del tratamiento. Es decir, se trata de prestar una atención más integral que no solamente aborde el campo médico-farmacológico y la promoción de estilos de vida saludables, sino muy principalmente el contexto psicosocial para tener en cuenta el complejo proceso que implica el VIH para esta población en particular, para de esta forma vigor-

zar la calidad de vida del individuo afectado desde los puntos de vista emocional, interpersonal, laboral, académico y económico.

## DISCUSIÓN

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las personas con dificultades socioeconómicas son más vulnerables que aquellas con mayor poder adquisitivo, lo que tiene considerables implicaciones en su calidad de vida y en el proceso de asumir las recomendaciones del personal médico.

En la familia, se identifican mecanismos como la negación o el rechazo del diagnóstico, puesto que se teme la estigmatización y la discriminación en los espacios públicos. Pero precisamente un factor importante que influye en la adherencia al tratamiento es el acompañamiento familiar y el soporte psicosocial que recibe el paciente con VIH/

Sida, los cuales permiten que se supere la estigmatización y la discriminación.

El proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral se ve afectado por el sistema de salud al que pertenezca la persona, y también se ha encontrado que la calidad de la información que brinda el personal que atiende sobre la enfermedad y su tratamiento tiene un importante efecto en dicho proceso.

Al momento del diagnóstico del VIH/Sida el paciente sufre un significativo choque emocional y un dolor profundo, así como incertidumbre, ansiedad, culpa, sentimientos de vergüenza y auto-rechazo, emociones todas ellas que es necesario resolver en las diferentes dimensiones de la vida de la persona a fin de que tenga una conciencia de la enfermedad más exacta, y afronte de una mejor manera las consecuencias psicosociales que esta conlleva; es decir, que realice de un modo más adecuado los procesos de acomodación, asimilación y comprensión de la enfermedad.

*Citación:* Ángel T., B. y García P., J.J. (2022). VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial. *Psicología y Salud*, 32(2), 215-225. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2743>.

## REFERENCIAS

- Almanza A., A.M. y Flores P., M.F. (2011). Narrativas familiares acerca del VIH en la era del acceso al tratamiento antirretroviral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28904/26860>.
- Almanza A., A.M. y Flores P., M.F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22(2) 173-184. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/531>.
- Alvarado, R., Wolff, C. y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74.
- Álvarez B., J., Cantú G., R., Martínez S., O. y Torres L., E. (2012a). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
- Álvarez B., J., Cantú G., R., Martínez S., O. y Torres L., E. (2012b). Impacto psicosocial asociado al diagnóstico de infección por VIH/sida: apartados cualitativos de medición. *Medicina, Salud y Sociedad* [Revista electrónica], 2, 1-30.
- Arrivillaga, M. (2010a). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356.
- Arrivillaga, M. (2010b). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 42(2), 225-236.
- Arrivillaga, M. y Salcedo, J. (2012). Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 49-64.
- Ayala R., F. y Moreno, J. (2015) Nivel de autoestima y su relación con el valor absoluto de linfocitos TCD4 en pacientes que viven con VIH/SIDA. *Medicina Interna*, 31(3), 146-153
- Barra A., E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.



- Barraza, Y., Correa, C., Correa, M.E., Orozco M., M., Uribe M., T., Villa C., M. y Zapata A., M. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Eleuthera*, 6 (enero-junio), 101-126.
- Bautista S., L. y García T., M.I. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Atención Familiar*, 18(1), 4-8.
- Bula J., I., Einarson, T. y Lopera, M. (2010). *Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto*. Tesis doctoral inédita. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>.
- Caballero, M., Campero, L., Herrera, C., Kendall, T., y Zarco, Á. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417.
- Cambambia J., G.A., Sainz V., L., Galindo S., J., Soler H., E., Gil A., I. y Mendoza S., H.F. (2010). Perfil de las familias de pacientes con VIH/Sida de una unidad de Medicina Familiar de Xalapa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(3), 77-82.
- Cardona A., J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 765-776.
- Cardona A., J., Duque M., M., Leal Á., O., López S., J. y Peláez V., L. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*, 31(4), 532-544. Doi: 10.7705/biomedica.v31i4.422.
- Cardona A., J. e Higueta G., L.F. (2014) Impacto del VIH/sida sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española Salud Pública*, 88, 87-101.
- Ekstrand, M., Crosby, M. y De Carlo, P. (2003) *¿Cuál es el papel de apego en el tratamiento del VIH?* Center for Aids Prevention Studies / Aids Research Institute (UCSF). Recuperado de <http://www.caps.ucsf.edu/español/hojas/pdf/apegoFs.pdf>.
- Fernández, J.A., Hernández, R. y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10), 114-131.
- Fierros L., E., Piña L., J.A., Sánchez-Sosa, J.J. e Ybarra, J.L. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica*, 29(2), 149-157.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002). *Los jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/youngpeoplehiv\\_aids\\_es\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youngpeoplehiv_aids_es_0.pdf).
- Galindo Q., J., Gómez G., O., Mueses M., H., Tello B., I. y Varela A., M. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(1). 83-95.
- Gamba J., J., Hernández M., D. y Bayarre V., H. (2010). Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- Lancheros S., A.M. (2014). *Caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en el departamento de Boyacá desde 2010 a 2012*. Tesis de maestría. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43121/1/52715790.2014.pdf>.
- Lopera M., M., Martínez E., J. y Ray E., T. (2011). Accesos de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 81-96.
- Martín A., L.M., González V., B., Romero G., A.G. y Romero G., A.T. (2012). Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 3-17.
- Moral de la R., J., y Chávez, M. (2015). Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. *Psicogente*, 18(33), 89-103.
- Obiols, M.J. (2012). Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en salud mental de mujeres que viven con VIH/sida. *Salud Mental y Comunidad*, 2, 59-65.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Promoción de la salud mental: Conceptos y evidencia emergente*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://ricardelico.blog/2017/12/06/promocion-de-la-salud-mental-oms-2005/>.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que necesitan. Comunicado de Prensa 11 de julio*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/es/>.
- Orza, L., Bewley, S., Moroz, S., Logie, C., Strachan, S., Tyler, E., Vázquez, M. y Welbourn, A. (2015). *¿Cuál es el impacto de vivir con VIH en la salud mental de las mujeres? Observaciones de una consulta global*. Recuperado de [http://salamander-trust.net/wp-content/uploads/2016/05/Articulo\\_JIAS\\_SaludMentalOrzaetal2015.pdf](http://salamander-trust.net/wp-content/uploads/2016/05/Articulo_JIAS_SaludMentalOrzaetal2015.pdf).
- Piña L., J.A. (2013). Variables psicológicas y su relación con la adhesión al tratamiento en personas con VIH: un análisis con base a la edad. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(1), 82-94.



- Piña L., J.A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C. y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (2012). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra: ONU/SIDA. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>.
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 1-7.
- Tovar C., L. y Arrivillaga, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 112-123.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Varela A., M. y Hoyos H., P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH-Sida: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540.
- Vilató F., L., Martín A., L. y Pérez N., I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4), 620-630.
- Villa I., C. y Vinaccia A., S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62.



# Funciones cognoscitivas en hijos de mujeres con trasplante renal expuestos a inmunosupresores durante la etapa prenatal

## *Cognitive functions of children of mothers with kidney transplant exposed to immunosuppressors during prenatal stage*

Roberto Pérez Avendaño<sup>1</sup>, Gabriela Caballero Andrade<sup>1</sup>,  
Alejandro Angulo Domínguez<sup>1</sup>, Alfonssina Niebla Cárdenas<sup>1</sup>,  
Josefina Alberú Gómez<sup>2</sup>, Luis E. Morales Buenrostro<sup>3</sup>  
y Sofía Sánchez Román<sup>1</sup>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán<sup>1, 2, 3</sup>

Autor para correspondencia: Roberto Pérez Avendaño, [roberto.av@outlook.com](mailto:roberto.av@outlook.com).

### RESUMEN

En la actualidad existe la duda de si la exposición *in utero* a inmunosupresores pudiera afectar las funciones cognoscitivas en el largo plazo, por lo que el objetivo del presente estudio fue el de llevar a cabo una evaluación cognoscitiva a hijos (de 16 años o mayores) de mujeres que cursaron con trasplante renal antes del embarazo, lo que expuso a aquellos a los inmunosupresores destinados a su tratamiento. Se evaluó mediante la escala Wechsler de Inteligencia para Adultos a ocho hijos de mujeres que se embarazaron tras el trasplante renal (grupo caso), comparándolos con ocho hijos de mujeres no trasplantadas (grupo control), pareados por edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico, cuya media de edad en ambos grupos fue de 19 años. Se encontraron datos que sugieren un menor rendimiento en sus funciones cognoscitivas, medido con la Escala de Ejecución del Wechsler, en el grupo caso, lo que podría sugerir una asociación entre la exposición a la inmunosupresión *in utero* y el rendimiento en tareas relacionadas con la atención y la velocidad de procesamiento.

**Palabras clave:** Cognición; Trasplante renal; Inmunosupresores; Escala Wechsler; Aprendizaje.

### ABSTRACT

Background. *It is not clear if in-utero exposure to immune-suppressors could have a long-term impact on cognitive functions.* Objective. *The present study aimed at assessing cognitive functions of participants (16 years and older) born of women who underwent kidney transplantation before pregnancy, which exposed their children to immune-suppressors.* Method. *The Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) was administered to eight youngsters exposed in-utero to immune-suppressors (Case group) and eight youngsters born of non-transplanted women (Control group), paired by age, gender, educational stage, and socioeconomic status. The average age for both groups*

<sup>1</sup> Departamento de Neurología y Psiquiatría, Tlalpan, México, C.P. 14080, Tel. (55) 5487 0900, ext. 5068, correos electrónicos: [roberto.av@outlook.com](mailto:roberto.av@outlook.com), [gabica.andrade@gmail.com](mailto:gabica.andrade@gmail.com), [psicale6960@gmail.com](mailto:psicale6960@gmail.com), [q.niebla.cardenas@gmail.com](mailto:q.niebla.cardenas@gmail.com) y [sofiasan@yahoo.com](mailto:sofiasan@yahoo.com).

<sup>2</sup> Departamento de Trasplantes, Tlalpan, México, correo electrónico: [josefinaalberu@hotmail.com](mailto:josefinaalberu@hotmail.com).

<sup>3</sup> Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral, Tlalpan, México, correo electrónico: [luis\\_buenrostro@yahoo.com](mailto:luis_buenrostro@yahoo.com).



*was nineteen years old. Results-discussion. The findings revealed lower scores in the Performance Scale for the Case group, which might point toward an association between exposure to in-utero immunosuppression and attention and processing speed performance.*

**Key words:** Cognition; Kidney transplant; Immune-suppressors; Wechsler Scale; Learning.

Recibido: 16/10/2020

Aceptado: 06/03/2021

## INTRODUCCIÓN

En los pacientes con insuficiencia renal crónica se ven alterados los sistemas relacionados con la reproducción, lo que provoca problemas de infertilidad (Hernández, 2008) aunque tras un trasplante de riñón (TR en lo sucesivo), y al restablecerse la función del renal, la mujer puede quedar embarazada (Pallardó, 2008).

Aunque una mujer con TR que decide embarazarse tome precauciones y el embarazo ocurra meses después del trasplante, no está exenta de riesgos, tales como el deterioro funcional del injerto, la hipertensión arterial, las infecciones y la preeclampsia (Ortega, Arias, Campistol, Matesanz y Morales, 2007; Pallardó, 2008), ni tampoco su proge. Los inmunosupresores son medicamentos que el paciente con TR debe consumir continuamente durante la vida útil del injerto para evitar el rechazo del órgano recibido. Todos estos medicamentos atraviesan en cierto grado la barrera placentaria, y no se tiene evidencia suficiente acerca de la seguridad del feto cuando la madre emplea estas sustancias. Los datos que se conocen en humanos sobre el consumo de inmunosupresores refieren malformaciones congénitas, aumento en las tasas de aborto, prematuridad (Sgro, Barozzino y Mirghani, 2002) y bajo peso al nacer (Romero, Ayala y Jiménez, 2008).

En un estudio realizado en 2006 en el que se retomó el National Transplantation Pregnancy Registry, se siguió a 175 niños nacidos de madres que tomaron ciclosporina durante la gestación. Los datos indicaron que 24% de ellos sufrió retrasos

en su desarrollo. Los datos subrayan la aparición de complicaciones tales como retraso del crecimiento fetal, preeclampsia y parto prematuro, todos ellos factores de riesgo para el funcionamiento cognoscitivo y neurológico (McKay y Josephson, 2006).

En 2010, Nulman *et al.* llevaron a cabo el primer estudio diseñado para evaluar los efectos neurocognoscitivos y conductuales de la exposición a un fármaco inmunosupresor (ciclosporina) durante la gestación, en el que se evaluó a 38 niños con edades desde 3 años y 7 meses hasta 15 años y 9 meses, sin hallar en ellos una asociación significativa entre la exposición *in utero* a dicho fármaco y su desarrollo cognoscitivo. Estos datos, aunque no son recientes, reflejan lo que ocurre en los niños pequeños.

Sin embargo, durante el tiempo transcurrido desde que la primera mujer sometida a TR se embarazó, los esquemas de inmunosupresión han ido cambiando, por lo que es pertinente identificar los efectos no únicamente de la ciclosporina, sino de otros esquemas que también se utilizaban o se siguen utilizando. Por otro lado, hasta hoy las consecuencias a largo plazo de dicha exposición siguen siendo desconocidas (Lascarez, Vélez, Sánchez, Orozco y Cruz, 2013). En el año 2014, a 252 niños chinos (129 varones y 123 mujeres, con edades de 13 meses a 28 años), hijos de mujeres con trasplante renal, se les aplicaron pruebas de inteligencia empleando las escalas Wechsler, se les hicieron radiografías de tórax y se midieron ciertos índices inmunológicos. Los resultados indican que, desde una perspectiva global, el TR de las madres no tuvo un efecto significativo en el crecimiento, desarrollo, salud e inteligencia de aquellos. Sin embargo, en cuanto al aspecto cognoscitivo, los autores muestran solamente los resultados generales del coeficiente intelectual, sin analizar funciones cognoscitivas específicas (Longgen *et al.*, 2014). Si se analizan con cuidado sus tablas, se puede encontrar una tendencia en dichos niños a mostrar una mayor proporción de CI bajo (8.9%, en comparación con solo 1.7% de los no expuestos).

En 2017, Morales *et al.* (2017) realizaron un estudio en México cuyo objetivo fue evaluar el resultado de la inmunosupresión durante el embarazo en el rendimiento intelectual de los hijos

de mujeres con TR. Para ello, evaluaron a 50 niños expuestos a dicha inmunosupresión y se les comparó con 50 niños no expuestos, pareados por edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico. Ambos grupos fueron evaluados con las escalas Wechsler. Los resultados no mostraron diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo global entre los dos grupos, pero sí en el tiempo requerido para completar la subprueba denominada “casa de animales”, la cual fue realizada más rápidamente por el grupo no expuesto ( $p = .007$ ), por lo que los autores concluyen que la terapia de inmunosupresión durante el embarazo de mujeres con TR no afectó globalmente el rendimiento intelectual de su descendencia, excepto quizá por la memoria de trabajo visoespacial en niños preescolares. Es justamente de esa investigación de la que se desprende este trabajo, pues permanece la duda de qué es lo que ocurre específicamente con los mayores de 16 años, un subgrupo que interesa porque podría ofrecer datos sobre los efectos de más largo plazo.

Aunque hay estudios que abordan los efectos a corto plazo de los inmunosupresores, aún persiste la duda de si la exposición *in utero* a los mismos puede producir, en el largo plazo, defectos sutiles en el área intelectual y en las funciones cognoscitivas de los hijos de madres trasplantadas. En efecto, los hijos de las mujeres que fueron sometidas a los primeros TR en México son adultos hoy día. Conocer cómo han funcionado desde el punto de vista cognitivo podría proporcionar información sobre si en ese tiempo han tenido repercusiones debidas a la exposición al tratamiento inmunosupresor *in utero*. No existe aún un estudio en que se valoren los efectos cognoscitivos de largo plazo en adolescentes y adultos expuestos durante su gestación a diferentes fármacos inmunosupresores.

Cada vez más mujeres se someten a TR y se les puede encontrar en condiciones de buscar embarazarse, por lo que, en la medida que tengan un mayor conocimiento basado en evidencia sobre este tópico, podrían tomar decisiones más fundamentadas sobre su posible embarazo. Así, el objetivo del presente estudio observacional, analítico y transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) fue analizar si hay diferencias significativas

en el funcionamiento cognoscitivo entre los hijos de madres con TR anterior al embarazo expuestos *in utero* al tratamiento inmunosupresor y que ahora son mayores de 16 años de edad, y el de aquellos que no estuvieron expuestos.

## MÉTODO

### Participantes

Dado que no existe un registro formal de todas las pacientes trasplantadas que decidieron embarazarse, se debió encontrar la población objetivo, para lo cual un grupo de investigadores acudió, durante el periodo de abril de 2013 a marzo de 2016, a la consulta externa de trasplantes de cinco diferentes centros de la Ciudad de México y de Guadalajara (México) en busca de las madres que se hallaran en ese caso, a quienes se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a que accedieran a que sus hijos participaran en el mismo. Para ello, se definió como grupo caso a los hijos de 16 y más años de las citadas mujeres.

El grupo control estuvo conformado por hijos de mujeres sanas (que no habían sido sometidas a TR), invitados a participar por las mismas pacientes, tomando en cuenta el mismo entorno socioeconómico y edad que el hijo caso. Con la finalidad de balancear la proporción de personas nacidas de manera prematura en ambos grupos, también se invitó a mujeres sanas de dos clínicas familiares que tuvieron hijos que nacieron antes de término, con la misma edad, sexo y escolaridad que el grupo caso. Los criterios de exclusión para ambos grupos fueron tener antecedentes de traumatismo craneoencefálico, infecciones del sistema nervioso central, hidrocefalia, crisis convulsivas o cualquier otra entidad que afecta directamente el sistema nervioso.

### Instrumentos

#### *Instrumentos dirigidos a los hijos*

*Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-III)* (Wechsler, 1998).

Este instrumento de evaluación del funcionamiento cognoscitivo se puede aplicar a personas en un



rango de edades de 16 a 89 años. Ofrece puntuaciones para el CI verbal, de ejecución y total, así como para los índices de comprensión verbal, organización perceptiva, memoria operativa y velocidad de procesamiento. Todos estos índices del CI están expresados en puntuaciones típicas que se distribuyen con una media de 100 y una desviación típica de 15 (Wechsler, 2003).

### ***Instrumentos dirigidos a las madres***

*Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, forma abreviada (WAIS-A)* (Sattler, 2010).

Instrumento de evaluación del funcionamiento cognoscitivo que se puede aplicar en un rango de edades de 16 a 89 años. Ofrece una puntuación de CI total.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, Steer y Brown, 2006).

Escala autoaplicada de 21 ítems para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. En caso de haber puntajes altos, se toman como datos a considerar en el desarrollo del niño.

*Nivel socioeconómico (AMAI 8X7)* (López, 2009). Cuestionario con preguntas encaminadas a determinar el nivel socioeconómico mediante la aplicación de la regla 8 x 7 de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, A.C.

*Historia de desarrollo.*

Entrevista enfocada a recabar los antecedentes médicos tanto de la madre como del hijo y datos pre y postnatales así como del desarrollo y actuales.

### **Procedimiento**

Se estableció contacto con todas aquellas mujeres con TR en alguno de los siguientes hospitales: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Instituto Nacional de Perinatología y Hospital Regional Núm. 46;

en ellos, se tenía registro que cursaron con algún embarazo cuyos productos vivían al momento del estudio. A dichas mujeres se les explicó de forma personal o por teléfono el objetivo del estudio, invitándolas tanto a ellas, así como a sus hijos a participar.

Los hijos de las madres trasplantadas conformaron el grupo caso del estudio. Asimismo, se les solicitó invitaran a participar al estudio a alguna otra persona con edad similar a la del hijo caso con la que tuviesen una relación cercana, de preferencia un familiar o personas que vivieran en el mismo entorno sociocultural, con la finalidad de formar el grupo control, o de no expuestos.

Ambos grupos asistieron al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, donde se recabó información a través de una entrevista breve para conocer si cumplían los criterios de inclusión en el estudio. En caso de ser aún menores de edad, se les solicitó a sus madres firmar una carta de consentimiento informado, y a aquellos de asentimiento informado. En caso de ser mayores de edad, firmaron la referida carta de consentimiento.

Después se les hizo una entrevista médica y psicológica y una evaluación completa a los hijos y otra complementaria a las madres, tras de lo cual se les aplicaron los instrumentos arriba mencionados.

La evaluación de las madres tuvo dos objetivos: obtener información relevante que proporcionara claves acerca del desarrollo de sus hijos, y contar con datos que sirvieran como variables a controlar y que pudieran tener un efecto sobre el perfil cognoscitivo de estos últimos (nivel de inteligencia, nivel socioeconómico o estado de ánimo).

Una vez terminada la evaluación, alrededor de cuatro semanas después se entregaron y explicaron los resultados obtenidos en una sesión a las madres y a sus hijos. En el reporte realizado se tuvo especial cuidado de referirse a áreas fuertes y débiles sin establecer etiquetas que pudieran considerarse un estigma. Cuando se encontró una disminución significativa en las funciones cognoscitivas, se ofreció asesoría breve a quienes las mostraran para estimularlas, o bien canalizarlos a una terapia específica.

## Análisis estadísticos

Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y clínicas.

Con la finalidad de identificar si había diferencias entre los grupos en los índices globales y subescalas del WAIS-III, así como en las variables clínicas y sociodemográficas, se empleó la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Para todos los análisis se consideró una  $p < 0.05$  como factor significativo.

## RESULTADOS

Se obtuvo un total de 1,085 mujeres trasplantadas a lo largo del estudio, entre las cuales 47 tuvieron un embarazo exitoso después del trasplante, y solo ocho hijos de aquellas mujeres eran mayores de 16 años de edad al momento del estudio.

No se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas de las madres (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características clínicas y sociodemográficas de las madres.

Características	Controles (n = 8)				Casos (n = 8)				p
	M	D.E.	n	(%)	M	D.E.	n	(%)	
Edad (años)	49.27	5.09			47.68	3.98			0.49
Escolaridad (años)	16.63	1.77			15.00	3.12			0.22
Nivel socioeconómico	2.37	0.74			3.62	1.59			0.65
Tiempo transcurrido después del TR para el embarazo (en años)					6.54	6.20			
Abortos			1	(12.5)			1	(12.5)	
Conocimiento del embarazo (meses)	1.38	0.52			1.13	0.35			0.28
Peso ganado durante el embarazo (k)	15.75	8.99	4		11.50	9.68	4		0.54
Infecciones durante el periodo gestacional			0	(0)			1	(12.5)	0.33
Accidentes durante el periodo gestacional			0	(0)			1	(12.5)	0.33
Enfermedades durante el embarazo			0	(0)			1	(12.5)	0.33
Duración del embarazo (semanas)	34.88	4.05			35	2.20			0.94
<b>Inmunosupresores</b>									
Tacrolimus							0	(0)	
Prednisona							8	(100)	
Ciclosporina							3	(37.5)	
Azatioprina							6	(75)	
Micofenolato							2	(25)	
Coefficiente intelectual (WAIS)	102.83	3.25	6		6.67	8			0.36
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	7.00	4.27			9.13	6.91			0.47
Edad de la madre en el parto	29.63	5.26			28.38	4.63			0.62
Uso de fórceps			0	(0)			1	(12.5)	0.33
Complicaciones del embarazo			3	(37.5)			2	(25)	0.62

M = Media; D.E. = Desviación Estándar; n = Tamaño de la muestra; TR = Trasplante renal; \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .001$

Como puede notarse, para algunas variables no se contó con información de todas las madres porque algunas no las recordaban. Cuando así fue el caso, se especificó en la tabla de cuántas sí se obtuvo la información. No hubo una diferencia significativa

en la duración del embarazo ni en la edad de las madres al momento del parto. Las evaluaciones efectuadas a las madres muestran que se ubicaban en un nivel promedio, según la clasificación del WAIS-A (90–110).

Los resultados del BDI-II fueron similares en ambos grupos, ubicándose los puntajes en un nivel de depresión leve.

Las mujeres trasplantadas tuvieron en promedio sus embarazos 6 años después de efectuado el TR (M = 6.54, D.E. = 6.20). El tratamiento inmunosupresor durante el embarazo fue el siguiente para las mujeres trasplantadas: ninguna consumió tacrolimus; dos, micofenolato de mofetil (25%); tres, ciclosporina 3 (37.5%); seis, azatioprina (75%), y todas fueron tratadas con prednisona (100%).

En la Tabla 2 se muestran los datos socio-demográficos de los niños (casos y controles), así como datos de desarrollo y antecedentes heredo-

familiares. La edad promedio de los grupos fue de 19 años. No hubo diferencias significativas en variables sociodemográficas ni clínicas, excepto en el tiempo de lactancia, que fue menor en el grupo caso, ya que solamente dos (25%) la recibieron, mientras que en el grupo control fueron ocho (100%); lo que resultó similar respecto de los antecedentes heredofamiliares (compuestos por los trastornos neurológicos, discapacidad física o mental y trastornos psiquiátricos), los que se reportaron de manera más frecuente en el grupo control (50%); a su vez, en el grupo caso no hubo datos sobre esta variable.

**Tabla 2.** Características de los niños.

Características	Controles (n = 8)				Casos (n = 8)				p
	M	D.E.	n	(%)	M	D.E.	n	(%)	
Edad (meses)	19.73	1.91			19.22	2.17			0.62
Escolaridad (años)	16.13	0.83			15.00	1.85			0.14
Peso actual (kg)	62.45	18.16	6		67.87	8.54	7		0.49
Talla actual (cm)	151.71	40.01	7		168.14	4.98	7		0.30
Peso al nacer (g)	2735	781.72			2552.86	572.32			0.62
Talla al nacer (cm)	49.67	5.01	6		52.80	7.92	5		0.44
APGAR									
NS			4	(50.0)			4	(50.0)	
8			1	(12.5)			2	(25.0)	
9			3	(37.5)			2	(2.0)	
Incubadora			1	(12.5)			1	(12.5)	0.28
<b>Características del desarrollo neonatal (reflejado en meses en los que se logró cada hito)</b>									
Seguimiento de objetos	3.14	0.89	7		2.85	0.37	7		0.45
Sostén cefálico	3.37	1.18			3.37	1.68			1.00
Gateo	4.12	3.94			7.00	1.31			0.07
Sedestación	6.42	2.15	7		6.28	0.75	7		0.87
Bipedestación	9.25	1.75			9.62	1.59			0.66
Primeros pasos con ayuda	7.62	4.83	8		10.28	1.25	7		0.18
Primeros pasos sin ayuda	11.00	1.30			12.71	2.36			0.10
Control de esfínteres	22.71	14.24	7		17.87	6.95	8		0.40
Sonrisa social	3.00	1.73	7		3.75	1.03	8		0.32
Balbuceo	2.87	2.23			3.75	1.03			0.33
Silabeo	3.87	2.90			5.25	1.38			0.24
Primeras palabras	12.00	3.85			13.75	4.02			0.39
Oraciones	19.87	3.56			17.28	5.25			0.27
Lactancia materna			8	(100.0)			2	(25.0)	
Lactancia materna (meses)	9.62	6.78			2.62	4.92			0.01*
Sueño (horas)	7.12	1.88			7.85	2.26			0.50

Continúa...

Antecedentes hereditarios									
Trastornos psiquiátricos			4	(50.0)			0	(0)	0.01**
Trastornos neurológicos			2	(25.0)			2	(25.0)	1.00
Discapacidad física o mental			1	(12.5)			1	(12.5)	1.00
Antecedentes clínicos									
Enfermedades actuales			3	(37.5)			4	(50.0)	0.64
Accidentes			0	(0)			1	(12.5)	0.33
Tratamiento actual			4	(50.0)			1	(12.5)	0.12
Hospitalizaciones			3	(37.5)			2	(25.0)	0.61
Alergias			4	(50.0)			2	(25.0)	0.33
Caídas			1	(12.5)			1	(12.5)	1.00

M = Media; D.E. = Desviación Estándar; n = Tamaño de la muestra; \* =  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$

En lo que se refiere al rendimiento intelectual, no se hallaron diferencias entre grupos en el CI total ni en el verbal en la prueba WAIS III, pero sí en el CI de ejecución (CI manipulativo [CIM]), en el que el grupo caso obtuvo un promedio de 97.87 (D.E. = 5.64), mientras que en el grupo control fue de 109.50 (D.E. = 8.05) ( $U = 6.500$ ,  $z = -2.68$ ,

$p < 0.05$ ) (Tabla 3). En lo que respecta a los diferentes índices obtenidos de la prueba (Índice de comprensión verbal, Índice de memoria de trabajo, Índice de organización perceptiva e Índice de velocidad de procesamiento) no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 3.** Puntuaciones totales de la Escala Wechsler para Adultos.

INSTRUMENTOS	Controles (n = 8)			Casos (n = 8)			U	p
	n	M	D.E.	n	M	D.E.		
WAIS Escala Total		107.13	15.06		95.88	12.11	18.000	0.141
WAIS CI Verbal		101.37	14.29		94.00	13.61	19.000	0.296
WAIS CI Ejecución		109.50	8.05		97.87	5.64	6.500	0.007*
WAIS Comprensión Verbal Escalar	8	80.25	42.17	7	68.50	45.76	25.000	0.462
WAIS Organización Perceptual Escalar		84.38	41.72		63.50	39.55	17.500	0.126
WAIS Memoria de Trabajo Escalar		75.63	39.37		62.25	37.35	18.500	0.269
WAIS Velocidad de Procesamiento Escalar		82.88	48.46		66.75	47.93	21.500	0.269

M = Media; D.E. = Desviación Estándar; n = Tamaño de la muestra; \* =  $p < .05$ ; U = U de Mann Whitney.

Se analizaron las subpruebas tomando en cuenta las puntuaciones normalizadas, así como los tipos de error encontrado (errores totales, error de desconocimiento y error de aproximación) y los tiempos

totales de ejecución. Por motivos de espacio, en la Tabla 4 únicamente se reportan las pruebas en las que se hallaron diferencias significativas.

**Tabla 4.** Subpruebas del WAIS-A en las que se hallaron diferencias significativas entre casos y controles.

Escala	Subpruebas	Controles (n = 8)	D.E.	Casos (n = 8)	D.E.	p
Escala de ejecución	WAIS Figura Incompleta Normalizado	12.38	2.06	9.00	3.42	0.043*
	WAIS Diseño con Cubos Tiempo Total	442.75	143.48	572.68	90.37	0.040*
	WAIS Diseño con Cubos Tiempo Promedio	31.80	10.44	41.83	6.35	0.040*
Escala verbal	WAIS Retención de Dígitos Normalizada	10.88	1.88	8.29	1.76	0.017*
	WAIS Retención de Dígitos Orden Inverso	6.37	1.30	4.14	1.18	0.007*

D.E. = Desviación Estándar; n = Tamaño de la muestra; \* =  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$ .

## DISCUSIÓN

El presente estudio se efectuó con la finalidad de analizar si había diferencias significativas en el funcionamiento cognoscitivo entre los hijos de madres sometidas a trasplante renal antes del embarazo, expuestos *in utero* al tratamiento inmunosupresor y que ahora son mayores de 16 años de edad, y los de aquellas que no lo estuvieron.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se llegó a las conclusiones que se detallan abajo.

Dichos resultados no mostraron diferencias significativas en el CI total de unos y otros; de hecho, ambos grupos mostraron un rango promedio normal. Tal información coincide con los resultados de investigaciones anteriores referentes al CI de niños que cursaron en estas condiciones (Longgen *et al.*, 2014; Nulman *et al.*, 2010). Sin embargo, este es el primer estudio enfocado en la población adolescente y adulta con tales características. Es importante señalar que, de las 1,085 pacientes captadas a lo largo del estudio, solo ocho tenían hijos mayores de 16 años, siendo los demás menores, entre 4 a 16 años, dato que refleja un aumento de la población que se somete a un trasplante renal y que después cursa un embarazo. La población estudiada en este trabajo fue justamente los hijos de esas primeras mujeres que decidieron embarazarse después del trasplante, no obstante los riesgos que eso conlleva.

Se desconoce en cuántas de estas mujeres el embarazo no llegó a término, o cuántos de sus hijos sufrieron complicaciones que los excluyeron del estudio; sin embargo, es posible afirmar que aquellos que fueron la población objetivo (esto es, que no padecieron complicaciones que afectaran el sistema nervioso central) exhibieron un funcionamiento intelectual global similar a los hijos de mujeres sanas.

Sin embargo, cuando se realizó el análisis por escalas, se encontró que el CI de ejecución en el grupo caso obtuvo una puntuación significativamente menor que el grupo control, lo que indica un menor rendimiento en tareas que no requieren el uso de habilidades verbales, sino más bien de la percepción visual y la manipulación de objetos.

En las subpruebas del WAIS-III se encontraron diferencias significativas en la subprueba de figuras incompletas, en las que hubo una disminución en la puntuación del grupo caso, lo que indica un menor rendimiento en percepción y organización visual, así como en la capacidad de discriminar entre lo esencial y lo accesorio.

Aunque en la puntuación total de la subprueba de diseño con cubos ambos grupos tuvieron un rendimiento equivalente, en promedio el grupo caso completó la actividad dos minutos después que el grupo control. Este resultado muestra que la velocidad de procesamiento fue menos eficiente, aunque también puede asociarse a una menor coordinación visomotriz, percepción, capacidad de análisis, síntesis, lógica y razonamiento. Las puntuaciones de retención de dígitos en orden directo e inverso fueron menores en el grupo caso, lo que pone de manifiesto una menor atención y una memoria de trabajo más pobre.

Estos datos coinciden con los resultados del estudio efectuado en China por Longgen *et al.* (2014), en el que se halló una mayor proporción de personas con CI debajo de lo normal (8.9%) en hijos expuestos, en comparación con 1.7% de los no expuestos, así como con los resultados de la investigación llevada a cabo en México por Morales *et al.* (2017), en los que se encontró una diferencia significativa en el tiempo de ejecución en la subprueba de casa de animales (para niños en edad preescolar), que fue mayor en el grupo de niños expuestos, lo que muestra una velocidad de procesamiento menos eficiente en la memoria de trabajo visoespacial.

Este menor rendimiento en tareas manipulativas y específicas relacionadas con la atención y velocidad de procesamiento pudiera implicar una asociación con la exposición a la inmunosupresión *in utero*. Sin embargo, dada la naturaleza transversal del estudio, no se dispone de datos que confirmen esta aseveración. Otras hipótesis asociadas a tal disminución tienen que ver con otras situaciones propias de un embarazo de alto riesgo, como es el caso de un embarazo en una mujer trasplantada (mayor ansiedad de la madre, mayor índice de prematuridad, etc.).



Debe subrayarse que en este trabajo se controlaron variables asociadas al desarrollo, por lo que los grupos caso y control se parearon por peso y talla al nacer; se incluyó también a prematuros en el grupo control y a personas del mismo nivel sociocultural que el grupo de estudio. Así, las muestras fueron homogéneas y no se hallaron diferencias significativas en dichas variables, ni tampoco en cuanto a edad, nivel socioeconómico, duración del embarazo y nivel de escolaridad.

Un dato relevante fue que las madres de ambos grupos alcanzaron en promedio una puntuación en el BDI-II que las ubica en una sintomatología leve (sin haber diferencias significativas entre los grupos). Se desconoce desde hacía cuánto tiempo estaba presente dicha sintomatología, pero puede ser un factor que influya en la crianza de haber surgido durante la infancia de sus hijos.

En promedio, las mujeres trasplantadas se embarazaron seis años después de la intervención, sin haber sufrido rechazo, lo cual entra dentro del tiempo y la condición que indica la teoría y la Sociedad Americana de Trasplantes para que se lleve el embarazo de forma óptima y sin presentar problemas tanto en el producto como en el órgano (Mckay y Josephson, 2006; Ortega *et al.*, 2007; Pallardó, 2008).

Respecto al tratamiento inmunosupresor, todas las pacientes habían recibido prednisona, 75% azatioprina y 37.5% ciclosporina. No existe evidencia de que la prednisona sea teratogénica, por lo que la U.S. Food and Drug Administration (FDA) la clasifica en la categoría C, esto es, que no se puede determinar el riesgo en humanos. Desde el punto de vista teórico, los inhibidores de la calcineurina podrían alterar el sistema inmune del infante, pero no existen reportes que apoyen tal afirmación (Ponticelli y Moroni, 2018). En cuanto a la azatioprina, tampoco se ha hallado aún evidencia suficiente de que la exposición a la misma durante el embarazo se asocie con malformaciones congénitas o abortos espontáneos, pero el número de casos reportados todavía no es suficiente como para detectar un aumento pequeño en las líneas base de la población general. Recientemente se ha sugerido que pudiera haber un ligero riesgo de padecer defectos atriales o septales ventriculares. También hay algunos reportes de riesgo de retar-

do en el crecimiento intrauterino o de inmunosupresión, pero se desconoce la incidencia de estos eventos (Natekar, Pupco, Bozzo y Koren, 2011). En cuanto a la ciclosporina, en un metaanálisis llevado a cabo por Bar-Oz, Hackman, Einarson y Koren (2001) para indagar si la exposición a este fármaco durante el embarazo se asociaba con un mayor riesgo de malformaciones congénitas, embarazo pretérmino o bajo peso al nacer, se halló que la prevalencia general de malformaciones en este grupo no varió sustancialmente de la reportada para la población general. La razón de momios para prematuridad no alcanzó la significancia estadística, aunque la prevalencia reportada fue de 56.3%. Los autores concluyen que la ciclosporina no parece ser un teratógeno humano importante, pero que es posible que esté asociado con altas tasas de prematuridad. Cabe destacar que dos de las mujeres reportaron haber consumido micofenolato de mofetil en algún momento del embarazo, el cual es un inmunosupresor del que sí se conocen bien sus efectos teratogénicos, especialmente si la exposición es mayor a las siete semanas (Hoeltzenbein *et al.*, 2012). Se ignora si estos casos ocurrieron porque las mujeres se embarazaron de manera no intencional y tenían el micofenolato dentro de su esquema, ni tampoco el tiempo de exposición al mismo.

Hay que subrayar que esta investigación no está exenta de limitaciones. La primera de ellas se relaciona con su naturaleza transversal, por lo que no es posible establecer relaciones causa-efecto. Para próximos trabajos se podrían conformar cohortes en las que se haga un seguimiento de todas las mujeres trasplantadas que deciden embarazarse y se analice prospectivamente lo que sucede con su progenie, tanto desde el punto de vista físico como cognoscitivo y emocional.

Por otro lado, se reconoce que el tamaño de la muestra es pequeño, lo que no permite establecer conclusiones definitivas ni hacer generalizaciones. Sin embargo, el estudio de los hijos de mujeres trasplantadas es relativamente nuevo y el reclutamiento de los pacientes constituye todo un reto, ya que en México no se cuenta con un registro nacional que dé seguimiento a los pacientes trasplantados. Es por ello que se decidió que la revisión fuera multicéntrica.

Otra limitación fue que no se pudo tener acceso a los archivos de las pacientes y de sus hijos, por lo que la información específica correspondiente a la función renal durante el embarazo quedó sujeta al recuerdo de aquellas.

En conclusión, estos resultados sugieren que no existen diferencias en el rendimiento intelectual global entre los hijos mayores de 16 años de mujeres trasplantadas expuestos a inmunosu-

presión, pero sí un menor funcionamiento en el grupo caso en el CI de la subprueba de ejecución, específicamente en las tareas relacionadas con la atención visual y auditiva, la memoria de trabajo auditiva y la velocidad de procesamiento. En las siguientes investigaciones se considera importante confirmar estos resultados a través de pruebas neuropsicológicas que evalúen las funciones ejecutivas.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el soporte de las instituciones participantes. El presente estudio contó con el apoyo de Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE-CONACyT (SALUD- 2013-1-202776).

*Citación:* Pérez A., R., Caballero A., G., Angulo D., A., Niebla C., A., Alberú G., J., Morales B., L.E. y Sánchez R., S. (2022). Funciones cognoscitivas en hijos de mujeres con trasplante renal expuestos a inmunosupresores durante la etapa prenatal. *Psicología y Salud*, 32(2), 227-237. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2744>.

## REFERENCIAS

- Bar-Oz, B., Hackman, R., Einarson, T. y Koren, G. (2001). Pregnancy outcome after cyclosporine therapy during pregnancy: a meta-analysis. *Transplantation*, 71, 1051-1055. Doi: 10.1097/00007890-200104270-00006.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, A. (2008). *Nefrología clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hoeltzenbein, M., Elefant, E., Vial, T., Finkel-Pekarsky, V., Stephens, S., Clementi, M. y Schaefer, C. (2012). Teratogenicity of mycophenolate confirmed in a prospective study of the European Network of Teratology Information Services. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 158(3), 588-596. Doi: 10.1002/ajmg.a.35223.
- Lascarez, S., Vélez, A., Sánchez, S., Orozco, G. y Cruz, F. (2013). ¿Cuáles son los efectos neuropsicológicos durante la primera infancia en niños expuestos a inmunosupresores en el desarrollo intrauterino? Inmunosupresores y efectos cognitivos a largo plazo. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 2(3), 107-114.
- Longgen, X., Peng, H, Yong, L., Hongwei, W., Yirong, Y., Feng, Q., Wanling, P., Ligong, T., Jing, F., Xiaofeng, Z. y Youhua, Z. (2014). Study on the effect of kidney transplantation on the health of the patients' offspring: A Report on 252 Chinese Children. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 68. Doi: 10.1007/s12013-013-9685-6.
- López R., H. (2009). *Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto*. México: Instituto de Investigaciones Sociales. Recuperado de <http://www.amai.org/NSE/NivelSocioeconomicoAMAI.pdf>.
- McKay, D.B. y Josephson, M.A. (2006). Pregnancy in recipients of solid organs —effects on mother and child. *New England Journal of Medicine*, 354(12), 1281-1293. Doi: 10.1056/NEJMr050431.
- Morales B., L., Alberu, J., Mancilla U., E., Vélez G., A., Espinoza P., R., Cruz S., J., Parra M., R., Parra Á., I., Flores N., G., Caballero A., G., Niebla C., A., Pérez A., R., Angulo D., A., Lascarez, S. y Sánchez R., S. (2017). Intellectual performance of kidney transplant recipients' offspring: a cross-sectional, multicenter study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(4), 542-549.
- Natekar, A., Pupco, A., Bozzo, P. y Koren, G. (2011). Safety of azathioprine use during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 57(12), 1401-1402.
- Nulman, I., Sgro, M., Barrera, M., Chitayat, D., Cairney, J. y Koren, G. (2010). Long-term neurodevelopment of children exposed in utero to ciclosporin after maternal renal transplant. *Pediatric Drugs*, 12(2), 113-122.

- Ortega, F., Arias, M., Campistol, J.M., Matesanz, R. y Morales, J.M. (2007). *Trasplante renal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Pallardó, L.M. (2008). *Embarazo y trasplante renal: luces y sombras*. Valencia (España): Servicio de Nefrología.
- Ponticelli, C. y Moroni, G. (2018). Fetal toxicity of immunosuppressive drugs in pregnancy. *Journal of Clinical Medicine*, 7(12), 552. Doi: 10.3390/jcm7120552.
- Romero A., F., Ayala M., J.A. y Jiménez S., G. (2008). Embarazo en pacientes con trasplante renal: morbilidad materna y fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(11), 643-651.
- Sattler, J. (2010). *Evaluación infantil: fundamentos cognitivos* (vol. 1, 5a ed.). México: El Manual Moderno.
- Sgro, M.D., Barozzino, T., Mirghani, H.M., Sermer, M., Moscato, L., Akoury, L., Koren G. y Chitayat, D.A. (2002). Pregnancy outcome post renal transplantation. *Teratology*, 65(1), 5-9. Doi: 10.1002/tera.1092.
- Wechsler, D. (1998). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (4th. ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Wechsler, D. (2003). *La Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos. Manual de Aplicación*. México: El Manual Moderno.



# Pared de cristal: reflexiones sobre la discapacidad visual en el contexto colombiano

## *Glass wall: reflections on visual disability on the Colombian context*

Javier Augusto Lombo González<sup>1</sup>, Claudia Alejandra Duque Romero<sup>2</sup>  
y Jhon Elkin Enciso Luna<sup>3</sup>

Corporación Universitaria Minuto de Dios<sup>1</sup>  
Universidad de Ibagué<sup>2</sup>  
Universidad del Tolima<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Javier A. Lombo González, [jlombogonza@uniminuto.edu.co](mailto:jlombogonza@uniminuto.edu.co).

### RESUMEN

Se expone una reflexión respecto a las formas en que los discursos sobre la medicalización de la discapacidad han permeado saberes y prácticas de diferentes disciplinas, así como las relaciones sociales en escenarios como la escuela, la familia y el entorno laboral, preservando barreras que impiden lograr una inclusión real. De ahí que se exalta la urgencia de superar discusiones centradas en las estrechas fronteras de la exclusión y la inclusión, y focalizar la atención sobre el fortalecimiento de las relaciones sociales basadas en la responsabilidad ética con los otros. Para lo anterior, en el primer apartado, se desarrolla un breve recorrido sobre el término “discapacidad”, el cual ha evolucionado como consecuencia de hechos históricos desde la antigüedad hasta el presente. En el segundo apartado se abordan brevemente los términos utilizados para referirse a la discapacidad visual desde el marco normativo colombiano. A partir de lo anterior, se discute la inclusión social de las personas con discapacidad visual, para lo cual se retoman algunos aportes teóricos que cubren la psicología sociocultural, la filosofía, la sociología y la pedagogía desde una perspectiva crítica. Por último, se plantean ciertas cuestiones clave que los autores sugieren para avanzar en lo concerniente a la inclusión.

**Palabras clave:** Discapacidad visual; Inclusión social; Educación inclusiva.

### ABSTRACT

*The present paper reflects on how discourses on medicalizing disability have permeated knowledge and practices from different disciplines and social relations in school, family, and work settings. These notions preserve barriers that prevent inclusion of several key dimensions. Therefore, we emphasize the urgency to overcome discussions focused on narrow frontiers of exclusion and inclusion. Our proposal stresses the need to focus on strengthening social relations based on ethical responsibility to others. Thus, the first section presents a brief overview of how the term "disability" developed and evolved due to historical events from ancient times to the present. The second section addresses terms used to refer to visual impairment from the Colombian normative framework.*

<sup>1</sup> Vicerrectoría Tolima y Magdalena Medio, Programa de Psicología, Calle 87 # 20-98, Barrio Vergel, Ibagué, Colombia, tel. (8)276-04-90, correo electrónico: [jlombogonza@uniminuto.edu.co](mailto:jlombogonza@uniminuto.edu.co).

<sup>2</sup> Programa de Psicología, Carrera 22, Calle 67, Barrio Ambalá, Ibagué, Colombia, tel. (8)276-00-10, correo electrónico: [alejandra.duque@uniba-gue.edu.co](mailto:alejandra.duque@uniba-gue.edu.co).

<sup>3</sup> Grupo de Investigación Desarrollo Integral de la Infancia, Calle 42 # 1-20. Barrio Santa Helena, Parte Alta, Ibagué, Colombia, tel. (8)277-12-12, correo electrónico: [elkin.enciso@utp.edu.co](mailto:elkin.enciso@utp.edu.co).





*Next, we examine the importance of social and educational inclusion of people with visual disabilities. These theoretical contributions derive from a critical perspective of sociocultural psychology, philosophy, sociology, and pedagogy. Finally, the paper raises some vital questions suggested by the authors to advance on inclusion terms.*

**Key words:** Disability; Visual impairment; Social inclusion; Inclusive education.

Recibido: 22/10/2020.

Aceptado: 12/03/2021

A través de la historia, la discapacidad se ha entendido y legitimado como un rasgo distintivo de la persona caracterizada por ser “defectuosa” o por estar fuera del estándar “normal”. Este tipo de significados se han construido sobre una idea relacionada con algo que está roto o es imperfecto, lo que merece ser objeto de rechazo, e incluso de eliminación o de exposición por sus características “extraordinarias”. En este sentido, superar las barreras de la discapacidad como algo “extraño” o “diferente” ha sido asunto de interés para distintas disciplinas que buscan comprender las cuestiones vinculadas a la inclusión social de las personas que experimentan situaciones de discapacidad. En cuanto a las normas y políticas públicas, diferentes países continúan construyendo actualmente alternativas más eficaces para garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos mediante la creación de condiciones sociales, económicas y culturales propicias para su plena participación. No obstante, tales acciones han sido insuficientes debido a las barreras que la academia ha develado, por lo que es imperioso seguir construyendo maneras de eliminar dichos obstáculos, que a veces parecen estar ocultas o que actúan como una pared de cristal donde quedan invisibilizadas, e incluso normalizadas, esas experiencias de repudio y discriminación.

Precisamente, *pared de cristal* es una metáfora utilizada por los autores para reflexionar sobre las barreras que se encuentran al habitar un mundo en el que la discapacidad se comprende mediante la lógica de la “normalidad-anormalidad”. A partir de esta metáfora, se busca profundizar en

la dimensión social y cultural de la discapacidad debido al papel decisivo que desempeñan las relaciones humanas, a partir de las cuales se producen y reproducen las múltiples maneras de exclusión. Por ello, la familia, los entornos laborales o los centros educativos, entre muchos otros, son escenarios de interés porque pueden mantener las prácticas de exclusión o, por el contrario, facilitar potencialmente las de inclusión. Para concluir, los autores, por sus intereses en la investigación, centrarán la discusión en la discapacidad visual.

Esta reflexión se estructuró en cuatro apartados. En el primero, se hace un breve recorrido sobre el término “discapacidad”, que ha evolucionado como consecuencia de hitos históricos desde el periodo antiguo hasta la actualidad en la manera en que se esboza y verbaliza tal término. En el segundo, se abordan brevemente los términos utilizados para referirse a la discapacidad visual desde un marco normativo. A partir de lo anterior, se discute la inclusión social de las personas con discapacidad visual, para lo cual se retoman algunos aportes teóricos que parten de la psicología sociocultural, la filosofía, la sociología y la pedagogía desde una perspectiva crítica. Por último, se plantean cuestiones claves que los autores sugieren para avanzar en la inclusión social de esta categoría de la discapacidad.

### Contexto histórico del concepto de la discapacidad visual

Para explicar cómo ha evolucionado la concepción de la discapacidad visual, se realiza inicialmente un breve rastreo histórico sobre dicho término como uno construido y deconstruido como consecuencia de eventos históricos trascendentales.

Para empezar, vale la pena recordar que, desde las antiguas civilizaciones, las enfermedades de diversa índole se relacionaban con posesiones demoníacas, por lo cual se aislaba o eliminaba a las personas que las padecían al ser consideradas como una amenaza para el equilibrio social (Hernández, 1999). En la antigua India se decretaron leyes que regulaban el nacimiento de niños con enfermedades graves, como la ceguera, los que eran arrojados al río Ganges por mostrar tal condición. Estas prácticas, con un enfoque pasivo, se

caracterizaron por el rechazo a la deficiencia, y dieron como resultado un importante número de infanticidios (Hernández, 1999).

Las sociedades egipcia y mesopotámica no fueron tan radicales; por el contrario, permitieron que las personas con discapacidad se desempeñaran en cargos públicos e, incluso, se les llegó a considerar como seres sagrados que tenían la función de constituirse como un amuleto para evitar desgracias; esta postura también fue practicada por los aztecas y los mayas. Sin embargo, los israelitas consideraban enfermas a las personas con discapacidad, por lo que merecían la caridad y el perdón de Dios (Bianchi, 2009).

Gracias a los avances médicos, en la antigua Grecia la concepción de la discapacidad fue cambiando debido al origen de los tratamientos con ciertas bases científicas que atendieron la discapacidad como una enfermedad. Esta noción seguiría vigente hasta la modificación del cristianismo primitivo, ya que se atribuía a Dios la capacidad de ser generoso con los niños que sufrían alguna dolencia, por lo que estaban destinados al paraíso (Valencia, 2014).

Con la llegada de la Edad Media se deslegitimaron las creencias sobre la posesión demoniaca de las personas con discapacidad, lo que generó una condición ambivalente hacia ellas en virtud de que si bien la Iglesia cristiana condenaba los malos tratos de los cuales eran víctimas, esta misma institución y la sociedad en general los tomaban como objeto de burla y discriminación; al ser asimismo consideradas pecadoras, debían ser purificadas mediante prácticas inhumanas (Aguado, 2005).

En esta época se acentuaron las corrientes pesimistas y negativo-pasivas; es decir, se fortalecieron las creencias fundamentadas en la demonología y las posesiones satánicas, las cuales estuvieron presentes en la sociedad y fueron la base de burlas, humillaciones y prácticas brutales (Scheenberger, 1984; cf. Cabero y Rizzo, 2008).

En la época moderna, la sociedad burguesa comenzó a preocuparse por la intervención y los tratamientos de las personas con discapacidad, siendo la discapacidad auditiva la más estudiada; de ese entonces datan textos como el de Juan Pablo Bonet: *Reducción de las letras y el arte de enseñar*

*a hablar a los mudos*, impreso en Madrid en 1620 (cf. Pérez, 2015, p. 85).

La Revolución Industrial, iniciada en la segunda mitad del siglo XVIII en Gran Bretaña, y extendida unas décadas después a gran parte de Europa occidental y América anglosajona, y concluida entre 1820 y 1840, se caracterizó por el crecimiento de la población y la transformación tecnológica, de lo que derivó una gran demanda de trabajo, mismo que se efectuaba en condiciones inhumanas, con la consecuente aparición de enfermedades incapacitantes —entre ellas la pérdida de la visión—, lo que provocó una oleada de discriminación y repulsión hacia las personas que contraían alguna de esas afecciones o tenían miembros mutilados (Bianchi, 2009). De igual manera, se comenzaron a originar cinturones de pobreza alrededor de las fábricas, lo que aumentó considerablemente la aparición de problemas sociales, un paupérrimo nivel educativo y un sistema sanitario más que precario. Fue en este momento cuando se empezó a desarrollar el concepto de *discapacidad* como una invalidez derivada de la explotación de la clase capitalista (Valencia, 2014).

El aumento de la población “incapacitada” por las inadecuadas condiciones de trabajo dio origen, en 1789, en el área médica, a la rehabilitación profesional con un enfoque respetuoso y asistencial hacia las personas con discapacidad. A raíz de ello, entre 1822 y 1884 se generaron leyes que protegían a los trabajadores de accidentes laborales y establecían indemnizaciones económicas por enfermedad, jubilación o defunción (Valencia, 2014). Ya en el siglo XX se agregaron nuevas inquietudes, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 1980 una clasificación internacional de la discapacidad que dio origen a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDDM), cuyo propósito fue superar la concepción de enfermedad y clasificar sus consecuencias físicas, personales y sociales (García y Sarabia, 2004).

De acuerdo con Ferreira y Rodríguez (2006), los criterios de la CIDDDM exceptúan la visión socialmente construida sobre la discapacidad; es decir, desde un punto de vista social, la discapacidad y la minusvalía emergen bajo un estándar cultural que organiza las actividades humanas para la par-

ticipación de las personas “normales” y satisface intereses estructurantes de opresión social, por lo cual “el término *discapacidad* representa un sistema complejo de restricciones sociales impuestas a las personas con insuficiencias por una sociedad muy discriminadora” (p. 3).

Por lo tanto, la CIDDM planteó un esquema médico-biológico sobre el término de discapacidad por su énfasis en las consecuencias de la deficiencia en cuanto al rendimiento funcional y las actividades. La deficiencia se refiere a toda anormalidad de la estructura corporal y de la apariencia (incluyendo la función de un órgano o sistema), y la minusvalía a la desventaja y mala adaptación como consecuencia de la falta. Así, un punto central en la CIDDM era la visión lineal de la discapacidad o el modelo centrado en las deficiencias; en otras palabras, se entendía que una enfermedad o trastorno específico daba lugar a una deficiencia, la cual a su vez provocaría una discapacidad que desemboca en una minusvalía padecida por un individuo (García y Sarabia, 2004).

Debido a las críticas a la CIDDM, la OMS (2001) estableció más adelante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que avanzó hacia un modelo biopsicosocial, enfocando la discapacidad en términos del funcionamiento humano; es decir, el término “discapacidad” se utiliza en la CIF para denominar un fenómeno multidimensional, consecuencia de la interacción de las personas con el entorno físico y social. Es así que la discapacidad es más una consecuencia de las barreras ambientales, que de una condición de salud o de una deficiencia en un individuo.

Según Cáceres (2004), la discapacidad se produce por la interrelación entre diversos factores que afectan directa o indirectamente a la persona. Estos elementos son el estado o condición de salud de la persona, los aspectos personales (edad, sexo, etc.) y los externos al sujeto, es decir, todo lo que lo rodea, por ejemplo su unidad familiar o su relación con la sociedad. De esta manera, se entiende que, dependiendo de la relación existente entre cada uno de estos factores, la situación será más o menos favorable. Así, las barreras sociales o la inadecuada educación, entre otras circunstan-

cias, podrían dificultar el desarrollo pleno de las personas que sufren discapacidad.

En esta línea, Rodríguez y Ferreira (2010) conciben la discapacidad a partir de la “diversidad funcional”, noción que se constituye como una propuesta de síntesis conceptual para la comprensión de una realidad social comúnmente denominada “discapacidad”, y lo hacen con una eminente pretensión emancipadora. No obstante, se pueden aportar argumentos científicos que justifican la pertinencia de tal supuesto.

El modelo de la diversidad funcional nace de un movimiento llamado “vida independiente”, enmarcado en el modelo social, según el cual las personas desarrollan su potencial a través de la interacción con su entorno, que debe posibilitar los medios. En este mismo sentido, Romañach y Palacios (2008), plantean que desde el nuevo “modelo de la diversidad” todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus capacidades, y por tanto deben tener garantizados los mismos derechos humanos.

Hughes y Paterson (2008) aluden al concepto de “dis-capacidad”, el cual tiene que ver con el olvido del cuerpo en el que reside el sujeto, donde hay una marcada diferencia entre discapacidad y enfermedad; es aquí donde el discurso toma forma y cambia el paradigma acerca del concepto, superando así la mirada médico-rehabilitadora. Dicho esto, la diversidad funcional ubica al sujeto como alguien que tiene derechos en la sociedad.

En esta línea, desde el lente de Sen (1985) sobre la capacidad y el funcionamiento, surge el contexto de desarrollo humano desde el bienestar y la calidad de vida, lo que exige identificar ciertos factores, como las condiciones de salud, la personalidad y las relaciones sociales, que afectan directa o indirectamente un área específica del funcionamiento de la persona y aumentan las dificultades en su función cognitiva, motora, social, psicológica, auditiva, fonológica y visual.

En cuanto a la discapacidad visual, desde una mirada médica (debido a que la mayor parte de la revisión sobre esta categoría de discapacidad remite a términos médicos), Mon (1998) y Cebrián (2003) la engloban dentro de cualquier tipo de enfermedad visual grave ocasionada por patologías

congénitas, accidentes o diferentes clases de virus; por consiguiente, el término considera componentes tanto biológicos como externos como causas de la pérdida absoluta de la visión o de su disminución. Asimismo, Bueno (1991) se refiere a una afectación de la condición fisiológica del ojo, de sus vías y centros ópticos, aunque también hay componentes biológicos que generan dificultades en el desarrollo de actividades comunes, como caminar, trasladarse, leer o escribir, todo lo cual afecta la vida cotidiana del individuo.

No obstante, para la OMS (2021), en su informe más reciente sobre la ceguera y la discapacidad visual, apunta los siguientes aspectos:

- En el mundo existen al menos 2.200 millones de personas con deterioro de la visión cercana o distante, de los cuales por lo menos 1.000 millones de esos casos –casi la mitad– se podría haber evitado o todavía no se han tratado.
- Las principales causas de la baja visión y la ceguera son los errores de refracción no corregidos y las cataratas.
- La mayoría de las personas con baja visión y ceguera tienen más de 50 años; sin embargo, la discapacidad visual puede afectar a personas de todas las edades.
- La baja visión y otras condiciones ligadas a la discapacidad visual suponen una enorme carga económica mundial, ya que se calcula que los costos anuales debidos a la pérdida de productividad asociada a deficiencias visuales por miopía y presbicia no corregidas ascienden a 244,000 millones y a 25.400 millones de dólares, respectivamente, en todo el mundo.

También en este informe se toma como base la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (OMS, 2018), la cual categoriza el deterioro de la visión en dos grupos: 1) Deterioro de la visión distante, que puede ser leve (agudeza visual inferior a 6/12 o igual o superior a 6/18), moderado (agudeza visual inferior a 6/18 o igual o superior a 6/60), grave (agudeza visual inferior a 6/60 o igual o superior a 3/60), ceguera (agudeza visual inferior a 3/60), y 2) Deterioro de la visión

cercana (agudeza visual cercana inferior a N6 o M.08 a 40 cm con la corrección existente).

Con el panorama expuesto, todos los esfuerzos orientados al cambio de la terminología sobre la discapacidad constituyen un avance significativo que contribuye a la emergencia de nuevas categorías de análisis en las construcciones sociales, y a su vez visibilizan los desafíos para las organizaciones oficiales y privadas. Pese a estos esfuerzos, aún persiste en el discurso y en los imaginarios sociales una mirada patologizante que considera la discapacidad en general como una condición de la persona que es “anormal” y que le impide participar plenamente en diferentes escenarios sociales.

### **Una breve mirada a la normativa colombiana sobre la discapacidad visual**

En materia de normativa, las expresiones sobre discapacidad visual acentúan la perspectiva patologizante, y clasifican a dicha condición bajo denominaciones diagnósticas que ocultan el matiz social y cultural dentro del cual tales términos se han construido, y hacen parecer de repente que la discapacidad se debe normalizar: por ejemplo, la persona que no puede ver “naturalmente” tendrá dificultades para ajustarse a las condiciones del entorno.

Prueba de esto se encuentra en la Resolución 113 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020), que concibe la discapacidad visual como deficiencias permanentes en las funciones visuales relacionadas con luz, forma, tamaño o color que ocasionan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, hogar o trabajo, y que “... a pesar de usar gafas o lentes de contacto, tras cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, en la noche, de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos” (p. 9).

Incluso la Ley 1680, expedida por el Congreso de la República de Colombia (2013), define la ceguera “como la ausencia de percepción de luz en ambos ojos” (art. 2), mientras que la baja visión es conceptualizada como “una incapacidad de la función visual aun después de tratamiento y/o corrección refractiva común con agudeza visual en el mejor ojo (de 6 /18 percepción de luz), o campo



visual menor de 10° desde el punto de fijación, pero que use o sea potencialmente capaz de usar la visión para la planificación y ejecución de tareas. Para considerar a una persona con baja visión se requiere que la alteración visual que presente sea bilateral e irreversible, y que exista una visión residual que pueda ser cuantificada”.

Tal definición coincide con lo planteado por el Instituto Nacional para Ciegos (INCI) (2020), entidad colombiana encargada de organizar, planear y ejecutar las políticas orientadas a obtener la rehabilitación y la inclusión en los ámbitos educativo, laboral y social de las personas con discapacidad visual mediante la provisión de ayudas y apoyos técnicos, como lupas o telescopios, entre otros, lo que les permiten aprovechar mejor su visión.

Y no es para menos. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), realizado en el año 2018 en Colombia por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) mediante la aplicación de la escala de medición de la discapacidad propuesta por el Washington Group on Disability Statistics (*cf.* DANE, 2018), evidenció que 3,134,036 personas en total presentaban algún tipo de discapacidad (para 2019, el DANE ubicó esta cifra en 3,065,361), equivalente a 7.1% de la población colombiana, de las cuales 1,948,332 tienen discapacidad visual, lo que corresponde a 18.7%.

A raíz de esa cantidad, el Estado ha generado leyes para establecer lineamientos que deben seguir las diferentes instituciones públicas y privadas. Por ejemplo, la Ley 1618 estatutaria de la discapacidad (Congreso de la República de Colombia, 2013), en su artículo 2 establece una garantía para el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, definiendo a este grupo poblacional como «aquellas personas que tengan “deficiencias” físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás» (p. 2).

Sumado a ello, la ley promueve la adopción de acciones fundamentadas en la inclusión social, la cual se define como “un proceso que asegura

que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida” (p. 7).

Por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de definir e implementar políticas de inclusión social que garanticen a las personas con discapacidad su participación a través de metodologías de servicio para una adecuada atención integral a sus características y necesidades; por ejemplo, respecto a la educación formal, la misma ley, en su artículo 11, señala que “El Ministerio de Educación Nacional definirá la política y reglamentará el esquema de atención educativa a la población con discapacidad, fomentando el acceso y la permanencia educativa con calidad, bajo un enfoque basado en la inclusión del servicio educativo. Para lo anterior, el Ministerio de Educación Nacional definirá los acuerdos interinstitucionales que se requieren con los distintos sectores sociales, de manera que sea posible garantizar [una] atención educativa integral a la población con discapacidad” (p. 12).

En este orden de ideas, se expide el Decreto 1421 (Ministerio de Educación Nacional de Colombia 2017), como consecuencia de la sentencia T-523/16, dictada por la Corte Constitucional de Colombia (2016), entidad judicial y estatal encargada de velar por el respeto y cumplimiento de la Constitución, que obligó al Ministerio en cuestión a establecer acciones para medir e implementar la educación inclusiva en las instituciones educativas colombianas, lo que permitió instaurar matices para la atención educativa de la población con discapacidad, desde la incorporación de conceptos tales como “accesibilidad”, “acciones afirmativas”, “ajustes razonables”, “estudiantes con discapacidad” y “diseño universal de aprendizaje”, hasta el desarrollo de estrategias fundamentadas en un currículo flexible y en los planes individualizados de apoyos y ajustes razonables (*cf.* Duque, 2019).

Todo el proceso ha sido enmarcado en una serie de normas que derivan de la Constitución Política de Colombia (Congreso de la República de Colombia, 1991) en conformidad con sus artículos



47 y 53, que determinan el desarrollo de políticas públicas para la rehabilitación e inclusión social de población con discapacidad mediante la incorporación interna de convenios internacionales, como la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2006) a través de la Ley 1346 (Congreso de la República de Colombia, 2009), misma que ratifica esta convención, así como la Ley 1145 (Congreso de la República de 2007), que establece el Sistema Nacional de Discapacidad mediante el conjunto de normas, actividades, programas, acciones e instituciones públicas y privadas encargadas de la formulación e implementación de la política pública sobre la discapacidad, con el fin de promocionar y garantizar los derechos fundamentales de este grupo poblacional.

Asimismo, como antecedente a la ratificación de la CDPCD, se había generado un marco normativo compuesto por la Ley 324 (Congreso Nacional de Colombia, 1996), que establecía algunas normas en beneficio de la población con discapacidad auditiva; la Ley 361 (Congreso Nacional de Colombia, 1997), donde se establecen mecanismos de integración social a través de un proceso especializado de atención y protección a la población con discapacidad en general, así como la misma Ley 115 (Congreso Nacional de Colombia, 1994), relativa a la integración al sistema educativo de estas personas, lo que finalmente puede denotar el interés que se tiene en las entidades legislativas y judiciales por ponerse al día con las leyes, preceptos y convenios internacionales y la propia Constitución del país en lo que atañe a la inclusión social de las personas con discapacidad, todo lo cual, de acuerdo con Soto (2013), ha representado avances significativos para la atención plena de este grupo poblacional.

Bajo este panorama, es posible percatarse de que las normas y políticas sobre la discapacidad dan la impresión de que inclusión social es sinónimo de discapacidad, dejando de lado un enfoque amplio de la diversidad. Vale la pena citar aquí algunas interrogantes planteadas por Skliar (2000) a propósito de los discursos sobre la diferencia, pues parece que toda esta terminología de la diversidad natural y pluralidad humana queda opacada

cuando en las normas se habla de sordos y ciegos, entre otros. Por ejemplo, la educación inclusiva parece más relacionada con discursos referidos más a la medicina que a la pedagogía, pues sus acciones discriminan según el tipo de discapacidad, lo que distancia la discusión sobre cómo los contextos producen y reproducen prácticas de exclusión (Skliar, 2000). En suma, y de acuerdo con los argumentos del autor antes citado, la terminología sigue viendo la discapacidad como una deficiencia, lo que impide hallar discusiones críticas sobre las abundantes clasificaciones médicas y descripciones psicológicas para explicar algo que es “diferente”, “extraño”, “poco familiar”, por lo que deben aplicarse discursos universales especializados y didácticos para singularizar la “deficiencia”, entre otros.

### Una mirada desde la inclusión

La epopeya de la discusión sostenida en varios años ha llegado a un margen significativo frente al fenómeno de la exclusión; empero, las actuales circunstancias, tras las luchas incesantes de las personas con discapacidad, han permitido que las entidades internacionales reconozcan cada vez más firmemente sus derechos.

Así, las normas internacionales y la reglamentación nacional establecen que las instituciones de carácter oficial y privado deben diseñar, implementar y sostener un modelo de inclusión social, tal como lo asientan la Constitución y la Ley 1618 (Congreso Nacional de Colombia, 2013), junto con otras resoluciones, decretos y directrices gubernamentales que consideran el cumplimiento obligatorio de estrategias de atención y prestación de servicios de calidad para tales personas por parte de esas instituciones. Sin embargo, en la realidad las implementaciones de estas exigencias parecen quedar sujetas a las voluntades políticas, económicas y de las propias organizaciones.

Para Labregere (1981) (*cf.* Vela, 2016), la inclusión social se produce cuando los sujetos que experimentan la discapacidad participan sin barreras en diferentes situaciones y escenarios gracias a la acción mediadora de otros sujetos en el entorno, lo que les hace experimentar la pertenencia a un

grupo social. De acuerdo con Monereo (1985) (*cf.* Verdugo, 2004), la llamada “integración societal” es el último peldaño de la integración al lograrse las mismas condiciones, atribuciones y obligaciones que tiene cualquier otro ciudadano.

Por lo tanto, gestionar la inclusión requiere de la participación social, así como de acciones que atraviesen todos los momentos de la trayectoria de vida, pues los individuos son seres sociales por naturaleza, y desde su nacimiento están inmersos en sistemas sociales desde los cuales deconstruyen activamente significados y formas de relacionarse con los demás (Escrivá, García y Navarro 2002). Sin embargo, ¿qué sucede cuando la “diferencia” con el otro se vincula con una connotación negativa?

Por otro lado, la presencia de una persona con discapacidad visual cambia la dinámica habitual en escenarios como la familia, la escuela y el contexto laboral, que en ocasiones pueden crear condiciones en las que experimenta exclusión. De acuerdo con Freire (1970), la cultura de la dominación ha legitimado creencias y prácticas que sustentan la estructura opresora y originan formas de relacionarse tanto en los opresores como en los oprimidos. Para los primeros, la humanidad existe en ellos mismos, por lo que son sujetos de derechos; pero los que no cuentan con ese status son “objetos” despojados de humanidad.

En palabras de Molina y Christou (2009), se puede explicar que la discapacidad, entendida desde un paradigma médico, ubica a las personas que la sufren en una situación que las excluye porque son señaladas como “anormales” o diferentes al molde de la “normalidad”. Dichas creencias mantienen la opresión y explican la urgencia de generar acciones que se vinculen a un cambio social (Freire y Macedo, 1987).

Las relaciones sociales en el contexto educativo formal constituyen una dimensión clave para potenciar u obstaculizar procesos vinculados a los objetivos de la inclusión. Tales interacciones cumplen un papel facilitador para el aprendizaje, pues la conciencia individual se construye desde fuera mediante el intercambio con otros (Vygotsky, 1995). En otras palabras, los mecanismos del comportamiento social y de la conciencia son lo

mismo porque cada quien es consciente de sí mismo y de los otros, y ello es así porque, en relación con sí mismo, cada quien está en la misma posición que los demás (Vygotsky, 1979).

Para explicar con mayor detalle, Vygotsky (1995) refiere que el desarrollo de los procesos psicológicos superiores se produce en un entorno mediado por instrumentos psicológicos y por el intercambio comunicacional. Estas herramientas (gestos y signos, entre otros) son construcciones sociales que dominan el comportamiento y la cognición de los individuos.

Existe una distinción entre los procesos psicológicos básicos (atención, memoria, percepción básica y demás) y los psicológicos superiores o culturales, toda vez que ambos son de naturaleza humana, y estos últimos surgen gradualmente a partir de la transformación de aquellos; es decir, las funciones de los procesos básicos no se desvanecen por la maduración cognitiva; por el contrario, se organizan con base en objetivos sociales y formas de comportamiento humano (Vygotsky, 1995). Lo anterior explica cómo el aprendizaje se construye en dos momentos: los procesos intra e interpersonales.

Los procesos intrapersonales son relaciones interpersonales modificadas; por lo tanto, para Vygotsky (1995) existen tres conceptos claves: funciones mentales superiores, desarrollo cultural y regulación de los procesos de comportamiento; luego entonces, el lenguaje es un instrumento psicológico que aporta a la construcción de otros procesos mentales e implica un desarrollo cultural.

El interés de Vygotsky sobre las implicaciones derivadas de las funciones mentales superiores lo ubican en el ámbito del funcionamiento mental de los niños escolares con discapacidad. Al respecto, Dubrovsky y Lanza (2019) refieren que la relación que el niño establece con su entorno hace posible la organización de trayectorias de desarrollo únicas, por lo cual las situaciones sociales de desarrollo envuelven al niño en procesos relacionados con el ambiente en el que participa y lo que este aporta a dicha experiencia. De ahí la necesidad de analizar la dimensión social como categoría que se articula a la inclusión social desde el ámbito educativo; por ende, estos escenarios

no solo deben accionar cambios sobre los ajustes curriculares, sino también hacia las experiencias del sujeto que habita en esos entornos para garantizar su plena participación (Bozhovich, 1976; cf. Dubrovsky y Lanza, 2019). En este orden de ideas, las trayectorias de desarrollo de las personas con discapacidad trascienden al sujeto como único responsable de su proceso de aprendizaje hacia un camino de construcción social y colectiva en el que se requiere la participación de toda la comunidad de aprendizaje (docentes, directivos, estudiantes, familias y comunidad).

Reflexionar sobre la dimensión social para entender cómo la escuela puede perpetuar la exclusión en múltiples formas exige pensar sobre la cultura al tratarse de una construcción dinámica que se produce a través de encuentros originados por el intercambio de información, entre otros factores, la cual es cada vez más veloz debido a los avances tecnológicos. Sin embargo, la escuela parece haberse congelado en el tiempo en cuanto no evoluciona con la misma prontitud; por el contrario, es como si se empeñara en perpetuar un mundo ajeno a la realidad de los estudiantes, y entre ellos los que tienen discapacidad (Bruner, 1997).

Se parte de la idea de que la escuela es cultura en sí y no una preparación elemental para esta; es decir, la escuela ofrece una caja de herramientas para entender el mundo, de forma que los educandos no sean consumidores pasivos de ideas carentes de sentido. Por ejemplo, la escuela puede crear las condiciones para que los estudiantes descubran otras posibilidades, otras alternativas que superen los errores de la cultura, y comprender así los problemas cruciales que provocan cambios dentro de una cultura (Bruner, 1997); por ejemplo, ¿cómo aprender a vivir juntos con los otros cuando se ve a estos a través de designaciones heredadas o naturalizadas? En tal sentido, ¿cómo desnaturalizar la discapacidad como una incapacidad?

Ahora bien, respecto a la discapacidad visual, a pesar de los avances observados en la elaboración de recursos que facilitan la participación en escenarios escolares, la inclusión se complejiza cuando las escuelas organizan sus procesos basados en clasificaciones derivadas de la condición socioeconómica o de género, entre otras. De acuerdo con Bruner (1997):

Las escuelas siempre han sido altamente selectivas en relación con los usos de la mente que cultivan: qué usos deben considerarse básicos, cuáles uniformes, cuáles son responsabilidad de la escuela y cuáles son responsabilidad de otros, cuáles para las niñas y cuáles para los niños, cuáles para los niños de la clase obrera y cuáles para los superdotados. Sin duda, parte de esta selectividad estaba basada en las nociones que se tenían sobre lo que requería la sociedad y lo que necesitaba el individuo para salir adelante (p. 45).

En otras palabras, la escuela puede arruinar la autoestima de los niños por suponer fallos en aquellos que no se ajustan a lo esperado. Así, por ejemplo, ¿cómo incluir en la escuela a personas con discapacidad visual cuando son atendidos bajo la lógica de una “deficiencia”? (Bruner, 1997). Por lo tanto, partiendo de una dimensión social, la discapacidad adquiere un sentido desde el contexto y la cultura; es decir, es una construcción basada en interpretaciones fundamentadas en la dualidad “normalidad”/“anormalidad”, donde la identidad se construye en un marco cultural, social y de participación, siendo la discapacidad un símbolo de déficit y enfermedad (Bourdieu, 1998). En palabras de Abberley (1998), la discapacidad es producto de un intento fallido por ajustarse a las necesidades de las personas con discapacidad; esto es, una forma de opresión generada por las restricciones sociales impuestas por una sociedad excluyente.

Adicionalmente, sobre la discapacidad visual, Caballo y Verdugo (2005) expresan que la percepción desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las relaciones sociales; sin embargo, las ciudades y las formas de comunicación entre las personas han partido de una noción “normalizadora”, lo que limita la participación social de las personas con discapacidad visual, quienes experimentan dificultades para desenvolverse en situaciones sociales diversas.

Un dato de interés sobre la evolución de la escuela ante la discapacidad visual data de un momento entre los siglos XVIII y XIX, cuando los establecimientos educativos empezaron a practicar una iniciativa centrada en la formación de estudiantes con discapacidad; por ejemplo, se destaca

la experiencia de un centro creado en París por Valentin Haüy en 1784; en dicho centro se desarrolló un sistema de enseñanza específico para jóvenes ciegos, y Louis Braille elaboró en 1823 un método basado en puntos en altorrelieve, mediante el cual se representan letras, números y símbolos, esto es, el conocido sistema Braille.

Teniendo en cuenta que estos avances en los sistemas de comunicación y enseñanza para personas con discapacidad visual han sido exportados a contextos distintos a la escuela, ¿cómo garantizar que estas personas puedan acceder sin restricciones a la información si no le han dosificado y capacitado en el uso de ayudas técnicas como una lupa o un telescopio, o utilizar apropiadamente las opciones de magnificación o empleo de apoyos tecnológicos como un teléfono celular o una computadora?

Prueba de ello es la dificultad para acceder a la información y la comunicación que experimentan estas personas como consecuencia de la intersección de las estructuras sociales (género, origen étnico, nivel socioeconómico y discapacidad) con las representaciones e imaginarios que se construyen en un determinado contexto sociocultural sobre esa categoría de discapacidad, lo que genera condiciones de discriminación que se mantienen y reproducen en los niveles sociales, políticos y discursivos (Oviedo, Arias y Hernández, 2019), lo que puede acrecentar las dificultades sociales de estas personas para sostener interacciones con los demás debido al desconocimiento que hay sobre estos avances, además de la falta de sensibilización de la sociedad hacia la discapacidad visual, lo que constituye un obstáculo para el establecimiento de las condiciones sociales, políticas, tecnológicas y culturales necesarias para garantizar su derecho a la información y la comunicación (Manzaneda y Mendoza, 2003; Oviedo *et al.*, 2019). En este punto se propende a garantizar los requerimientos tecnológicos necesarios para la generación de oportunidades laborales, educativas, familiares y comunitarias con calidad de vida, y que además se ejecuten por el bien común de todos, sin importar si se hallan ubicados en la categoría de discapacidad visual (Manzaneda y Mendoza, 2003).

Considerando que las ayudas técnicas (bastones y accesorios de movilidad) y tecnológicas

(aparatos, hardware y software de magnificación, lectura y reconocimiento de textos por medios orales, auditivos y en sistema Braille) favorecen significativamente el acceso de las personas con discapacidad visual a los medios masivos de comunicación (Manzaneda y Mendoza, 2003), es necesario superar no solamente las barreras técnicas propias del uso de estas ayudas (reconocimiento, apropiación y uso adecuado de las mismas), sino también las económicas y actitudinales que puedan impedir su plena accesibilidad, para que se transformen en una mediación con plena capacidad para facilitar la inclusión de las citadas personas (Peña y Fuenmayor, 2010).

De este modo, se puedan afrontar las dificultades y situaciones que interactúan con la persona y con su medio para que –tal como los presentes autores han ido abordando en este documento– se pueda entender la diversidad como producción social, enmarcada en una realidad histórica y sociocultural concreta, de la mano con una postura crítica sobre las condiciones, situaciones y concepciones acerca de cómo estos individuos viven y se desenvuelven con miras a aportar a la transformación de la sociedad y reducir las desigualdades e inequidades presentes en los diferentes ámbitos y momentos de sus trayectorias de vida (Oviedo *et al.*, 2019).

Desde otra perspectiva, la relativa al ámbito familiar, cuando uno de sus miembros (específicamente los niños) nace o adquiere una discapacidad visual, se puede constituir en un evento que genera tensiones y vicisitudes, dado que los padres o cuidadores experimentan intensos sentimientos de culpa y de tristeza como consecuencia del “diagnóstico” o etiqueta que se le imprimirá al niño en el transcurso de su vida, lo que lleva a replantear su sistema de valores, creencias, costumbres y tradiciones que han tenido inscrito a lo largo del tiempo debido a que no están preparados para afrontar y dar respuestas eficaces a las necesidades de aquel (Cuevas, Salcedo y Díaz, 2019; Ortega, Salguero y Garrido, 2007).

Como consecuencia de este evento, cada familia construye una serie de significados, creencias y conductas para aceptar la discapacidad del menor, lo que trae consigo que se convierta en un micromundo o microsociedad dentro del sistema



social (Cuevas *et al.*, 2019). De hecho, la discapacidad visual en el sistema familiar afecta múltiples aspectos de su desarrollo, incluida la interacción familiar, el funcionamiento y las expectativas que tienen sobre sus propias vidas (Kyzar, Brady, Summers, Haines y Turnbull, 2016), haciendo que se planteen pautas de comportamiento para responder a los desafíos cotidianos que implica tener un familiar con discapacidad (Correa y Bowen, 2016), que en algunos casos pueden facilitar el desarrollo de acciones y estrategias que brindan apoyo para garantizar el progreso individual de ese familiar en diferentes momentos de su vida, aunque en otras familias se pueden generar comportamientos y actitudes de sobreprotección, dependencia y compasión que impiden su pleno desarrollo (Verdugo, Córdoba y Rodríguez, 2020).

En razón de que un niño con discapacidad provoca una reestructuración en la dinámica familiar al inducir un cambio en las relaciones dentro de su estructura (Correa y Bowen, 2016; Kyzar *et al.*, 2016) en cuanto que puede acarrear una sobrecarga emocional y económica por los cuidados prolongados que aquel requiere (la que generalmente es asumida exclusivamente por la madre o por otro miembro del sexo femenino), así como un estrés que puede verse agravado por los sentimientos de dolor y pérdida, según la severidad de la discapacidad y el nivel de necesidad de apoyo y dependencia del niño (Correa y Bowen, 2016), todo lo cual tendrá un efecto negativo en el desarrollo del niño si no es manejado de forma adecuada e integral. No obstante, es imperativo que las familias sean conscientes de sus propias necesidades y de las del menor, de modo que puedan acceder a servicios que les hagan posible afrontar y adecuarse de una manera realista a los desafíos que trae consigo esa discapacidad y establecer roles plenamente delimitados para favorecer, como fin último, al niño (Ortega *et al.*, 2007).

A pesar de ello, muchas familias siguen manteniendo concepciones medicalizadas de la discapacidad, ya que al momento de solicitar servicios y atención tanto de sus necesidades individuales y familiares como las de su familiar con discapacidad visual, se encuentra con profesionales que denotan un actuar negativo y tradicional centrado en descubrir la “patología a curar” dentro de una

dinámica de poder, en la que el profesional es el experto y la familia es un mero receptor pasivo de sus indicaciones y planes de trabajo, que no valora siquiera las características y necesidades de todos los miembros de la misma, ni mucho menos las habilidades y potencialidades necesarias que poseen para priorizar su participación en la toma de decisiones acerca de los servicios que reciben y de los aspectos más trascendentales de sus vida y del pariente con discapacidad visual (Peralta y Arellano, 2010). Así, la familia también se ve conducida a tener la visión restringida de concebir la discapacidad como un acontecimiento negativo y que requiere ser curado o tratado por un profesional (Peralta y Arellano, 2010), por lo que centra sus esfuerzos en paliar o adaptar las condiciones de vida del niño a una realidad que en muchas ocasiones, por desconocimiento, se emplean acciones, palabras y actitudes hirientes y discriminatorias que pueden hacer bastante daño a la familia y a la persona ubicada en esa categoría (Fresnillo, 2014), por lo que se hace ineludible hablar de esas familias y de las necesidades e interacciones que sostienen sus integrantes con la familia extensa y con su comunidad, como estrategia de apoyo para favorecer la inclusión de esos niños en los diferentes contextos (Verdugo *et al.*, 2020), sobre todo considerando que las familias desempeñan un papel esencial en el desarrollo integral del niño, dado que son la base de la socialización de las dinámicas culturales y sociales presentes en la sociedad, pues mediante las interacciones y la comunicación que sostienen con otras personas construyen continuamente sus significados y creencias en forma de narrativas e historias que dan sentido al mundo y al lugar que ocupan dentro de él (Ortega *et al.*, 2007), así como el rol que deben cumplir en una comunidad, para lo cual el niño o el familiar con discapacidad visual viene a ser un agente de unión y vínculo entre los demás miembros de la familia para que puedan alcanzar juntos y confrontar las demandas que exige esa “condición” (Sánchez, 2014) y lograr que el niño sea autónomo e independiente.

Precisamente, en el proceso de inicio de socialización del niño o del familiar con discapacidad visual es la familia el núcleo primario que facilita esta acción, pues desde el nacimiento de aquel co-



mienza a recibir la influencia educativa de cada uno de sus miembros (Sánchez, 2014); por ello, la realidad social de tales agentes está cimentada en la escuela y en la comunidad en general, los que se constituyen en ambientes facilitadores u obstaculizadores del proceso de inclusión que experimenta el menor durante las diversas transiciones que recorre a lo largo de los diferentes momentos de su vida, toda vez que los actores sociales y educativos desempeñan un rol esencial al instaurarse como una red de apoyo al servicio de la familia a través de una colaboración estrecha entre ellos (Correa y Bowen, 2016) para reconocer e identificar los recursos y servicios que requieren, de manera que aquellos puedan participar y, a su vez, sentirse identificados e incluidos en el proceso de negociación y significación del sistema de normas, creencias y hábitos presentes en contextos específicos.

Por otra parte, en la dimensión laboral las políticas compensatorias o de discriminación positiva fueron aplicadas para que los individuos con discapacidad visual lograran una inserción social y laboral que garantizara una mayor participación y un ejercicio pleno de su ciudadanía; sin embargo, la bibliografía señala enfáticamente las dificultades que las personas con discapacidad experimentan, ya que no solo la sociedad sino las entidades que la conforman les impiden desenvolverse o participar de manera productiva en la comunidad, porque se piensa en la discapacidad como una “deficiencia” que no les hace posible desarrollarse oportuna y adecuadamente en las tareas laborales y los oficios como cualquier persona (Godachevich, Iglesias y Chávez, 2005).

De hecho, según el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLPCD), elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017), 31% (410,565) de la población con discapacidad está “incapacitada” para trabajar y carece de pensión; 17% (232,908) realiza trabajos en el hogar, y 12% (162,498) se encontraban laborando al momento de registrar la discapacidad.

Bajo este panorama, dicho ministerio ha venido adelantando procesos para la inclusión de esas personas en el ámbito laboral a través de la Ley 361 (1997), la Ley 789 (2002) en su artículo 13, y la Ley

14 (1990), por medio de las cuales hacen referencia a la inserción laboral de este grupo poblacional. Dicho proceso se está desarrollando para que las entidades empresariales y la población en general conozcan y brinden la protección necesaria para estas personas en el campo laboral. De igual manera, para inducir estos procesos se emplean instrumentos y guías como cartillas sobre discapacidad e integración laboral y un directorio de servicios de habilitación y rehabilitación e integración laboral, entre otros, para así “ayudar” (como un acto caritativo) al desenvolvimiento de las personas en esta área, consolidando así un modelo sociolaboral para las personas con discapacidad en el país (14 de Salud y Protección Social, s.f.).

De este modo, las alianzas con entidades y organizaciones adscritas al Ministerio de Trabajo, de Educación y Salud y la Protección Social de Colombia acompañan y fortalecen el trabajo de las personas con discapacidad visual; por ejemplo, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) contribuye al crecimiento y fortalecimiento de las personas con discapacidad visual en el tejido empresarial al favorecer procesos de enseñanza para el trabajo y el desarrollo humano (conocido internacionalmente como educación no formal) que faciliten la creación de empresas a partir de la asociación entre estos estudiantes, sus instructores, profesionales recién graduados y la entidad, a través de la entrega de recursos financieros (capital “semilla”) (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). También, el INCI planea y ejecuta políticas para la inclusión de toda la población con “limitación visual” en los ámbitos educativo, laboral y social de acuerdo con el Decreto 1006 de 2004.

Aunque este panorama es muy prometedor, muchas personas con discapacidad visual se encuentran relegadas a su hogar, con escasas o ningunas oportunidades de inclusión laboral, en donde cuentan solamente con el apoyo de los miembros de su familia, que en la mayoría de los casos es la madre. Otros, una vez terminada la escolarización, han podido continuar su proceso de formación para el trabajo y el desarrollo humano, e incluso han podido emprender estudios universitarios, aunque al culminar este proceso formativo no tienen la posibilidad de ser empleados por al-

guna organización debido a la perspectiva medicalizada y prejuiciada de la discapacidad, que las concibe como una carga y un problema que puede comprometer el desempeño laboral de los demás empleados, impidiendo así que puedan realizar la transposición o aplicación de los aprendizajes adquiridos a contextos reales de su vida escolar, familiar y comunitaria (Restrepo, 2012).

Por consiguiente, es necesario reflexionar sobre las reiteradas exclusiones que se presentan en el ámbito laboral para tales personas, ya que las investigaciones de Castillo, Escobar, Giraldo y Manrique (2015) y de Gómez (2017) indican que las organizaciones o empresas se ven plenamente beneficiadas con el rendimiento laboral de este grupo poblacional, en tanto que son personas responsables, dispuestas y receptivas al cambio, que se adaptan de forma rápida a su cargo, y que por ende facilitan un óptimo rendimiento laboral necesario para garantizar su plena vinculación laboral, lo que llega muchas veces a sobrepasar las expectativas y creencias que tienen los empresarios sobre este colectivo; por consiguiente, no solo es necesario propiciar que tengan los apoyos técnicos y se hagan los ajustes razonables para que estas personas puedan ejercer su tarea en igualdad de condiciones con los demás, sino también se debe generar un cambio en la cultura organizacional y en general para favorecer procesos de innovación inclusiva que faciliten la formación, selección, contratación y empleo de estas personas en distintas áreas y campos de formación que contribuyan a su plena inclusión en el mercado laboral.

Los avances expuestos sobre las estrategias de inclusión social a través de los sistemas sociales como la escuela, la familia y el entorno laboral legitiman el hecho de que la discapacidad visual crea esa *pared de cristal*, término empleado por los presentes autores para exponer cómo es que la propia cultura, el Estado y otros crean barreras ocultas tras un discurso “inclusivo”; es decir, el énfasis puesto en las limitaciones y la obligación de “ayudar” aumentan las posibilidades de que las personas con discapacidad sigan experimentando escasa adaptabilidad; de ahí que la discusión sobre la discapacidad no debe seguir centrándose sobre las estrechas fronteras entre la exclusión y la inclusión, sino sobre:

... los procesos sociales, históricos, económicos y culturales que regulan y controlan la forma acerca de cómo son pensados los cuerpos y las mentes de los otros. Para decirlo más sencillamente, la deficiencia no es una cuestión biológica sino una retórica social, histórica y cultural. La deficiencia no es un problema de los deficientes o de sus familias o de los especialistas. Es un problema relacionado con la propia ética de la normalidad (Skliar, 2000, pp. 3-4).

Por lo tanto, la reflexión debe girar alrededor de la responsabilidad ética con los otros, con esos otros seres humanos con experiencias invisibilizadas por un diagnóstico, por una etiqueta que los convierte en “un objeto” de estudio, legitimando así prácticas medicalizadas que se disfrazan de discurso de derechos humanos en el que los sujetos son infantilizados y naturalizados por su déficit, por ideas asociadas a lo incompleto, a lo que “no está”.

### Cuestiones para avanzar en inclusión social

Es urgente seguir revisando de forma crítica los conceptos de “discapacidad” que emergen de instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y que buscan generar acciones para garantizar la inclusión. Por ejemplo, la terminología de la OMS, de la ONU o las normas y políticas colombianas, entre otras, si bien buscan neutralizar la medicalización excesiva sobre la discapacidad, siguen sustentando significados que mantienen barreras en los imaginarios, creencias y actitudes de las personas, como si la discapacidad fuera naturalmente incapacitante.

El no superar esta lógica posiblemente impida que Colombia y otros países continúen identificando y denunciando las múltiples barreras que obstaculizan el camino hacia la inclusión como piedras indestructibles, o como la *pared de cristal* que nadie parece ver en virtud de los automatismos que se manifiestan tras la absorción pasiva de términos que históricamente han cultivado la visión de la discapacidad como una enfermedad.

Reconocer esta pared de cristal sería un paso necesario para vivenciar realmente la inclusión social, y que ya no se trate solo de utilizar un discurso políticamente correcto que se repite e invisibi-

liza experiencias de exclusión y discriminación. De acuerdo con Skliar (2000), la medicalización ha permeado sutilmente las disciplinas del conocimiento a través de discursos cientificistas excesivos que se orientan a rehabilitar o tratar un cuerpo “deficiente”, pero:

[...] existe ante todo, una medicalización de la vida cotidiana, de la pedagogía, de la escolarización, de la sexualidad. En otras palabras: la medicalización debe ser entendida como una ideología dominante. Como tal, creó un sentido común, normas y valores, estereotipos fundacionales y complicidades dentro y fuera de su campo específico. Una de las tareas fue la de encapsular a la pedagogía, obsesionándola con la corrección y, en estas últimas décadas, aven-

turando la solución final de las deficiencias. La alianza de la medicalización con la caridad y beneficencia también constituye un proceso complejo y multifacético. Se trata de la legitimidad moral con que la actividad misionaria y el auxilio caritativo son aceptados como respuestas válidas en la educación especial con el objetivo de humanizar a los sujetos (p. 5-6).

De ahí que en las relaciones de nosotros con los demás deben reconocer la experiencia del otro, esto es, humanizar al otro, tener responsabilidad ética con el otro, impedir que sea un diagnóstico el que someta las relaciones a discursos medicalizados o de “aceptación” a regañadientes del otro, un “extraño” envuelto en el discurso de los derechos.

*Citación:* Lombo G., J.A., Duque R., C.A. y Enciso L., J.E. (2022). Pared de cristal: reflexiones sobre la discapacidad visual en el contexto colombiano. *Psicología y Salud*, 32(2), 239-255. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2745>.

## REFERENCIAS

- Abberley, P. (1998). Trabajo, utopía e insuficiencia. En L. Barton (Comp.): *Discapacidad y sociedad* (pp.77-96). Madrid: Ediciones Morata.
- Aguado D., A.L. (2005). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Fundación Once.
- Bianchi, S. (2009). *Historia social del mundo occidental: del feudalismo a la sociedad contemporánea*. Quilmes (Argentina): Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Bonet, J.P. (1620/2002). *Reducción de las letras y el arte de enseñar a hablar a los mudos*. Madrid: Biblioteca Nacional.
- Bourdieu, P. (1998). Espacio social y espacio simbólico. Introducción a una lectura japonesa de la distinción. En P. Bourdieu / Ed.): *Capital cultural, escuela y espacio social* (pp. 11-203). México: Siglo XXI.
- Bozhovich, L.I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bruner, J.S. (1997). *Educación, puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Bueno M., M. (1991). *Discapacidad visual, baja visión y ceguera*. Santiago de Chile: Dialnet.
- Caballo E., C. y Verdugo A., M.Á. (2005). *Habilidades sociales: programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos.
- Cabero J., R. y Rizzo A., P. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 37-47.
- Cáceres R., C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Revista Electrónica de Audiología*, 2(3), 74-77.
- Castillo, G., Escobar G., P., Giraldo S., A. y Manrique M., P. (2015). *Inclusión laboral en personas con discapacidad visual*. Tesis de pregrad. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia. Recuperado de <http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00002476.pdf>.
- Cebrián de M., M.D. (2003). *Glosario de discapacidad visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Congreso Nacional de Colombia (1990). *Ley 14 por la cual se establece la distinción “Reservista de Honor”, se crea el escalafón correspondiente y se dictan otras disposiciones*. 15 de enero. Bogotá: Autor. D.O. No. 39.143. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0014\\_1990.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0014_1990.htm).
- Congreso Nacional de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia* (2da. ed.). Bogotá: Legis.
- Congreso Nacional de Colombia (1994). *Ley 115 por la cual se expide la Ley General de Educación*. 8 de febrero. Bogotá: Autor. D.O. No. 41.214. Recuperado de [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf).

- Congreso Nacional de Colombia (1996). *Ley 324 por el cual se crean algunas normas a favor de la población sorda*. 11 de octubre. Bogotá: Autor. D.O. No. 42.899. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0324\\_1996.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0324_1996.htm).
- Congreso Nacional de Colombia (1997). *Ley 361 por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones*. 7 de febrero. Bogotá: Autor. D.O. No. 42.978. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0361\\_1997.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html).
- Congreso Nacional de Colombia (2002). *Ley 789 por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo*. 27 de diciembre. Bogotá: Autor. D.O. No. 45.046. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0789\\_2002.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0789_2002.htm).
- Congreso Nacional de Colombia (2007). *Ley 1145 por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones*. 10 de julio. Bogotá: Autor. D.O. No. 46.685. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007\\_ley1145\\_col.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_ley1145_col.pdf).
- Congreso Nacional de Colombia (2009). *Ley 1346 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006*. 31 de julio. Bogotá: Autor. D.O. No. 47.427. Recuperado de <https://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/ley-1346-de-2009.aspx#:~:text=Convienen%20en%20lo%20siguiente%3A%20ART%3%8DCULO,respeto%20de%20su%20dignidad%20inherente>.
- Congreso Nacional de Colombia (2013). *Ley 1618 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. 27 de marzo. D.O. No. 48.717. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>.
- Congreso Nacional de Colombia (2013). *Ley 1680 por la cual se garantiza a las personas ciegas y con baja visión el acceso a la información, a las comunicaciones, al conocimiento y a las tecnologías de la información y de las comunicaciones*. 20 de noviembre. Bogotá: Autor. Recuperado de [https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY\\_1680\\_DE\\_2013.pdf](https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY_1680_DE_2013.pdf).
- Correa T., S.M. y Bowen, S.K. (2016). Recognizing the needs of families of children and youth who are deafblind. *American Annals of the Deaf*, 161 (4), 454-461.
- Corte Constitucional de Colombia (2016). *Sentencia T-523/16*. 21 de septiembre. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-523-16.htm>.
- Cuevas M., M., Salcedo, R. y Díaz, F. (2019). Discapacidad y familia en contextos multiculturales. Un estudio sobre la realidad en la ciudad autónoma de Ceuta. *Revista de Pedagogía Social*, 33, 111-126.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). *Funcionamiento humano. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda*. Bogotá: DANE. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-funcionamiento-humano.pdf>.
- Dubrovsky, S. y Lanza, C. (2019). Prácticas inclusivas en el nivel secundario. La experiencia desde la perspectiva de un estudiante con discapacidad. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 8(14), 31-55.
- Duque C., B.E. (2019). *La relación entre discapacidad visual e inclusión educativa: las brechas entre lo normativo y lo sociocultural*. Tesis de grado. Pereira (Colombia): Universidad Católica de Pereira. Recuperado de <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5792/1/DDEPDH70.pdf>.
- Escrivá V., M., García P., S. y Navarro M., D F. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-232.
- Ferreira M., A. y Rodríguez C., M.J. (2006). Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1), 243-249.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Routledge.
- Freire, P. y Macedo, D. (1987). *Literacy: Reading the word and reading the world*. Bel Air, CA: Bergin & Garvey.
- Fresnillo P., M.F. (2014). Desde la familia, la discapacidad se mira con otros ojos. *Educación y Futuro Digital*, 9, 60-73.
- García, C. y Sarabia, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73, 29-42.
- Godachevich, M., Iglesias, R. y Chávez, Y. (2005). *Capacitación e inserción laboral de las personas con discapacidad visual*. Buenos Aires: Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Amblíopes. Recuperado de [http://www.foal.es/sites/default/files/docs/44\\_capacitaci%26%23243%3Bn\\_e\\_inserci%26%23243%3Bn\\_laboral\\_0.pdf](http://www.foal.es/sites/default/files/docs/44_capacitaci%26%23243%3Bn_e_inserci%26%23243%3Bn_laboral_0.pdf).
- Gómez M., R. (2017). *Inclusión laboral de docentes con discapacidad visual en el campo educativo*. Tesis de Maestría. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional de Colombia. Recuperado de <http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/7812/to21373.pdf>.
- Hernández, E. (1999). *Desarrollo histórico de la discapacidad: evolución y tratamiento*. Recuperado de [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_disc\\_UT1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/cad_guia_disc_UT1.pdf).
- Hughes, B. y Paterson, K. (2008). El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento. En L. Barton (Ed.): *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 107-123). Madrid: Morata.



- Instituto Nacional para Ciegos (2018). *Biblioteca virtual para ciegos de Colombia*. Bogotá: INCI. Recuperado de <http://www.inci.gov.co/biblioteca/>.
- Instituto Nacional para Ciegos (2020). *Glosario*. Bogotá: INCI. Recuperado de <http://inci.gov.co/transparencia/25-glosario>.
- Kyzar, K.B., Brady, S.E., Summers, J.A., Haines, S.J. y Turnbull, A.P. (2016). Services and supports, partnership, and family quality of life: focus on deaf-blindness. *Exceptional Children*, 83(1), 1-15.
- Labregere, A. (1981). *Les personnes handicapées*. Paris: La Documentation Française.
- Manzaneda, F. y Mendoza, F. (2003). Accesibilidad a la comunicación para personas ciegas. Porque todos tenemos derecho al acceso a la información con igualdad de oportunidades. *Memorias del 2º Congreso Internacional de Bibliotecología, Documentación y Archivística*. La Paz (Bolivia), 3-5 de septiembre. Recuperado de [https://sid.usal.es/docs/F8/FDO24681/accesibilidad\\_comunicacion\\_ciegas.pdf](https://sid.usal.es/docs/F8/FDO24681/accesibilidad_comunicacion_ciegas.pdf).
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2017). *Decreto 1421 por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad*. 29 de agosto. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201421%20DEL%2029%20DE%20AGOSTO%20DE%202017.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (s.f.). *Procesos de inclusión laboral en la política pública de discapacidad en Colombia*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/riesgosProfesionales/Documents/Procesos%20de%20Inclusi%C3%B3n%20Laboral%20Discapacidad.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). *Sala situacional de las personas con discapacidad (PCD)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). *Resolución 113 del 31 de enero de 2020 por lo cual se dictan las disposiciones en la relación con la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad*. Bogotá: Autor. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf).
- Molina, S. y Christou, M. (2009). Inclusión educativa y pedagogía crítica. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 10(3), 31-55.
- Mon, F. (1998). Algunas definiciones en torno al concepto de discapacidad visual. *El Cisne*. Recuperado de [https://issuu.com/scasillasma/docs/fm\\_alg\\_definiciones\\_dvisual](https://issuu.com/scasillasma/docs/fm_alg_definiciones_dvisual).
- Monereo, C. (1985). Un análisis crítico de los conceptos vinculados a la integración escolar. *Siglo Cero*, 101, 26-46.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Nueva York: ONU. Recuperado de <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://icd.who.int/es>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Ceguera y discapacidad visual*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
- Ortega, P., Salguero, A. y Garrido G., A. (2007). Discapacidad: Paternidad y cambios familiares. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(1), 118-125.
- Oviedo M., P., Arias S., A. y Hernández, A. (2019). Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública. *Salud. Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(3), 252-261.
- Peña, D. y Fuenmayor, A. (2010). Accesibilidad a las tecnologías de información y comunicación para los discapacitados visuales. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 11(3), 143-155.
- Peralta L., F. y Arellano T., A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórica-aplicada del enfoque centrado en la familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 1339-1362.
- Pérez, G. (2015). El arte en la educación especial. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5746/574661396008.pdf>.
- Presidencia de la República de Colombia (2004). *Decreto 1006 por el cual se modifica la estructura del Instituto Nacional para Ciegos, INCI, y se dictan otras disposiciones*. 1 de abril. Bogotá: Autor. D.O. No. 45.509. Recuperado de [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85950\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85950_archivo_pdf.pdf).
- Restrepo, I. (2012). Opciones y apoyos para la Transición a la vida adulta de jóvenes con discapacidad intelectual (OAT): Construyendo camino hacia el desarrollo desde una nueva mirada. *Memorias de las VIII Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Discapacidad*. Salamanca, España. Recuperado de <https://inico.usal.es/cdjornadas2012/inico/docs/665.pdf>.



- Rodríguez D., S. y Ferreira M., A. (2010). Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 289-309.
- Romañach, J. y Palacios. A. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 37-47.
- Sánchez E., P. (2014). Discapacidad, familia y logro escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 40(2), 1-10.
- Scheerenberger, R.C. (1984). *History of mental retardation*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. New Delhi: Oxford University Press.
- Skliar, C. (2000). Discursos y prácticas sobre la deficiencia y la normalidad. Las exclusiones del lenguaje, del cuerpo y de la mente. En P. Gentili y Bouças C., C. M. (Coords.): *Códigos para la ciudadanía. La formación ética como práctica de la libertad* (pp.109-122). Buenos Aires: Santillana.
- Soto, S. (2013). La integración social de los discapacitados. Análisis de la normatividad internacional en materia de discapacidad desde la perspectiva colombiana. *Justicia Juris*, 9(2), 20-31.
- Valencia, L.A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos*. s/L: Ed. de Autor. Recuperado de <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>.
- Vela R., J.A. (2016). *Alumnado con diversidad funcional por limitación de la movilidad: análisis, elaboración, adaptación e implementación de recursos educativos para la inclusión*. Tesis doctoral. Huelva (España): Universidad de Huelva. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/12421>.
- Verdugo, M.Á. (2004). De la segregación a la inclusión escolar. En s/a.: *Educación para la vida* (pp. 9-18). Santander (España): Fundación Iberoamericana Down 21. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Miguel\\_Verdugo/publication/242072496\\_DE\\_LA\\_SEGREGACION\\_A\\_LA\\_INCLUSION\\_ESCOLAR/links/5832e23408ae138f1c0a6e11/DE-LA-SEGREGACION-A-LA-INCLUSION-ESCOLAR.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Verdugo/publication/242072496_DE_LA_SEGREGACION_A_LA_INCLUSION_ESCOLAR/links/5832e23408ae138f1c0a6e11/DE-LA-SEGREGACION-A-LA-INCLUSION-ESCOLAR.pdf).
- Verdugo, M.Á., Córdoba, L. y Rodríguez, A. (2020). Calidad de vida en familias de personas con discapacidad. *Pensando Psicología*, 16(1), 1-23. Doi: 10.16925/2382-3984.2020.01.01.
- Vygotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Vygotsky, L.S. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Madrid: Paidós.



# Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo

## *Cognitive-behavioral and informative intervention to reduce anxiety before hysterectomy in Mexican women: A comparative study*

María Berenice Bernal Contreras<sup>1</sup>, Ana Leticia Becerra Gálvez<sup>2</sup>,  
Isaías Vicente Lugo González<sup>1</sup> y Minerva Beatriz Ixtla Pérez<sup>3</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1,2</sup>  
Hospital de la Mujer de la Ciudad de México<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Ana Leticia Becerra Gálvez, [bega@comunidad.unam.mx](mailto:bega@comunidad.unam.mx).

### RESUMEN

La histerectomía puede provocar reacciones de miedo, preocupación y ansiedad, lo que causa un efecto negativo en el proceso hospitalario y genera complicaciones tras la cirugía. Ante tales efectos, se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas para que las mujeres que se someten a dicho procedimiento adquieran un mejor control pre y postoperatorio. Cabe mencionar que algunas de estas intervenciones pueden guiarse bajo las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, así como en las tradicionales basadas en la información. El objetivo de la presente investigación fue comparar el efecto de un programa cognitivo-conductual y de una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad previos a la histerectomía en un grupo de mujeres de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Participaron 24 mujeres: 12 en el grupo experimental (GE) y 12 en el grupo comparativo (GC), con una edad media 46.25 años. Los resultados mostraron un decremento en los niveles de ansiedad previos a la cirugía en el GE, con un nivel de ansiedad en la norma, en tanto que en el GC ese nivel resultó por encima. Ambas formas de intervención generaron efectos positivos en la disminución de ansiedad previos a la cirugía, con un tamaño del efecto grande en el GE y moderado en el GC, por lo que es posible concluir que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) posee una mayor eficacia sobre la disminución de la ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados.

**Palabras clave:** Histerectomía; Ansiedad; Intervención psicológica; Técnicas cognitivo-conductuales; Técnicas informativas.

### ABSTRACT

Background. *Hysterectomy causes fear, worry, and anxiety, resulting in a negative effect on the hospital care process and complications after surgery. Different psychological interventions have been developed for these effects, exploring if those women who undergo this procedure have better*

<sup>1</sup> Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios s/n, 54090 Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México, correo electrónico: [isaiaslugo@iztacala.unam.mx](mailto:isaiaslugo@iztacala.unam.mx).

<sup>2</sup> Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao y Av. Exploradores, Ejército de Oriente 66, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, correo electrónico: [bega@comunidad.unam.mx](mailto:bega@comunidad.unam.mx).

<sup>3</sup> Departamento de Psicología, Salvador Díaz Mirón 374, Santo Tomás, Miguel Hidalgo, 11340 Ciudad de México, México, correo electrónico: [mineip@hotmail.com](mailto:mineip@hotmail.com).



*pre and post-operative control. Some interventions may resort to the techniques of cognitive-behavioral therapy or traditional interventions based on information. Objective. The present study aimed at assessing the effect of a cognitive-behavioral program, compared to an informative intervention on anxiety levels prior to hysterectomy in a group of women from a tertiary care hospital in Mexico City. Method. Twenty-four women participated: 12 in the experimental group (EG), and 12 in the comparative group (CG), with a mean age of 46.25 years. Results. The main findings revealed lower anxiety levels before surgery in the EG group, with an anxiety level in the norm and above the norm in CG participants. Both interventions showed positive effects in reducing anxiety before surgery, with a more noticeable impact in the EG group and moderate in the CG. Discussion. We conclude that cognitive-behavioral therapy is more effective than providing only information in reducing anxiety in this type of hospitalized surgical patients.*

**Key words:** Hysterectomy; Anxiety; Psychological intervention; Cognitive-behavioral techniques; Informational techniques.

Recibido: 21/01/2021

Aceptado: 16 /03/2021

## INTRODUCCIÓN

La histerectomía es en todo el mundo una de las cirugías ginecológicas más comunes en la población femenina (Hammer *et al.*, 2015). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015) señala que la histerectomía es una intervención quirúrgica en la que se extirpa el útero y que puede ser subtotal, supracervical y parcial; subtotal, en la que solo se extrae la parte superior del útero conservando en cuello uterino; total, en que se extirpan el útero, el cérvix y el cuello uterino, y radical, en la que, además del útero y el cuello uterino, también se extraen los ovarios y las trompas de Falopio. De acuerdo con Ramdhan, Loukas y Tubbs (2017), las modalidades más frecuentes para la realización de la histerectomía son las vías abdominal, vaginal o laparoscópica, en la que en esta última el útero se extrae con ayuda del

laparoscopia. Las principales anomalías por las cuales se efectúa una histerectomía son el sangrado uterino disfuncional, la miomatosis uterina, la endometriosis, el dolor pélvico y el prolapso uterino (Orane, 2016; Palma, 2013).

La histerectomía puede provocar en las pacientes diversas reacciones psicológicas, las cuales pueden ser más graves si no se tienen las habilidades suficientes para afrontar dicha situación. Autores como Montgomery *et al.* (2003) y Ayyadhah (2014) sugieren que experimentar un evento quirúrgico supone la ocurrencia no solo de alteraciones del estado de ánimo, como miedo, ansiedad o incomodidad, sino que también suele provocar pensamientos anticipatorios respecto a lo que podría ocurrir durante el procedimiento, como por ejemplo el temor a los efectos y consecuencias de la anestesia, a las secuelas físicas de la cirugía (dolor e infecciones) y evidentemente a la muerte. Jarmoszewicz, Nowicka-Sauer, Zemła y Beta (2020) apuntan que la ansiedad previa a la cirugía se relaciona con variables como la duración del periodo prehospitalario, la presencia previa de síntomas depresivos, la percepción negativa de la enfermedad y la gran necesidad de datos sobre la intervención. En relación con este último punto, afirman que los déficits de carácter informativo (no contar con detalles relevantes del procedimiento, beneficios y posibles consecuencias) podrían generar respuestas emocionales adversas horas antes de la cirugía, así como complicaciones en los cuidados médicos posteriores al acto quirúrgico (Álvarez, 2014; Carr, Brockbank, Allen y Strike, 2006; Miller *et al.*, 2014; Wongkietkachorn, Wongkietkachorn y Rhunsiri, 2018; Yaman, Gok y Sevcan, 2019). En esa misma línea, Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo y Borráz (2017) indican que tras un proceso quirúrgico se desencadenará un estado de ansiedad que involucra reacciones cognitivas y físicas, las cuales se han relacionado con una mayor necesidad de consumir analgésicos y requerir estancias hospitalarias más prolongadas, lo que repercute a la postre en la recuperación de la paciente y en los costos de la institución médica.

En el caso específico de las mujeres que se someten a una histerectomía, pueden también surgir alteraciones de la imagen corporal, no solo por la cicatriz resultante del procedimiento, sino por lo que puede simbolizar perder el útero, así como por el efecto de las numerosas interrogantes acerca de la función sexual y de la calidad de vida, las cuales pueden verse influidas directamente por cuestiones socioculturales (Erdoğan, Demir, Belkıs, Çalışkan y Gülsüm, 2019; Ergen, Kemal, Kılıççı, Abide y Ayas, 2019; Radosa *et al.*, 2014; Tatrow y Montgomery, 2006). Es por lo anterior que se vuelve significativo el trabajo psicológico con pacientes que estén por realizarse cualquier tipo de intervención quirúrgica y no solamente una histerectomía, pero sí particularmente aquellos que sufren ansiedad, pues se pretende que estén más informados acerca de esa cirugía, así como promover en ellos un estado de mayor tranquilidad, tanto previa como posteriormente a la misma (Devine, 1992; Deza, 2013; Gillies y Baldwin, 2001).

Ayyadhah (2014) y Cázares, Vinaccia, Quiceno y Montoya (2016) señalan que para lograr que el paciente quirúrgico se encuentre en un estado de tranquilidad antes de ingresar a la cirugía, y que en su recuperación no padezca complicaciones, se han puesto en práctica intervenciones psicológicas que han utilizado, con una considerable eficacia, los procedimientos de carácter educativo y los que se desprenden de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), entre los que predominan la psicoeducación, la relajación y las autoinstrucciones. La TCC ha dado muestra de su eficacia en pacientes que experimentan ansiedad prequirúrgica, y ha mostrado asimismo efectos positivos en la disminución de esta variable, en comparación con las técnicas informativas (Becerra, Reynoso, García y Ramírez, 2016; Beresnevaité *et al.*, 2016; Carapia, Mejía, Nacif y Hernández, 2011; Tatrow y Montgomery, 2006).

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo comparar los efectos de una intervención cognitivo conductual y de una intervención infor-

mativa sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica en mujeres sometidas a histerectomía.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 24 mujeres voluntarias con las siguientes características: ser mayores de edad, alfabetas y que se sometieran a una histerectomía en cualquiera de sus modalidades. Se excluyeron los casos que no cumplieran esas condiciones, y además aquellos en que las mujeres se encontraran en atención psicológica por parte del servicio de salud mental del hospital o que fuesen candidatas a histerectomía por razones oncológicas. Conformadas las muestras, se eliminaron a aquellas participantes que no culminaran la intervención en cualquiera de sus dos modalidades (por ejemplo, por alta voluntaria, por negarse a continuar con el entrenamiento o por la suspensión o el aplazamiento del evento quirúrgico, entre otras).

Las mujeres participantes se dividieron en dos grupos: Grupo Experimental (GE) y Grupo de Comparación (GC), cada uno con doce integrantes con una edad media de 46.25 años (D.E. = 8.63), las cuales serían sometidas a histerectomía en el área de ginecología del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México. Las características sociodemográficas y las variables relacionadas con la condición médica de las participantes de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Dos participantes en ambos grupos reportaron no haberse sometido a procedimientos quirúrgicos previos a la histerectomía. En el caso del GE, 50% de ellas refirieron haber tenido ya experiencias quirúrgicas, al igual que 53 % de las participantes del GC. Solo cuatro mujeres del GE (33.3%) dijeron haberse sometido a más de una cirugía, al igual que 25% de las del GC. En cuanto al tiempo transcurrido entre la última cirugía y la histerectomía, el promedio en años fue de 11.3 en el GE y de 9.8 años en el GC.



**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y relacionadas a la condición médica de las participantes en ambos grupos.

	Grupo experimental		Grupo control	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Edad</b>				
36-50	10	83.3	10	83.3
61-65	1	8.3	2	16.6
Más de 65	1	8.3	–	–
<b>Estado civil</b>				
Soltera	3	25.0	3	25.0
Unión libre	3	25.0	4	33.3
Casada	3	25.0	5	41.6
Separada	2	16.6	–	–
Viuda	1	8.3	–	–
<b>Número de hijos</b>				
Sin hijos	1	8.3	1	8.3
1-3	10	83.3	9	75.0
4-6	–	–	2	16.6
> 6	1	8.3	–	–
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	4	33.3	4	33.3
Secundaria	2	16.6	6	50.0
Preparatoria o equivalente	5	41.6	2	16.6
Licenciatura	1	8.3	–	–
<b>Ocupación</b>				
Comerciante	1	8.3	–	–
Hogar	6	50.0	9	75.0
Empleada general	4	33.3	3	25.0
Desempleada	1	8.3	–	–
<b>Religión</b>				
Católica	7	58.3	10	83.3
Cristiana	5	41.6	2	16.6
<b>Diagnóstico médico</b>				
Miomatosis uterina	9	75.0	11	91.6
Adenomiosis-SUD	1	8.3	–	–
Endometriosis	1	8.3	1	8.3
Prolapso uterino	1	8.3	–	–
<b>Tipo de histerectomía</b>				
Histerectomía total abdominal (HTA)	10	83.3	11	91.6
Histerectomía total vaginal (HTV)	1	8.3	–	–
Histerectomía total laparoscópica (HTL)	1	8.3	1	8.3

*Nota.* El símbolo – indica la ausencia de la respuesta en el grupo.

## Diseño

El citado estudio fue experimental, prospectivo y comparativo (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 2001). Se empleó un diseño cuasiexperimental de dos grupos con evaluaciones previa y posterior a la intervención en virtud de la asignación no aleatoria de las participantes a los grupos (Kerlinger y Lee, 2001).

## Instrumentos

### *Cuestionario de datos sociodemográficos y relacionados a la cirugía.*

Instrumento elaborado *ex profeso* con el que se indagaron los datos sociodemográficos, los conocimientos relacionados con el procedimiento y las situaciones ansiógenas asociadas a la cirugía.

### *Escala Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).*

Se aplicó la versión en español de este instrumento, que consta de 20 afirmaciones y posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89. La escala permite conocer el nivel de ansiedad transitoria del organismo ante una amenaza percibida y utiliza una modalidad de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que van de “no en absoluto” (1) a “mucho” (4). Para obtener el puntaje de la escala se clasifica la ansiedad en niveles descritos como puntuaciones *t* normalizada: por debajo de la norma,  $\leq 25$  puntos; norma baja, 26 a 30 puntos; en la norma, 36 a 64 puntos; norma alta, 65 a 74 puntos, y por encima de la norma, 75 a 100 puntos.

## Materiales

### *Manual de consulta y apoyo psicológico*

Material educativo impreso constituido por tres elementos: un conjunto de información e imágenes referentes a la histerectomía, como tipos y formas de realizarse; una descripción de las técnicas psicológicas para la intervención, e información acerca de los procedimientos hospitalarios antes de ingresar al hospital, durante la estancia y a la salida del mismo.

## Infografías

Una infografía es una colección de imágenes, gráficos y texto simple (minimalista) que resume un tema para que se pueda entender fácilmente. Una, titulada “Apoyo psicológico ante una cirugía”, se utilizó para explicar el objetivo de la investigación y los beneficios de prepararse mediante la intervención antes de la cirugía, y otra, “Histerectomía”, fue empleada para explicar gráficamente el tipo y la forma en que se efectuaría este procedimiento.

Cabe mencionar que la información plasmada en el manual y en las infografías se ajustó a las necesidades de las pacientes y que fue revisada por especialistas en ginecología que atendían a este tipo de población en el Hospital de la Mujer, así como por profesores de la carrera de Psicología y de la Residencia en Medicina Conductual de la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## Procedimiento

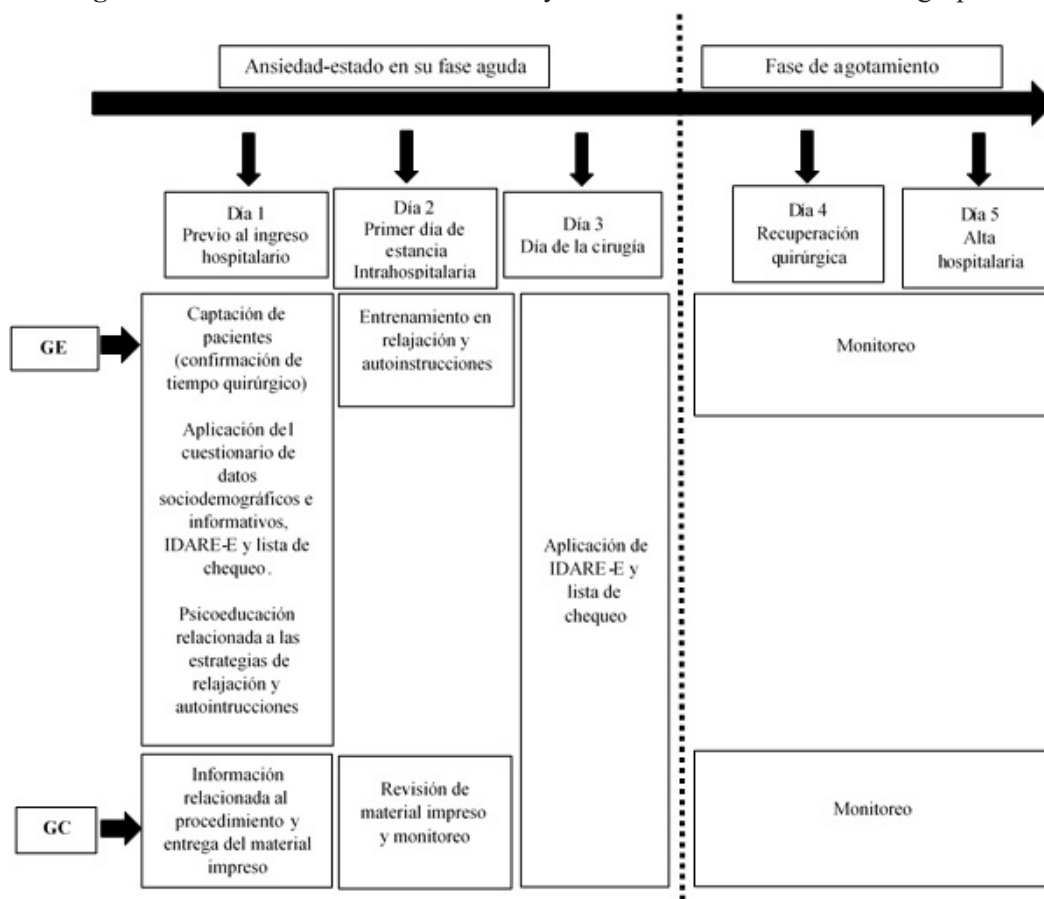
Una vez que el proyecto fue evaluado y aceptado por el Comité de Investigación del Hospital de la Mujer, con número de registro HM-INV/2018:05.02, esta investigación se llevó a cabo apegándose a los estándares éticos señalados por la institución médica y procurando el bienestar físico y psicológico de las participantes. El riesgo de la investigación fue mínimo por tratarse de un estudio que utilizó procedimientos psicoterapéuticos comunes, flexibles y con amplia evidencia de su eficacia empírica.

Al concluir el citado proceso, las pacientes fueron captadas al salir de la valoración prequirúrgica con los anestesiólogos en la sala de espera del servicio de consulta externa de ginecología. En el caso de las pacientes que son sometidas a histerectomía en el Hospital de la Mujer, el protocolo de atención médica es similar en todos los casos y no difiere considerablemente en el tiempo, aun cuando las modalidades quirúrgicas sean distintas. La evaluación prequirúrgica, el internamiento, la cirugía y el tiempo de recuperación ocurren en un lapso no mayor a una semana, procurándose no aplazar los tiempos quirúrgicos en razón de

la carga de pacientes que se hallan en espera de este procedimiento. En la Figura 1 se observan las acciones estimadas para cada elemento del protocolo médico de atención y las relacionadas a esta investigación en ambos grupos. Tal mecanismo de

atención médico-quirúrgica no varía a menos que surjan complicaciones resultantes de la cirugía o que son parte del proceso de recuperación de las pacientes.

**Figura 1.** Protocolo de atención médica y acciones realizadas en ambos grupos.



Los grupos fueron intervenidos en dos tiempos, primero, se llevó a cabo la intervención con el GE y después con el GC. Para el GE consistió en proporcionar psicoeducación sobre la histerectomía y el proceso hospitalario, después se trabajó un ejercicio de relajación pasiva, y para cerrar se enseñó la técnica de autoinstrucciones haciendo uso del material educativo impreso. Lo anterior se efectuó en la sala de espera del área de consulta externa de ginecología y luego en la de hospitalización. En el caso del GC se revisó brevemente la información que contenía el material educativo impreso sin mayor entrenamiento, lo que se hizo en el área de hospitalización ginecológica antes de la realización de la histerectomía (en cama).

## Análisis de resultados

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, v. 26.0 para Windows. Se emplearon estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y clínicas de las participantes, así como para la sintomatología de ansiedad evaluada con el *checklist*. Para evaluar los efectos de la intervención intragrupos se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, calculándose el tamaño del efecto ( $r$  de Rosenthal) con los siguientes puntos de corte: efecto pequeño (de  $.1 < a .3$ ); efecto moderado (de  $.3 < a .5$ ) y efecto grande (de  $\geq a .5$  (Cohen, 1988), aplicando la siguiente ecuación:

( $r = z/\sqrt{(n1+n2)}$ ) (Field, 2009). De manera complementaria, para comparar los resultados entre grupos se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para dos muestras no relacionadas, considerándose una  $p$  de  $< .05$  para las diferencias significativas entre grupos.

## RESULTADOS

### Conocimientos de la cirugía y situaciones percibidas como ansiógenas

Los datos resultantes se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Información relacionada a la cirugía y situaciones percibidas como ansiógenas en ambos grupos.

Situaciones	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	f	%	f	%
<b>Información proporcionada por el personal médico</b>				
Diagnóstico médico (motivo de la cirugía)	7	58.3	6	50.0
Beneficios de la cirugía	3	25.0	2	16.7
Técnica o procedimiento que implica la cirugía	2	16.7	3	25.0
No recibió información	–	–	1	8.3
<b>Dudas relacionadas a la cirugía</b>				
Procedimiento o modalidad de la cirugía	3	25.0	3	25.0
Complicaciones físicas	–	–	1	8.3
Reacciones físicas y emocionales por extirpación del útero	3	25.0	–	–
Cuidados posquirúrgicos	2	16.7	–	–
Alteraciones en la función sexual posquirúrgica	1	8.3	–	–
Material quirúrgico (costos, lugares de compra, marcas)	–	–	1	8.3
Gastos o costos de hospitalización y servicios médicos	–	–	1	8.3
Sin dudas aparentes	–	–	6	50.0
<b>Fuentes de información consultadas para saber de la cirugía</b>				
Personal médico	7	58.3	3	25.0
Internet	1	8.3	–	–
<b>Opiniones de terceros o experiencia personal (cirugías previas)</b>				
Ninguna	4	33.3	5	41.7
<b>Situaciones percibidas como ansiógenas previas a la cirugía</b>				
Efectos/función/complicaciones relacionados con la anestesia	8	66.6	8	66.6
Complicaciones durante la cirugía	8	66.6	8	66.6
Tiempo de recuperación	5	41.6	5	41.6
Cicatrices	2	16.7	2	16.7

Como se observa, en ambos grupos el personal había proporcionado información relevante y asociada a cuestiones como el diagnóstico médico, los beneficios de la cirugía y las técnicas o procedimientos que implican. Solamente una paciente del GC reportó no haber recibido dicho apoyo. Esta evaluación reveló que las principales situaciones ansiógenas en ambos grupos fueron las relacionadas con la anestesia (“Tengo miedo a que se pasen de anestesia y no despierte”; “Me preocupa quedar-

*me dormida y no despertar*”), con las complicaciones relacionadas a la cirugía (“Como cualquier cirugía, es complicada e implica riesgos”; “Temo que el cirujano cometa algún error”), con el tiempo de recuperación posquirúrgico (“No quiero estar mucho tiempo hospitalizada/en cama”; “Soy la única que aporta al ingreso de la casa y no puedo estar sin trabajar por mucho tiempo”) y con las cicatrices resultantes (“Espero que no quede muy grande o muy fea”).

## Datos comparativos

Los efectos de la intervención intragrupo se pueden observar en la Tabla 3, en la que se muestran

las puntuaciones en el IDARE-E previas a la hospitalización (Evaluación 1) y en la hospitalización previa a la cirugía (Evaluación 2) en ambos grupos.

**Tabla 3.** Efectos intragrupo de las modalidades de intervención previas a la histerectomía.

Variable	Grupo	Evaluación 1		Evaluación 2		Z	p	r
		Mdn	AI	Mdn	AI			
Niveles de ansiedad-estado	GE	82	44	42.0	33	-2.667	.008*	.54
	GC	82	20	65.5	15	-2.237	.025*	.45

Nota: GE: Grupo Experimental, GC: Grupo de Comparación, Mdn: Mediana, AI: Amplitud Intercuartil, Z: Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, r: Tamaño del efecto.

\*Significancia estadística:  $p < .05$ .

Como se puede observar, el nivel de ansiedad antes del ingreso al hospital en ambos grupos fue elevado ( $Mdn = 82$ ) ya que supera el punto de corte determinado para la prueba (puntuación  $t$  normalizada). Al compararse los grupos, se halló que ambos eran iguales en términos del nivel de ansiedad ( $U = 71.5$ ,  $Z = -.29$ ,  $p = .977$ ).

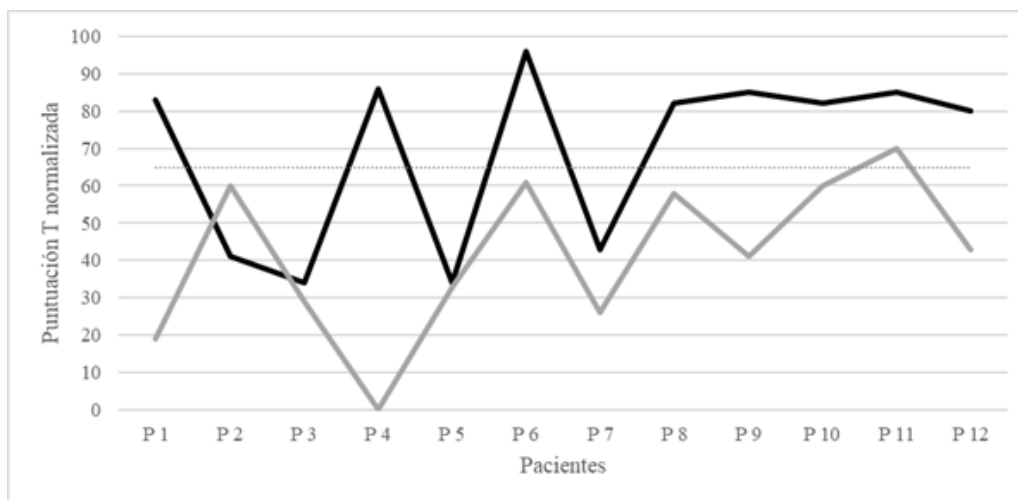
Para la segunda evaluación, es decir, antes de la histerectomía, hubo un decremento importante en el nivel de ansiedad para el GE, que se situó en un nivel normal ( $Mdn = 42$ ), por debajo del punto de corte (65 puntos). También el decremento se observó en el GC, aunque el nivel de ansiedad continuó siendo elevado ( $Mdn = 65.5$ ), lo que significa que, al efectuarse el contraste entre los grupos en la Evaluación 2 se encontraron dife-

rencias estadísticamente significativas ( $U = 20.5$ ,  $Z = -2.98$ ,  $p = .002$ ).

Estos resultados implican que ambas formas de intervención generaron efectos positivos en la disminución de ansiedad previos a la cirugía, aunque no en la misma medida, ya que, en el GE, el tamaño del efecto fue grande ( $r = .54$ ), y moderado en el GC ( $r = .45$ ).

Ahora bien, debido a que ambas intervenciones mostraron tener un efecto importante en el decremento del nivel de ansiedad grupal, se decidió realizar una comparación por cada participante, mostrando su puntuación en el IDARE-E tanto en la Evaluación 1 como en la Evaluación 2. Los resultados se pueden apreciar en la Figura 2 en el caso del GE y en la Figura 3 en el del GC.

**Figura 2.** Puntuaciones obtenidas por paciente en el IDARE-E. La línea continua de color negro muestra las puntuaciones en la primera evaluación, y la gris las puntuaciones en la segunda evaluación. La línea punteada gris horizontal representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba de la norma).

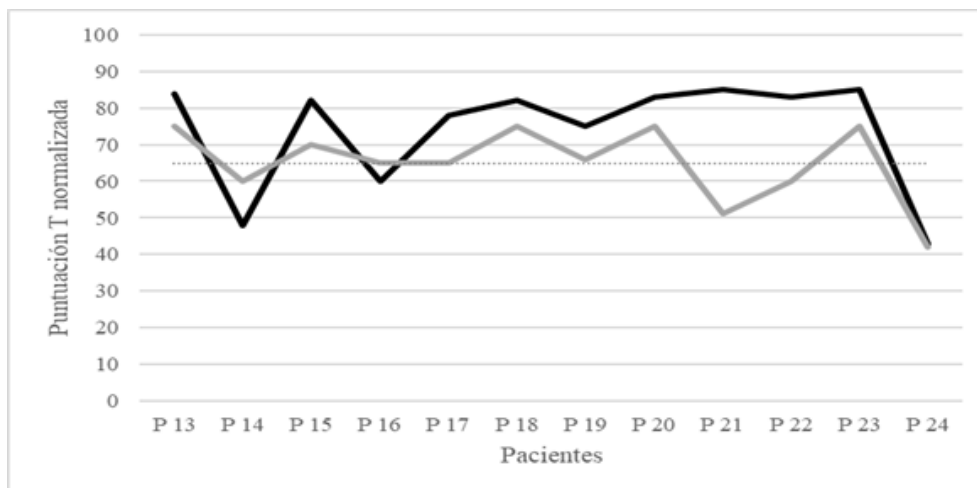




Como se observa en la Figura 2, ocho (67%) de las pacientes presentaron nivel de ansiedad elevado ( $> 65$ ) en la primera evaluación; en la segunda, una vez aplicada la intervención cognitivo-con-

ductual, solamente una participante obtuvo un nivel de ansiedad por arriba de 65. El resto de ellas puntuaron en un nivel de ansiedad de normal a bajo.

**Figura 3.** Puntuaciones obtenidas por paciente en el IDARE-E. La línea continua color negro muestra las puntuaciones en la primera evaluación, y la gris las puntuaciones en la segunda evaluación. La línea punteada gris representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba de la norma).



Respecto de la figura anterior, nueve (75%) de las pacientes mostraron un nivel de ansiedad elevado ( $> 65$ ) en la primera evaluación; en la segunda, después de la intervención informativa, únicamente dos pacientes obtuvieron un nivel de ansiedad normal ( $< 65$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual comparándola con una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica en mujeres sometidas a histerectomía. Los resultados obtenidos mostraron una disminución en los niveles altos de ansiedad ocurrida en ambos grupos en la primera evaluación. Después de las intervenciones, el tamaño del efecto fue óptimo para los dos grupos, si bien dichos niveles permanecieron altos en la segunda evaluación en el grupo de comparación, lo que demostró que el programa cognitivo-conductual los redujo a un nivel

normal-bajo antes de la cirugía, a diferencia de los niveles altos que se mantuvieron en este último.

En cuanto a los tiempos de medición empleados en este trabajo, se evaluó a las pacientes de forma consecutiva y sistemática antes de la histerectomía, en concordancia con lo afirmado por Álvarez (2014) en cuanto a que la ansiedad en pacientes quirúrgicos puede surgir desde el momento de la notificación y agudizarse hasta 48 horas antes de la cirugía. En la lógica de las formas en las que opera la ansiedad-estado, es evidente que las pacientes mostrarían una menor ansiedad después de la histerectomía por el mero hecho de que la amenaza había pasado, dando entrada a una fase de agotamiento, motivo por el cual solo se practicó un monitoreo posterior a ambos grupos. En suma, y considerando el mecanismo de atención de las candidatas a histerectomía en el Hospital de la Mujer, la ejecución de ambas intervenciones resultó idónea, toda vez que el control del tiempo transcurrido en la estancia hospitalaria fue el mismo en ambos grupos dado que ninguna de las participantes presentó complicaciones posquirúrgicas.

En lo relativo a los conocimientos previos relacionados a la cirugía y a las necesidades de obtención de datos, se encontró que la mayoría de las participantes en ambos grupos obtuvo información por parte del personal médico y de otras fuentes, como páginas de internet o comentarios de terceros; sin embargo, adquirir dicha información no necesariamente implica que es la adecuada o la suficiente, como lo sugieren Jarmoszewicz *et al.* (2020), quienes argumentan además que con estas variables coexisten las expectativas que se han creado en torno a la cirugía; por ejemplo, predictibilidad (notificación quirúrgica previa o de urgencia), finalidad (por ejemplo, si es con fines curativos, paliativos o diagnósticos), tipo (cirugía de alto riesgo o de rutina), consecuencias o repercusiones físicas y psicosociales asociadas (pérdida de la funcionalidad, discapacidad duradera o permanente posterior al acto quirúrgico, dolor o presencia de procesos infecciosos en la herida quirúrgica) y percepción de la enfermedad (creencias relacionadas con el padecimiento y el tratamiento). Tales condiciones también fueron percibidas como ansiógenas antes de la histerectomía en las participantes de este estudio, como lo reveló el cuestionario inicial y de las cuales tentativamente también podría proporcionarse información.

Respecto a la experiencia quirúrgica, se puede observar que 83.3% de las participantes de los dos grupos ya contaban con antecedentes tales como cesáreas, partos y otras cirugías de índole digestivo; además, el tiempo transcurrido entre esos eventos fue superior a un año, motivo por el cual no necesariamente es posible hablar de una ansiedad-estado por sí misma, sino también de una respuesta de estrés agudo al considerar un suceso que ya se ha vivido (aprendido) como parte de la experiencia individual, aun cuando la finalidad y la modalidad de la cirugía sea distinta.

Al comparar los resultados entre grupos se halló que las participantes del GE mantuvieron un cambio en la segunda evaluación previa a la cirugía, lo que sugiere que las técnicas bajo el enfoque cognitivo-conductual son más eficaces para reducir la ansiedad-estado, a diferencia de las estrategias informativas (Becerra *et al.*, 2016; Beresnevaité *et al.*, 2016; Carapia *et al.*, 2011; Cázares *et al.*, 2016). Si bien las técnicas informativas son

óptimas para abordar esta problemática, parecen no ser suficientes pues, tal como lo apunta Ayyadhah (2014), dicha información tiene que ser lo más clara y detallada posible para entender mejor la cirugía que se va a afrontar. Vale la pena también advertir que dicha información debe ofrecerse con base en las necesidades y características de la población meta, y además tener cautela de no sobreenformar, ya que ello resultará en una elevación de los niveles de ansiedad-estado al dar cuenta de detalles innecesarios o percibidos como aversivos por el paciente (Devine, 1992; Deza, 2013; Gillies y Baldwin, 2001; Wongkietkachorn *et al.*, 2018).

Para fines de la investigación, el hecho de que las pacientes fuesen notificadas sobre el procedimiento quirúrgico un par de semanas antes, y que todas ellas fueran captadas justo en la consulta de valoración por el especialista en anestesiología, redujo la probabilidad de que fuesen evaluadas en un momento de vulnerabilidad emocional, alterando así su percepción de ansiedad (por ejemplo, si hubiesen sido captadas después de la notificación de la cirugía). A pesar de ello, se sugiere que futuros trabajos consideren los efectos de los factores mediadores de la respuesta de ansiedad; por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la notificación y la cirugía, la percepción de la enfermedad, las expectativas y la finalidad del acto quirúrgico. También sería prudente incluir una medición para identificar el papel del afrontamiento cuando se habla de ansiedad previa a una cirugía (Ayyadhah, 2014; Montgomery *et al.*, 2003; Jarmoszewicz *et al.*, 2020).

Algunas de las áreas de oportunidad de este estudio son las siguientes: 1) al tratarse de un diseño cuasiexperimental, se reconoce el escaso control de las variables extrañas propias del contexto natural, o que simplemente no son susceptibles de modificar en todo el proceso de la cirugía: fase de notificación, hospitalización preparatoria (fase en la que se agudiza la ansiedad) y fase de recuperación (agotamiento) una vez transcurrida la cirugía; 2) se sugiere el examen de otros eventos adversos en el curso de este proceso, como la pérdida del empleo antes del acto quirúrgico, el fallecimiento de un ser querido antes del internamiento, el aplazamiento de los tiempos quirúrgicos, la cancelación de la cirugía por otras emergencias médicas,

una estancia intrahospitalaria de larga duración, diversos incidentes en la sala de hospitalización que pueden generar ansiedad y complicaciones médicas ajenas a la cirugía.

Al tratarse de ansiedad-estado —es decir, una respuesta emocional transitoria que puede variar debido a las situaciones percibidas como amenazantes—, valdría la pena indagar en estudios posteriores si la respuesta manifiesta se relaciona directamente con el acto quirúrgico o con otras variables asociadas, como por ejemplo el dolor, la anestesia, las complicaciones, las alteraciones de la imagen corporal, los sucesos extrasituacionales ocurridos en la sala de hospitalización y otros problemas psicosociales (falta de donadores de sangre, requisito para la cirugía; falta de recursos económicos para pagar los gastos de la estancia hospitalaria; déficit en las redes de apoyo social, etc.).

Por último, se sugiere identificar a las pacientes que habrán de ser sometidas a histerectomía desde el momento en que reciben la noticia de que son candidatas a dicho procedimiento por su ginecólogo, el proceso que llevan fuera de casa a la espera de la intervención quirúrgica y el ingreso hospitalario, con el objetivo de que haya un acompañamiento terapéutico enfocado en todo el proceso.

Se puede concluir que una intervención breve pero concisa mediante el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales promueve el desarrollo de habilidades que resultan en una mejor adaptación física y psicológica del paciente. Es asimismo fundamental el trabajo multidisciplinario en el ambiente hospitalario, y que los profesionales de la salud se ocupen de brindar la información y orientación adecuada a cada paciente en particular a fin de lograr una mejor atención.

*Citación:* Bernal C., M.B., Becerra G., A.L., Lugo G., I.V. y Ixtla P., M.B. (2022). Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*, 32(2), 257-268. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2747>.

## REFERENCIAS

- Álvarez G., M. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37, 152-154.
- Ayyadhah, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.387.
- Becerra, A., Reynoso, L., García, F. y Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia incisional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99. Doi: 10.5209/revPSIC.2016.v13.n1.52489.
- Beresnevaité, M., Benetis, R., Taylor, G., Rašinskienė, S., Stankus, A. y Kinduris, S. (2016). Impact of a cognitive behavioral intervention of health-related quality of life and general heart rate variability in patients following cardiac surgery: an effectiveness study. *Psychosomatics*, 57(6), 605-615. Doi: 10.1016/j.psych.2016.04.004.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L. y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S. y Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 341-352. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x.
- Cázares de L., F., Vinaccia, S., Quiceno, J. y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psicología*, 10(2), 73-85.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015). *La histerectomía* [Folleto informativo].
- Devine, E. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19, 129-142. Doi: 10.1016/0738-3991(92)90193-M.
- Deza C., K. (2013). Efectividad del programa “Cuidado preoperatorio de histerectomía” en el nivel de ansiedad de la mujer, Servicio de ginecología del H.R.D.T Trujillo. *Cientifi-k*, 1(2), 25-31.
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.

- Erdoğan, E., Demir, S., Belkıs, B., Çalışkan, C. y Gülsüm, N. (2019). Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(7), 981-987. Doi: 10.1080/01443615.2019.1678574.
- Ergen, E., Kemal, Y., Kılıççı, C., Abide, C. y Ayas, S. (2019). Does minimally invasive surgery reduce anxiety? *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 20, 142-146. Doi: 10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0073.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: sex, drugs and rock'n roll*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Gillies, M.A. y Baldwin, F.J. (2001). Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European Journal of Anaesthesiology*, 18(9), 620-622. Doi: 10.1046/j.1365-2346.2001.00891.x.
- Hammer, A., Rositch, A., Kahlert, J., Gravitt, P., Blaakaer, J. y Sogaard, M. (2015). Global epidemiology of hysterectomy: possible impact of gynecological cancer rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 23-29. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.019.
- Jarmoszewicz, K., Nowicka-Sauer, K., Zemła, A. y Beta, S. (2020). Factors associated with high preoperative anxiety: results from cluster analysis. *World Journal of Surgery*, 44(7), 2162-2169. Doi: 10.1007/s00268-020-05453-x.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, J. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Miller, S., Sohl, J., Schnur, J., Margolies, L., Bolno, J., Szabo, J., Herman, G. y Montgomery, G. (2014). Pre-biopsy psychological factors predict patient biopsy experience. *International Journal of Behavior Medicine*, 21, 144-148. Doi: 10.1007/s12529-012-9274-x.
- Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Birk, J. y Bovbjerg, D. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 153-164. Doi: 10.1023/A:1023034706298.
- Orane, A. (2016). Sangrado uterino anormal. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(6), 11-20.
- Palma, S. (2013). Endometriosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 281-288.
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J. y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32, 115-120.
- Radosa, J., Meyberg-Solomayer, G., Kastl, C., Radosa, C., Mavrova, R., Gäber, S., Baum, S. y Radosa, M. (2014). Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2342-2350. Doi: 10.1111/jsm.12623.
- Ramdhan, R., Loukas, M. y Tubbs, S. (2017). Anatomical complications of hysterectomy: a review. *Clinical Anatomy*, 30, 946-952. Doi: 10.1002/ca.22962.
- Tatrow, K. y Montgomery, G. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavior Medicine*, 29(1), 17-27. Doi: 10.1007/s10865-005-9036-1.
- Wongkietkachorn, A., Wongkietkachorn, N. y Rhunsiri, P. (2018). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*, 42(3), 666-674. Doi: 10.1007/s00268-017-4207-0.
- Yaman, Y., Gok, H. y Sevcan, O. (2019). Discharge education interventions to reduce anxiety and depression in cardiac surgery patients: a randomized controlled study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(2), 1-8. Doi: 10.1016/j.jopan.2019.08.012.

# Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromialgia

## *Personality, psychological wellbeing and quality of life associated with health in Colombian women with fibromyalgia*

Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Diosa, Leidy Johana Mendoza y Vanesa Zuleta Valencia

Tecnológico de Antioquia<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Jorge Emiro Restrepo, [jorge.restrepo67@tdea.edu.co](mailto:jorge.restrepo67@tdea.edu.co).

### RESUMEN

En este trabajo se correlacionaron la personalidad normal –medida a través del modelo de los Cinco Factores–, el bienestar psicológico y la calidad de vida asociada con la salud en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo *ex post facto* de corte transversal y nivel correlacional con 98 mujeres. De ellas, 51.3% presentaban niveles altos de neuroticismo, 60.5% niveles bajos de amabilidad, y 42.1% niveles bajos de extraversión. El neuroticismo correlacionó negativamente con todas las dimensiones del bienestar psicológico y con la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida, y además fue el factor de la personalidad, junto con la extraversión, que más correlaciones tuvo con la calidad de vida asociada con la salud. El grupo de mujeres con fibromialgia, en su mayoría con altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión y amabilidad, ven afectadas la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el propósito en la vida, los roles físico y emocional, la salud mental y el dolor corporal.

**Palabras clave:** Fibromialgia; Personalidad; Bienestar psicológico; Calidad de vida asociada con la salud; Neuroticismo; Extraversión.

### ABSTRACT

Objective. *The present study aimed at evaluating and analyzing the correlations between normal personality –measured through the Big Five factors model–, psychological wellbeing and health-related quality of life in a group of women diagnosed with fibromyalgia.* Method. *The design consisted of a quantitative ex post facto, cross-sectional and correlational study with 98 women.* Results. *51.3% of participants showed high levels of neuroticism, 60.5% low levels of agreeableness, and 42.1% low levels of extraversion. Neuroticism correlated negatively with all dimensions of psychological wellbeing and most dimensions of quality of life. Personality factors and extraversion showed the best correlations with health-associated quality of life.* Discussion. *The present results suggest that high neuroticism, low extraversion and agreeableness are associated with adverse outcomes. These include poorer self-acceptance, relationships, autonomy, environmental mastery, personal growth, purpose in life, physical and emotional role, mental health, and more perceived pain.*

**Key words:** Fibromyalgia; Personality; Psychological wellbeing; Health-related quality of life; Neuroticism; Extraversion.

<sup>1</sup> Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Calle 78B, No. 72A–220, Medellín, Colombia, correos electrónicos: [jorge.restrepo67@tdea.edu.co](mailto:jorge.restrepo67@tdea.edu.co), [laura.delgado@correo.tdea.edu.co](mailto:laura.delgado@correo.tdea.edu.co), [sdiosab@correo.tdea.edu.co](mailto:sdiosab@correo.tdea.edu.co), [lmendoza3@correo.tdea.edu.co](mailto:lmendoza3@correo.tdea.edu.co) y [vanesa.zuleta@correo.tdea.edu.co](mailto:vanesa.zuleta@correo.tdea.edu.co).





Recibido: 22/10/2020

Aceptado: 11/03/2021

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por un dolor crónico y fatiga persistente. El síntoma principal es el dolor musculoesquelético no articular, con una exagerada sensibilidad en algunas partes específicas del cuerpo. Hay otro grupo de síntomas que acompaña la enfermedad, como depresión, ansiedad, mareos, rigidez matutina de las articulaciones, alteración de la coordinación motora y tendinitis. También se han reportado problemas de memoria, migraña o cefalea tensional, así como problemas de sueño y digestivos. Los síntomas varían en frecuencia e intensidad y se ven agravados por el estrés (López y Mingote, 2008).

La fibromialgia es una de las enfermedades de dolor crónico más comunes. Afecta aproximadamente a entre 0.2 y 6.6% de la población mundial, siendo más frecuente en mujeres (Marques, Santo, Berssaneti, Matsutani y Yuan, 2017), con una razón mujer-hombre de 3:1, e incluso mayor. De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2008), el dolor crónico, incluyendo el dolor musculoesquelético, afecta hasta un 20 % de la población a nivel global (Queiroz, 2013). Esta alteración de la salud produce una elevada carga personal, familiar, social y económica (Skaer y Kwong, 2017) y, por ser una enfermedad reumática, se asocia con una disminución significativa de la expectativa de vida (Cardiel, 2011).

En un reciente estudio de prevalencia de enfermedad reumática entre la población colombiana mayor de 18 años se reportó que 74 % de los participantes expresó malestar musculoesquelético en forma de dolor, inflamación o rigidez (Londoño *et al.*, 2018). De acuerdo con esta misma investigación, la fibromialgia es la segunda enfermedad reumática inflamatoria más frecuente en Colombia, con una prevalencia de 0.72 %, similar a la reportada en México, pero inferior a la de países como Brasil, Portugal y Ecuador. En Colombia, los pacientes con fibromialgia tienen niveles de calidad de vida más pobres, incluso por debajo de

pacientes con artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes sistémicas, lupus eritematoso sistémico y otras condiciones de dolor crónico generalizado (Londoño *et al.*, 2018).

No se conocen con precisión su etiología ni su fisiopatología, y no hay causa orgánica identificada que la provoque. Sin embargo, se han establecido algunos factores sistemáticamente asociados con la enfermedad, como disfunciones del sistema nervioso central (hipersensibilidad al dolor, activación irregular bilateral del tálamo), del autónomo (variaciones en el cortisol asociadas con una alteración en el ritmo circadiano e hiperactividad simpática) y del sistema inmunológico (presencia de anticuerpos antipolímicos), así como alteraciones en ciertos neurotransmisores (niveles anormales de serotonina y triptofano), hormonas (hormona adrenocorticotrópica), estresores externos (traumas físicos y psicológicos), determinados aspectos psicológicos (ciertos rasgos de personalidad) y psicopatológicos (alteraciones del estado de ánimo) (Bellato *et al.*, 2012).

El estudio de la calidad de vida asociada con la salud tiene una considerable importancia en el campo de la reumatología. De hecho, es en esta área donde se ha realizado la mayor cantidad de investigaciones sobre este tópico (Garratt, Schmidt, Mackintosh y Fitzpatrick, 2002). Por lo regular, la calidad de vida asociada con la salud se ha evaluado a través de la encuesta de salud de formato corto de 36 ítems (MOSSF-36) (Ware, 2000). Este instrumento permite obtener una medida del dolor corporal, el desempeño físico, la función física y la salud general (que corresponden a la dimensión física), el desempeño emocional, la función social, la salud mental y la vitalidad (correspondientes a la dimensión mental).

Las investigaciones efectuadas en diversos países aplicando el MOSSF-36 han encontrado un patrón muy consistente de afectación a la calidad de vida en salud de los pacientes con fibromialgia, en comparación con la población general, quienes obtienen puntuaciones con una desviación estándar por debajo en la dimensión mental y con dos desviaciones por debajo en la dimensión física (Hoffman y Dukes, 2008). En general, las puntuaciones en todas las medidas del instrumento muestran valores más bajos, incluso cuando se com-  
para

ran con las de la población con enfermedades con dolor crónico, como artritis reumatoide, osteoartritis, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren primario y síndrome de dolor miofacial (DaCosta *et al.*, 2000; Picavet y Hoeymans, 2004; Schlenk *et al.*, 1997; Strömbeck, Ekdahl, Manthorpe, Wikström y Jacobsson, 2000; Tüzün, Albayrak, Eker, Sözüy y Daşkapan, 2004).

Según Hoffman y Dukes (2008), los problemas en la calidad de vida en salud de los pacientes con fibromialgia no pueden explicarse completamente a partir de otras comorbilidades. Además, sugieren que los altos niveles de dolor corporal y las marcadas alteraciones en la vitalidad parecen ser una característica distintiva de este padecimiento. Algunos estudios indican que la intensidad del dolor y los síntomas de ansiedad y depresión son las variables más relevantes para explicar el efecto de la enfermedad en la calidad de vida asociada con la salud (Campos y Velázquez, 2012). Ya antes Dobkin, De Civita, Abrahamowicz, Baron y Bernatsky (2006) habían reportado que entre mayor es la ocurrencia de psicopatología en mujeres con fibromialgia, menor es su calidad de vida relacionada con la salud a lo largo de un periodo de seis meses.

El bienestar psicológico, constructo que hace referencia a la vitalidad emocional, el afecto positivo, la satisfacción con la vida, la felicidad y el optimismo (Ryff, Singer y Love, 2004), es un predictor de la salud física; así, niveles más altos de bienestar psicológico se asocian con un mejor pronóstico y una progresión menor de la enfermedad crónica (Hernandez *et al.*, 2017). Como podría esperarse, las personas con fibromialgia tienen menores niveles de bienestar, comparadas con pacientes con otras condiciones médicas, como diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, fibrilación auricular, cáncer avanzado y otras enfermedades crónicas (Kaplan, Schmidt y Cronan, 2000).

Utilizando la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), uno de los instrumentos más comunes para valorar este constructo, Schleicher *et al.* (2005) encontraron que las mujeres con fibromialgia tenían menores niveles de bienestar psicológico que la población general, e incluso que

mujeres con artritis reumatoide. En general, las investigaciones coinciden en reportar deterioros en el bienestar psicológico en las mujeres con fibromialgia (Cosci, Pennato, Bernini y Berrocal, 2011). Schleicher *et al.* (2005), apoyados en los hallazgos de Viitanen, Ronni, Ala-Peajari, Uoti-Reilama y Kautiainen (2000) y de Walker *et al.* (1997), especulan que estas diferencias pueden ser causadas por las características psicológicas y psicopatológicas de las mujeres con dicha enfermedad.

Russell (2002) ha planteado la existencia de subgrupos entre los pacientes con fibromialgia, y las características psicológicas y psicopatológicas constituyen uno de los parámetros identificados en esa taxonomía (Schoefeld-Smith, Nicasso, Radojevic y Patterson, 1995; Turk y Rudy, 1998). Walen, Cronan, Serber, Groessl y Oliver (2002) hallaron tres subgrupos a los que denominaron “enfrentadores adaptativos”, “disfuncionales” y “alterados interpersonalmente”. Si bien no encontraron diferencias en variables como la duración de los síntomas, el número de condiciones comórbidas, el nivel educativo, los ingresos o el estado civil, sí detectaron diferencias en las variables psicológicas y psicosociales, como el estado de ánimo y el apoyo social. Diversas investigaciones en diferentes países han descubierto que las alteraciones en el estado de ánimo y la búsqueda de apoyo social son factores clave para comprender la fibromialgia (Gracely, Ceko y Bushnell, 2012; Freitas, Andrade, Spyrides, Micussi y Sousa, 2017).

La personalidad es una variable que puede ayudar a comprender la taxonomía que se ha identificado en las pacientes con fibromialgia (Torres *et al.*, 2012) en razón de que hay suficiente evidencia de que la misma está involucrada en el desencadenamiento, mantenimiento y exacerbación del proceso de la enfermedad. De acuerdo con el modelo de Malin y Littlejohn (2012), la personalidad puede entenderse como un factor moderador de la enfermedad. Muchos estudios sobre aquella y la fibromialgia han adoptado la perspectiva clínica y psicopatológica (Kayhan *et al.*, 2016; van Middendorp *et al.*, 2016; Penfold, Denis y Mazhar, 2016), otros han abordado el problema desde la perspectiva normal de la personalidad, como el modelo de los Cinco Grandes (Seto *et al.*, 2019),

y otros más han comparado la personalidad de las pacientes con fibromialgia y otras enfermedades con dolor crónico (Ablin, Zohar, Zaraya-Blum y Buskila, 2016; Bucourt *et al.*, 2017).

Menos frecuentes son los análisis que han revisado la relación entre la personalidad normal y otras variables psicológicas, como la calidad de vida, la autoeficacia, el apoyo social (Seto *et al.*, 2019), el estrés (Gupta y Silman, 2004; Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005), la espiritualidad y el afrontamiento (Biccheri *et al.*, 2016; Cuevas, Lopez, Garcia y Diaz, 2008), con el propósito de aportar elementos a la construcción de modelos teóricos que hagan posible comprender el rol que desempeñan dichas variables en la etiología, el mantenimiento y el curso de la fibromialgia. Tales aportes son igualmente útiles para la intervención de la enfermedad, toda vez que hay evidencia de que los pacientes responden diferencialmente al tratamiento según la configuración de esas variables.

La presente investigación parte de la hipótesis de que existen correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes factores de la personalidad normal en el modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1985) y la calidad de vida asociada con la salud y el bienestar psicológico. Particularmente –y tal como ha sido demostrado ya en algunos estudios con variables similares (Seto *et al.*, 2019)–, puede suponerse que el neuroticismo correlacionará negativamente con ambas variables, mientras que la responsabilidad, la extraversión y la apertura a la experiencia obtendrán correlaciones positivas. Respecto a la amabilidad, no es probable encontrar correlaciones estadísticamente significativas con ninguna variable. Los resultados contribuirán al conocimiento de los factores psicológicos de la fibromialgia y tendrán implicaciones prácticas en el tratamiento interdisciplinario de la enfermedad.

## MÉTODO

### Diseño, participantes y procedimiento

Se realizó un estudio cuantitativo *ex post facto* de corte transversal y nivel correlacional en el que se

incluyeron 98 mujeres, con edades de entre 22 y 78 años, con una media de 46.2 años, que padecían fibromialgia diagnosticada por un reumatólogo. Las participantes fueron contactadas a través de un muestreo mediante la técnica de bola de nieve o referencia en cadena, invitándolas a colaborar en la investigación. Quienes aceptaron, recibieron toda la información sobre el proyecto, firmaron una carta de consentimiento informado y contestaron los instrumentos.

### Instrumentos

*Inventario de Personalidad NEO-FFI* (Costa y McCrae, 1989).

Este instrumento es una versión resumida del inventario original NEO-PI de Costa y McCrae (1985) y está conformado por 60 reactivos que se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta. Esta versión mide cada uno de los Cinco Grandes factores de la personalidad normal: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. El instrumento no se ha adaptado en Colombia, pero ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas de validez factorial, de constructo y convergente, y confiabilidad tanto de consistencia interna como de test-retest en países latinoamericanos como México (Meda, Moreno, García, Palomera y Mariscal, 2015), Argentina (Cupani, Vaiman, Font, Pizzichini y Saretti, 2012) y Perú (Martínez y Cassareto, 2011).

*Escala de Bienestar Psicológico de Ryff* (Ryff, 1989).

Se utilizó la versión en español de Díaz *et al.* (2006) de 39 reactivos que se evalúan en una escala Likert de seis opciones de respuesta. Está compuesta por seis dimensiones: Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida. Ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas de validez (factorial y de contenido) y confiabilidad (consistencia interna) en Chile (Gallardo y Moyano, 2012), Argentina (Meier y Oros, 2019) y Colombia (Pineda, Castro y Chaparro, 2017).

*Encuesta de Salud de Formato Corto del Estudio de Resultados Médicos de 36 Ítems (MOSSF-36) (Ware, 2000).*

El SF-36, como usualmente se le conoce, es un instrumento ampliamente utilizado en estudios de salud para valorar la calidad de vida en población general y con enfermedades de diversos tipos. Está compuesto por 36 preguntas sobre el estado de la salud, tanto positivo como negativo, que valoran ocho dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Las cuatro primeras abordan el componente de salud física, y las cuatro restantes el de salud mental. Se han comprobado sus propiedades psicométricas en cientos de estudios (Garratt *et al.*, 2002). En Colombia, Lugo, García y Gómez (2006) comprobaron la confiabilidad de esta prueba, y hoy es sumamente utilizada.

### Análisis de datos

Se aplicó la prueba de normalidad a las variables. Se efectuaron análisis paramétricos de correlación bivariada a través del coeficiente de Pearson. Los análisis se llevaron a cabo utilizando el IBM SPSS, v. 24. Las correlaciones se consideraron significativas para  $p < 0.05$ .

### Consideraciones éticas

El proyecto fue avalado por un comité de bioética y se desarrolló acatando los lineamientos establecidos en el Código Deontológico y Bioético de la Psicología consignado en la Ley 1090 (Congreso Nacional de Colombia, 2006), y considerando asimismo las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud definidas en la Resolución 8439 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). Todos los participantes firmaron una carta de consentimiento informado.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las medidas de resumen de todas las variables.

**Tabla 1.** Resumen de estadísticos de las variables.

Variable	M	D.E.	Mín.	Máx.
<b>Personalidad</b>				
Neuroticismo	28.26	8.52	0	44
Extraversión	25.42	8.79	6	42
Apertura a la experiencia	26.16	5.94	11	39
Amabilidad	28.99	7.42	5	47
Responsabilidad	30.32	7.00	15	47
<b>Bienestar psicológico</b>				
Autoaceptación	22.36	6.47	6	36
Relaciones positivas	23.28	5.56	11	35
Autonomía	32.58	6.24	17	48
Dominio del entorno	24.11	5.64	13	36
Crecimiento personal	30.93	6.44	11	42
Propósito en la vida	23.24	7.04	9	36
Global bienestar psicológico	154.45	34.26	0	232
<b>Calidad de vida</b>				
Función física	19.32	4.92	10	30
Función social	5.75	1.20	3	9
Rol físico	10.30	3.79	4	19
Rol emocional	9.70	3.51	3	20
Salud mental	15.36	2.16	9	21
Vitalidad	11.00	1.68	6	15
Dolor corporal	8.68	1.83	2	11
Percepción salud	16.74	2.18	10	22
Global calidad de vida	98.86	15.49	0	124

En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlaciones entre los factores de personalidad, las dimensiones del bienestar psicológico y la calidad de vida (solo se muestran las correlaciones que fueron estadísticamente significativas). Debe señalarse además que el 51,3% de las mujeres presentaron niveles altos de neuroticismo, el 60,5%, nive-

les bajos de amabilidad, y el 42,1%, niveles bajos de extraversión. Para la apertura a la experiencia

y la responsabilidad, los porcentajes más altos estuvieron en el nivel normal.

**Tabla 2.** Coeficientes de correlación estadísticamente significativos entre las variables.

VARIABLES	Personalidad						
	N	E	Ap	A	R		
<b>Bienestar psicológico</b>							
Autoaceptación (A)	-.64**	.43**	.35**	.24*	.62**		
Relaciones positivas (Rp)	-.39**	.57**	.33**	.28*	.37**		
Autonomía (Au)	-.48**	.31**	.30**	.28*	.29*		
Dominio del entorno (De)	-.57**	.45**	.24*	.27*	.58**		
Crecimiento personal (Cp)	-.38**	.42**	.38**	.40**	.46**		
Propósito en la vida (Pv)	-.46**	.46**	.38**	.26*	.60**		
Global (G)	-.62**	.56**	.42**	.37**	.62**		
<b>Calidad de vida</b>							
Función física	–	–	.24*	–	–		
Función social	–	–	–	–	–		
Rol físico	-.32**	.23*	.25*	–	–		
Rol emocional	-.52**	.38**	–	–	.31**		
Salud mental	-.40**	.23*	–	–	–		
Vitalidad	–	–	–	–	–		
Dolor corporal	.31**	-.26*	–	–	–		
Percepción salud	–	–	–	–	–		
Global	-.41**	.28*	–	–	–		
<b>Bienestar psicológico</b>							
	A	Rp	Au	De	Cp	Pv	G
<b>Calidad de vida</b>							
Función física	–	–	–	–	–	–	–
Función social	–	–	–	–	–	–	–
Rol físico	.38**	–	.23*	.31**	.26*	.35**	.37**
Rol emocional	.47**	.26*	.26*	.40**	.33**	.28*	.42**
Salud mental	.27*	–	–	–	–	–	–
Vitalidad	–	–	–	–	–	–	–
Dolor corporal	-.27*	–	–	–	–	–	-.23*
Percepción salud	–	–	–	–	–	–	–
Global	.39**	–	.26*	.34**	–	.24*	.58**

\*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; N: Neuroticismo; E: Extraversión; Ap: Apertura; A: Amabilidad; R: Responsabilidad.

## DISCUSIÓN

El hallazgo principal de esta investigación fue la comprobación de que hay correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes factores de la personalidad normal en el modelo de los

Cinco Grandes, y la calidad de vida asociada con la salud y el bienestar psicológico. Particularmente, el neuroticismo correlacionó negativamente con todas las dimensiones y con la puntuación global del bienestar psicológico. Además, fue el factor de la personalidad, junto con la extraversión, que más



correlacionó con la calidad de vida asociada con la salud. En todos los casos en los que hubo correlación, a mayores niveles de neuroticismo, menores niveles de bienestar psicológico y mayores afectaciones de la calidad de vida asociada con la salud.

Con la extraversión se presentó el caso contrario. Todas las correlaciones estadísticamente significativas con las dimensiones y la puntuación global del bienestar psicológico fueron positivas, así como las correlaciones con la calidad de vida, de tal forma que a mayores niveles de extraversión, mayores niveles de bienestar psicológico y mejor nivel de la calidad de vida asociada con la salud. La apertura a la experiencia, la amabilidad y la responsabilidad obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas y positivas con todas las dimensiones y con la puntuación global del bienestar psicológico, pero muy pocas con la calidad de vida asociada a la salud. La apertura a la experiencia solamente correlacionó con la función física y el rol físico, la responsabilidad con el rol emocional, y la amabilidad no tuvo ninguna correlación.

El bienestar psicológico, la calidad de vida asociada con la salud, los roles físico y emocional, el dolor corporal, la salud mental y la puntuación global de la calidad de vida correlacionaron significativa y positivamente con las dimensiones y la puntuación global del bienestar psicológico. A mayores niveles de bienestar psicológico, mayores niveles de calidad de vida, o bien lo contrario, puesto que la correlación no define la dirección de la causalidad. Lo que se comprueba es que mayores niveles en una de estas variables se asocian con mayores niveles en la otra, o lo que es igual, el bienestar psicológico y la calidad de vida se asocian positivamente.

El neuroticismo, pese a ser una dimensión normal de la personalidad, tiende a ser problemático cuando aparece en niveles altos, o cuando se combina, por ejemplo, con bajos niveles de responsabilidad. Las personas con altos niveles de neuroticismo se caracterizan por tener síntomas de ansiedad y depresión y por ser hostiles, retraídas e impulsivas. En general, su afectividad es negativa. Algunos estudios ofrecen nuevas evidencias y confirman los hallazgos de que las personas con

altos niveles de neuroticismo son más vulnerables a los problemas de salud mental (Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler, 2005) y física (Smith y MacKenzie, 2006). Hay tan considerable evidencia y los resultados son tan estables y consistentes que se ha sugerido que el estudio del neuroticismo debiera ser una preocupación genuina de la salud pública (Lahey, 2009).

Diversas investigaciones con población sana joven y mayor han reportado que el neuroticismo correlaciona negativamente con todas las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Barra, Soto y Schmidt, 2013; Delhom, Satorres y Meléndez, 2019; Meléndez, Satorres, Cujillo, y Reyes, 2019); sin embargo, al comparar los coeficientes se aprecia que las correlaciones encontradas en este trabajo son más altas en mujeres que padecen fibromialgia, así que el porcentaje de varianza del bienestar psicológico explicado por el neuroticismo es más elevado en estas últimas que en la población general. En otras palabras, hay en ellas un mayor efecto del neuroticismo sobre el bienestar psicológico.

Uno de los factores que podría explicar tal efecto está asociado con el dolor. Como puede verse en las correlaciones mostradas, el dolor corporal (dimensión de la calidad de vida asociada con la salud) y el bienestar psicológico (puntuación global) se asocian negativamente, en tanto que el neuroticismo correlaciona positivamente con el dolor corporal; es decir, a mayores niveles de neuroticismo, mayores niveles de dolor corporal, y este disminuye el bienestar psicológico, lo cual sería el razonamiento teórico en virtud de que no puede concluirse a partir de los análisis estadísticos, los que no demuestran causalidad.

Se han reportado mayores niveles de dolor asociados con mayores niveles de neuroticismo (Malt, Olafsson, Lund y Ursin, 2002), y también se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en esta dimensión de la personalidad están más atentos a sus estados de dolor, lo que igualmente se asocia con una mayor catastrofización del mismo (Goubert, Crombez, y Van Damme, 2004). Dicha desgracia se refiere la intensificación de los estímulos relacionados con el dolor, sentimientos de impotencia y una perspectiva pesimista del dolor y sus secuelas. De hecho, altos

niveles de neuroticismo y catastrofización agravan la respuesta ante el dolor (Banozic *et al.*, 2018).

Que la mayoría de las mujeres participantes en este estudio haya alcanzado niveles elevados de neuroticismo concuerda con los hallazgos de alteraciones en el estado de ánimo y comportamientos desadaptativos en algunos subgrupos de pacientes con fibromialgia. El neuroticismo es seguramente la dimensión de la personalidad normal que más se asocia con la psicopatología, especialmente con los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad (Roelofs, Huibers, Peeters y Arntz, 2008). La catastrofización es una estrategia de afrontamiento desadaptativo pasivo en la que incurren las personas con altos niveles de neuroticismo para hacerle frente a la enfermedad (Baastrup *et al.*, 2016). Se ha reportado una asociación entre el neuroticismo, la depresión, la catastrofización y la ansiedad relacionada con el dolor en pacientes con dolor crónico (Kadimpati, Zale, Hooten, Ditre y Warner, 2015).

Las correlaciones negativas halladas entre el neuroticismo y algunas dimensiones de la calidad de vida, como el rol emocional y la salud mental, también pueden entenderse con esta misma lógica. Como se ha dicho, el neuroticismo se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional que produce interferencia en las actividades personales y laborales; además, se asocia estrechamente con ciertos trastornos mentales. Puede verse en los presentes resultados que el rol emocional fue la única dimensión de la calidad de vida que se asoció con todas las variables del bienestar psicológico, esto es, a mayores niveles en una, mayores niveles en la otra. Así que si el neuroticismo afecta negativamente el rol emocional, tendrá asimismo efectos negativos sobre el bienestar psicológico.

Una de las dimensiones del bienestar psicológico que más asociación mostró tener con el rol emocional fue la autoaceptación, y esta misma dimensión fue la que mayor correlación negativa exhibió con el neuroticismo, de forma que este último afecta negativamente la autoaceptación y esta el rol emocional, o bien el rol emocional afectado negativamente por el neuroticismo perturba negativamente la autoaceptación. Por no ser un diseño experimental, el hecho de no haber efectuado análisis de senderos no es posible conocer la causalidad.

Lo que se puede establecer, de acuerdo con la teoría, es que el neuroticismo funciona aquí como una variable independiente de la cual dependen el bienestar psicológico y la calidad de vida asociada a la salud.

Los bajos niveles de autoaceptación corresponden a un sentimiento de insatisfacción, decepción y preocupación con ciertas cualidades o condiciones personales y, en general, con la propia vida, de manera que las mujeres con fibromialgia y altos niveles de neuroticismo tienden a alcanzar niveles más bajos de satisfacción consigo mismas, y debido a que es una enfermedad crónica, mantienen esta condición durante muchos años. Ese tiempo puede ser suficiente para que se produzca una modificación en la biografía que produce cambios positivos o negativos en la identidad personal (Asbring, 2001; Compañ *et al.*, 2011). Las correlaciones negativas con las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida tendrían una explicación similar, la cual está relacionada con el autoconcepto negativo y el pesimismo propios del neuroticismo (Grossardt, Bower, Geda, Colligan y Rocca, 2009; Zanon y Hutz, 2013).

Contrariamente a lo encontrado sobre el neuroticismo, la extraversión correlacionó positiva y exactamente con las mismas dimensiones del bienestar psicológico y la calidad de vida asociada con la salud. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Malin y Littlejohn (2012), Bucourt *et al.* (2017), Galvez, Duschek y Reyes (2019) y Seto *et al.* (2019). La extraversión se caracteriza por la afectividad positiva, la actividad, el gregarismo, la búsqueda de sensaciones y la amabilidad. Pese a que la mayoría de las mujeres participantes manifestaron bajos niveles de extraversión, las correlaciones indican que los altos niveles de esta dimensión de la personalidad se asocian con un mayor bienestar psicológico y una mejor calidad de vida asociada con la salud.

Según Huang *et al.* (2017), los altos niveles de extraversión se han asociado con mejores niveles de calidad de vida asociada con la salud. Las personas extravertidas muestran menos respuestas electrofisiológicas ante el dolor físico (Park, Lee, Sohn, Eom y Sohn, 2014). En personas con artritis, por ejemplo, la extraversión es un predictor del dolor percibido (Sánchez, García, Valverde y

Pérez, 2015). Adicionalmente, son más enérgicas y vitales, gozan de mejor salud física y mental, disponen de mejores estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (Afshar *et al.*, 2015; Gale, Booth, Möttus, Kuh y Deary, 2013; Hajek, Bock, y König, 2017) y son menos sensibles a los estímulos y eventos negativos.

Una de las correlaciones más elevadas entre la extraversión y el bienestar psicológico fue la hallada con la dimensión de relaciones positivas. Las personas extravertidas son muy sociables y abiertas, se interesan por interactuar con otras personas, disfrutan de la actividad, son más locuaces, asertivas y enérgicas y disfrutan de los intercambios sociales. Estas mismas características hacen que dominen el entorno, puesto que resultan ser personas atractivas socialmente. Los estudios sobre personalidad y bienestar psicológico en la población general han demostrado que la extraversión se asocia positivamente con las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Schmutte y Ryff, 1997).

Las relaciones positivas y el dominio del entorno están asociadas con las redes de apoyo social y con una disminución de la sensación de discapacidad física en las mujeres con este padecimiento (Schleicher *et al.*, 2005). Los altos niveles de extraversión y su asociación con esas dos dimensiones del bienestar psicológico promueven interacciones sociales saludables y la búsqueda de apoyo, lo que mejora su salud física y mental. Como se vio en los resultados, la extraversión mostró correlaciones positivas con las dimensiones de los roles físico y emocional y salud mental de la calidad de vida asociada con la salud. En la dimensión de la extraversión, aproximadamente la mitad de las mujeres manifestaron niveles bajos.

Respecto a las dimensiones de apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad, todas ellas obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas positivas con todas las dimensiones del bienestar psicológico, lo cual coincide con la literatura al efecto (Schmutte y Ryff, 1997). Sin embargo, los coeficientes de correlación más altos los exhibió la dimensión de responsabilidad. Las personas con altos niveles en esta son ordenadas, autodisciplinadas, con un considerable sentido del deber, deliberativas, competentes y con una alta

necesidad de logro. Si bien el porcentaje más alto de las mujeres en esta muestra alcanzó niveles normales de esta dimensión, debe señalarse la tendencia estadísticamente detectada que indica que a mayores niveles de responsabilidad, mejores niveles de bienestar psicológico. La mayoría de las mujeres de la muestra reveló tener niveles normales de responsabilidad.

En la dimensión de la amabilidad, la mayoría de las mujeres obtuvieron niveles bajos. De acuerdo con la teoría de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1985), estas personas tienden a ser cínicas y a percibir a los otros como sospechosos, deshonestos o peligrosos. Tienen una gran capacidad para controlarse y pueden ser manipuladores y egoístas (Costa y McCrae, 1991). Todas estas características cognitivas y de comportamiento hacen que las personas con bajos niveles de amabilidad tiendan a mantenerse distantes de los demás y puedan tener estilos de vida individualistas y carecer de un adecuado apoyo social. Como se dijo antes, el apoyo social tiene un efecto positivo sobre la sensación de discapacidad física en las mujeres con fibromialgia (Schleicher *et al.*, 2005). Así que muy probablemente las mujeres que la sufren y que muestran bajos niveles de amabilidad sientan más el peso de la enfermedad.

El dolor crónico y la fatiga persistente que caracterizan a la fibromialgia pueden afectar seriamente el bienestar psicológico y la calidad de vida. Como lo han sugerido algunos estudios cualitativos, puede incluso afectar la biografía y la identidad personal (Asbring, 2001; Compañ *et al.*, 2011). Sin embargo, no todas las personas con el padecimiento lo experimentan de la misma forma. Como lo ha demostrado un amplio y creciente número de investigaciones, y como incluso se encontrado aquí, las diferentes dimensiones de la personalidad tienen diferentes efectos sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida.

El neuroticismo, tal como se afirmó líneas atrás, está asociado con bajos niveles de bienestar psicológico y calidad de vida, en tanto que la extraversión y la amabilidad, por su parte, están asociadas con mayores niveles en estas dimensiones. El grupo de mujeres participantes, en su mayoría con altos niveles de neuroticismo y bajos de extraversión y amabilidad, podrían tener afectadas

la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el crecimiento personal, el propósito en la vida, el rol físico, el rol emocional, la salud mental y el dolor corporal. Como lo demostraron las correlaciones, el efecto de la personalidad fue mayor en el bienestar psi-

cológico que en la calidad de vida asociada con la salud, y los perfiles de personalidad de la mayoría de ellas hacen pensar que su bienestar psicológico y su calidad de vida pueden verse comprometidas si no se lleva a cabo algún tipo de intervención psicológica.

*Citación:* Restrepo, J.E., Delgado, L.M., Diosa, S.M., Mendoza, L.J. y Valencia, V.Z. (2022). Personalidad, bienestar psicológico y calidad de vida asociada con la salud en mujeres colombianas con fibromialgia. *Psicología y Salud*, 32(2), 269-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2748>.

## REFERENCIAS

- Ablin, J.N., Zohar, A.H., Zaraya-Blum, R. y Buskila, D. (2016). Distinctive personality profiles of fibromyalgia and chronic fatigue syndrome patients. *PeerJ*, 4. Doi: 10.7717/peerj.2421.
- Afshar, H., Roohafza, H.R., Keshteli, A.H., Mazaheri, M., Feizi, A. y Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(4), 353-358.
- Asbring, P. (2001). Chronic illness – a disruption in life: identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 312-319. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01767.x.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2008). Dolor. *Actualizaciones Clínicas*, 16(7), 1-9.
- Baastrup, S., Schultz, R., Brødsgaard, I., Moore, R., Jensen, T.S., Vase Toft, L. y Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 516-522. Doi: 10.1111/sjop.12325.
- Banozic, A., Miljkovic, A., Bras, M., Puljak, L., Kolcic, I., Hayward, C. y Polasek, O. (2018). Neuroticism and pain catastrophizing aggravate response to pain in healthy adults: an experimental study. *The Korean Journal of Pain*, 31(1), 16-26. Doi: 10.3344/kjp.2018.31.1.16.
- Barra, E., Soto, O. y Schmidt, K. (2013). Personalidad y bienestar psicológico: un estudio en universitarios chilenos. *Revista de Psicología*, 9(17), 7-18.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D.E. y Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 426130. Doi: 10.1155/2012/426130.
- Biccheri, E., Roussiau, N. y Mambet-Doué, C. (2016). Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life. *Journal of Religion and Health*, 55, 1189-1197. Doi: 10.1007/s10943-016-0216-9.
- Bucourt, E., Martailé, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., Reveillere, C. y Courtois, R. (2017). Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*, 84(2), 203-207. Doi: 10.1016/j.jbspin.2016.03.006.
- Campos R., P. y Vázquez M., I.R. (2012). Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clinical Rheumatology*, 31(2), 347-355. Doi: 10.1007/s10067-011-1904-1.
- Cardiel M., H. (2011). Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? *Reumatología Clínica*, 7(5), 279-280. Doi: 10.1016/j.reuma.2010.12.009.
- Cardiel M., H. y Burgos V., R. (2011). Towards elucidation of the epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. COPCORD Studies in the community. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 86, 1-2. Doi: 10.3899/jrheum.100950.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta D., N., Torres V., M., Aguilar A., A., Dada, G. y Angel S., L. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: the role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56-77. Doi: 10.1080/10720537.2011.530492.
- Congreso Nacional de Colombia (2006). *Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá: Autor.
- Cosci, F., Pennato, T., Bernini, O. y Berrocal, C. (2011). Psychological well-being, negative affectivity, and functional impairment in fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 256-258. Doi: 10.1159/000322031.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FLO: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FLO: Psychological Assessment Resources.



- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 888. Doi: 10.1016/0191-8869(91)90177-D.
- Cuevas T., A.M., López T., F., García M., A. y Díaz B., M. (2008). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia. *Psicología conductual*, 16(2), 289-306.
- Cupani, M., Vaiman, M., Font, M.L., Pizzichini, F. y Saretti, B. (2012). Análisis factorial confirmatorio del NEO-FFI utilizando parcelización de ítems y método bootstrap. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 159-168.
- Da Costa, D., Dobkin, P.L., Fitzcharles, M.A., Fortin, P.R., Beaulieu, A., Zummer, M., Senécal, J.L., Goulet, J.R., Rich, E., Choquette, D. y Clarke, A.E. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 27(2), 365-372.
- Delhom, I., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2019). ¿Están los rasgos de personalidad asociados al bienestar psicológico? *Escritos de Psicología*, 12, 1-8.
- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno J., B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dobkin, P.L., De Civita, M., Abrahamowicz, M., Baron, M. y Bernatsky, S. (2006). Predictors of health in women with fibromyalgia: a prospective study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 101-108. Doi: 10.1207/s15327558ijbm1302\_1.
- Freitas R.P., A., Andrade, S.C., Spyrides, M.H.C., Micussi M., T.A.B.C. y Sousa M., B.C. (2017). Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(3), 197-203. Doi: 10.1016/j.rbre.2016.07.001.
- Gale, C.R., Booth, T., Möttus, R., Kuh, D. y Deary, I.J. (2013). Neuroticism and extraversion in youth predict mental wellbeing and life satisfaction 40 years later. *Journal of Research in Personality*, 47(6), 687-697. Doi: 10.1016/j.jrp.2013.06.005.
- Gallardo, I. y Moyano D., E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 931-939. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy11-3.aper.
- Galvez S., C.M., Duschek, S. y Reyes P., G.A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology Research Behavior Management*, 12, 117-127 Doi: 10.2147/PRBM.S178240.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417. Doi: 10.1136/bmj.324.7351.1417.
- Goubert, L., Crombez, G. y Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107(3), 234-241. Doi: 10.1016/j.pain.2003.11.005.
- Gracely, R.H., Ceko, M. y Bushnell, M.C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-9. Doi: 10.1155/2012/486590.
- Grossardt, B.R., Bower, J.H., Geda, E., Colligan, R.C. y Rocca, W.A. (2009). Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the Mayo Clinic cohort study of personality and aging. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 491-500. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31819e67db.
- Gupta, A. y Silman, A.J. (2004). Psychological stress and fibromyalgia: a review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Research & Therapy*, 6(3), 98-106. Doi: 10.1186/ar1176.
- Hajek, A., Bock, J.O. y König, H.H. (2017). The role of personality in health care use: Results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLOS ONE*, 12(7). Doi: 10.1371/journal.pone.0181716.
- Hernandez, R., Bassett, S.M., Boughton, S.W., Schuette, S.A., Shiu, E.W. y Moskowitz, J.T. (2017). Psychological well-being and physical health: associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*, 10(1), 18-29. Doi: 10.1177%2F1754073917697824.
- Hoffman, D.L. y Dukes, E.M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115-126. Doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01638.x.
- Huang, I-C., Lee, J.L., Ketheeswaran, P., Jones, C.M. y Dennis, A. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLOS ONE*, 12(3). Doi: 10.1371/journal.pone.0173806.
- Kadimpati, S., Zale, E.L., Hooten, M.W., Ditte, J.W. y Warner, D.O. (2015). Associations between neuroticism and depression in relation to catastrophizing and pain-related anxiety in chronic pain patients. *PLOS ONE*, 10(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0126351.
- Kaplan, R.M., Schmidt, S.M. y Cronan, T.A. (2000). Quality of well-being in patients with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 27(3), 785-789.
- Kayhan, F., Küçük, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş. e İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 349-355. Doi: 10.2147/NDT.s99160.
- Khan, A.A., Jacobson, K.C., Gardner, C.O., Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 190-196. Doi: 10.1192/bjp.186.3.190.



- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256. Doi: 10.1037/a0015309.
- Londoño, J., Ballestas, I., Cuervo F., et al. (2018). Prevalence of rheumatic disease in Colombia according to the Colombian Rheumatology Association (COPCORD) strategy. Prevalence study of rheumatic disease in Colombian population older than 18 years. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25(4), 245-256. Doi: 10.1016/j.rcreue.2018.08.003.
- López, M. y Mingote, J.C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358.
- Lugo, L., García, H. y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Malin, K. y Littlejohn, G.O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285. Doi: 10.2174/1874312901206010273.
- Malt, E.A., Olafsson, S., Lund, A. y Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 3, 12. Doi: 10.1186/1471-2474-3-12.
- Marques, A.P., Santo A.D., S.D.E., Berssaneti A., A., Matsutani, L.A. y Yuan, S.L.K. (2017). A prevalência de fibromialgia: atualização da revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356-363. Doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005.
- Martínez, P. y Cassaretto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63-74.
- Meda L., R.M., Moreno J., B., García L., F., Palomera, A. y Mariscal S., M.V. (2015). Validez factorial del NEO-FFI en una muestra mexicana: Propuesta de una versión reducida. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 57-67.
- Meier, L.K. y Oros, L.B. (2019). Adaptación y análisis psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adolescentes argentinos. *Psykhē*, 28(1), 1-16. Doi: 10.7764/psykhe.28.1.1169.
- Meléndez, J.C., Satorres, E., Cujíño, M.A. y Reyes, M.F. (2019). Big Five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 88-93. Doi: 10.1016/j.archger.2019.01.016.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). *Resolución Número 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Autor.
- Park, M.-S., Lee, K.H., Sohn, S., Eom, J.-S. y Sohn, J.-H. (2014). Degree of extraversion and physiological responses to physical pain and sadness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 483-488. Doi: 10.1111/sjop.12144.
- Penfold, S., St Denis, E. y Mazhar, M.N. (2016). The association between borderline personality disorder, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *British Journal of Psychology Open*, 2(4), 275-279. Doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002808.
- Picavet, H.S.J. y Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 63(6), 723-729. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2003.010769>.
- Pineda, C., Castro, J. y Chaparro, R. (2017). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 45-55.
- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 356. Doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F. y Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 576-586. Doi: 10.1016/j.paid.2007.09.019.
- Russell, I.J. (2002) Fibromyalgia syndrome subgroups. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 1-7. Doi: 10.1300/J094v10n03\_01.
- 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, 1069-1081.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. y Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383-1394. Doi: 10.1098/rstb.2004.1521.
- Sánchez M., J., García J., M., Valverde, M. y Pérez, M. (2015). La relación entre el dolor percibido y los estilos de personalidad en pacientes reumáticos. *Revista Colombiana de Reumatología*, 22(4), 192-200. Doi: 10.1016/j.rcreue.2015.10.002.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirliff, E.A., Muller, D., Loevinger, B.L. y Coe, C.L. (2005). In the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 74(4), 231-239. Doi: 10.1159/000085147. PMID: 15947513.
- Schlenk, E.A., Erlen J.A., Dunbar-Jacob J. et al. (1997). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65. Doi: 10.1023/A:1008836922089.
- Schmutte, P.S. y Ryff, C.D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. Doi: 10.1037/0022-3514.73.3.549.
- Schoefeld-Smith, K., Nicasso, P.M., Radojevic, V. y Patterson, T.L. (1995). Multiaxial taxonomy of fibromyalgia syndrome patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2(2), 149-166. Doi: 10.1007/BF01988640.
- Seto, A., Han, X., Price, L.L., Harvey, W.F., Bannuru, R.R. y Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 38(1), 149-157. Doi: 10.1007/s10067-018-4316-7.

- Skaer, T.L., Kwong, W.J. (2017). Illness perceptions and burden of disease in fibromyalgia. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(1), 9-15. Doi: 10.1080/14737167.2017.1270207.
- Smith, T.W. y MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257.
- Strömbeck, B., Ekdahl, C., Manthorpe, R., Wikström, I. y Jacobsson, L. (2000). Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(1), 20-28. Doi: 10.1080/030097400750001761.
- Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J.M., Arias, A., Gomez, E. y Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 640-648. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.07.014.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 233. Doi: 10.1037/0022-006x.56.2.233.
- Tüzün, E.H., Albayrak, G., Eker, L., Sözyay, S. y Daşkapan, A. (2004). A comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 26(4), 198-202. Doi: 10.1080/09638280310001639696.
- Van Houdenhove, B., Egle, U. y Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 7(5), 365-370. Doi: 10.1007/s11926-005-0021-z.
- van Middendorp, H., Kool, M.B., van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M.A. y Geenen, R. (2016). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66-72. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.11.006.
- Viitanen, J., Ronni, S., Ala-Peijari, S., Uoti-Reilama, K. y Kautiainen, H. (2000). A comparison of self-estimated symptoms and impact of disease in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 8(3), 21-33. Doi: 10.1300/J094v08n03\_03.
- Walen, H.R., Cronan, T.A., Serber, E.R., Groessl, E. y Oliver, K. (2002). Subgroups of fibromyalgia patients: evidence for heterogeneity and an examination of differential effects following a community-based intervention. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 10(3), 9-32. Doi: 10.1300/J094v10n03\_02.
- Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W.J. y Bernstein, D. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 565-571.
- Ware Jr., J.E. (2000). SF-36. Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Zanon, C. y Hutz, C.S. (2013). Affective disposition, thinking styles, neuroticism and life satisfaction. *Universitas Psychologica*, 12(2), 403-411. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy12-2.adts.



# Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión

## *Evaluation and benefits of empathy in the medical context: A review*

René Noec Cortés Morán y Ariel Vite Sierra

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

Autor para correspondencia: René Noec Cortés Morán, [noec7@hotmail.com](mailto:noec7@hotmail.com).

### RESUMEN

Diversos autores han postulado que la variable *empatía*, esto es, la que manifiesta el médico durante el contacto con sus pacientes, beneficia al usuario y al mismo profesional de la salud, para lo cual se suele citar la literatura internacional, lo que plantea dificultades para la generalización en virtud de que se ha señalado que el comportamiento empático se ve afectado por la nacionalidad del médico y del paciente. Por otra parte, no todos los autores consideran que la relevancia de la empatía sea sobresaliente en el contexto sanitario, o que su importancia sea una cuestión resuelta por la falta de consenso sobre cómo medir y operacionalizar esta variable. Por lo anterior, este trabajo tuvo como objetivo analizar y reportar los resultados de una revisión de la literatura nacional e internacional de artículos en los que se ha encontrado un efecto benéfico de la empatía y la relación de esta con un resultado positivo hacia el paciente o los manifestados en el mismo profesional empático; igualmente, reportar los instrumentos que se han utilizado para evaluar el constructo cuando los autores indican el hallazgo de sus beneficios. La búsqueda se limitó a los años 2014-2020, siendo las fuentes de información Pubmed, Cochrane, Scielo, Latindex y RedALYC. Se encontraron 420 artículos en total, pero solo nueve satisficieron los requisitos de búsqueda; además, se halló la referencia de siete instrumentos de medición. Por un lado, en este documento se discuten algunas implicaciones sobre la evaluación de la empatía con base en la investigación actual; por otro, se provee información relevante para aquellos profesionales interesados en los beneficios de la empatía en el contexto sanitario, así como en la evaluación del fenómeno en el personal médico.

**Palabras clave:** Consulta médica; Relación médico-paciente; Evaluación; Empatía; Beneficios.

### ABSTRACT

Background. *Various authors cited in the international research literature have pointed out that empathy shown by the physician during contact with patients benefits them and the health professional him/herself. Such sources pose difficulties for generalization since empathic behavior is affected by the culture and nationality of both the physician and the patient. Furthermore, not all authors consider the relevance of empathy as key in the healthcare context. Empathy is sometimes assumed as a matter of course due to the absence of consensus on measuring and operationalizing it.* Objective. *The present study aimed at examining the results of a review of the national and international research literature.* Method. *The scrutiny included original articles reporting a beneficial effect of empathy or its relationship to improvement for the patient or the health professional. The analysis also describes the instruments used to evaluate the construct in studies reporting benefits. The search included six years (2014-2020) from the following databases: Pubmed, Cochrane, Scielo, Latindex, and Redalyc.* Results. *A total of 420 articles appeared, but only nine covered the*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Edificio "C", Piso 1, Cubículo 1, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [noec7@hotmail.com](mailto:noec7@hotmail.com) y [avite@unam.mx](mailto:avite@unam.mx).



*search requirements. Also, seven measuring instruments emerged. Discussion. The present paper discusses some implications on the evaluation of empathy based on current research. We include relevant information aimed at healthcare professionals interested in evaluating the benefits of empathy.*

**Keywords:** Medical consultation; Physician-patient relationship; Evaluation; Empathy; Benefits.

Recibido: 30/11/2020

Aceptado: 18/03/2021

## INTRODUCCIÓN

### Empatía

La empatía que muestra el médico hacia el paciente es un comportamiento complejo que implica componentes de comunicación (Kelly, Svrcek, King, Scherpbier y Dornan, 2020). Sobre ello, algunos autores indican que su importancia y beneficios en el contexto sanitario son innegables (Moudatsou, Stavropoulou, Philalithi y Koukouli, 2020); sin embargo, no todos los investigadores están de acuerdo en la relevancia de la empatía en cualquier escenario médico (Decety, 2020). Por ejemplo, se ha postulado que el costo de los programas de entrenamiento en empatía, así como la práctica de la misma en consulta, supera sus beneficios (Howick, Mittoo, Abel, Halpern y Mercer, 2020). Para otros autores no es posible establecer la relevancia de la empatía en el ámbito médico en virtud de que su definición carece de consenso (Fernandez y Zahavi, 2020), lo que se manifiesta en la diversidad de métodos para medir el fenómeno (Pedersen, 2009), por lo cual muchas investigaciones en el área no son comparables, y la validez externa de las mismas implica un reto (Sulzer, Feinstein y Wendland, 2016).

### Evaluación de la empatía en el contexto médico en México

En la literatura nacional, en los trabajos en los que se ha evaluado la empatía del personal sanitario, se suele partir del argumento de que los efectos benéfi-

cos o los resultados positivos de la variable referida ya se han demostrado (Alcorta, González, Tavitas y Rodríguez, 2005), aludiendo así a los trabajos efectuados en otros países (Parra y Cámara, 2017). Sin embargo, la generalización de los efectos benéficos de la empatía enfrenta el obstáculo de la mediación cultural. Por ejemplo, en una revisión sistemática se detectaron niveles de empatía más elevados en los profesionales de países occidentales (Andersen, Johansen, Søndergaard, Andersen y Assing, 2020). Asimismo, en un estudio hecho en Estados Unidos en el que participaron 10,751 estudiantes de medicina se encontraron diferencias en el nivel de empatía según la etnia de los participantes, algunos de los cuales eran afroamericanos, hispanos, latinos y asiáticos (Hojat *et al.*, 2020). Por otro lado, se ha visto que algunas conductas empáticas no verbales son más esperadas por los pacientes en función del grupo cultural al que pertenecen (Lorié, Reinero, Phillips, Zhang y Riess, 2017). En otras palabras, los usuarios pueden tener una idea diferente de lo que es un médico empático dependiendo de su país de procedencia (Howick, Steinkopf, Ulyte, Roberts y Meissner, 2017).

En resumen, el fenómeno de la empatía (y por ende sus resultados positivos) puede manifestarse de formas distintas dependiendo de dos aspectos: el método de medición que se utilice en la investigación y la nacionalidad de los médicos y pacientes. Adicionalmente, son escasos los estudios hechos en población mexicana en que se demuestre el efecto positivo de la empatía hacia el paciente o el médico; se desconoce si en el contexto geográfico nacional es necesario que el médico sea empático, tomando en cuenta que los profesionales de la salud tienen muy poco tiempo disponible (*cf.* Llanwarne, Newbould, Burt, Campbell y Roland, 2017), pues para algunos autores la práctica de la empatía implica un trabajo cognitivo y un esfuerzo adicional para el proveedor de salud (Cameron y Inzlicht, 2020).

Con base en lo anterior, se consideró pertinente llevar a cabo la revisión y el análisis de la literatura nacional e internacional sobre la empatía con el objetivo de reportar los resultados de artículos originales que hayan encontrado un efecto benéfico de la empatía, o bien una relación de aquella con un resultado positivo hacia el paciente



o los manifestados por el mismo profesional empático. Otro objetivo fue identificar los métodos de medición de este fenómeno empleados en aquellos trabajos cuyos autores reportan el hallazgo de resultados positivos. Adicionalmente, se discuten algunas implicaciones sobre la evaluación de la empatía en el contexto de la investigación actual.

Los resultados de la presente revisión podrían ser de utilidad para los profesionales interesados en el área de la empatía de los proveedores de atención médica, ya sea con fines de capacitación, investigación (Wünderich *et al.*, 2017) o prevención para el cuidado de la salud del paciente y del prestador de atención sanitaria (van Dijk *et al.*, 2017).

## MÉTODO

Para la búsqueda de artículos se indagó en las siguientes bases de datos: Pubmed y Cochrane, también en Scielo, Latindex y RedALyC. Los criterios de inclusión fueron, a saber: 1) estudios originales

en los que los autores reportaron la correlación o el efecto benéfico de la empatía del médico sobre alguna variable del paciente o del mismo profesional de la salud, 2) ensayos clínicos o preexperimentos (estudios de un solo grupo), 3) estudios nacionales e internacionales, 4) estudios publicados desde enero de 2014 a septiembre de 2020.

Para realizar la búsqueda se emplearon varios cruces de palabras tomando como base el sistema PICO (O'Sullivan, Wilk, Michalowski y Farion, 2013). Se estableció la *población* de interés (médicos y pacientes) y se identificó la empatía como variable *intervención*. Respecto al componente de *comparación*, la existencia de grupos de control no se consideró necesaria en esta revisión. Finalmente, el *resultado* se definió como el efecto benéfico de la empatía o la correlación de la empatía con un resultado positivo en la población. Al hacer la búsqueda de artículos, se usó el operador booleano “AND” entre palabras (solo cuando la base admitía su uso). En la Tabla 1 se muestran todas las palabras clave que se utilizaron por base de datos.

**Tabla 1.** Palabras clave por base de datos.

Bases de datos	Población	Intervención	Resultado
Medline y Cochrane <sup>1</sup>	Physician	Empathy	Benefit
	Doctor	Empathic behavior	Positive effect
	Patient		Advantages
	Doctor-patient relationship		
Scielo, Latindex y RedALyC <sup>2</sup>	Médico	Empatía	Beneficio
	Paciente	Conducta empática	Efecto positivo
	Relación médico-paciente		Ventajas

<sup>1</sup> Búsqueda internacional, <sup>2</sup> Búsqueda nacional.

Las palabras clave se dividieron en tres componentes: población, intervención y resultado, y en búsqueda nacional o internacional (Tabla 1). Cada cruce consideró una palabra de cada componente hasta cubrir el mayor número de combinaciones posibles; por ejemplo, los primeros tres cruces para la búsqueda internacional fueron los siguientes: 1) Physician AND empathy AND benefit, 2) Physician AND empathy AND positive effect y 3) Physi-

cian AND empathy AND advantages. Por tanto, se usaron 24 combinaciones de palabras para Pubmed y Cochrane, pero solamente 18 para Scielo, Latindex y RedALyC. Al trabajar en Pubmed (ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) se activaron los siguientes filtros: “Clinical study”, “Clinical trial”, “Comparative study”, “Controlled clinical trial”, “Evaluation study” y “Observational study”. Además, se utilizó la opción de un máximo de seis años en el filtro

“Publication dates”. Por otro lado, en Cochrane Library ([cochranelibrary.com/central](http://cochranelibrary.com/central)) se limitó la búsqueda al periodo entre los años 2014 y 2020, considerándose únicamente los ensayos clínicos para su revisión.

En el caso de Scielo y Latindex no se utilizaron filtros, aunque en RedALyC se emplearon los siguientes: periodo (de 2014 a 2020), disciplina (“medicina”, “psicología” y “salud”) y país (“México”).

## RESULTADOS

Se encontraron 420 artículos en total: 223 en Medline, 78 en Cochrane y 119 en RedALyC, Scielo y Latindex. Tres artículos extranjeros fueron excluidos de la revisión por falta de acceso al material completo. Ningún artículo nacional cubrió los requisitos de búsqueda, pero nueve investigaciones extranjeras sí lo hicieron. En la Tabla 2 se reportan algunas características de los nueve estudios encontrados.

**Tabla 2.** Características generales de las investigaciones halladas.

Núm.	Autores	Tipo de estudio	Intervención	Muestra	Etnia
1	(Barnicot, <i>et al.</i> , 2014)	Prospectivo	Los participantes recibieron manejo médico y sesiones de psicoterapia.	157 pacientes con depresión mayor y 27 médicos.	No se especifica
2	(Runyan <i>et al.</i> , 2016)	Preexperimental Pre-post	Capacitación que incluye el desarrollo de empatía en médicos residentes de medicina familiar de Worcester.	12 médicos residentes de medicina familiar.	No se especifica
3	(Singh <i>et al.</i> , 2017)	Ensayo controlado aleatorizado	Tres grupos fueron capacitados sobre las “infecciones asociadas con la atención médica (HAIS)”, dos de los cuales incluían una intervención para generar empatía en los pacientes con HAIS.	102 estudiantes de segundo año de medicina.	No se especifica
4	(van Osch <i>et al.</i> , 2017)	Ensayo controlado aleatorizado	Las participantes observaron uno de cuatro videos de consultas médicas simuladas en las que el profesional podía o no expresar empatía y expectativas positivas con respecto al tratamiento. Cada participante recibió la instrucción de identificarse con la paciente de la grabación.	293 mujeres con dolor menstrual.	En su mayoría holandesa
5	(Danzi <i>et al.</i> , 2018)	Experimento aleatorizado	Las participantes observaron uno de dos videos de consultas médicas simuladas. Los videos eran idénticos, excepto porque uno de ellos adicionaba cuatro comentarios de apoyo hacia el paciente. Las mujeres fueron invitadas a identificarse con la paciente de la grabación.	70 mujeres sanas.	En su mayoría italiana
6	(Chen <i>et al.</i> , 2019)	Preexperimental Pre-post	Hospitalización para la gestión de la colitis ulcerosa en el sur de China.	242 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa y 45 médicos.	No se especifica
7	(Yuguero <i>et al.</i> , 2019)	Transversal	Los participantes recibieron diversos cuestionarios por correo electrónico para su llenado. Los médicos trabajaban en la comarca sanitaria catalana de Lleida.	108 médicos	No se especifica
8	(Xu <i>et al.</i> , 2020)	Preexperimental Pre-post	Hospitalización para la gestión de la enfermedad de Crohn en el sur de China.	187 pacientes con enfermedad de Crohn.	No se especifica
9	(Lamiani <i>et al.</i> , 2020)	Transversal	Se aplicaron varios cuestionarios a los profesionales cuando asistían a una conferencia.	118 médicos, 41 residentes y 51 enfermeras de cuidados intensivos.	Italiana

En la Tabla 3 se exponen algunas características adicionales relevantes sobre cada artículo, y en la Tabla 4 los instrumentos para evaluar la empatía y los principales resultados reportados por los au-

tores en lo relativo a la correlación de la empatía con uno o varios beneficios. Los números de la primera columna en las Tablas 3 y 4 se refieren al orden de los artículos señalados en la Tabla 2.

**Tabla 3.** Detalles adicionales sobre el procedimiento.

1	La depresión se evaluó por medio de dos escalas. La empatía y la depresión se midieron en diversos momentos durante el tratamiento de 16 semanas, y la medida 16 se tomó como un indicador de recuperación.
2	Se midieron la empatía y las variables de riesgo, como estrés percibido y fatiga antes y después del entrenamiento.
3	La empatía se midió antes y después del programa educativo, y luego se evaluó el conocimiento de los médicos respecto a las HAIS.
4	Previo al contacto con las participantes, 30 grabaciones de consultas médicas simuladas fueron calificadas por dos codificadores para detectar la expresión de la empatía y la expectativa positiva respecto al tratamiento, calificación que permitió la elección de cuatro videos representativos de las variables mencionadas. Las participantes que observaban uno de los cuatro videos y se identificaban con la paciente de la grabación fungieron como “pacientes simultáneos”; las mujeres calificaban la empatía del médico observado y la ansiedad (en ellas) se evaluó antes y después de la exposición al video mediante un inventario.
5	Durante el experimento se utilizó electrocardiograma para evaluar la actividad simpática, y después las participantes calificaron el nivel de empatía.
6	La medición de las variables ocurrió en dos momentos: durante el ingreso al hospital y tres meses después. Se usaron cuestionarios para evaluar la ansiedad y la autoeficacia, la calidad de sueño mediante polisomnografía, y el factor inflamatorio a través de interleucina 6 por muestra de sangre (estas variables del paciente se midieron en ambos puntos de la evaluación). En el primer momento el médico calificó su nivel de empatía, y en el segundo, el paciente fue quien calificó esta variable.
7	Los médicos respondieron encuestas para evaluar el <i>burnout</i> , la empatía y la calidad de la prescripción.
8	Los participantes fueron evaluados al ingresar al hospital y tres meses después. El indicador de inflamación se determinó mediante el estudio de interleucina 6 y la calidad de sueño por medio de polisomnografía; la ansiedad y la autoeficacia se midieron empleando dos escalas. Todas las variables fueron evaluadas al ingreso y tres meses más tarde, con excepción de empatía que solo se midió en este segundo momento.
9	Se aplicó una encuesta que involucraba varios cuestionarios, con los cuales se midieron la satisfacción laboral, la intención de dejar el trabajo y la empatía.

**Tabla 4.** Resultados de las nueve investigaciones halladas (relación de la empatía con uno o varios beneficios).

Núm.	Instrumento para la medición de la empatía	Características del instrumento	Relación de la empatía con un resultado positivo	Receptor del beneficio
1	The Barrett-Lennard Relationship Inventory	Cuestionario de 64 reactivos a responder por el paciente. Mide empatía y otras variables de la relación médico-paciente. Escala de tres puntos, de “totalmente falso” a “totalmente cierto” (Barrett-Lennard, 2015).	Menor puntuación de depresión solo durante el tratamiento	Paciente
2	The Jefferson Empathy Scale	Autoinforme a responder por el médico consistente de 20 reactivos que se califican en una escala Likert de siete puntos (Hojat <i>et al.</i> , 2018).	Disminución del estrés percibido y fatiga (no significativa)	Médico
3	Toronto Empathy Questionnaire	Autoinforme a responder por el médico que contiene 16 preguntas en una escala tipo Likert de cinco puntos (Spreng <i>et al.</i> , 2009).	Adquisición de conocimiento facilitada durante un curso	Médico
4	Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS)	Sistema de codificación de diversos componentes de la interacción médico-paciente (Roter y Larson, 2002). Las categorías se identifican mediante la observación de grabaciones de audio o video (Cavaco y Roter, 2010).	La expresión de la expectativa positiva reduce la ansiedad solo cuando los médicos se comunican de manera cálida y empática <sup>1</sup>	Paciente simultáneo
	The Consultation and Relational Empathy Measure (CARE)	Cuestionario de diez reactivos a responder por el paciente (Noordman <i>et al.</i> , 2019).		

Continúa...

5	Escala análoga	Mediante una pregunta: “¿Qué tan empático fue el médico?”, la respuesta se puede ubicar en una escala de 1 a 10 (Danzi <i>et al.</i> , 2018).	Reducción del nivel de excitación en términos de la variabilidad de frecuencia cardíaca	Paciente simultáneo
6	The Jefferson Empathy Scale	Referido en 2	Relación positiva con autoeficacia y calidad de sueño	Paciente
	The Consultation and Relational Empathy Measure	Referido en 4	Relación negativa con interleucina 6 y ansiedad <sup>2</sup>	
7	The Jefferson Empathy Scale	Referido en 2	Mejores resultados en la prescripción, aunque no fueron significativos	Médico y paciente
8	The Consultation and Relational Empathy Measure	Referido en 4	Relación negativa con interleucina 6 y ansiedad. Relación positiva con autoeficacia y calidad de sueño	Paciente
9	The Empathic Quotient	Instrumento de 60 reactivos, más otros 20 que funcionan como distractores, a responder por el paciente en una escala Likert que va de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” (Redondo y Herrero, 2018).	Relación positiva con la satisfacción laboral	Médico

<sup>1</sup> En el estudio 4, los resultados correlacionaron con CARE. El RIAS se usó para calificar y clasificar las grabaciones antes del contacto con los participantes.

<sup>2</sup> La correlación con interleucina 6 en el estudio 6 se efectuó con la Jefferson Scale of Empathy.

Como se observa, los instrumentos reportados varían en su método para evaluar la empatía, lo que responde a la forma en que los autores definen la variable. Por ello, se brinda una definición amplia de la misma para catalogar dichos instrumentos.

La empatía se define como un proceso complejo de cinco fases: 1) la “oportunidad empática”, una conducta del paciente que consiste en indicadores verbales y no verbales de estar experimentando una emoción, un desafío o un progreso (Johnson Shen *et al.*, 2019); 2) la “resonancia”, descrita como un trabajo cognitivo del médico en el que se detecta la oportunidad empática del paciente o se experimenta sintonía emocional (Halpern,

2003); 3) la “moral”, que implica una fuerza interna, altruista, que motiva al profesional a responder empáticamente (Neumann *et al.*, 2012); 4) la “respuesta empática *per se*”, que ocurre cuando el médico comunica que comprende al paciente mediante su conducta verbal o no verbal (Finset y Ørnes, 2017), y 5) la “recepción” (Lin *et al.*, 2008), que se manifiesta cuando el paciente percibe la respuesta empática de su médico.

Con base en la definición anterior es posible detectar que los instrumentos hallados no miden todo el espectro de la empatía, sino más bien solo una parte de ella (Tabla 5).

**Tabla 5.** Fases de la empatía que son detectadas por los instrumentos de medición encontrados.

Instrumento	Oportunidad empática	Resonancia	Moral	Respuesta empática	Recepción
Barrett-Lennard Relationship Inventory					X
Jefferson Empathy Scale		X	X		
Toronto Empathy Questionnaire		X	X		
Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS)				X	
Escala Análoga					X
Empathic Quotient (EQ)					X

## DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo fue llevar a cabo la exploración y análisis de la literatura nacional y extranjera para reportar los resultados de trabajos en los que se ha señalado un efecto benéfico de la empatía, o bien la relación de esta con un resultado positivo hacia el paciente o los manifestados en el mismo profesional empático, al igual que identificar los métodos para su medición implementados en aquellos trabajos en los que los autores hallan resultados positivos.

No se encontraron resultados benéficos de la empatía en la literatura nacional; de hecho, la investigación en el contexto geográfico mexicano se ha limitado a describir la empatía en 1,022 estudiantes de medicina, en quienes se validó la Escala de Empatía de Jefferson (Alcorta *et al.*, 2005) y a medirla en un conjunto de 180 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán a través de esa misma escala (Parra y Cámara, 2017). Por tanto, en el contexto de esta investigación, la validez externa de los beneficios de los estudios internacionales es desconocida. De hecho, algunas investigaciones reportadas advierten sobre el problema de la generalización. Por ejemplo, en el ensayo de van Osch *et al.* (2017) se enlistan diversas limitaciones para la validez externa, entre las cuales sobresalen la nacionalidad de las participantes. Por su parte, Lamiani *et al.*, (2020) advierten que la generalización de los hallazgos se ve limitada por diversos factores, como que solamente se incluyen participantes italianos, entre otros; de manera que, la difusión de los hallazgos extranjeros no debe considerarse suficiente para la generalización *ipso facto* (Leviton, 2017), por lo que se recomienda que futuras investigaciones en nuestro país añadan el monitoreo de los efectos benéficos o evalúen los posibles resultados positivos.

De los nueve artículos encontrados, solo siete reportan resultados significativos (véase Tabla 4); cuatro de ellos muestran la asociación de la empatía con un resultado positivo, pero debido al diseño no se puede establecer causalidad. En el trabajo de van Osch *et al.*, (2017) y en el de Danzi *et al.*, (2018) se empleó un grupo control, para lo cual se

recurrió a la figura del paciente simultáneo o análogo, quien no es un paciente en consulta, sino una persona a la que se invita a identificarse con un paciente simulado que ha sido videograbado; este método de evaluación resuelve problemas éticos referentes a videograbar y medir a pacientes reales durante las consultas (Parry, Pino, Faull y Feathers, 2016), aunque plantea retos importantes sobre la generalización de los hallazgos en los usuarios que acuden a consulta médica (Visser *et al.*, 2018).

Por otro lado, únicamente en tres estudios se halló la relación de la empatía con mediciones fisiológicas, como la variabilidad de la frecuencia cardiaca, el factor de inflamación interleucina 6 y el uso de polisomnografía. Este tipo de mediciones son de gran utilidad en virtud de que vinculan la empatía de forma tangible con los resultados clínicos del participante o del paciente (Hojat, 2016), lo que podría ser considerado en futuras investigaciones nacionales al incorporarse indicadores fisiológicos en el monitoreo de los beneficios.

Finalmente, respecto a los instrumentos, los resultados de esta investigación son congruentes con los de otros estudios; por ejemplo, una revisión sistemática reportó que la mayor parte de los instrumentos utilizados por los investigadores son autoinformes, los cuales dejan de lado la medición de la presencia o ausencia de las conductas empáticas durante los encuentros clínicos con los pacientes (Sulzer *et al.*, 2016). De igual manera, se encontraron seis autoinformes y solamente un método de evaluación, el RIAS, que incluye el componente de la evaluación directa del comportamiento empático mediante grabaciones de audio (Höglander *et al.*, 2020) y video (McHale *et al.*, 2019).

Futuros trabajos nacionales podrían tomar en cuenta las ventajas y limitaciones de la medición de la empatía en función de la fase involucrada en la evaluación. Por ejemplo, para medir las fases de “resonancia” y “moral” existe la Jefferson Empathy Scale (Alcorta *et al.*, 2005), que es de hecho en esta última referencia el único registro localizado de un instrumento válido en nuestro contexto geográfico. Sin embargo, algunas investigaciones podrían orientarse al desarrollo, validación o



adaptación de instrumentos, lo cual es importante en cuanto que la empatía es un comportamiento complejo, por lo que algunos autores prefieren medir la variable con más de un instrumento (van Osch *et al.*, 2017). En una revisión sistemática se recomienda utilizar un informe que sea respondido por el médico y otro por el paciente (Lelorain *et al.*, 2012), lo cual haría posible comparar ambas medidas y hallar inconsistencias. En un estudio en el que se efectuó dicha comparación se encontró que la evaluación de la empatía autorreportada por el médico (“resonancia”) y la calificación del paciente (“recepción”) no estaban correlacionadas (Bernardo *et al.*, 2018), y en otro se encontraron resultados similares, siendo las calificaciones de los pacientes más elevadas (Hermans, Hartman y Dielissen, 2018). Por tal motivo, deben tomarse en cuenta que cuando los médicos responden cuestionarios que involucran variables psicosociales, tienden a hacerlo de manera deshonesto o poco genuina debido a los diversos estigmas a los que se enfrentan en el contexto sanitario (Gold, Sen y Schwenk, 2013). Por otro lado, cuando el paciente califica la empatía de su médico podría otorgar calificaciones más elevadas por la discapacidad social que entraña (Howick *et al.*, 2017).

Una de las ventajas más notorias del RIAS es que incluye la medición de la respuesta empática, la que se puede usar para analizar grabaciones de consultas médicas reales o simuladas (Nakayama, Kimata, Oshima, Kato y Nitta, 2016). Además, sistemas observacionales como el RIAS tienen la característica de poder monitorear los requerimientos de diversas listas de verificación que enumeran las competencias específicas que los médicos deben manifestar durante la consulta con sus pacientes (Bachmann *et al.*, 2013), con lo cual se puede retroalimentar a los médicos sobre los componentes específicos de la empatía y la comunicación que pueden mejorar (Zabar *et al.*, 2020). No obstante, con base en el método descrito por autores que han usado el RIAS, es probable que un estudio así tenga un costo elevado por necesidad de dispositivos como cámaras, la capacitación de los codificadores y el tiempo adicional que se requiere para el análisis del material audiovisual de todos los participantes. Los investigadores que usen métodos de observación directa deben tomar medidas para

disminuir el llamado “efecto Hawthorne” (Goodwin *et al.*, 2017), el cual implica que el médico modifica por lo regular su comportamiento cuando se sabe evaluado (Paradis y Sutkin, 2017).

En esta revisión no se encontraron instrumentos que midan la fase de “oportunidad empática” del paciente; pese a ello, en la literatura internacional hay algunos estudios en que se han empleado el E-PE-O (Eide *et al.*, 2004) y el ECCS (Empathic Communication Coding System) (Johnson Shen *et al.*, 2019).

Entre las limitaciones de este trabajo debe decirse que el mismo se basó en un limitado número de artículos e instrumentos de medición, lo cual se debe probablemente a los siguientes factores: el reducido número de palabras para realizar la búsqueda de información, las bases de datos consultadas (principalmente porque la revisión nacional se limitó a solo tres) y que solo se consideraron los artículos a partir del año 2014.

No se reportan estudios nacionales originales que identificaran un efecto benéfico de la empatía, o una relación de esta con resultados positivos en los pacientes o los prestadores de atención sanitaria, por lo que la validez externa de los resultados internacionales es desconocida en nuestro contexto geográfico. En la literatura internacional se detectaron siete artículos que reportan la relación con resultados benéficos, y se encontró la referencia a siete métodos de evaluación cuando los autores reportan los hallazgos. En consecuencia, se requiere de investigaciones en el país en las que los autores añadan el monitoreo de los efectos benéficos o evalúen los posibles resultados positivos de la empatía para poder generalizar los resultados de la literatura internacional. También se recomienda la evaluación con más de un instrumento para acceder a más de una fase del fenómeno, en particular el monitoreo de la conducta empática del médico y la oportunidad empática del paciente durante la consulta médica, lo que ha recibido poca atención. Asimismo, se recomienda añadir a la medición de la empatía el monitoreo de variables fisiológicas del médico o del paciente a fin de lograr resultados más claros sobre la relación de la empatía con resultados benéficos, principalmente en el área de la salud.

## AGRADECIMIENTOS

El autor principal, con CVU 478348, expresa su agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento otorgado para esta investigación mediante el número de beca: 414999 y número de becario 280365.

*Citación:* Cortés M., R.N. y Vite S., A. (2022). Evaluación y beneficios de la empatía en el contexto médico: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(2), 283-293. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2749>.

## REFERENCIAS

- Alcorta G., A., González G., J.F., Tavitás H., S.E., Rodríguez L., F.J. y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63.
- Andersen, F.A., Johansen, A.S.B., Søndergaard, J., Andersen, C.M. y Assing Hvidt, E. (2020). Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: A systematic review. *BMC Medical Education*, 20(1), 52. Doi: 10.1186/s12909-020-1964-5.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C.G., Cavaco, A.M., Elorza, R.D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S. y Rosenbaum, M. (2013). An European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18-26. Doi: 10.1016/j.pec.2012.10.016.
- Barnicot, K., Wampold, B. y Priebe, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviours on depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 112-117. Doi: 10.1016/j.jad.2014.05.064.
- Barrett-Lennard, G.T. (2015). *The relationship inventory: A complete resource and guide*. Chichester (UK): Wiley Blackwell.
- Bernardo, M.O., Cecílio, D., Costa, P., Quince, T.A., Costa, M.J. y Carvalho-Filho, M.A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS ONE*, 13(5), e0198488. Doi: 10.1371/journal.pone.0198488.
- Cameron, C.D. e Inzlicht, M. (2020). Empathy choice in physicians and non-physicians. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 715-732. Doi: 10.1111/bjso.12342.
- Cavaco, A. y Roter, D. (2010). Pharmaceutical consultations in community pharmacies: utility of the Roter Interaction Analysis System to study pharmacist-patient communication. *The International Journal of Pharmacy Practice*, 18(3), 141-148. Doi: 10.1211/ijpp/18.03.0003.
- Chen, X., Zhang, Y., Xu, X., Wang, W., Yan, H., Li, S. y Yang, N. (2019). Mediating roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality on the relationship between patient-reported physician empathy and inflammatory markers in ulcerative colitis patients. *Medical Science Monitor*, 25, 7889-7897. Doi: 10.12659/MSM.917552.
- Danzi, O.P., Perlini, C., Tedeschi, F., Nardelli, M., Greco, A., Scilingo, E.P., Valenza, G. y Del Piccolo, L. (2018). Affective communication during bad news consultation. Effect on analogue patients' heart rate variability and recall. *Patient Education and Counseling*, 101(11), 1892-1899. Doi: 10.1016/j.pec.2018.06.009.
- Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. Doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012.
- Eide, H., Frankel, R., Haaversen, A.C.B., Vaupel, K.A., Graugaard, P.K. y Finset, A. (2004). Listening for feelings: Identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling*, 54, 291-297. Doi: 10.1016/j.pec.2003.09.006.
- Fernandez, A.V. y Zahavi, D. (2020). Basic empathy: Developing the concept of empathy from the ground up. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103695. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103695.
- Finset, A. y Ørnes, K. (2017). Empathy in the clinician-patient relationship: the role of reciprocal adjustments and processes of synchrony. *Journal of Patient Experience*, 4(2), 64-68. Doi: 10.1177/2374373517699271.
- Gold, K.J., Sen, A. y Schwenk, T.L. (2013). Details on suicide among US physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 45-49. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005.
- Goodwin, M.A., Stange, K.C., Zyzanski, S.J., Crabtree, B.F., Borawski, E.A. y Flocke, S.A. (2017). The Hawthorne effect in direct observation research with physicians and patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1322-1328. Doi: 10.1111/jep.12781.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x.

- Hermans, L., Hartman, T.O. y Dielissen, P.W. (2018). Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: A cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, 68(674), e621-e626. Doi: 10.3399/bjgp18X698381.
- Höglander, J., Eklund, J.H., Spreeuwenberg, P., Eide, H., Sundler, A.J., Roter, D. y Holmström, I.K. (2020). Exploring patient-centered aspects of home care communication: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 19, 91.
- Hojat, M. (2016). Empathy and patient outcomes. En M. Hojat Ed.: *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York, NY: Springer International. Doi: 10.1007/978-3-319-27625-0.
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Mortensen, L.H., Speicher, M.R., Bragan, L., LaNoue, M. y Calabrese, L.H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920. Doi: 10.1007/s10459-018-9839-9.
- Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S.C., Speicher, M.R., Bragan, L. y Calabrese, L.H. (2020). Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Medical Education*, 54(6), 571-581. Doi: 10.1111/medu.14138.
- Howick, J., Mittoo, S., Abel, L., Halpern, J. y Mercer, S. (2020). A price tag on clinical empathy? Factors influencing its cost-effectiveness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 0(0), 1-5.
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N. y Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1), 136. Doi: 10.1186/s12909-017-0967-3.
- Johnson Shen, M., Ostroff, J.S., Hamann, H.A., Haque, N., Banerjee, S.C., McFarland, D.C., Molena, D. y Bylund, C.L. (2019). Structured analysis of empathic opportunities and physician responses during lung cancer patient-physician consultations. *Journal of Health Communication*, 24(9), 711-718. Doi: 10.1080/10810730.2019.1665757.
- Kelly, M., Svreck, C., King, N., Scherpbier, A. y Dorman, T. (2020). Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch. *Medical Education*, 54(5), 400-407. Doi: 10.1111/medu.14040.
- Lamiani, G., Dordoni, P., Vegni, E. y Barajon, I. (2020). Caring for critically ill patients: clinicians' empathy promotes job satisfaction and does not predict moral distress. *Frontiers in Psychology*, 10(2902). Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02902.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S. y Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255-1264. Doi: 10.1002/pon.2115.
- Leviton, L.C. (2017). Generalizing about public health interventions: a mixed-methods approach to external validity. *Annual Review of Public Health*, 38, 371-391. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044509.
- Llanwarne, N., Newbould, J., Burt, J., Campbell, J.L. y Roland, M. (2017). Wasting the doctor's time? A video-elicitation interview study with patients in primary care. *Social Science and Medicine*, 176(2017), 113-122. Doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.025.
- Lorié, Á., Reinero, D.A., Phillips, M., Zhang, L. y Riess, H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411-424. Doi: 10.1016/j.pec.2016.09.018.
- McHale, C.T., Cecil, J.E. y Laidlaw, A.H. (2019). An analysis of directly observed weight communication processes between primary care practitioners and overweight patients. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2214-2222. Doi: 10.1016/j.pec.2019.07.010.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. y Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. Doi: 10.3390/healthcare8010026.
- Nakayama, C., Kimata, S., Oshima, T., Kato, A. y Nitta, A. (2016). Analysis of pharmacist-patient communication using the Roter Method of Interaction Process Analysis System. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(2), 319-326. Doi: 10.1016/j.sapharm.2015.05.007.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M. y Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 29(1), Doc11. Doi: 10.3205/zma000781.
- Noordman, J., Post, B., Van Dartel, A.A.M., Slits, J.M.A. y Olde Hartman, T.C. (2019). Training residents in patient-centred communication and empathy: Evaluation from patients, observers and residents. *BMC Medical Education*, 19(1), 128. Doi: 10.1186/s12909-019-1555-5.
- O'Sullivan, D., Wilk, S., Michalowski, W. y Farion, K. (2013). Using PICO to align medical evidence with MDs decision making models. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192(1), 1057. Doi: 10.3233/978-1-61499-289-9-1057.
- Paradis, E. y Sutkin, G. (2017). Beyond a good story: from Hawthorne effect to reactivity in health professions education research. *Medical Education*, 51(1), 31-39. Doi: 10.1111/medu.13122.
- Parra R., G.J. y Cámara V., R.M. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 221-227. Doi: 10.1016/j.riem.2016.11.001.

- Parry, R., Pino, M., Faull, C. y Feathers, L. (2016). Acceptability and design of video-based research on healthcare communication: Evidence and recommendations. *Patient Education and Counseling*, 99(8), 1271-1284. Doi: 10.1016/j.pec.2016.03.013.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 307-322. Doi: 10.1016/j.pec.2009.06.012.
- Redondo, I. y Herrero F., D. (2018). Adaptación del Empathy Quotient (EQ) en una muestra española. *Terapia Psicológica*, 2(36), 81-89. Doi: 10.4067/s0718-48082018000200081.
- Roter, D. y Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251. Doi: 10.1016/S0738-3991(02)00012-5.
- Runyan, C., Savageau, J.A., Potts, S. y Weinreb, L. (2016). Impact of a family medicine resident wellness curriculum: A feasibility study. *Medical Education Online*, 21, 30648. Doi: 10.3402/meo.v21.30648.
- Singh, S.P., Modi, C.M., Patel, C.P. y Pathak, A.G. (2017). Low-fidelity simulation to enhance understanding of infection control among undergraduate medical students. *National Medical Journal of India*, 30(4), 215-218. Doi: 10.4103/0970-258X.218677.
- Spreng, R.N., McKinnon, M.C., Mar, R.A. y Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71. Doi: 10.1080/00223890802484381.
- Sulzer, S.H., Feinstein, N.W. y Wendland, C.L. (2016). Assessing empathy development in medical education: A systematic review. *Medical Education*, 50(3), 300-310. Doi: 10.1111/medu.12806.
- van Dijk, I., Lucassen, P.L.B.J., Akkermans, R.P., Van Engelen, B.G.M., Van Weel, C. y Speckens, A.E.M. (2017). Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of clinical clerkship students: A cluster-randomized controlled trial. *Academic Medicine*, 92(7), 1012-1021. Doi: 10.1097/ACM.0000000000001546.
- van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L. y Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1482-1489. Doi: 10.1016/j.pec.2017.03.009.
- Visser, L.N.C., Bol, N., Hillen, M.A., Verdam, M.G.E., De Haes, H.C.J. M., van Weert, J.C.M. y Smets, E.M.A. (2018). Studying medical communication with video vignettes: A randomized study on how variations in video-vignette introduction format and camera focus influence analogue patients' engagement. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 15. Doi: 10.1186/s12874-018-0472-3.
- Wüdrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C. y Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students-a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. Doi: 10.1080/0142159X.2017.1355451.
- Xu, X., Zhang, Y., Wang, W., Zhang, Y. y Yang, N. (2020). Effects of patients' perceptions of physician-patient relational empathy on an inflammation marker in patients with Crohn's disease: The intermediary roles of anxiety, self-efficacy, and sleep quality. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 363-371. Doi: 10.2147/PRBM.S221435.
- Yuguero, O., Marsal, J.R., Esquerda, M., Galvan, L. y Soler G., J. (2019). Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e145). Doi: 10.1017/s1463423619000793.
- Zabar, S., Hanley, K., Wilhite, J.A., Altshuler, L., Kalet, A. y Gillespie, C. (2020). In the room where it happens: Do physicians need feedback on their real-world communication skills? *BMJ Quality and Safety*, 29(3), 182-184. Doi: 10.1136/bmjqs-2019-010384.





# Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia, ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia

## *Relationship between levels of self-esteem, resilience, suicidal ideation and suicidal risk in Zenú indigenous youth from Córdoba, Colombia*

Angie Charloth Yepes Sandoval<sup>1</sup>, Natalia Rubio Gaitán<sup>1</sup>,  
Stefano Vinaccia Alpi<sup>1</sup> y Soraya Bernal Guerrero<sup>2</sup>

Universidad del Sinú<sup>1</sup>  
Universidad del Bosque<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Stefano Vinaccia Alpi, [vinalpi47@hotmail.com](mailto:vinalpi47@hotmail.com).

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre ideación suicida, riesgo suicida, resiliencia y autoestima en una muestra de 59 adolescentes indígenas zenúes del Resguardo de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba (Colombia), con una edad media de 17 años, a quienes se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), la Escala de Afrontamiento Breve Resiliente y la Escala para la Evaluación del Riesgo Suicida. Se encontraron niveles altos en el PANSI positivo y bajos en el negativo; medio altos en resiliencia; moderados en autoestima, y en riesgo suicida se observó una buena percepción al tener niveles bajos. Finalmente, el análisis de correlación mostró que la ideación suicida correlacionó negativamente con autoestima y la dimensión de riesgo suicida con autolesión; la resiliencia se asoció negativamente con riesgo suicida y, por último, la autoestima correlacionó negativamente con riesgo suicida. En conclusión, los niveles de resiliencia y autoestima influyen directamente en el riesgo e ideación suicida en los jóvenes indígenas, hallándose una relación inversa entre estas variables.

**Palabras clave:** Suicidio; Ideación suicida; Autoestima; Resiliencia; Indígenas.

### ABSTRACT

**Objective.** *The present study sought to evaluate the relationship between suicidal ideation, suicidal risk, resilience, and self-esteem in a sample of 59 indigenous Zenú adolescents from the San Andrés de Sotavento reservation in the department of Córdoba - Colombia. Method.* *The participants' average age was 17 years old. They responded to the following instruments: Rosenberg Self-esteem (EAR), the Inventory of Positive and Negative Suicidal Idea (PANSI), the Brief Resilient Coping Scale (BRCS), and the Suicide Risk Assessment Scale (SRA). Results.* *The findings showed high levels in positive PANSI and low in negative PANSI. Resilience was high, and self-esteem showed moderate levels. The suicidal risk was low which implied good perception. Analyses showed that suicidal ideation*

<sup>1</sup> Programa de Psicología, Carrera 1w 38-153, Montería, Colombia, correos electrónicos: [vinalpi47@hotmail.com](mailto:vinalpi47@hotmail.com) y [stefanovinacci@unisinu.edu.co](mailto:stefanovinacci@unisinu.edu.co).

<sup>2</sup> Programa de Psicología, Ak. 9 #131a-20, Bogotá, Colombia.



*correlates negatively with self-esteem, and suicidal self-injury risk is associated negatively with resilience. Finally, self-esteem also correlated negatively with suicidal risk. Discussion. In conclusion, levels of resilience and self-esteem seem to directly influence the risk and suicidal ideation in this particular indigenous youth.*

**Key words:** Suicide; Suicidal ideation; Self-esteem; Resilience; Indigenous people.

Recibido: 15/01/2021

Aceptado: 29/03/2021

Señala el Banco Mundial (2020) que los pueblos indígenas “son sociedades y comunidades culturalmente diferentes. La tierra en la que viven y los recursos naturales de los que dependen están inextricablemente vinculados a su identidad, cultura y medios de subsistencia, así como también a su bienestar físico y espiritual”. Se estima que la población indígena es de 476 millones de personas, lo que corresponde a 5% de la población mundial.

En el censo colombiano de 2018, 1,905,617 personas se reconocieron como indígenas, esto es, 4.4% de la población total. Es importante anotar que entre el censo de 2005 y el de 2018 hubo un crecimiento de 368% de la población indígena, incremento que puede explicarse en buena medida porque cada vez más personas se sienten parte de dicha comunidad. En Colombia existen 115 pueblos indígenas, siendo los más numerosos el wayuu (20%), el zenú (16.1%), el nasa (12.8%) y el pasto (8.9%). En lo concerniente a la edad, 60.4% de los individuos se halla en el rango de edad de 15 a 64 años, 33.8% se ubica en el de 0 a 14 años y 5.8% en el de más de 65 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2019).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2011) planteó que el proceso de envejecimiento de la población indígena latinoamericana ha sido menos acelerado que en el resto de la población de la región; sin embargo, la presión ejercida por la desigualdad en salud, educación y empleo,

los procesos de migración a las ciudades, la pérdida del territorio, la ruptura cultural, la violencia, el desplazamiento, el desarraigo, la exclusión y la discriminación han generado problemas de estrés social y de salud mental que han generado una mayor vulnerabilidad psicosocial, a partir de la cual se ha apreciado un aumento en la tasa de suicidio entre los indígenas jóvenes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Es patente que los problemas de salud mental están aumentando en las comunidades indígenas de todo el mundo, y el suicidio es uno de los problemas más comunes. El estudio “Situación mundial de los pueblos indígenas” de la ONU (2010), reporta tasas de suicidio 19 veces por encima de las encontradas en la población general entre los jóvenes de las etnias guaraníes de Brasil, y en algunos casos de 500 por cada 100,000 habitantes en etnias como los emberá de Colombia, frente a 5.2% en todo el país.

El comportamiento suicida es una acción destinada a lastimarse a uno mismo, e incluye la ideación, los intentos y el suicidio consumado. En todo el orbe, el suicidio es responsable de aproximadamente 800,000 muertes anuales y es la segunda causa de mortalidad entre los adolescentes (Joshi y Billick, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), los países de ingresos bajos y medios, y los de ingresos altos tienen tasas anuales similares de suicidio normalizadas por edad de 11.2 y 12.7 por cada 100,000 habitantes, respectivamente; sin embargo, el peso de los países de ingresos bajos y medianos es de 75% de las muertes por suicidio en todo el mundo (Bachmann, 2018). En 2019 hubo en Colombia 30,539 casos de intento de suicidio y 2,643 muertes por esta razón, un poco menores que en 2018, cuando hubo 28,615 intentos de suicidio y 2,696 suicidios, la mayor tasa de la década, afectando en mayor proporción a los hombres (82.3%) y a las personas que se hallaban en el rango de 20 a 39 años de edad (43.4%) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

El suicidio depende de muchos factores que interactúan entre sí, lo que implica que no puede

atribuirse a un suceso único, sino que resulta de la suma de diversos factores de riesgo, tales como baja autoestima, pobreza, desempleo, depresión, trastornos del estado de ánimo, pérdida de seres queridos, situaciones estresantes, conflictos interpersonales, edad, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato físico y emocional en la infancia y orientación sexual distinta, entre otros (Benavides, Villota y Villalobos, 2019).

Se ha encontrado que hay diferentes factores psicosociales que protegen del suicidio, tales como las redes sociales existentes dentro y fuera de la familia, los modelos sociales que valoran el afrontamiento positivo de los problemas, el balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro, la flexibilidad, la orientación optimista a los problemas, el control de impulsos, la autoeficacia, el locus de control interno, la resiliencia, el autoconcepto positivo, la actitud proactiva ante situaciones estresantes y la experiencia de sentido y significado de la propia vida (Arora, Persaud y Parr, 2020; Chu, *et al.*, 2018; Pereira, Willhelm, Koller y Almeida, 2018).

Una de las principales causas de muerte en la adolescencia es el suicidio, etapa en la que los pensamientos y comportamientos suicidas contribuyen a generar discapacidad entre los jóvenes de todo el mundo (Stewart *et al.*, 2019). La OMS (2017) configura el concepto de conducta suicida en la adolescencia en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida, a los que añade una quinta muy actual, la que recomienda sea considerada como tal: las conductas autolesivas. En 2017, los datos de Colombia indican que 29.7% de los intentos de suicidio ocurrieron en el grupo poblacional de 15 a 19 años, seguido del de 20 a 24 años, con 18.8%.

Con relación a la prevalencia del suicidio entre los pueblos indígenas, Vargas *et al.* (2017) plantean que, de acuerdo a la literatura científica revisada, el suicidio consumado sobrepasa en ellos la incidencia de suicidio en la población general, debido a un contexto de discriminación, marginación, colonización traumática y pérdida de las formas tradicionales de vida, y en algunos países como Colombia, como resultado del conflicto ar-

mado, las masacres y el desplazamiento forzado. Sobre la misma línea de trabajo, Azuero *et al.* (2017) afirman que las comunidades indígenas latinoamericanas están atravesando por un fenómeno de “muerte cultural”, en el que los estilos de vida, la industrialización, la invasión del territorio, el deterioro del medio ambiente y el consumo de alcohol se han convertido en desencadenantes del suicidio.

En las últimas revisiones de literatura, tanto sobre poblaciones indígenas (Azuero *et al.*, 2017; Vargas *et al.*, 2017) como de la población general colombiana (Benavides *et al.*, 2019), no aparecen investigaciones en las que se hayan estudiado factores de protección de la conducta suicida en población indígena adulta o infanto-juvenil; por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue el de evaluar las relaciones entre ideación suicida, riesgo suicida, resiliencia y autoestima en una muestra de adolescentes indígenas zenú del Resguardo de San Andrés de Sotavento del departamento de Córdoba.

## MÉTODO

### Participantes

En esta investigación con diseño descriptivo-corrrelacional, de corte transversal y con una metodología tipo encuesta (Hernández y Mendoza, 2018) participaron 59 jóvenes, de los cuales 27 eran mujeres y 32 hombres, con una edad media de 17 años, de manera libre y voluntaria, quienes se eligieron mediante un muestreo no aleatorio. Entre los criterios de inclusión se consideró que fueran indígenas zenúes nativos y que tuvieran un nivel básico de lectoescritura.

### Instrumentos

*Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa* (PANSI) (Osman, Gutiérrez, Kopper, Barrios y Chiros, 1998).

Es un cuestionario de catorce ítems, seis de ellos concernientes a la ideación suicida positiva (factores protectores) y ocho a la ideación esta inves-

tigación negativa (factores de riesgo). Los reactivos se califican mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, con recorrido de 0 (“nunca”) a 4 (“siempre”). La validación de la versión colombiana efectuada por Villalobos (2010) mostró que este instrumento mantiene la estructura bifactorial propuesta en la versión en idioma inglés y que posee una buena fiabilidad, de acuerdo con los coeficientes alfa de Cronbach calculados tanto para la escala total (.899) como para las subescalas: de .931 para las ideas negativas y de .836 para las positivas; además, que las puntuaciones de la escala están asociadas con medidas de desesperanza, depresión, ideas suicidas y autoestima, así como con el concepto de “espectro suicida”, demostrando de esta manera su validez de constructo.

*Escala de Afrontamiento Breve Resiliente (BRCS)* (Sinclair y Wallston, 2004).

Esta escala, cuya versión en español fue hecha por Limonero *et al.* (2014), evalúa el optimismo, la perseverancia, la creatividad y el crecimiento positivo ante la adversidad. La BRCS es una herramienta de medición que ha demostrado tener niveles adecuados de confiabilidad y validez. La escala original consta de cuatro ítems y un único factor o dimensión, con un coeficiente  $\alpha$  de consistencia interna de .69 y una confiabilidad test-retest de .71. Los índices de bondad de ajuste mostraron un excelente ajuste:  $\chi^2 = 2.13$ ,  $p = .03$ , CFI = .99, SRMR = .02 y RMSEA = .01. Para evaluar los reactivos se emplea una escala Likert de cinco puntos: de 1 (“No me describe en absoluto”) a 5 (“Me describe muy bien”). El puntaje máximo es de 20, y cuanto mayor es el puntaje, mayor será la resistencia.

*Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)* (Rosenberg, 1965).

Dicha escala se emplea frecuentemente para la medición global de la autoestima. Está conformada por diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, la mitad de los cuales están enunciados positivamente y la otra mitad de forma negativa. Las opciones de respuesta se puntúan entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de

10 y una máxima de 40. Cogollo, Campo y Herazo (2015) realizaron la validación colombiana, la que obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .63.

*Escala para la Evaluación del Riesgo Suicida (ERS)* (Bahamón y Alarcón, 2018).

Es esta una escala tipo Likert compuesta por 20 ítems con seis opciones de respuesta, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 6 “Totalmente de acuerdo”. Los ítems consisten en afirmaciones sobre lo ocurrido en los últimos seis meses y evalúa los siguientes factores: Depresión y desesperanza; Ideación, planeación y autolesión; Aislamiento y soporte social, y Falta de apoyo familiar. El análisis de consistencia interna mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para la totalidad de los ítems fue de .934; es decir, el instrumento en su conjunto muestra excelentes valores de confiabilidad. De igual manera, el análisis de confiabilidad de las subescalas arrojó valores de entre .710 y .929, los cuales se consideran muy buenos.

## Procedimiento

Se eligieron 59 jóvenes escolarizados del citado resguardo indígena a quienes se les explicaron los objetivos del proyecto, tras de lo cual se les hizo la entrega de los formatos de consentimiento informado a los jóvenes y a sus padres, a quienes se dijo que sus datos serían confidenciales y que el proyecto solo tenía fines académicos e investigativos; igualmente se les entregó una encuesta sociodemográfica, documento que fue llenado por los participantes. Además, se les aclararon sus derechos como participantes conforme a las consideraciones éticas vigentes para este tipo de investigaciones en Colombia (Congreso Nacional de Colombia, 2006; Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), y por último se aplicaron a los participantes, de manera masiva, los cuatro instrumentos en un lapso aproximado de dos horas y media.

## RESULTADOS

Mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk fue posible establecer que los puntajes del PANSI,

BRCS y ERS mostraban una distribución normal en la muestra del estudio, lo que permitió utilizar, tras las medidas de tendencia central, el coeficiente de correlación de Pearson.

### Descriptivo para el PANSI, resiliencia, autoestima y riesgo suicida (dimensiones)

En el PANSI se obtuvo un puntaje promedio de 19.54 (D.E. = 5.32), el mínimo total fue de 10 y el máximo de 42 puntos; además, se obtuvo un coeficiente de variación de .27, que indica una alta variabilidad en los puntajes de esta prueba. En la ideación suicida negativa se obtuvo un puntaje promedio de 3.54 (D.E. = 5.35), siendo el mínimo puntaje observado de 0 y el máximo de 23; así, el coeficiente de variación para los puntajes de esta variable fue de 1.25, mostrando asimismo una alta variabilidad; en la ideación suicida positiva se obtuvo un puntaje promedio de 16.05 puntos (D.E. = 3.95). El mínimo puntaje observado fue de 0 y el máximo de 24, en tanto que el coeficiente de variación para los puntajes de esta variable fue de .25, mostrando también una alta variabilidad en la puntuación.

La resiliencia alcanzó un puntaje promedio de 13.56 (D.E. = 2.85) puntos, estando entre 8 y 20 puntos; además, se halló una alta dispersión, con un coeficiente de variación de 0.21 puntos. Por otro lado, en la autoestima los participantes tuvieron un puntaje promedio de 24.68 (D.E. = 2.73), siendo el valor mínimo observado de 18 puntos y el máximo de 31; adicionalmente, los puntajes exhibieron una baja variabilidad debido a que su coeficiente de variación fue de 0.11.

En las dimensiones de riesgo suicida se observó una buena precepción en los participantes, al observarse en ellos un bajo puntaje promedio, a saber: 11.88 ( $r = .46$ ) en depresión, 11,17 ( $r = .63$ ) en autolesión, 9.17 ( $r = .60$ ) en aislamiento y 13.05 ( $r = .36$ ) en falta de apoyo familiar. Tales resultados se presentan en la Tabla 1.

### Grado de PANSI, resiliencia, autoestima y riesgo suicida en los participantes

Los resultados presentados en la Tabla 2 muestran los niveles alcanzados en el instrumento PANSI, en resiliencia, autoestima y riesgo suicida.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos para las pruebas aplicadas y sus subdimensiones.

Prueba	N	Mín.	Máx.	M.	D.E.	Coefficiente de variación
PANSI	59	10	42	19.59	5.32	0.27
Ideación suicida negativa	59	0	23	3.54	5.35	1.15
Ideación suicida positiva	59	4	24	16.05	3.95	0.25
Resiliencia	59	8	20	13.56	2.85	0.21
Autoestima	59	18	31	24.68	2.73	0.11
Riesgo suicida	59	20	89	45.27	18.66	0.41
Depresión	59	6	28	11.88	5.50	0.46
Autolesión	59	6	34	11.17	7.02	0.63
Aislamiento	59	4	22	9.17	5.47	0.60
Falta de apoyo familiar	59	4	24	13.05	4.66	0.36



**Tabla 2.** Grado de PANSI, resiliencia, autoestima y riesgo suicida en los participantes.

Prueba	Nivel	Frec.	%
PANSI	Bajo	22	37.3
	Moderado	36	61.0
	Alto	1	1.7
Resiliencia	Bajo	4	6.8
	Moderado	35	59.3
	Alto	20	33.9
Autoestima	Bajo	4	6.8
	Moderado	54	91.5
	Alto	1	1.7
Riesgo suicida	Bajo	39	66.1
	Moderado	19	32.2
	Alto	1	1.7

### Asociación entre género y las pruebas aplicadas (PANSI, resiliencia, autoestimas y riesgo suicida)

En la Tabla 3 se presenta el entrecruzamiento entre el sexo del participante y las pruebas aplicadas con la respectiva prueba de independencia ( $\chi^2$ ), con el fin de determinar si los resultados de dichas pruebas se vieron afectadas por el sexo del participante, hallándose que el sexo solamente afectó los resultados de la prueba de riesgo suicida, por lo que se rechaza dicha hipótesis, además de que este último fue mayor en hombres que en mujeres.

Los valores de  $\chi^2$  de la prueba PANSI. Dados estos resultados, no se rechaza la hipótesis de independencia entre estas pruebas y el sexo, esto es, los puntajes en estas no se ven afectados por el sexo del participante.

**Tabla 3.** Grado de PANSI, resiliencia, autoestima y riesgo suicida en los participantes.

Prueba	Nivel	Sexo		Prueba de independencia	
		Hombre	Mujer	Estadístico	Significancia
PANSI	Bajo	43.8%	29.6%	$\chi^2 = 2.23$	.328
	Moderado	56.3%	66.7%		
	Alto	0.0%	3.7%		
Resiliencia	Baja	9.4%	3.7%	$\chi^2 = .81$	.667
	Moderada	56.3%	63.0%		
	Alta	34.4%	33.3%		
Autoestima	Baja	6.3%	7.4%	$\chi^2 = 1.25$	.535
	Moderada	93.8%	88.9%		
	Alta	0.0%	3.7%		
Riesgo suicida	Bajo	78.1%	51.9%	$\chi^2 = 6.30$	.043
	Moderado	18.8%	48.1%		
	Alto	3.1%	0.0%		

### Análisis de correlación entre PANSI (dimensiones), resiliencia, autoestima y riesgo suicida (dimensiones)

Se realizó una prueba de correlación lineal de Pearson entre PANSI, resiliencia, autoestima y riesgo suicida, y además se adicionaron las dimensiones de PANSI y riesgo suicida.

En la Tabla 4 se muestran tales resultados. Así, el PANSI está asociado significativamente en forma inversa con la autoestima y con la dimensión de riesgo suicida autolesión; es decir, a ma-

yor puntuación en autoestima, menores puntuaciones en el PANSI ( $r = -.415$ ); por el contrario, es directa la asociación entre el PANSI y la dimensión autolesión de riesgo suicida, o sea, a mayor puntuación en PANSI, mayor puntuación en autolesión ( $r = .398$ ).

La resiliencia está asociada significativamente con el riesgo suicida y con las dimensiones de esta. Dichas asociaciones resultaron ser en forma inversa ( $-.375$ ); además no se observó relación alguna entre la resiliencia, la autoestima y los

puntajes del PANSI. Finalmente, la autoestima se asoció significativamente con riesgo suicida y con la dimensión autolesión de riesgo suicida; dichas asociaciones resultaron ser inversas, es decir, que

entre mayor es la puntuación en el riesgo suicida y su respectiva dimensión, menor es la puntuación en la autoestima de los participantes.

**Tabla 4.** Correlaciones mediante el método de Pearson entre las pruebas aplicadas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PANSI	-									
Ideación suicida negativa	.726**	-								
Ideación suicida positiva	.363**	-.377**	-							
Resiliencia	.157	-.211	.499**	-						
Autoestima	-.415**	.382**	.042	-.144	-					
Riesgo suicida	.232	.610**	-.514**	-.375**	-.287*	-				
Depresión	-.099	.276*	-.507**	-.378**	.216	.765**	-			
Autolesión	.398**	.736**	-.461**	-.278*	-.305*	.864**	.565**	-		
Aislamiento	.245	.482**	-.323*	-.228	.193	.851**	.479**	.632**	-	
Falta de apoyo	.159	.444**	-.388**	-.369**	.209	.803**	.470**	.545**	.715**	-

Nota: \*\*La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral). \* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

## DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo general evaluar las relaciones entre ideación suicida, riesgo suicida, resiliencia y autoestima en una muestra de 59 adolescentes indígenas zenúes del Resguardo de San Andrés de Sotavento del departamento de Córdoba, Colombia, en quienes se encontraron bajos niveles ideación suicida negativa y altos niveles de ideación suicida positiva. Al respecto, los resultados de este trabajo son similares a los de Villalobos (2010) con una población de estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño ( $M = 3.54$  vs.  $3.22$ ), aunque difieren respecto al PANSI de ideas positivas, siendo en el presente estudio más altas las puntuaciones medias ( $16.05$  vs.  $7.64$ ), así como puntuaciones medias más altas en la escala total del PANSI ( $19.59$  vs.  $10.85$ ).

Por otro lado, al comparar estos resultados con los de la investigación de Quiceno y Vinaccia (2014), efectuado con población adolescente de colegios públicos de la ciudad de Bogotá en cuanto a la utilización de PANSI, esta última obtuvo una media en ideación suicida negativa más baja ( $3.40$  vs.  $3.54$ ). Con relación a la ideación suicida positiva, los estudiantes indígenas tuvieron punta-

jes medios más altos ( $16.05$  vs.  $4.67$ ), y de igual modo puntuaciones medias más altas en la escala total del PANSI ( $5.41$  vs.  $19.59$ ), siendo este último un indicador de una baja ideación suicida negativa en esta población indígena.

Referente a la resiliencia, medida con la BRCC, la muestra empleada en este trabajo logró puntajes ligeramente inferiores a la medias de adolescentes alemanas encontradas por Kocalevent, Zenger, Hinz y Klapp (2017) ( $13.56$  vs.  $14.4$ ) y muy similares a las de los jóvenes españoles en del estudio de Limonero *et al.* (2014) ( $13.56$  vs.  $13.72$ ) y De Paula y Gutiérrez (2017) ( $13.56$  vs.  $13.61$ ); es decir, los adolescentes zenúes mostraron tendencias aceptables de afrontamiento al estrés y maneras más adaptativas de afrontarlo.

Respecto a la variable autoestima, los adolescentes indígenas obtuvieron puntajes medios inferiores a las medias obtenidas por las adolescentes inglesas del estudio de Bagley y Mallik (2001) ( $24.68$  vs.  $30.54$ ), lo que muestra que en gran medida manifiestan una aceptable satisfacción hacia ellos mismos.

Con relación a la variable de riesgo suicida, los resultados del diseño y validación de la escala para evaluar el riesgo suicida (ERS) en adolescentes

colombianos de Bahamón y Alarcón (2018), una muestra similar a la del presente estudio, arrojaron resultados parecidos (45.47 vs. 40.18); en otras palabras, el riesgo suicida en los adolescentes indígenas es similar al que se observa en la cultura occidental en general, notándose que no hay una diferencia marcada entre ambas; igualmente, en sus dimensiones los resultados fueron semejantes; así, en la subescala de depresión se obtuvo aquí una media de .88 (vs. 10.27), en la de autolesión la media fue de 11.17 (vs. 11.05), en la de aislamiento fue de 9.17 (vs. 10.8), en la de falta de apoyo familiar fue de 13.05 (vs. 8.06), lo que indica que bajas puntuaciones en esta subdimensión muestran que los problemas familiares inciden en el riesgo suicida.

En cuanto al riesgo suicida, 39 participantes registraron un nivel bajo, representando dos tercias partes (66.1%) del total de la muestra, 19 de ellos un nivel moderado (32.2%) y solo un participante un nivel alto (1.7%).

Al respecto, Cañón y Carmona (2018), en una revisión del riesgo suicida en adolescentes y adultos jóvenes colombianos de Manizales, hallaron, según el cuestionario de Plutchik y van Praag (1989), 13.5% de dicho riesgo en su muestra, y de 16.7% entre moderado y alto al emplear la escala de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). En el mismo estudio, pero en la ciudad de Medellín, encontraron 11.3% (68 casos del total de 604 adolescentes escolarizados). Además, observaron que el riesgo suicida en los adolescentes era más alto en los varones que en las mujeres, similar a lo planteado por Barroso (2019).

En lo referente a las correlaciones encontradas en el estudio se encontró una correlación inversamente proporcional entre las variables del PANSI y la autoestima, esto es, a mayor autoestima, menor ideación suicida.

Al respecto Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia (2013), en su investigación sobre calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual encontraron una correlación negativa entre el PANSI y autopercepción, o sea, cuanto mejor sea la percepción y autoestima que tengan los jóvenes de

sí mismos, menores son las ideas suicidas; resultados semejantes observaron Moreno y Araque (2016) en la ciudad de Bogotá.

Por otro lado, la correlación entre resiliencia y riesgo suicida fue asimismo inversa. Badaracco (2013) y Sánchez y Robles (2014) encontraron factores de protección y amortiguación de la conducta suicida en la adolescencia en variables positivas como la resiliencia y la autoestima.

Para finalizar, en la correlación entre autoestima y riesgo suicida fue igualmente inversa. Ya Honorato, González-Arratia, Ruiz y Andrade (2019) afirman que niveles altos de autoestima predicen una reducción proporcional del riesgo suicida. Todo lo anterior implica en su conjunto que fortalezas personales como la resiliencia y la autoestima podrían explicar un menor riesgo de ideación suicida entre los adolescentes (Ancel y Reinier, 2017).

Los resultados del presente trabajo indican muchas similitudes entre la muestra de adolescentes de la etnia zenú y otras muestras poblacionales de adolescentes de la población no indígena colombiana en cuanto al riesgo suicida, lo que implica la hipótesis de que podría haber un proceso de aculturación de dicha comunidad. Al respecto, Friede (1979), plantea la aculturación como la adopción de un grupo étnico determinado de complejos culturales ajenos, y para Pérez (2017) se trata de la incorporación de elementos de la cultura dominante en la cultura dominada. Este proceso, que ha derivado en la desaparición de su lenguaje original –ya que se considera que la lengua zenú es una lengua muerta–, sumado al desplazamiento forzado producto del conflicto armado interno colombiano que se vive en el territorio ancestral de ese pueblo, ha generado pobreza y la fractura de sus tradiciones y costumbres sociales y culturales, podría hacer pensar seriamente en esta hipótesis (Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2018). Futuros estudios deberán analizar la profundidad de este proceso y su impacto en la población indígena zenú.

Finalmente, la muestra de adolescentes encuestada no permite generalizar estos resultados a la totalidad de los adolescentes de la comunidad

zenú, pero sí plantear la necesidad de desarrollar estudios que profundicen en las características del estado psicológico de adolescentes indígenas con

riesgo de ideación suicida, con el fin de aclarar las variables involucradas que favorecen los procesos de prevención.

*Citación:* Yepes S., A.C., Rubio G., N., Vinaccia A., S. y Bernal G., S. (2022). Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia, ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia. *Psicología y Salud*, 32(2), 295-304. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2750>.

## REFERENCIAS

- Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (2018). *La protección de los refugiados y el papel de la ACNUR: 2007-2008*. Ginebra: ACNUR. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documents/Publicaciones/2007/5756.pdf>.
- Ancel, G. y Reinier, M. (2017). Resilience and suicide ideation: Coping mediator-moderator effects among adolescent learners. *Journal of Psychology in Africa*, 27(6), 494-502. Doi: 10.1080/14330237.2017.1375214.
- Arora, P.G., Persaud, S. y Parr, K. (2020). Risk and protective factors for suicide among Guyanese youth: Youth and stakeholder perspectives. *International Journal of Psychology*, 55(4), 618-628. Doi: 10.1002/ijop.12625.
- Azuero, A., Arreaza K., D., Coriat, J., Tassinari, S., Faria, A., Castaneda C., C. y Rosselli, D. (2017). Suicidio en la población indígena de América Latina: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 237-242. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.12.002.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. Doi: 10.3390/ijerph15071425.
- Badaracco, L. (2013). Factores de resiliencia y riesgos suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temáticas Psicología*, 9(1), 201.
- Bagley, C. y Mallick, K. (2001). Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9(2-3), 117-126. Doi: 10.1080/02673843.2001.9747871.
- Bahamón M., M. y Alarcón V., Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el riesgo suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-15.
- Banco Mundial (2020). *Pueblos indígenas*. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>.
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. Doi: 10.4321/S0211-57352019000100004.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Benavides M., V.K., Villota M., N. y Villalobos G., F.H. (2019). Conducta suicida en Colombia: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195. Doi: 10.5944/rppc.24251.
- Cañón B., S.C. y Carmona P., J.A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría y Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Chu, J., Robinett, E.N., Ma, J.K., Shadish, K.Y., Goldblum, P. y Bongar, B. (2018). Cultural versus classic risk and protective factors for suicide. *Death Studies*, 43(1), 56-61. Doi: 10.1080/07481187.2018.1430085.
- Cogollo, Z., Campo A., A. y Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 61-71.
- Congreso Nacional de Colombia (2006). *Ley 1090, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Bogotá: Autor.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019). *Grupos étnicos*. Bogotá: Autor.
- De Paula M., S. y Gutiérrez M., E. (2017). Análisis factorial confirmatorio de la escala BRCS en jóvenes universitarios. *Nereis: Revista Iberoamericana Interdisciplinaria de Métodos, Modelización y Simulación*, 9, 91-94.
- Friede, J. (1979). Proceso de aculturación del indígena en Colombia. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 16(1), 8-26. Recuperado de [https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin\\_cultural/article/view/3712](https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/3712).
- Hernández S., R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill



- Honorato B., T.M., González-Arratia L.F., N.I., Ruiz M., A.O. y Andrade P., P. (2019). Hopelessness and self-esteem in teenagers with and without suicidal risk. *Nova Scientia*, 11(22), 413-432. Doi: 10.21640/ns.v11i22.1825.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2019). *Indicadores de infancia, adolescencia y juventud. Procuraduría 2019*. Recuperado de <https://www.medicinalegal.gov.co/indicadores-procuraduria>.
- Joshi, K. y Billick, S.B. (2017). Biopsychosocial causes of suicide and suicide prevention outcome studies in juvenile detention facilities: a review. *Psychiatric Quarterly*, 88, 141-153. Doi: 10.1186/s12955-017-0822-6.
- Kocalevent, R.D., Zenger, M., Hinz, A. y Klapp, B. (2017). Resilient coping in the general population: standardization of the Brief Resilient Coping Scale (BRCS). *Health Quality of Life Outcomes*, 15(1), 251. Doi: 10.1186/s12955-017-0822-6.
- Limonero J., T., Tomás S., J., Gómez R., M.J., Maté M., J., Sinclair, V.G., Wallston, K.A. y Gómez B., J. (2014). Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-9. Doi: 10.1017/sjp.2014.3.
- Ministerio de Salud y Protección Social (1993). *Resolución N° 008430 DE 1993 (4 de octubre), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). *Minsalud avanza en acciones para la prevención del suicidio*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-avanza-en-acciones-para-la-prevencion-del-suicidio-.aspx>.
- Moreno G., C.D. y Araque M., Y. (2016). *Estudio descriptivo correlacional: Ideación suicida, emociones negativas, autoestima y satisfacción vital de la localidad de Kennedy*. Tesis de pregrado. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11634/3336>.
- Organización de las Naciones Unidas (2011). *Salud de la población joven indígena en América Latina*. Santiago de Chile: Autor. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35357/1/S2011118\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35357/1/S2011118_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio*. Ginebra: OPS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28416/9789275318973\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28416/9789275318973_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Osman, A., Gutiérrez, P., Kopper, B., Barrios, F. y Chiro, C. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation. *Psychological Reports*, 82, 783-793. Doi: 10.2466 / pr0.1998.82.3.783.
- Pereira, A.S., Willhelm, A.R., Koller, S.H. y Almeida, R.M. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(11), 3767-3777. Doi: 10.1590/1413-812320182311.29112016.
- Pérez B., H. (2017). Aculturación, transculturación, mestizaje: Metáforas y espejos en la historiografía latinoamericana. *Cuadernos de Literatura*, 21(41), 96-113. doi: 10.11144/Javeriana.cl21-41.atmm.
- Plutchik, R. y van Praag, H.M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24.
- Quiceno, J., Mateus, J., Cárdenas, M., Villareal, D. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117. Doi: 10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32(3), 185-200. Doi: 10.4067/s0718-48082014000300002.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez T., D. y Robles B., M.A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Sinclair, V. y Wallson, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. Doi: 10.1177 / 1073191103258144.
- Stewart, J.G., Shields, G.S., Esposito, E.C., Cosby, E.A., Allen, N.B., Slavich, G.M. y Auerbach, R.P. (2019). Life stress and suicide in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(10), 1707-1722. Doi: 10.1007/s10802-019-00534-5.
- United Nations Organization (2010, 14 de enero). *Indigenous peoples make up one-third of the world's poorest and suffer alarming conditions in all countries* [Press Communication]. New York: UNO. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-en.pdf>.
- Vargas E., A., Villamizar G., J.C., Puerto L., J.S., Rojas V., M.R., Ramírez M., O.S. y Urrego M., Z.C. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 129-135. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54928>.
- Villalobos G., F.H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.



# Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19

## *A comparison of anxiety and depression between three regions of Mexico during the COVID-19 pandemic*

Jesús Antonio Luna Padilla<sup>1</sup>, Jorge Alberto Guzmán Cortés<sup>2</sup>,  
Ángel Fernando Villalva<sup>3</sup> y Javier Sánchez Betancourt<sup>4</sup>

Instituto de Neuropsicología Clínica<sup>1</sup>  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo<sup>2</sup>  
Universidad Nacional Autónoma de México<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma de Baja California<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Javier Sánchez Betancourt, [tadeo.sanchez@uabc.edu.mx](mailto:tadeo.sanchez@uabc.edu.mx).

### RESUMEN

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró emergencia de salud pública de importancia internacional a consecuencia de la COVID-19. Distintos países implementaron el distanciamiento social como medida preventiva ante el aumento de contagios. La consecuencia reportada por distintos países debido a estas medidas fue el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión en la población general. El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto que tuvo la contingencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 sobre la depresión y la ansiedad en alumnos universitarios de tres entidades de la República Mexicana durante la fase inicial de las medidas de aislamiento social. La muestra consistió en 168 alumnos de licenciatura de Hidalgo, Baja California y Estado de México. Se aplicaron las versiones digitalizadas de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck en el mes de abril del citado año. Los resultados mostraron una baja sintomatología depresiva leve, moderada o grave, y además una diferencia significativa entre Hidalgo y Estado de México comparados con Baja California. En conclusión, a partir de la evidencia mostrada es importante que se emprendan acciones que intenten disminuir estos efectos en la población mexicana, ya que dichas medidas pueden persistir aún por un tiempo indefinido.

**Palabras clave:** Ansiedad; COVID-19; Depresión; Universitarios; Salud mental.

<sup>1</sup> Unidad de Investigación Aplicada, Gustavo Baz Prado, Xocoyahualco, 54080 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, tel. (55)11-46-09-33, correo electrónico: [jesus\\_lup@hotmail.com](mailto:jesus_lup@hotmail.com).

<sup>2</sup> Escuela Superior de Actopan, Carretera México-Laredo Km. 120.5 s/n, El Daxtha, 42500 Actopan, Hgo., México, tel. (771)717 -20-00 ext. 5400, correo electrónico: [jorge\\_guzman@uaeh.edu.mx](mailto:jorge_guzman@uaeh.edu.mx).

<sup>3</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, 54090 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, correo electrónico: [angel.villalva@iztacala.unam.mx](mailto:angel.villalva@iztacala.unam.mx).

<sup>4</sup> Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Los Lagos s/n, Ensenada, B.C., México, tel. 22880, tel. (64)61-52-82-29, correo electrónico: [tadeo.sanchez@uabc.edu.mx](mailto:tadeo.sanchez@uabc.edu.mx).



## ABSTRACT

**Background.** *In 2020, the World Health Organization (WHO) declared a public health emergency of international concern due to COVID-19. Many countries implemented social distancing as a preventive measure for the increase in infections. The consequences reported by various countries due to these measures included increases in symptoms of anxiety and depression in the general population. Objective.* *The present study aimed to determine the effect of this health contingency on depressive and anxiety symptoms in university students from three states of the Mexican Republic during the initial social isolation phase. Method.* *The sample consisted of 168 undergraduate students from three Mexican states: Estado de Mexico, Hidalgo, and Baja California. The study applied digitized versions of the Hamilton Anxiety Scale and the Beck Depression Inventory in April, 2020. Results.* *Although the findings revealed a wide range of symptoms, significant differences occurred between Hidalgo and Estado de Mexico as compared to Baja California. Discussion.* *These results emphasize the importance of undertaking actions to reduce these consequences in the Mexican population, should the sanitary measures persist indefinitely.*

**Key words:** Anxiety; Covid-19; Depression; College; Mental health.

*Recibido:* 18/11/2020

*Aceptado:* 19/04/2021

El 30 de enero del 2020, el Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional debido a una infección emergente de un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2 (OMS, 2020). A partir de ese momento, distintos países tomaron medidas específicas; en México se implantó una iniciativa la Secretaría de Salud (SS) del gobierno federal denominada “Jornada de Sana Distancia”, una de cuyas estrategias consistió en suspender las actividades no esenciales que involucrasen la congregación de personas, para así evitar los contagios de COVID-19, la enfermedad causada por ese virus. La referida jornada dio inicio el día 23 de marzo de 2020 y finalizó formalmente el día 30 de mayo del 2020 (SS, 2020). Sin embargo, debido

a las dificultades en la contención de la epidemia, las actividades no esenciales permanecieron suspendidas en buena medida, incluyendo las clases escolares presenciales en todos los niveles.

Algunas de las principales consecuencias psicológicas asociadas al confinamiento son el aumento en los niveles de ansiedad y depresión en la población (Huarcaya, 2020). En una encuesta en línea efectuada a 1,210 personas del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 en 194 ciudades de China, se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), hallándose que 16.5% de los participantes mostraba síntomas depresivos de moderados a graves, 28.8% sufría síntomas de ansiedad de moderados a graves, y 8.1% informó de niveles de estrés de moderados a graves (Wang *et al.*, 2020).

Más recientemente se han detectado algunos factores sociodemográficos asociados a los síntomas de ansiedad y depresión, entre los que se encuentran vivir solo, tener una baja o una elevada escolaridad, ser estudiante, no tener hijos o tener más de dos hijos, ser mujer y vivir en áreas rurales (Cao *et al.*, 2020; Cullen, Gulati y Kelly, 2020; Du *et al.*, 2020; Gao *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Mazza *et al.*, 2020; Vindegaard y Eriksen Benros, 2020; Zhang *et al.*, 2020). Otro de los factores asociados a los problemas de salud mental es la pobreza; algunos estudios han comparado diversas zonas urbanas de distintos niveles socioeconómicos de Indonesia, encontrando una relación directa entre la ocurrencia de depresión y los niveles de pobreza, principalmente entre las mujeres jóvenes (Christiani, Byles, Tavener y Dugdale, 2015). Por otra parte, en el caso de los estudiantes universitarios, se ha observado que constituyen una población especialmente vulnerable a padecer ansiedad y depresión debido al aislamiento social, la necesidad de adaptarse a un nuevo contexto educativo sin clases presenciales y la presión económica (Husky, Kovess-Masfety y Swendsen, 2020; Ozamiz, Dosil, Picaza e IDoiga, 2020).

Estos factores adquieren una gran importancia al momento de hablar del contexto mexicano, en el que, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018), el Estado de México e Hidalgo presentan un mayor

índice de pobreza que los estados del norte, como Baja California, con 43.8, 42.7 y 23.3%, respectivamente. Así pues, hay una suma de factores de riesgo que favorecieron la aparición de problemas de salud mental en el país durante el confinamiento.

Hasta el momento hay pocos datos del impacto en la salud mental del aislamiento social en estudiantes universitarios de nuestro país; tampoco se sabe con precisión qué tipo de factores demográficos hicieron que ciertos grupos o localidades fuesen más o menos vulnerables, y tampoco se han hecho comparaciones entre las diferentes regiones del país. Por consiguiente, el objetivo del presente estudio comparativo transversal fue determinar el efecto que tuvo la contingencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 sobre la depresión y la ansiedad en alumnos universitarios de tres estados de México: Baja California (Ensenada), Hidalgo (Actopan) y Estado de México (Zona Metropolitana), durante la fase inicial de las medidas de aislamiento social.

## MÉTODO

### Participantes

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo como criterios de inclusión que fueran alumnos inscritos en la licenciatura de Psicología durante el ciclo escolar enero-junio 2020, que no tuvieran un diagnóstico previo de ansiedad o depresión, o que estuvieran bajo tratamiento psiquiátrico. La muestra total del alumnado fue de 168, de los cuales se descartaron 12 ya que no contestaron alguno de los instrumentos o los dejaron incompletos, o bien porque tenían antecedentes psiquiátricos, por lo que la muestra final fue de 156 alumnos: 35 varones y 121 mujeres, con una media de edad de 20.9 años. Los alumnos que respondieron las escalas y cuestionarios cursaban en ese momento sus clases en la modalidad a distancia o en línea. Los estudiantes asistían a universidades ubicadas en las zonas urbanas de las ciudades de Ensenada (Baja California), Actopan (Hidalgo) y la zona metropolitana de la Ciudad de México (Estado de México).

### Instrumentos

Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes clínicos; una versión digitalizada de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), a través de la plataforma Google Forms, entre el 20 y el 29 abril de 2020.

*Escala de Ansiedad de Hamilton* (HARS) (Hamilton, 1959).

En la versión al español de Lobo *et al.* (2002), este instrumento consiste en una escala de 14 ítems de tipo Likert. Cada ítem se valora utilizando cinco opciones de respuesta ordinal (de 0, ausencia del síntoma, a 4, síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (grado máximo de ansiedad). Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Los valores de referencia son, a saber: 0-5 sin ansiedad; 6-18, ansiedad leve; 19-25, ansiedad moderada, y > 26, ansiedad severa. El valor del coeficiente alfa de Cronbach para la HARS es .89. Por otro lado, el valor para evaluar la fiabilidad test-retest es de .9. Aunque se trata de un instrumento de uso clínico, en diversas investigaciones se le ha utilizado para estudiar la ansiedad en estudiantes universitarios (p. ej. Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega, 2007; Granados *et al.*, 2020; Guerra, 2017; Orozco, Sotelo, López y Trillo, 2014).

*Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

Adaptado a población mexicana por González, Reséndiz y Reyes (2015), es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert, que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. Cuenta con cuatro categorías de respuesta ordenadas, las que se codifican de 0 a 3, siendo el rango de las puntuaciones de 0 a 63 puntos; cuanto más alta es la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresi-

vos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, sin depresión; 14-19, con depresión leve; 20-28, con depresión moderada, y 29-63, con depresión grave. El instrumento cuenta con una consistencia interna, tanto en muestras clínicas como no clínicas, y un coeficiente alfa de 0.87 a 0.92.

### Procedimiento

A través de redes sociales, se lanzó una convocatoria en la que se solicitaba a los estudiantes contestar un cuestionario de datos generales y antecedentes clínicos, así como dos escalas a través de un formulario de Google. Dicha evaluación tenía una duración aproximada de 30 minutos. El protocolo fue previamente aprobado y revisado por el comité de ética de la Escuela Superior de Actopan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Cabe señalar que en el formulario de registro se solicitó a los participantes firmar una carta de consentimiento informado en la que se señalaba el objetivo del estudio y el manejo de los datos con fines de investigación. Para el llenado del formulario se les dieron las siguientes recomendaciones: que lo hicieran en un momento del día en que tuvieran el tiempo suficiente para su llenado, y que buscaran un sitio en donde estuvieran libres de distracciones. Las fechas de aplicación fueron las últimas dos semanas de mayo de 2020.

### Análisis estadístico

Una vez determinados los promedios de ansiedad y depresión de los participantes de las localidades evaluadas, se encontró que los datos tenían una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p > .05$ ) y una igualdad de las varianzas mediante la prueba de Levene ( $p \geq .05$ ). Después se efectuó un análisis de varianza de una vía para comparar los niveles de depresión y ansiedad en los alumnos de las tres localidades. Para los análisis de comparación múltiple se empleó la prueba de Tukey, y para las comparaciones en la percepción de cambios de vida, la prueba de  $\chi^2$  debido a que se trataba de frecuencias. También se determinó el tamaño del efecto mediante  $\eta^2$ . El programa empleado fue el Graphpad prism 9.

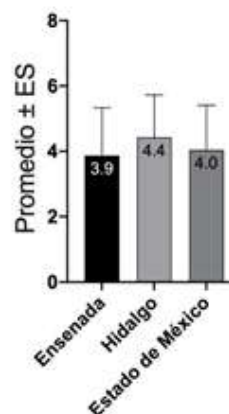
## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos

Se encontró que 2.44% de la muestra total estuvo constituida por varones y 7.76% por mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 20.96 (D.E. = 4.36). La totalidad de los participantes solamente estudiaba y 14.10% alternaba los estudios con trabajo. En la Figura 1 se muestra la cantidad de personas con las que convivían los estudiantes en el hogar en las ciudades evaluadas. Si bien es cierto que no se encontraron diferencias significativas en las tres localidades, hubo un mayor número de personas que vivían juntas en el estado de Hidalgo ( $F [2,150] = 1.75, p = 0.17, \eta^2 = .02$ ). También se analizó si la percepción en los cambios de vida había sido diferente en las localidades evaluadas, no hallándose diferencias significativas entre ellas ( $\chi^2[6] = 9.06, p = 0.17$ ).

**Figura 1.** Promedio mayor de habitantes por casa. El análisis estadístico no reveló diferencias significativas.

**Personas con las que viven**



### Niveles de depresión

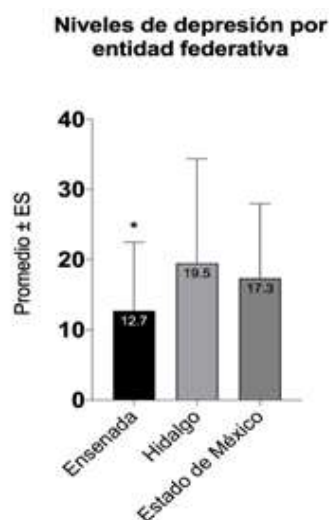
La mitad de la población evaluada reportó no sufrir depresión, 18.35% manifestó un nivel leve, 14.56% depresión moderada y 14.56% depresión grave. El promedio del índice de depresión de toda la muestra fue de 16, que corresponde a un nivel de depresión leve.

En cuanto a las localidades, en Estado de México e Hidalgo se observaron valores de depre-



sión leve, mientras que en Baja California no se encontró depresión alguna. El análisis estadístico confirmó que los niveles de depresión fueron mayores en Estado de México e Hidalgo, con un tamaño pequeño del efecto ( $F [2.151] = 4.42, p < .001, \eta^2 = .06$ ) (Figura 2). La distribución de casos con niveles de depresión moderada y grave fueron mayores en Hidalgo (23%) y Estado de México (20%), mientras que en las estudiantes de Baja California fue de 10%.

**Figura 2.** Niveles promedio obtenidos mediante las pruebas aplicadas en Baja California, Hidalgo y Estado de México; se puede observar que los niveles de depresión fueron estadísticamente superiores en los dos últimos.

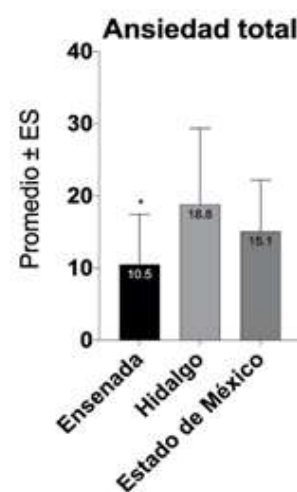


### Niveles de ansiedad

De manera general, 19% de todos los participantes no padecía ansiedad, mientras que el nivel de ansiedad leve fue de 53%, 16.25% de ansiedad moderada y 9.8% de ansiedad severa. El valor promedio del nivel de ansiedad fue de 13.84%, que corresponde a ansiedad leve en la Escala de Ansiedad de Hamilton. El análisis estadístico mostró que los niveles de ansiedad en Hidalgo y Estado de México fueron mayores, en comparación con Baja California (Figura 3) ( $F[2.148] = 13.5, p < .001, \eta^2 = .15$ ). La misma tendencia se encontró en la dimensión de ansiedad psíquica ( $F[2.148] = 9.37, p < .001, \eta^2 = .11$ ) y de ansiedad somática ( $F[2.148] = 14.60, p < .001, \eta^2 = .16$ ), aunque el

análisis de comparaciones múltiples en esta última reveló que la ansiedad encontrada en Hidalgo fue la mayor entre las localidades analizadas. De hecho, es en dicha entidad donde se hallaron más casos de ansiedad severa (32.35%), siendo de 3.8% y 2.9%, respectivamente, en Estado de México y Baja California.

**Figura 3.** Muestra los niveles de ansiedad total reportados en las localidades estudiadas durante las últimas semanas de mayo de 2020.



### DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto que tuvo la contingencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 sobre la depresión y la ansiedad en alumnos universitarios de tres estados de la República Mexicana durante la fase aguda en la que se establecieron medidas de aislamiento social. A partir de los datos mostrados, se encontró una diferencia significativa entre Hidalgo y Estado de México, así como menores niveles de depresión en Ensenada, Baja California. Respecto a los niveles de ansiedad, se hallaron diferencias significativas entre Hidalgo, Estado de México y Baja California, siendo mayores en los dos primeros.

Durante la cuarentena muchos especialistas de la salud atendieron personas que reportaron estar deprimidas o sufrir ansiedad al atravesar por un proceso de “desmoralización”, el cual es diferente a la depresión o ansiedad (Shader, 2020). Sin



embargo, ha aumentado el número de reportes de síntomas depresivos y de ansiedad (Vindegaard y Eriksen, 2020), tal como se halla en el presente estudio. Así, por ejemplo, estos resultados son comparables con los obtenidos en la población china durante enero y febrero de 2020, donde 53.8% de la población investigada reportó un nivel moderado o severo de impacto psicológico sobre su vida durante la cuarentena; asimismo, se encontró un nivel de depresión de moderado a severo en 16.5%, y en cuanto a la ansiedad, 28.8% dijo sufrir niveles moderados o severos (Cullen *et al.*, 2020).

Una posible explicación de tales resultados son algunas condiciones sociodemográficas (Vindegaard y Eriksen, 2020). Así pues, algunos de los factores sociodemográficos asociados con la presencia de la ansiedad y depresión durante la pandemia en todo el mundo fueron, como se dice líneas atrás, vivir solo (Cao *et al.*, 2020), tener una baja escolaridad (Gao *et al.*, 2020) y, paradójicamente, contar con un elevado nivel educativo (Du *et al.*, 2020); ser estudiante (Cullen *et al.*, 2020), no tener hijos (Mazza *et al.*, 2020) o tener más de dos (Li *et al.*, 2020), vivir en áreas rurales (Cao *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020) o ser mujer (Mazza *et al.*, 2020). La muestra analizada en el presente análisis comparte algunos de esos factores, ya que la mayoría de los participantes fueron mujeres, estudiantes y con un nivel educativo alto. Además, la muestra de Hidalgo (la que más ansiedad y depresión mostró) vivía en condiciones rurales y con cifras elevadas de pobreza.

En un estudio etnográfico sobre los trabajadores mexicanos que laboran en Estados Unidos se señala que manifiestan conflictos interpersonales como resultado de niveles elevados de estrés causados por la soledad, la ausencia de soportes relacionales y encierro en los lugares de trabajo, de tal forma que la ausencia de interacciones recreacionales y el aislamiento, afectan considerablemente el estado emocional (Izcarra, 2012).

De manera adicional a la influencia que tienen estos factores sociodemográficos en el inicio y desarrollo de trastornos en el estado de ánimo, el aislamiento por sí solo puede representar una

condición que altera la neurobiología cerebral. Así, por ejemplo, es bien sabido que en modelos animales y humanos el aislamiento social está asociado con conductas de agresividad y ansiedad que, a su vez, se relacionan con alteraciones en los niveles de serotonina en la amígdala y el núcleo del rafe (Miura, Shirokawa, Isobe y Ozaki, 2009) y de dopamina en este último (Matthews *et al.*, 2016), al igual que los del neuropéptido Tac2/NKB en el núcleo anterior de la estría terminal, el núcleo central de la amígdala y el hipotálamo dorsomedial (Zelikowsky *et al.*, 2019). Investigaciones con modelos animales han hallado que el aislamiento social produce cambios en los niveles de corticoesteroides, los cuales se manifiestan conductualmente como estrés y ansiedad. Se ha observado asimismo que este tipo de aislamiento social crónico produce anhedonia, y que cuando se experimenta durante la adolescencia las personas son más proclives a sufrir ansiedad en la vida adulta (McCormick, Smith y Mathews, 2008).

En cuanto a las limitaciones del estudio, la muestra pudo ser más amplia y equilibrada debido a que la mayoría eran mujeres, así como llevarse a cabo en poblaciones seleccionadas de una manera aleatoria. Por lo tanto, en futuras líneas de trabajo se podrían comparar datos de distintas entidades, analizar la correlación entre diversas variables, como otras carreras universitarias, actividad física y estilos de vida que pueden estar asociadas a los síntomas de depresión y ansiedad, así como una medición de seguimiento más extensa.

En conclusión, las acciones de los gobiernos para mitigar la pandemia de la COVID-19 han privilegiado el aislamiento y el distanciamiento social, lo que ha desembocado en diversos problemas de salud mental. En la población mexicana, los principales síntomas que se han padecido se relacionan con la depresión y la ansiedad, como se aprecia en los resultados esta investigación. Es importante que, partiendo de la evidencia mostrada, se emprendan acciones que disminuyan estas consecuencias en la población ya que dichas medidas tal vez persistan por tiempo aún indefinido.

*Citación:* Luna P., J.A., Guzmán C., J.A., Villalva, Á.F. y Sánchez B., J. (2022). Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19. *Psicología y Salud*, 32(2), 305-312. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2751>.

## REFERENCIAS

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934.
- Christiani, Y., Byles, J., Tavener, M. y Dugdale, P. (2015). Socioeconomic related inequality in depression among young and middle-adult women in Indonesia's major cities. *Journal of Affective Disorders*, 182, 76-81. Doi: 10.1016/j.jad.2015.04.042.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2008-2018). *Pobreza en México*. Ciudad de México: CONEVAL. Recuperado de [www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx](http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx).
- Cullen, W., Gulati, G. y Kelly, B.D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 113(5), 311-312. Doi: 10.1093/qjmed/hcaa110.
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General Hospital Psychiatry*, 67, 144-145. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011.
- Flores, R., Jiménez, S., Pérez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(2). 95-105. Recuperado de [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6v10N-2jun07.pdf](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6v10N-2jun07.pdf).
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0231924.
- González D., A., Reséndiz R., A. y Reyes L., I (2015). Adaptation of the BDI-II in México. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.033.
- Granados C., J.A., Gómez L., O., Islas R., M.I., Maldonado P., G., Martínez M., H.F. y Pineda T., A.M. (2020). Depression, anxiety and suicidal behavior in medical training at a university in Mexico. *Investigación en Educación Médica*, 9(35), 65-74. Doi: 10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224.
- Guerra M., P. (2017). Evidencia de la relación entre acoso laboral y ansiedad en docentes universitarios. *Revista Tecnológica ESPOL-RTE*, 30(3), 67-78.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychiatry*, 32, 50-55.
- 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), 17. Doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419.
- Husky, M.M., Kovess-Masfety, V. y Swendsen, J.D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during COVID-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102(2020), 1-3. Doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152191.
- Izcara P., S.P. (2012). El aislamiento social de los trabajadores con visas H-2A: el ejemplo de los jornaleros tamaulipecos. *Región y Sociedad*, 24(53), 259-292.
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(8), 895-897. Doi: 10.1136/jnnp-2020-323134.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.
- Mathews, G.A., Nieh, E.H., Vander Weele, C.M., Halbert, S.A., Pradhan, R.V, Yosafat, A.S. y Tye, K.M. (2016). Dorsal raphe dopamine neurons represent the experience of social isolation. *Cell*, 164(4), 617-631. Doi: 10.1016/j.cell.2015.12.040.
- 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), 1-14. Doi: 10.3390/ijerph17093165.
- McCormick, C.M., Smith, C. y Mathews, I.Z. (2008). Effects of chronic social stress in adolescence on anxiety and neuroendocrine response to mild stress in male and female rats. *Behavioural Brain Research*, 187(2), 228-238. Doi: 10.1016/j.bbr.2007.09.005.
- Miura, H., Shirokawa, T., Isobe, K. y Ozaki, N. (2009). Shifting the balance of brain tryptophan metabolism elicited by isolation housing and systemic administration of lipopolysaccharide in mice. *Stress*, 12(3), 206-214. Doi: 10.1080/10253890802252442.

- Organización Mundial de la Salud (2020). Nuevo coronavirus (2019-nCoV). Recuperado de <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>.
- Orozco M., C.V., Sotelo K., V., López C., G. y Trillo Y., M.A. (2014). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la UACJS*, 5(1), 36-44.
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M. e IDoiaga, 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) 30. Doi: 10.1590/0102-311X00054020.
- Secretaría de Salud (2020). *Jornada Nacional de Sana Distancia*. Recuperado de Doi:[www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada\\_Nacional\\_de\\_Sana\\_Distancia.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf).
- Shader, R.I. (2020). COVID-19 and depression. *Clinical Therapeutics*, 42(6), 962-963. Doi: 10.1016/j.clinthera.2020.04.010.
- Vindegaard, N. y Eriksen Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 15(4), 1-12. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. y Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29. Doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Zelikowsky, M., Hui, M., Karigo, T., Choe, A., Yang, B., Blanco, M. y Anderson, D.J. (2019). The neuropeptide tac2 controls a distributed brain state induced by chronic social isolation stress. *Cell*, 173(5), 1265-1279. Doi: 10.1016/j.cell.2018.03.037.
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M. y Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. Doi: 10.1159/000507639.

# Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas

## *Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Mexican breast cancer survivors*

Mónica Ramírez Orozco<sup>1,2</sup>, Oscar Galindo Vázquez<sup>2</sup>,  
Juan Enrique Bargalló Rocha<sup>3</sup>, Rosario Costas Muñiz<sup>4</sup>,  
Laura Suchil Bernal<sup>5</sup> y Abelardo Meneses García<sup>6</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Cancerología<sup>2,3,5,6</sup>  
Memorial Sloan Kettering Cancer Center New York<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Mónica Ramírez Orozco, [psicmorozco@gmail.com](mailto:psicmorozco@gmail.com).

### RESUMEN

*Introducción:* Los síntomas de ansiedad y depresión son considerados frecuentemente como dos de las principales afectaciones en la etapa de sobrevivencia al cáncer, por lo que su detección válida y confiable es crítica para ofrecer una oportuna atención psicosocial. *Objetivo:* Validar la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una muestra de sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas. *Método:* Se empleó un diseño transversal con un muestreo no probabilístico. Se incluyeron 188 mujeres, pacientes ambulatorias de un hospital de especialidad en oncología de la Ciudad de México. *Resultados:* Las participantes, con una edad promedio de 52.8 años, y con 4.4 años de supervivencia al cáncer, estaban en su mayor parte diagnosticadas en estadios tempranos de la enfermedad. El análisis factorial confirmatorio de la HADS identificó dos factores, corroborando así la estructura original de este instrumento, con coeficiente alfa global .83 y una varianza explicada de 53%. *Discusión:* La HADS mostró tener propiedades psicométricas adecuadas e indicadores de ajuste correctos que lo convierten en un instrumento válido y confiable para su uso en la atención clínica y la investigación sobre las sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas.

**Palabras clave:** Ansiedad; Sobrevivientes oncológicos; Cáncer de mama; Depresión; México.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, correo electrónico: [psicmorozco@gmail.com](mailto:psicmorozco@gmail.com).

<sup>2</sup> Servicio de Psicooncología, Av. San Fernando 22, Col. Sección 16, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 60259, correo electrónico: [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx).

<sup>3</sup> Servicio de Tumores Mamarios, Av. San Fernando 22, Col. Sección 16, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 12018, correo electrónico: [ebargallo@incan.edu.mx](mailto:ebargallo@incan.edu.mx).

<sup>4</sup> Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Immigrant Health & Cancer Disparities, 485 Lexington Av., 2nd Floor, 10017 New York, NY, U.S.A., Phone (646)888-8062.

<sup>5</sup> Departamento de Vinculación Institucional, Av. San Fernando 22, Col. Sección 16, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00, ext. 7101.

<sup>6</sup> Dirección General, Av. San Fernando 22, Col. Sección 16, 14080 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-04-00.



## ABSTRACT

*Introduction. Anxiety and depression symptoms frequently occur as two main deleterious effects in cancer survivors. Hence, their valid and reliable detection is critical in order to develop and implement timely psychosocial care. Objective. To Validate the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample of Mexican breast cancer survivors. Method. Through a cross-sectional study with a non-probabilistic sample, 188 women patients aged 52.8 years on average and an a mean survival time of 4.4 years, from a specialized cancer hospital in Mexico City participated. Most participants were diagnosed with early stages of the disease (IA-IIIB). Results. A confirmatory factor analysis yielded two factors confirming the original structure, with an overall alpha of  $\alpha = .831$  and an explained variance of 53%. Discussion. This version of the HADS shows good psychometric properties with favorable fit indexes. It is a valid and reliable scale for use in clinical care and research settings with Mexican breast cancer survivors.*

**Key words:** Anxiety; Cancer survivors; Breast cancer; Depression; Mexico.

Recibido: 18/12/2020

Aceptado: 25/05/2021

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, con tasas de incidencia mundial de 55.2 y de 99 por cada 100 000 habitantes en América Latina. Se estima que para el año 2040 haya alrededor de 991,904 muertes por esta causa (International Agency of Research on Cancer, 2018).

México registró una incidencia de cáncer de mama de 55.4 por cada 100 000 mujeres, una prevalencia de 44.6 y un índice de mortalidad de 16.4 (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2021). Estas cifras colocan a dicha enfermedad como la primera causa de muerte en mujeres de 35 a 64 años, y la primera de tumores malignos (International Agency of Research on Cancer, 2018).

La National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) (2016) de Estados Unidos define el periodo de supervivencia como un continuo de “vivir con, durante y después del cáncer”, y cubre los problemas físicos, psicosociales y económicos de dicha enfermedad. Tal periodo se centra en la

salud y la vida más allá de las fases de diagnóstico y tratamiento, incluida la capacidad de obtener asistencia médica de seguimiento, atención de los efectos tardíos del tratamiento, segundos cánceres, calidad de vida y familiares, amigos y cuidadores.

La tasa de sobrevivientes por cáncer de mama se ha incrementado en los últimos años debido al éxito de los tratamientos y a la detección oportuna; a pesar de las diferencias entre regiones, las tasas de sobredada por esta enfermedad van de 40 a 80% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En 2019 había registradas aproximadamente 3.8 millones de sobrevivientes de cáncer de mama en Estados Unidos (American Cancer Society [ACS], 2019). En México, de acuerdo con el registro de sobrevivientes de cáncer del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) (2018), 48% eran de cáncer de mama y 2,536 de ellos tenía una supervivencia mayor a los cinco años.

Este aumento en la tasa de supervivencia muestra las necesidades físicas y psicosociales específicas de esta población. Por ejemplo, se ha reportado que alrededor de 50% de los sobrevivientes experimentan efectos secundarios graves, debilitantes y en muchos casos permanentes debido a la enfermedad y a los propios tratamientos (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd y Feuerstein, 2010; Howard-Anderson, Ganz, Bower y Stanton, 2012; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2017). Datos preliminares del Registro Nacional de Sobrevivientes de México del INCan (2018) señalan que hasta 95% de los sobrevivientes reportan alguna afectación emocional, como depresión o ansiedad; 82% alteraciones en la sexualidad, y 50% temor a recaídas.

Con base en dichos datos, resulta de suma importancia encarar esos problemas y poner en práctica planes de asistencia específicos para los sobrevivientes, como el diseño de intervenciones psicológicas basadas en evidencia, enfocadas al tratamiento de las sintomatologías reportadas por este grupo, así como considerar los aspectos culturales, nivel educativo y socioeconómico de la población a la que se dirige la intervención, lo que permitirá establecer a futuro pautas de tratamiento en el país.

Entre los problemas psicológicos más prevalentes en esta población, la ansiedad y la depre-



sión se han reportado con cifras que van de 17.9 a 33.3%, y de 9.4 a 66.1%, respectivamente, mostrando síntomas graves entre 3 y 41.7%; se ha observado un incremento de los síntomas depresivos hasta un año después del diagnóstico y un decremento a lo largo de los siguientes (Cheng, Sit y Cheng, 2016; Harrington *et al.*, 2010; Howard-Anderson *et al.*, 2012; Huang y Shi, 2016; Maass *et al.*, 2015; NCCN, 2017; Post y Flanagan, 2016; Wei, Liu, Chen, Zhou y Hu, 2016; Zainal, Nik-Jaafar, Baharudin, Sabki y Ng, 2013).

Los síntomas de ansiedad en sobrevivientes de cáncer de mama se han relacionado con edad joven, etapas de cáncer avanzadas, síntomas físicos graves y tiempos cortos desde el diagnóstico (Champion *et al.*, 2014; Post y Flanagan, 2016), mayor número de comorbilidades, soledad y antecedentes de vulnerabilidad para desarrollar problemas de salud mental (Gegechkori, Haines y Lin, 2017; Harris, Cornelius, Ream, Cheevers y Armes, 2017; Syrowatka *et al.*, 2017).

A su vez, los síntomas de depresión se han correlacionado con edad joven (menos de 40 años), reportándose un mayor riesgo en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica, de nivel socioeconómico bajo y desempleadas (Champion *et al.*, 2014; Harris *et al.*, 2017; Gegechkori *et al.*, 2017; Runowicz *et al.*, 2016; Syrowatka *et al.*, 2017). Incluso se ha descrito a la depresión como un factor asociado a una disminución de la tasa de supervivencia de cáncer de mama (Falagas *et al.*, 2007).

De acuerdo con Andersen *et al.* (2014), las variaciones en los niveles de ansiedad y depresión identificadas en los diferentes estudios dependen de la escala utilizada para su medición, por lo que resalta la importancia de utilizar instrumentos válidos y confiables (Runowicz *et al.*, 2016). En este contexto, una de las escalas más utilizadas es la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS en lo sucesivo), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), un instrumento autoaplicable conformado por 14 reactivos que se utiliza en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. La HADS incluye dimensiones cognitivas y afectivas y omite aspectos somáticos, evitando así atribuirlos a la enfermedad. Se ha utilizado para fines de

atención clínica y para identificar los efectos de las intervenciones psicosociales en poblaciones con enfermedades crónicas y agudas.

La HADS ha sido utilizada en México en el área de la psicooncología para fines clínicos y de investigación en pacientes con cáncer de mama en radioterapia (Ornelas, 2013), en pacientes mexicanos con diferentes diagnósticos de cáncer (Galindo *et al.*, 2015a) y en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar, 2015b), reportando coeficientes alfa de Cronbach de entre 0.85 y 0.86, así como estructuras factoriales similares a las de las versiones originales de 11 y 12 reactivos, respectivamente. Sin embargo, no se cuenta con una versión validada, con puntos de corte específicos para la población sobreviviente de cáncer de mama, la cual posee características psicológicas diferentes durante el periodo de tratamiento activo de la enfermedad, por ejemplo más ansiedad y miedo a la recurrencia (Hewitt, Greenfield, Stovall y National Cancer Policy Board, 2006; NCCN, 2017).

Por ello, el objetivo de este trabajo con diseño no experimental, transversal e instrumental (Montero y León, 2002) fue validar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria con sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas, así como analizar las diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión según el tiempo de sobrevivida y las características sociodemográficas y clínicas, con la finalidad de conocer algún grupo particular que presente más síntomas y que, por lo tanto, se pudieran considerar como factores de riesgo para desarrollar síntomas elevados de ansiedad y depresión.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 188 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, con un promedio de edad de 52.82 años (D.E. = 9.5) y una media de 53.2 meses de supervivencia (D.E. = 46.5). En la Tabla 1 se muestran las características generales de dicha muestra.

**Tabla 1.** Características de la muestra de sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas (n = 188).

Variable		n	%	Variable		N	%
<b>Edad</b>	M = 52.8, D.E. = 9.5			<b>Etapa clínica</b>	Temprana	165	87.77
<b>Tiempo de supervivencia</b>	M = 53.2, D.E. = 46.5				Avanzada	23	12.23
<b>Estado civil</b>	Con pareja	53	28.19	<b>Lateralidad</b>	Derecha	96	51.06
	Sin pareja	135	71.81		Izquierda	87	46.28
<b>Escolaridad</b>	Ninguna	5	2.66		Bilateral	5	2.66
	Básica	89	47.34	<b>Cirugía</b>	Mastectomía	125	66.50
	Media superior	41	21.81		Conservadora	63	33.51
	Superior/posgrado	45	23.93	<b>Tratamiento adicional</b>	Esquema único	53	28.20
	Otra	8	4.26		Esquema doble	74	39.37
			Esquema triple		57	30.32	
<b>Ocupación</b>	Hogar	117	62.23	<b>Número de comorbilidades</b>	0	125	66.49
	Empleada	32	17.02		1	45	23.94
	Autoempleo	19	10.11		2	17	9.04
	Profesionista	16	8.51		3	1	0.53
	Jubilada/Otro	4	2.10				
<b>Sintomatología ansiosa</b>	Sin síntomas	11	5.90	<b>Sintomatología depresiva</b>	Sin síntomas	77	41.00
	Leve	87	46.30		Leve	25	13.30
	Moderada	49	26.10		Moderada	49	26.10
	Grave	41	21.80		Grave	37	19.70

*Nota:* Etapa clínica temprana: Incluye el carcinoma ductal in situ y los cánceres de mama en estadios I, IIA, IIB y IIIA. Etapa clínica avanzada incluye los estadios IIIB y IIIC (NCI, 2011).

## Procedimiento

La muestra no probabilística fue elegida por conveniencia, de acuerdo con los criterios de Nunnally y Bernstein (1991) de diez participantes por reactivo. El reclutamiento de las participantes fue por disponibilidad durante las visitas para su atención ambulatoria en la clínica de cáncer de mama de una institución de salud pública mexicana de tercer nivel a lo largo de cuatro meses. Cada una de las participantes aceptó participar en el presente estudio mediante la lectura, comprensión y firma de una carta de consentimiento informado, autoadministrado, leído y explicado de forma directa según las necesidades de la paciente. Este proyecto de investigación fue aprobado mediante el registro 019/067/POI (CEI/1345/18) por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan).

## Criterios de participación

Los criterios de participación fue que las participantes debían ser mayores de dieciocho años, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama (en etapas 0-III), que hubieran concluido el tratamiento oncológico (sin considerar un tratamiento hormonal) e iniciado la etapa de vigilancia con base en las indicaciones médicas a partir del día de inicio de la vigilancia y hasta un tiempo indefinido de supervivencia. Se excluyeron a aquellas con diagnóstico de recurrencia de cáncer en el momento de la evaluación o que no desearan participar, eliminándose a aquellas que no completaron el llenado de la totalidad de los instrumentos o que decidieran abandonar el estudio.

## Instrumentos

### *Cédula de identificación*

Se diseñó una cédula de identificación de la participante para recolectar, por medio de un autorre-

porte y la extracción del expediente médico de sus datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil), clínicos (diagnóstico, etapa clínica, tratamiento médico, comorbilidad médica), antecedentes de problemas y atención de su salud mental, así como dos preguntas para indagar sus posibles síntomas de ansiedad y depresión, con base en lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud mediante la entrevista *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) (cf. Kessler y Ustun, 2004): “¿Ha llegado a sentir crisis de miedo o angustia [de manera] que podría llegar a tener un paro cardíaco o [sentir] que pierde el control sobre sus pensamientos o conducta? y “¿ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias?”.

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

Para esta investigación se utilizó la versión para población oncológica de Galindo *et al.* (2015b) la cual, debido a las adecuadas propiedades psicométricas obtenidas en dicha población, resulta culturalmente más apropiada para la población actual de sobrevivientes oncológicos. Es una escala autoaplicable conformada por dos factores que constan de doce reactivos, cada uno de ellos con cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 18 puntos en cada subescala y de 36 en total, en las que se consideran pacientes sin síntomas (0-5 puntos), con síntomas leves (6-8), con síntomas moderados (9-11) y con síntomas graves (más de 12). Es una escala sencilla de responder para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y de fácil aplicación para el equipo de salud.

### Análisis estadísticos

Se llevaron a cabo análisis de distribución para identificar la estructura de la muestra y de las opciones de respuesta de cada reactivo, así como los casos fuera de rango. Se determinaron los puntajes de los cuartiles extremos para luego aplicar una prueba *t* de Student para muestras independientes, mediante la cual se buscó la significancia de todos los reactivos, demostrándose que podían discriminar entre tener o no el constructo medido. Se hizo un análisis para confirmar que las puntuaciones de

los cuartiles extremos identificados corrieran en direcciones opuestas (Reyes y García, 2008).

Se efectuó un análisis factorial confirmatorio (AFC) usando el método de máxima verosimilitud, que especificó la evaluación del ajuste mediante la observación de límites adecuados de los estimadores, parámetros estandarizados y no colinealidad en las variables medidas. Se estimaron los índices de ajuste global  $\chi^2$ , los índices de bondad de ajuste (CFI, TLI), la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) y la raíz del residuo cuadrático medio ([S]RMR) (Byrne, 2010; Gardner y García, 2003; Kline, 2005). Finalmente, se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, adoptándose un nivel de significancia estadística de  $p < .05$  (Gardner y García, 2003).

Se analizaron asimismo las correlaciones entre subescalas por medio de correlación de Pearson y las diferencias entre grupos de las variables de ansiedad y depresión mediante las pruebas de Kruskal-Wallis con ajuste de corrección Bonferroni y U de Mann-Whitney debido a la ausencia de normalidad en la muestra.

## RESULTADOS

Se obtuvieron correlaciones significativas entre todos los reactivos de la escala. Entre los reactivos de ansiedad y el puntaje total de dicho factor se obtuvieron correlaciones *r* de .706 a .844; entre los reactivos de la subescala de depresión y su puntaje total, de .584 a .739, y finalmente, entre las subescalas la correlación fue de .549, mientras que en las correlaciones entre los puntajes totales de ansiedad y depresión con el puntaje total de la escala los valores obtenidos fueron .911 y .845, respectivamente.

### Análisis factorial confirmatorio

La razón  $\chi^2$  obtenida del modelo ajustado a esta población fue de  $\chi^2(32) = 35.55$ ,  $p = 0.001$ . Los índices de bondad de ajuste resultantes TLI = .994, el comparativo CFI = .996, el índice RMR = .033 y RMSEA = .024, muestran que el modelo con dos factores y diez reactivos es adecuado y parsimo-

nioso ya que explica 53% de la varianza y las cargas individuales, que van de .51 a .79, como se observa en la Figura 1 y la Tabla 3.

Cabe destacar que el modelo se conformó por diez reactivos debido a que se eliminaron dos ítems: «Tengo una sensación extraña, como de “aleteo”, en el estómago», que pertenece al factor de ansiedad, y “Me siento optimista respecto al

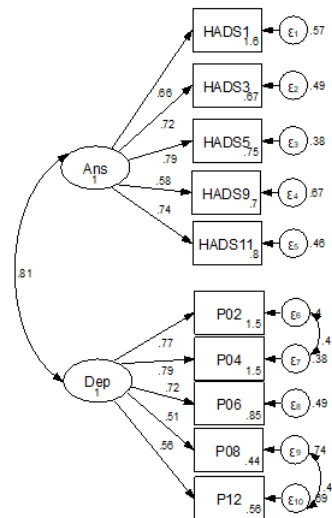
futuro”, que corresponde al factor de depresión, debido a que obtuvieron cargas factoriales menores de .50.

El análisis de confiabilidad de la HADS obtuvo un coeficiente alfa total de Cronbach de .831 y, por factores, de .818 en ansiedad y de .684 en depresión, siendo el valor Kaiser-Meyer-Olkin de .873 ( $p = .001$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Cargas factoriales y medidas de tendencia central de los reactivos de la escala HADS-S.

Reactivo	Carga factorial	Media	D.E.	Asimetría	Curtosis	Varianza
<b>Factor 1: Ansiedad</b>	<b><math>\alpha = .81</math></b>	<b>3.40</b>	<b>3.00</b>	<b>1.38</b>	<b>4.6</b>	<b>30%</b>
p1. Me siento tenso(a) o nervioso(a).	0.66	1.00	0.64	1.00	5.7	0.41
p3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.	0.72	0.53	0.79	1.40	4.6	0.62
p5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.	0.79	0.69	0.92	1.10	3.3	0.85
P9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera dejar de moverme.	0.58	0.60	0.85	1.50	4.7	0.73
p11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.	0.74	0.61	0.76	1.20	4.0	0.59
<b>Factor 2: Depresión</b>	<b><math>\alpha = .68</math></b>	<b>2.05</b>	<b>2.35</b>	<b>0.99</b>	<b>3.0</b>	<b>23%</b>
p2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.	0.77	0.46	0.74	1.40	4.2	0.54
p4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.	0.79	0.22	0.45	2.10	9.0	0.20
p6. Me siento alegre.	0.72	0.38	0.63	1.30	3.7	0.39
p8. He perdido el interés en mi aspecto personal.	0.51	0.58	0.89	1.10	2.8	0.80
p12. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.	0.56	0.37	0.75	2.10	7.2	0.56
Confiabilidad total: $\alpha = .831$ Varianza total explicada: 53%						

**Figura 1.** Modelo AFC de la escala HADS para sobrevivientes de cáncer de mama (N = 188).



$\chi^2 = 35.55, 32 \text{ gl}, \text{CFI} = .996, \text{TLI} = 0.994, \text{SRMR} = 0.033, \text{RMSEA} = .024 (95\% \text{ IC} [.00 - .061]) \text{CD} = .941$

**Tabla 3.** Índices de bondad de ajuste del modelo confirmatorio de la escala HADS-S en sobrevivientes de cáncer de mama (n = 188).

Estadístico	Criterio deseable	Valores obtenidos	Interpretación
Índice de ajuste no normado (NNFI) o Tucker Lewis Index (TLI)	TLI $\geq$ .95	TLI = .994	Ajuste adecuado
Índice de bondad de ajuste comparativo (CFI)	CFI $\geq$ .90	CFI = .996	Ajuste comparativo adecuado
Raíz del residuo cuadrático medio ([S]RMR)	SRMR < .08	RMR = .033	Error del modelo cercano a 0, perfecto ajuste del modelo a los datos
Raíz del residuo cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	RMSEA < .08	RMSEA = .024 95% IC [.00 -.061]	Ajuste del modelo a los datos aceptable

Se efectuaron correlaciones entre las preguntas de ansiedad y depresión basadas en la entrevista WHO-CIDI con el propósito de explorar la validez de criterio, obteniéndose relaciones positivas y estadísticamente significativas entre haber expe-

rimentado alguna crisis de miedo o angustia y los puntajes de ansiedad, así como entre presentar anhedonia y los puntajes de depresión de la HADS, lo que representa una adecuada validez de criterio de la escala (Tabla 4).

**Tabla 4.** Correlación entre las subescalas de la HADS y la pregunta única acerca de los síntomas de ansiedad y depresión.

Pregunta		Puntaje ansiedad	Puntaje depresión
¿Ha llegado a sentir una crisis de miedo o angustia [de manera] que podría llegar a tener un paro cardíaco, o [sentir] que pierde el control sobre sus pensamientos o conducta?	(Sí)	.505*	.338*
¿Ha perdido el interés o el placer por realizar las actividades diarias?	(Sí)	.476*	.497*

\* $p = .01$

### Puntos de corte

Se recodificó la sumatoria total y por factores dividiéndose por cuartiles (25, 50, 75) con el objetivo de obtener los puntos de corte y sus prevalencias. Los puntajes mínimos y máximos obtenidos en la escala fueron, a saber, de 0 a 25 en general, de 0-15 en ansiedad y de 0-10 en depresión. Por tanto, tomando el percentil 75, se propone un punto de corte general de cinco puntos para considerar síntomas de ansiedad moderados y de cuatro puntos de sintomatología depresiva.

Los puntos de corte totales que se sugieren para esta población son, a saber: 0-2, ausencia de sintomatología depresiva; 3-4, síntomas leves; 5-8, moderados, y de 9 y más, graves. Y en relación a los síntomas de ansiedad, los siguientes: 0 a 1, ausencia de ansiedad; 1-2, leve; 3-5, moderada, y de 6 en adelante sintomatología grave y para síntomas de depresión: 0 sin depresión, 1 leve, 2-4, moderada, y 5 y más, grave.

Se observaron diferencias significativas en los puntajes de ansiedad entre las participantes sometidas a cirugía radical, comparadas con aquellas con cirugía conservadora ( $z = -2.31, p = 0.021$ ); entre aquellas con dos comorbilidades  $\chi^2(3) = 16.21, p = .001$  (Md = 5) y sin comorbilidades (Md = 2). Entre estos mismos grupos se obtuvieron diferencias en los puntajes de depresión:  $\chi^2(3) = 10.26, p = 0.016$  (sin comorbilidades: Md = 1, y 2 con comorbilidades: Md = 2).

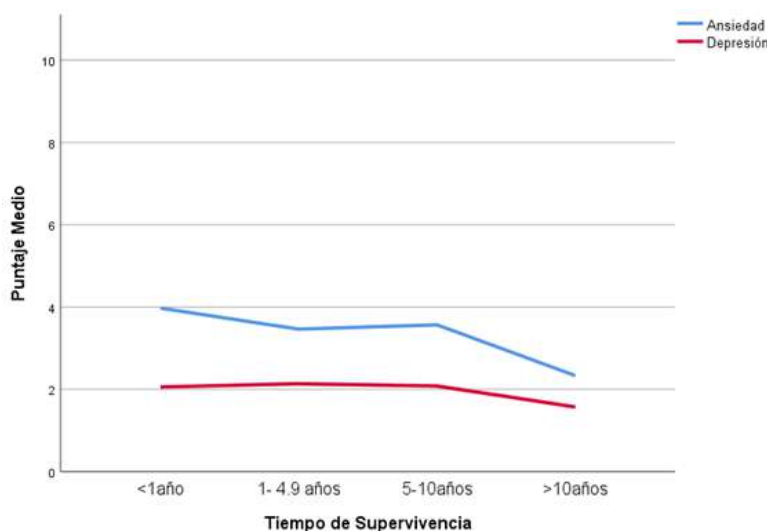
En el caso de la escolaridad, se hallaron diferencias en los puntajes de depresión entre aquellas con nivel educativo básico (Md = 2) y nivel medio superior (Md = 1) ( $\chi^2[2] = 7.26, p = .021$ ) y superior (Md = 1) ( $\chi^2[2] = 7.13, p = .023$ ). Finalmente se observaron disimilitudes en los niveles de sintomatología ansiosa entre las que recibieron solamente quimioterapia (Md = 2) y aquellas con una combinación de radioterapia con hormonoterapia (Md = 3) ( $\chi^2[7] = 15.16, p = .034$ ).



En el caso del tiempo de supervivencia, se identificó una tendencia a mostrar niveles más elevados de ansiedad durante el primer año y entre 5 y 10 años de supervivencia. En el caso de la depresión, se observan puntajes constantes. Ambos tipos de síntomas con un ligero decremento hacia

los 10 años o más, lo que resulta clínicamente significativo ya que se podría pensar en una tendencia hacia su decremento a lo largo de la supervivencia, principalmente en lo que se refiere a los síntomas ansiosos (Figura 2).

**Figura 2.** Puntaje medio de ansiedad y depresión por años de supervivencia.



## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar las propiedades psicométricas de la escala HADS en una muestra de sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas; esta última estuvo integrada principalmente por mujeres sin pareja, con diagnósticos en etapas tempranas, sometidas a mastectomía radical, con 4.4 años de supervivencia al cáncer en promedio y una mayor sintomatología ansiosa que depresiva.

La HADS presentó una adecuada consistencia interna ( $\alpha = .83$ ) y varianza explicada (53%). En comparación la versión original de Zigmond y Snaith (1983), la HADS-S se conformó con cuatro reactivos menos. Al igual que en el estudio de Ornelas, Tufiño y Sánchez-Sosa (2011), una de las preguntas eliminadas por sus bajas cargas factoriales fue “Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago” lo cual podría atribuirse a la falta de comprensión del lenguaje utilizado, ya que las participantes reportaron confusión y dificultad de comprensión al momento de leerlo,

mientras que en el reactivo “Me siento optimista respecto al futuro” podría pensarse en un fenómeno de desesperanza que ha sido reportado en la población superviviente de cáncer de mama (Liao, Yeung, Wong, Warmoth y Lu, 2017; Ravindran, Shankar y Murthy, 2019).

La escala logra diferenciar dos factores de sintomatología psicológica, similares a los identificados en otras poblaciones mexicanas (Barriguete, Pérez, De la Vega, Barriguete y Rojo, 2017; Galindo *et al.*, 2015b; Ornelas *et al.*, 2011; Orozco, Terán, Casarrubias, García y Madero, 2013).

Una de las principales fortalezas de esta investigación es el reporte del AFC, toda vez que este tipo de modelos permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de constructo). En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido (Batista, Coenders y Alonso, 2004). En el presente análisis confirmatorio se corrobora un modelo de dos factores, con adecuados índices de ajuste global, que permiten

considerar que dicha escala es adecuada, válida y confiable para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en la población sobreviviente de cáncer de mama.

Como se ha descrito en la literatura relativa a esta cuestión, la ansiedad y la depresión son dos de las principales afectaciones de dicha población, si bien su prevalencia muestra amplias variaciones que pueden ir de 10 a 66% (Ganz *et al.*, 2013; Runowicz *et al.*, 2016; Zainal *et al.*, 2013), se concuerda en que esta población tiende a presentar síntomas de moderados a graves, tal como se observa en este trabajo, en el cual 20% de la muestra se hallaba por encima del punto de corte para depresión (47%) con niveles moderados a graves, y 34.6% por encima del punto de corte para ansiedad (45%) mostrando síntomas moderados o graves, similar a lo reportado por Philip y Merluzzi (2016), pero diferentes a los de estudios como el de Abu-Helalah, Al-Hanaqta, Alshraideh, Abdulbaqi y Hijazeen (2014); en efecto, este grupo de sobrevivientes obtuvo mayores porcentajes de síntomas graves de ansiedad (21.8 vs. 14%) y de depresión (19.7 vs. 8%).

Es importante recordar que las variaciones en las prevalencias reportadas de ansiedad y depresión son generalmente un resultado de la inconsistencia en el uso de las escalas de medición y de las diferencias metodológicas de los análisis (Runowicz *et al.*, 2016). Particularmente, en el caso de la HADS se han reportado prevalencias de estos síntomas de 22 a 46% en sobrevivientes de otras poblaciones (Philip y Merluzzi, 2016; Zainal *et al.*, 2013), por lo que reportar las propiedades psicométricas de la HADS en sobrevivientes mexicanas tiene un efecto positivo en el intento de homogeneizar la forma de medir estos constructos.

Finalmente, las diferencias encontradas en síntomas depresivos entre los grupos según su nivel de escolaridad (básica-media superior), así como las diferencias entre las señales ansiosas según el número de comorbilidades (0-2), el tratamiento recibido (quimioterapia en comparación con radioterapia y hormonoterapia) y la cirugía realizada (radical o conservadora) coinciden con los hallazgos de Brandão, Schulz y Matos (2017), Gegechkori *et al.* (2017), Harris *et al.* (2017), Syrowatka *et al.* (2017) y Kowalczyk *et al.* (2019), aunque no

se obtuvieron resultados similares de acuerdo a la edad, estado civil, nivel socioeconómico o etapa clínica, tal como se reporta en otros estudios (Abu-Helalah *et al.*, 2014; Champion *et al.*, 2014; Jarrett *et al.*, 2013).

A su vez, la tendencia observada de padecer síntomas de ansiedad más intensos durante el primer año de supervivencia, en comparación con la de mujeres con periodos más largos de supervivencia, concuerda con lo descrito en la literatura, y podría también pensarse en una trayectoria de decremento de dichos síntomas a lo largo de la supervivencia en la población mexicana (Syrowatka *et al.*, 2017).

Por consiguiente, es posible concluir que la HADS es un instrumento que ha demostrado tener una estructura factorial de dos elementos que resultan compatibles con los de la versión original y la realizada para población oncológica mexicana, así como también poseer propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas.

Es recomendable su uso en escenarios de investigación en salud mental con población sobreviviente de cáncer de mama; en particular resulta factible en contextos de tamizaje, más aún en población que manifiesta problemas de salud mental previamente reportados, lo cual debe ser una prioridad para intervenir en dicha población en virtud de que la misma no suele ser atendida de manera oportuna por los servicios de salud del país, lo que entraña un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías de salud mental.

Así pues, se recomienda el uso de esta versión para evaluar los efectos de intervenciones psicosociales en sobrevivientes de cáncer de mama con síntomas de ansiedad y depresión debido a su brevedad, lenguaje adecuado para la población y antecedentes de su uso para el propósito valorativo de las intervenciones, por ejemplo aquellas con un abordaje cognitivo-conductual, las cuales han sido frecuentemente reportadas con resultados favorables en la atención de las afectaciones psicosociales de pacientes y sobrevivientes de cáncer de mama (Hummel *et al.*, 2015; Lechner *et al.*, 2014; Post y Flanagan, 2016; Wei *et al.*, 2016).

El presente estudio, de la mano con la evidencia en la literatura de investigación, permiten asimismo concluir que, no obstante que un determinado porcentaje de las sobrevivientes de cáncer parecían ajustarse de forma adecuada a la vida cotidiana después de los tratamientos y a lo largo del tiempo, los síntomas de ansiedad y depresión resultaron ser frecuentes (Philip y Merluzzi, 2016).

Por ello, es importante subrayar la necesidad de evaluar estos síntomas psicológicos en la etapa de sobrevida mediante el uso de instrumentos válidos y confiables para la población de interés, pues a pesar de haber semejanzas entre los síntomas físicos y psicológicos en algunas poblaciones (por ejemplo las oncológicas), hay necesidades y características específicas en cada una de las etapas del proceso de atención en el terreno oncológico.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra el uso de la escala HADS en su versión validada para población oncológica mexicana y no de la versión original de Zigmond y Snaith (1983), por lo que valdría la pena replicar el estudio utilizando esta última versión.

Otra limitación se refiere al acceso a una muestra no aleatoria, lo que restringe la validez externa del estudio, la carencia de un proceso de validez concurrente, así como la falta de una entrevista clínica completa para confirmar los posibles casos de depresión o de ansiedad como trastornos.

Se sugiere, por último, evaluar la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo y su validez concurrente y convergente, así como su sensibilidad para identificar los efectos de las intervenciones psicológicas.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo recibido por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNACyT), el que, debido al otorgamiento de la beca N° 473223 para estudios de Doctorado, se pudo efectuar la presente investigación, así como al Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan) por las facilidades otorgadas para la realización de la misma. La Dra. Costas-Muñiz recibió financiamiento para el apoyo de la investigación del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Grant P30 CA008748).

*Citación:* Ramírez O., M., Galindo V., O., Bargalló R., J.E., Costas M., R., Suchil B., L. y Meneses G., A. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 313-324. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2752>.

## REFERENCIAS

- Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N. y Hijazeen, J. (2014). Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(14), 5927-5936.
- American Cancer Society (2019). *Cancer treatment and survivorship: Facts and figures 2019-2021*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Andersen, B.L., DeRubeis, R.J., Berman, B., Gruman, S., Champion, J., Massie, V.L., Holland, J.C., Partridge, J.C., Bak, K., Somerfield, M.R. y Rowland, J.H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-1619. Doi: 10.1200/JCO.2013.52.4611.
- Barriguete M., J.A., Pérez B., A.R., De la Vega M., R.I., Barriguete C.P., P. y Rojo M., L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130. Doi: 10.1016/j.rmta.2017.05.001.
- Batista F., J.M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl.1), 21-27. Doi: 10.1157/13057542.
- Brandão, T., Schulz, M.S. y Matos, P.M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26(7), 917-926. Doi: 10.1002/pon.4230.

- Byrne, B.M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Champion, V.L., Wagner, L.I., Monahan, P.O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., Ziner, K.W., Haase, J.E., Miller, K.D., Pradhan, K., Unverzagt, F.W., Cella, D., Ansari, B. y Sledge, G.W. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, *120*(15), 2237-2246. Doi: 10.1002/cncr.28737.
- Cheng, H., Sit, J.W.H. y Cheng, K.K.F. (2016). A mixed-methods exploration of the quality of life of Chinese breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *34*(3), 240-257. Doi: 10.1080/07347332.2016.1161689.
- Falagas, M.E., Zarkadoulia, E.A., Ioannidou, E.N., Peppas, G., Christodoulou, C. y Rafailidis, P.I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, *9*(4), R44. Doi: 10.1186/bcr1744.
- Galindo V., O., Benjet, C., Juárez G., F., Rojas C., E., Riveros R., A., Aguilar P., J.L. y Álvarez A., M.Á. (2015a). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, *38*(4), 253-258. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035.
- Galindo V., O., Meneses G., A., Herrera G., A., Caballero T., M.R. y Aguilar P., J.L. (2015b). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: Propiedades psicométricas. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, *12*(2-3), 383-392.
- Ganz, P.A., Yip, C.H., Gralow, J.R., Distelhorst, S.R., Albain, K.S., Andersen, B.L., Bevilacqua, J.L.B., de Azambuja, E., El Saghir, N.S., Kaur, R., McTiernan, A., Partridge, A.H., Rowland, J.H., Singh-Carlson, S., Vargo, M.M., Thompson, B. y Anderson, B.O. (2013). Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *Breast*, *22*(5), 606-615. Doi: 10.1016/j.breast.2013.07.049.
- Gardner, R.C. y García, R.L.E. (2003). *Estadística para psicología: Usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación.
- Gegechkori, N., Haines, L. y Lin, J.J. (2017). Long-term and latent side effects of specific cancer types. *The Medical Clinics of North America*, *101*(6), 1053-1073. Doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.003.
- Harrington, C.B., Hansen, J.A., Moskowitz, M., Todd, B.L. y Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors — a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*(2), 163-181. Doi: 10.2190/PM.40.2.c.
- Harris, J., Cornelius, V., Ream, E., Cheevers, K. y Armes, J. (2017). Anxiety after completion of treatment for early-stage breast cancer: a systematic review to identify candidate predictors and evaluate multivariable model development. *Supportive Care in Cancer*, *25*(7), 2321-2333. Doi: 10.1007/s00520-017-3688-6.
- Hewitt, M.E., Greenfield, S., Stovall, E. y National Cancer Policy Board (Eds.) (2006). *From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition*. New York: U.S. National Academies Press.
- Howard-Anderson, J., Ganz, P.A., Bower, J.E. y Stanton, A.L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, *104*(5), 386-405. Doi: 10.1093/jnci/djr541.
- Huang, J. y Shi, L. (2016). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*(1), 209. Doi: 10.1186/s13063-016-1335-z.
- Hummel, S.B., van Lankveld, J.J., Oldenburg, H.S., Hahn, D.E., Broomans, E. y Aaronson, N.K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer*, *15*. Doi: 10.1186/s12885-015-1320-z.
- Instituto Nacional de Cancerología (2018). *Registro de sobrevivientes de cáncer en México* [Folleto].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer* (4 de febrero). México: INEGI.
- International Agency of Research on Cancer (2018, September). *Global Cancer Observatory*. Lyon (France): IARC.
- Jarrett, N., Scott, I., Addington-Hall, J., Amir, Z., Brearley, S., Hodges, L., Richardson, A., Sharpe, M., Stamatakis, Z., Stark, D., Siller, C., Ziegler, L. y Foster, C. (2013). Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: a rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(5), 510-520. Doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.003.
- Kessler, R. y Ustun, T. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*, 93-121. Doi: 10.1002/mpr.168.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Kowalczyk, R., Nowosielski, K., Cedrych, I., Krzystanek, M., Glogowska, I., Streb, J., Kucharz, J. y Lew-Starowicz, Z. (2019). Factors affecting sexual function and body image of early-stage breast cancer survivors in Poland: a short-term observation. *Clinical Breast Cancer*, *19*(1), e30-e39. Doi: 10.1016/j.clbc.2018.09.006.



- Lechner, S.C., Whitehead, N.E., Vargas, S., Annane, D.W., Robertson, B.R., Carver, C.S., Kobetz, E. y Antoni, M.H. (2014). Does a community-based stress management intervention affect psychological adaptation among underserved black breast cancer survivors? *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2014(50), 315-322. Doi: 10.1093/jncimonographs/lgu032.
- Liao, K. Y.-H., Yeung, N.C.Y., Wong, C.C.Y., Warmoth, K. y Lu, Q. (2017). Fear of cancer recurrence and physical well-being among Chinese cancer survivors: the role of conscientiousness, positive reappraisal and hopelessness. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1141-1149. Doi: 10.1007/s00520-016-3504-8.
- Maass, S.W.M.C., Roorda, C., Berendsen, A.J., Verhaak, P.F.M. y de Bock, G.H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108. Doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.010.
- Montero, I. y León O., G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- National Cancer Institute (NCI) (2016). *Survivorship definitions*. Bethesda, MD: NCI. Recuperado de <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/definitions.html>.
- National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) (2014, July 24). *The NCCS definition of a "cancer survivor"*. Silver Spring, MD: NCCS. Recuperado de <https://www.canceradvocacy.org/news/defining-cancer-survivorship/>.
- National Comprehensive Cancer Network (2017). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Survivorship*. Plymouth Meeting, PA: NCCN.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Cáncer de mama: Prevención y control*. Ginebra: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
- Ornelas M., R.E. (2013). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia*. Tesis de grado. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Doi: 10.22201/dgpyfe.9786070259067e.2013.
- Ornelas M., R.E., Tufiño T., M.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Orozco M., J.N., Terán B., P., Casarrubias V., B., García R., R. y Madero J., G.S. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Philip, E.J. y Merluzzi, T.V. (2016). Psychosocial issues in post-treatment cancer survivors: desire for support and challenges in identifying individuals in need. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(3), 223-239. Doi: 10.1080/07347332.2016.1157716.
- Post, K.E. y Flanagan, J. (2016). Web based survivorship interventions for women with breast cancer: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 25, 90-99. Doi: 10.1016/j.ejon.2016.10.004.
- Ravindran, O.S., Shankar, A. y Murthy, T. (2019). A comparative study on perceived stress, coping, quality of life, and hopelessness between cancer patients and survivors. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), 414-420. Doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_1\_19.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón y Reyes-Lagunes. I. (Eds.): *La Psicología Social en México*, XII (pp. 625-630). México: AMEPSO, Universidad de Guanajuato/UNAM.
- Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N.L., Henry, K.S., Mackey, H.T., Cowens-Alvarado, R.L., Cannady, R.S., Pratt-Chapman, M.L., Edge, S.B., Jacobs, L.A., Hurria, A., Marks, L.B., LaMonte, S.J., Warner, E., Lyman, G.H. y Ganz, P.A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43-73. Doi: 10.3322/caac.21319.
- Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J.A., Dixon, W.G., Meguerditchian, A.N. y Tamblyn, R. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(2), 229-245. Doi: 10.1007/s10549-017-4290-9.
- Wei, D., Liu, X.-Y., Chen, Y.-Y., Zhou, X. y Hu, H.-P. (2016). Effectiveness of physical, psychological, social, and spiritual intervention in breast cancer survivors: an integrative review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 226-232. Doi: 10.4103/2347-5625.189813.
- Zainal, N.Z., Nik-Jaafar, N.R., Baharudin, A., Sabki, Z.A. y Ng, C.G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2649-2656.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



# Síndrome de *burnout*, ansiedad, depresión y ciclo reproductivo en cuidadoras informales de pacientes con cáncer

## *Burnout syndrome, anxiety, depression and reproductive cycle in informal caregivers of cancer patients*

Ernesto Peredo Rivera<sup>1</sup>, Ana G. Gutiérrez García<sup>2</sup>,  
María Érika Ortega Herrera<sup>3</sup>, Claudia Gutiérrez Sida<sup>4</sup>  
y Carlos M. Contreras<sup>2, 5</sup>

Universidad Veracruzana<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>5</sup>

Autor para correspondencia: Ana G. Gutiérrez-García, [angutierrez@uv.mx](mailto:angutierrez@uv.mx).

### RESUMEN

Las actividades de un cuidador informal son sumamente demandantes, estresantes y generalmente asociadas a una sobrecarga emocional, con efectos lesivos en la salud, sobre todo cuando se considera que el llamado síndrome de *burnout* se manifiesta cuando las personas no pueden afrontar de manera adaptativa las situaciones que les generan estrés y se sienten impedidas para modificar la situación problemática. Toda vez que generalmente es una mujer la que ejerce esta actividad, y que los cambios hormonales afectan el estado de ánimo, resulta importante determinar si la fase del ciclo reproductivo en la que se encuentran tiene algún impacto determinante que las predisponga a desarrollar el referido síndrome, y así dilucidar si existe un efecto protector de tipo hormonal que contribuya a que las mujeres cuidadoras informales puedan hacer frente a las exigencias que supone su labor. Se evaluaron el síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión en 37 cuidadoras informales de pacientes con cáncer, divididas en dos grupos: cuidadoras con ciclo reproductivo presente *versus* cuidadoras en posmenopausia, encontrándose correlaciones positivas moderadas entre dichas variables, sin haber una relación causa-efecto. No se encontró síndrome de *burnout*, ansiedad ni depresión en el grupo de cuidadoras en posmenopausia, quienes además reportaron recibir un mayor apoyo familiar. Se concluye que la ausencia de fluctuaciones plasmáticas de las hormonas gonadales (posmenopausia) y la percepción de apoyo emocional por parte de las cuidadoras participantes parece tener un efecto protector ante el referido síndrome.

**Palabras clave:** Síndrome de burnout; Ansiedad; Depresión; Cuidadoras informales; Ciclo reproductivo.

<sup>1</sup> Posgrado en Neuroetología, Instituto de Neuroetología, Av. Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Las Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: [erperedo@uv.mx](mailto:erperedo@uv.mx).

<sup>2</sup> Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología, Av. Dr. Luis Castelazo, Col. Industrial Las Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: [angutierrez@uv.mx](mailto:angutierrez@uv.mx).

<sup>3</sup> Instituto de Investigaciones Psicológicas, Av. Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Las Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: [erortega@uv.mx](mailto:erortega@uv.mx).

<sup>4</sup> Facultad de Psicología, Manantial de San Cristóbal s/n, Xalapa 2000, 91097 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: [cguierrez@uv.mx](mailto:cguierrez@uv.mx).

<sup>5</sup> Unidad Periférica del Instituto de Investigaciones Biomédicas, Xalapa, Veracruz, 91190, México, correo electrónico: [ccontreras@uv.mx](mailto:ccontreras@uv.mx).



## ABSTRACT

**Background.** *The activities of informal caregivers are highly demanding, stressful, and are generally associated with emotional overload leading to negative effects on health. This is relevant since burnout syndrome manifests itself when people cannot adaptively face stressful situations when they feel impeded to modify them. Such responsibilities are frequently carried out by women whose gonadal hormonal changes affect her mood.* **Objective.** *To determine if the stage of their reproductive cycle has an impact on the likelihood of developing burnout syndrome, anxiety, and depression symptoms. Also to determine if there is a hormonal protective effect that might be helping informal caregivers cope with the demands of their work.* **Method.** *The sample consisted of 37 informal caregivers of cancer patients evaluated for Burnout syndrome, anxiety, and depression symptoms. For a more specific analysis, participants currently reproductive were compared to postmenopausal caregivers.* **Results.** *Moderate positive correlations emerged among these dimensions not implying a cause-effect relationship. No burnout syndrome, anxiety, or depression resulted in the group of postmenopausal caregivers, but they also reported greater family support.* **Discussion.** *Results suggest that the absence of plasma fluctuations in gonadal hormones (postmenopausal) and higher perceived emotional support protect against burnout.*

**Key words:** Burnout syndrome; Anxiety; Depression; Informal caregivers; Reproductive cycle.

Recibido: 07/04/2021

Aceptado: 03/06/2021

Los cuidadores informales son quienes asisten a personas en situación de discapacidad, esto es, en condiciones que les impiden valerse por sí mismas para llevar a cabo su higiene personal, alimentación y movilidad, a quienes brindan además apoyo emocional (García, 2016; Diniz *et al.*, 2018). Son generalmente las mujeres quienes asumen por lo regular esas tareas y asumen la responsabilidad del cuidado sin recibir remuneración económica alguna (Rodríguez *et al.*, 2017), por lo que ser un cuidador informal puede implicar una experiencia gratificante, pero a la vez exigente y estresante (Revenson *et*

*al.*, 2016; Gérain y Zech, 2019) que puede tener efectos perjudiciales en su salud (Ortiz, Willey y Chiang, 2014; Golonka, Gawlowska, Mojsa-Kaja y Marek, 2019), y dar lugar así al denominado síndrome de *burnout*.

El *burnout* refiere a un síndrome tridimensional que se desarrolla como respuesta al estrés crónico, cuyas características, sobre todo el agotamiento emocional que acarrea, afectan la salud física y emocional y desencadenan diversos procesos conductuales y fisiológicos que generan a su vez cambios cognitivos y emocionales en respuesta a los estresores continuos y crónicos (Maslach, Jackson y Leiter, 1996; Ortiz *et al.*, 2014). Tales cambios suelen ocurrir en aquellas personas cuya actividad principal consiste en proporcionar una ayuda constante y directa a otras personas, sea o no en un contexto laboral (Schaufeli y Taris, 2005), como es el caso de las cuidadoras informales de personas discapacitadas (Gérain y Zech, 2019) o de niños con cáncer, lo que puede producir intensos efectos emocionales, como ansiedad, depresión y un marcado aislamiento social (Montero, Jurado y Méndez 2015). Además, el síndrome de *burnout* puede concurrir con la ansiedad y la depresión, y comprometer en conjunto la función inmune a un grado tal que conduce a un aumento de la mortalidad (Centers for Disease Control and Prevention and the Kimberly-Clark Corporation [CDCPKCC], 2008; Geng *et al.*, 2018).

Se han descrito correlaciones significativas entre el síndrome de *burnout*, el esfuerzo cognitivo y la actividad electroencefalográfica en trabajadores de organizaciones privadas y públicas (Golonka *et al.*, 2019), así como entre ese síndrome y la ansiedad en médicos intensivistas (Voultsos, Koungali, Psaroulis y Boutou, 2020). En un metaanálisis, Koutsimani, Montgomery y Georganta (2019) encontraron una correlación entre el síndrome de *burnout*, la ansiedad y la depresión. Sin embargo, son escasos los estudios de correlación estadística entre esas tres variables en cuidadoras informales de pacientes con cáncer y considerando su estado de ánimo relacionado con su fase de ciclo reproductivo.

A diferencia de los varones, a las mujeres que cumplen roles de esposas e hijas suele atribuírse-

les los de amas de casa y de cuidadoras como algo “natural”, no como una elección consciente, abierta y compartida por los integrantes de la familia (Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006). Otros estudios sugieren que las mujeres con síndrome de *burnout* reportan más tensión laboral, menos apoyo social en el trabajo y más ansiedad, depresión, agotamiento vital y trastornos del sueño, lo que coincide con niveles plasmáticos altos de factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) y hemoglobina glucosilada (HbA1C), lo que indica respuestas inflamatorias y estrés oxidativo anormales (Grossi, Perski, Evengård, Blomkvist y Orth-Gomér, 2003). Es importante considerar el impacto que las fluctuaciones hormonales propias del ciclo reproductivo pueden tener sobre el estado de ánimo. Las oscilaciones en los niveles plasmáticos de las hormonas gonadales (estradiol, progesterona y sus metabolitos) a lo largo del ciclo menstrual tienen relación con cambios en el estado de ánimo y con el trastorno disfórico menstrual, así como los niveles plasmáticos de estradiol y progesterona anormalmente bajos se asocian con niveles altos de ansiedad en la fase premenstrual (Ravi, Stevens y Michopoulos, 2019).

Las hormonas gonadales, el estradiol y la progesterona se consideran neuroesteroides por su acción en diversas estructuras cerebrales, principalmente en aquellas que regulan el estado de ánimo (Gutiérrez, Contreras y Díaz, 2000) y asimismo por su actividad en el proceso reproductivo y en el funcionamiento de estructuras neuronales ubicadas en el cerebro anterior (Contreras y Gutiérrez, 2020). En animales de laboratorio ya se han identificado las estructuras cerebrales en las que actúa principalmente la progesterona (Contreras y Gutiérrez, 2017; Contreras, Molina, Saavedra y Martínez, 2000), y en estudios conductuales en que se han empleado ratas hembras en sus diferentes fases de ciclo estral, se ha demostrado una acción ansiolítica y antidepresiva de la progesterona por medio de modelos que estudian experimentalmente la ansiedad y la depresión (Estrada, Contreras, Saavedra, Luna y López, 2002), así como de sus metabolitos (Rodríguez, Contreras y García, 2009), acciones que son compartidas incluso

por la testosterona (Gutiérrez, Contreras, Vásquez, Molina y Jácome, 2009). Los niveles plasmáticos de estradiol y progesterona son altos durante la segunda fase del ciclo menstrual (fase folicular), al igual que durante la gestación, etapas en las que ocurren estados anímicos óptimos y se llevan a cabo estrategias particulares de supervivencia que conducen a la conservación de la especie (Contreras, Gutiérrez, Bernal, Rodríguez y Muñoz, 2008). Por lo tanto, los niveles elevados de estas hormonas se relacionan con una actitud de optimismo y bienestar, en tanto que niveles bajos lo hacen con tristeza, e incluso depresión o ansiedad (Gordon *et al.*, 2018; Joffe *et al.*, 2020).

Así, las fluctuaciones de las hormonas ováricas modulan la susceptibilidad a trastornos como la ansiedad y la depresión al modificarse la actividad cerebral cuando las hormonas gonadales disminuyen para dar lugar a la menstruación (Slavich y Sacher, 2019), momento que se caracteriza por niveles elevados de ansiedad y por un periodo transitorio de depresión, por lo que se ha considerado como un síndrome de abstinencia a los neuroesteroides que puede ser subsanado mediante la administración de progestágenos tanto en los animales de laboratorio como en el ser humano (Contreras, Azamar, Saavedra y Hernández, 2006; Saavedra, Contreras, Azamar y Hernández, 2006). En consecuencia, la fluctuación natural de los niveles plasmáticos que dan origen a la fertilidad (es decir, el ciclo reproductivo) tiene una importante acción en el estado emocional femenino. Por el contrario, la menopausia (última menstruación) se caracteriza por el cese de la ciclicidad hormonal, dejando de ocurrir tales oscilaciones plasmáticas hormonales a lo largo del climaterio (Mulhall, Yel y Anstey, 2018).

Con base en lo anterior, se elaboró la hipótesis de que las fluctuaciones hormonales asociadas al ciclo reproductivo podrían tener alguna influencia en el estado anímico de las cuidadoras, quienes pueden tener una mayor vulnerabilidad para desarrollar el síndrome de *burnout*, y así dilucidar si hay un efecto protector de tipo hormonal que las ayude a hacer frente a las exigencias inherentes a su labor.

## MÉTODO

### Participantes

Se incluyó en el estudio una muestra de 37 mujeres cuidadoras informales de pacientes con cáncer que acudían al Centro Estatal de Cancerología para la evaluación y el tratamiento médico de los pacientes a su cuidado y que recibían apoyo de hospedaje, alimentos y otros servicios en la Asociación “Ayúdame, Hermano: Tengo Cáncer, A.C.” (AHTECA) de la ciudad de Xalapa (México).

### Diseño

Se empleó un diseño transversal-correlacional. Para ello, a través de la AHTECA, se obtuvo una población de aproximadamente 300 pacientes con diferentes tipos de cáncer. En virtud de que el estudio se llevó a cabo en condiciones de confinamiento debidas a la pandemia COVID-19, se contactó vía telefónica y correo electrónico a las mujeres cuidadoras informales de dichos pacientes para invitarlas a participar en el estudio. Cuando la cuidadora aceptaba participar, se le aplicaba el Formulario de *Google Drive* por medio de dos vías; de manera presencial en la AHTECA, o por vía telefónica. El proceso de responder el formulario demoraba entre 13 y 18 minutos en el modo presencial, y entre 15 y 20 minutos en el telefónico.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados se digitalizaron con la herramienta Formularios de *Google Drive* para así compartirlos por correo electrónico, páginas web o plataformas digitales vinculadas a los dispositivos móviles. El formulario quedó integrado por 75 preguntas estructuradas en tres secciones. La primera sección mostraba el formato de consentimiento informado en el que se especificaba el motivo y la intención del estudio, la ética en el manejo de la información proporcionada y la identificación de los responsables de la investigación; la segunda se conformó con trece preguntas de carácter sociodemográfico, y la tercera sección desplegaba primeramente el Cuestionario de Burnout para Amas de Casa (CUBAC), seguido por el Inven-

tario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario para el Diagnóstico de Cuadros Depresivos (CDCD).

*Cuestionario de Burnout para Amas de Casa (CUBAC)* (González, Hernández y De la Rubia, 2009).

Este instrumento fue desarrollado para evaluar el síndrome de *burnout* en mujeres que realizan trabajo doméstico exclusivamente, o que tienen un trabajo remunerado. Se integra por tres bloques de ítems que evalúan tres aspectos secuenciales del proceso de burnout: factores precursores o de riesgo para el síndrome (nueve ítems); síndrome de *burnout* (nueve ítems) y consecuencias del síndrome (tres ítems), por lo que está constituido por 21 reactivos con cinco opciones de respuesta en una escala Likert: “En ninguna ocasión” (1), “Rara vez” (2), “Algunas veces” (3), “Frecuentemente” (4) y “La mayoría de las veces” (5). Las puntuaciones obtenidas se pueden clasificar en tres niveles: de 9 a 19, ausencia de síndrome de *burnout*; de 20 a 25, síndrome de *burnout* moderado, y valores mayores a 25, síndrome de *burnout* severo. La validación de este instrumento en población mexicana (González *et al.*, 2009) demostró una buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.81, un análisis factorial por componentes principales de los reactivos con distribución normal (KMO = 0.85) y prueba de esfericidad de Barlett de 511.86 ( $p < 0.01$ ).

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Beck y Steer, 1993).

El BAI se integra por 21 reactivos. Para responder el inventario, se debe indicar qué tan frecuentemente ha experimentado en la última semana alguno de los síntomas que se contienen en el cuestionario utilizando una escala de cuatro puntos, que va de 0 (“Nada o poco”) a 3 (“Severamente”). La suma total de las respuestas permite obtener un máximo de 63 puntos y con ello la severidad de la ansiedad. Puntuaciones debajo de 5 indican ausencia de ansiedad; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30, ansiedad moderada, y mayor o igual a 31, denotan ansiedad grave. En esta investigación se empleó la versión traducida al español y validada para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), quienes encontraron una



consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83 en una muestra de adultos.

*Cuestionario para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos (CDCD) (Calderón, 1997).*

El CDCD consta de 20 reactivos. Este cuestionario ha demostrado ser muy útil para obtener información sobre la prevalencia de la depresión, es fácil de entender, rápido de implementar y corresponde objetivamente a la realidad sociocultural de las personas. Las respuestas a los reactivos se valoran en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de “nada” a “mucho”. Las puntuaciones totales de 20 a 35 indican ausencia de depresión; de 36 a 45, reacción de ansiedad; de 46 a 65, depresión moderada, y 66 puntos o más, depresión severa. El cuestionario tiene una alta confiabilidad en población abierta, con sujetos de diferentes niveles de educación y distintas edades, y ha sido estandarizado en México, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86 y validez congruente.

## Procedimiento

Primeramente, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación 30CEI00120180131 del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, con número de folio 003/2020. La participación fue voluntaria, tal y como consta en el formato de consentimiento informado que firmaron, basado en la Ley General de Salud de México, en materia de investigación para la salud (capítulo único, artículos 96, 100 y 101). Cabe señalar que en todo momento se guardó completa confidencialidad de los datos.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión para la investigación fueron, a saber: (i) ser cuidadora informal primaria o principal de un paciente con cáncer, independientemente de la etapa de la enfermedad en la que se encontrara o del tipo de cáncer que padeciera la persona bajo su cuidado; (ii) tener veinte o más años, y (iii) aceptar participar en el estudio ya sea de forma virtual o presencial. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (i) ser cuidadores informales de sexo masculino; (ii) realizar de forma intermitente el cuidado del

paciente; (iii) ser mujeres cuidadoras bajo tratamiento antidepressivo, ansiolítico o antihipertensivo, y (iv) no terminar la encuesta o no desear continuar en el proyecto.

## Análisis estadístico

Para valorar los datos sociodemográficos y otros datos generales se utilizó la estadística descriptiva mediante tablas de frecuencias, valores porcentuales y, en el caso de los puntajes obtenidos de los inventarios, los datos se describen como la media más o menos el error estándar de esta. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para describir la relación de los puntajes del síndrome de burnout, la ansiedad y la depresión. Se realizó la prueba de bondad de ajuste bajo una distribución tipo chi cuadrada para la fase del ciclo reproductivo, y los instrumentos CUBAC, BAI y CDCD, cuyos resultados fueron significativos ( $\chi^2 = 0.703$ ,  $p < 0.05$ ).

Respecto a la variable fase del ciclo reproductivo fue necesario estructurarla en tres categorías, la primera de las cuales fue la fase folicular (dentro de las primeras dos semanas posteriores a la menstruación, incluyendo la posible fase ovulatoria); la segunda categoría fue la fase lútea (tercera y cuarta semanas posteriores a la menstruación, incluye el periodo premenstrual), y la tercera fue la posmenopausia (ausencia de ciclo menstrual). Por tanto, la identificación de las fases del ciclo reproductivo se basó en el reporte de la última fecha de la menstruación, dato proporcionado por la participante. Se utilizó el análisis de pruebas de proporciones considerando un contraste bilateral a partir del estadístico  $z$ , aceptándose como diferencias significativas solamente aquellas que alcanzaran un valor de  $p \leq 0.05$ . Se analizaron los datos empleando los paquetes estadísticos Statistica 7.0, Rstudio 3.6.0 y SigmaPlot 10.0.

## RESULTADOS

### Muestra

Participó un total de 37 cuidadoras primarias informales de pacientes con cáncer, residentes en 26



municipios del estado de Veracruz. El municipio de Xalapa, la capital, tuvo el mayor porcentaje de participantes en la muestra. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las cuidadoras.

Características demográficas	n	%
<b>Edad (años)</b>		
De 20 a 30 años	11	29.8
De 31 a 40 años	7	18.9
Más de 41 años	19	51.3
<b>Nivel educativo</b>		
Preescolar	1	2.7
Primaria	7	18.9
Secundaria	12	32.5
Preparatoria	10	27.0
Técnico	2	5.4
Universidad	4	10.8
Posgrado	1	2.7

### Tiempo de dedicación como cuidadoras

Para obtener esta información se recabaron datos de tres aspectos temporales: número de meses, número de días de la semana y número de horas al día que dedicaban a su paciente (Tabla 2). Obsérvese que aproximadamente 80% de las mujeres de la muestra había estado cuidando a su paciente entre siete meses y dos años los siete días de la semana, dedicando a esa tarea las 24 horas.

**Tabla 2.** Actividad de la cuidadora informal en función con el tiempo de cuidado dedicado al paciente.

Tiempo de cuidado	n	%
<b>Meses de cuidado</b>		
Menos de 6 meses	4	10.8
De 7 a 12 meses	20	54.1
De 13 a 24 meses	10	27.0
De 25 a 36 meses	1	2.7
Más de 37 meses	2	5.4
<b>Días de cuidado a la semana</b>		
Tres días a la semana	2	5.4

Continúa...

Más de tres días a la semana	3	8.1
Los siete días de la semana	32	86.5
<b>Horas de cuidado al día</b>		
Menos de 6 horas	3	8.1
De 6 a 8 horas	2	5.4
De 8 a 12 horas	3	8.1
Todo el día	29	78.4

### Ciclo reproductivo

Al analizar los datos recabados respecto a la fase del ciclo reproductivo (Tabla 3), la mayoría de las mujeres declararon durante la entrevista que se encontraban en la posmenopausia; entre las demás, varias reportaron hallarse en la tercera semana posterior a su menstruación aunque la mayor parte estaba en la cuarta semana (fase lútea-premenstrual), y finalmente las que estaban menstruando en ese momento o que se encontraban entre una y dos semanas posteriores al final de su menstruación (fase folicular).

**Tabla 3.** Clasificación de las cuidadoras informales de pacientes con cáncer a partir de su fase del ciclo reproductivo.

Fase del ciclo reproductivo	n	%
<b>Fase folicular</b>	<b>10</b>	<b>27.0</b>
Menstruación	7	18.9
Semana uno	2	5.4
Semana dos	1	2.7
<b>Fase lútea (incluye periodo premenstrual)</b>	<b>13</b>	<b>35.2</b>
Tres semanas atrás	5	13.5
Cuatro semanas atrás	8	21.7
<b>Posmenopausia</b>	<b>14</b>	<b>37.8</b>
Menos de un año (perimenopausia)	4	10.8
Entre 1 y 2 años (menopausia)	0	0.0
Entre 2 y 3 años (posmenopausia)	1	2.7
Entre 3 y 5 años (posmenopausia)	2	5.4
Más de 5 años (posmenopausia)	7	18.9

### Análisis global considerando los puntajes de los inventarios

En la Tabla 4 se muestran los puntajes generales de las pruebas aplicadas, sin tomar en cuenta la fase del ciclo reproductivo. Como se aprecia, 43.2% de

la muestra obtuvo puntajes sugerentes de síndrome de *burnout* de nivel moderado a severo, de acuerdo con el CUBAC. En cuanto a los niveles de ansiedad (BAI), se encontró que un porcentaje igual de las mujeres entrevistadas manifestaron niveles de ansiedad moderada a grave. Respecto a los niveles de depresión, de acuerdo con el CDCD, 37.8% de las cuidadoras exhibieron depresión de moderada a severa.

**Tabla 4.** Escalas psicométricas. Los valores de media y error estándar corresponden a los puntajes obtenidos en las escalas.

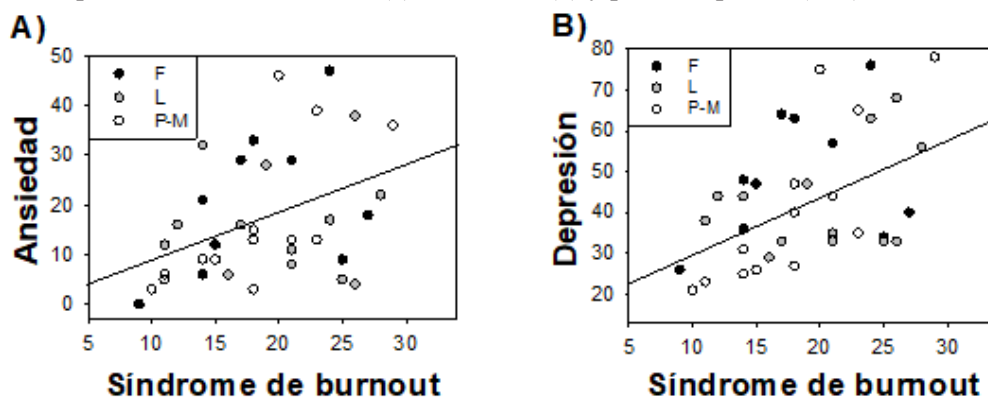
Síntomas	Frecuencia		Media ±EE
	n	%	
<b>Síndrome de <i>burnout</i></b>			
Ausencia	21	56.8	14.5 ±0.7
Moderado	11	29.7	22.5 ±0.5
Severo	5	13.5	27.2 ±0.6
<b>Ansiedad</b>			
Ausencia	6	16.2	3.3 ± 0.8
Leve	15	40.6	9.9 ± 0.8
Moderada	9	24.3	21.8 ± 1.8
Grave	7	18.9	38.7 ± 2.2

Continúa...

<b>Depresión</b>			
Ausencia	16	43.3	29.2 ± 1.2
Reacción de ansiedad	7	18.9	40.9 ± 1.2
Depresión moderada	10	27.0	55.7 ± 2.5
Depresión severa	4	10.8	74.2 ± 2.2

En una primera aproximación, se exploró cualquier relación general, no necesariamente de causa-efecto, entre las variables. Se efectuó una correlación de Pearson para determinar la asociación entre los puntajes en el CUBAC y los puntajes en las escalas de ansiedad y de depresión. Se encontró una correlación positiva moderada significativa entre los puntajes del CUBAC y la ansiedad en las participantes ( $r = 0.41, p < 0.05$ ) (Figura 1A). En cuanto al coeficiente de determinación del modelo, el valor fue de  $r^2 = 0.17$ , lo que indica que este se ajusta a la varianza explicada de los datos en 17%. Por otro lado, al estudiar la relación entre el síndrome de *burnout* y la depresión, se encontró igualmente una correlación positiva moderada significativa ( $r = 0.53, p < 0.05$ ). El coeficiente de determinación del modelo fue de  $r^2 = 0.26$ , lo que indica que el modelo se ajusta a la varianza explicada de los datos en 26% (Figura 1B).

**Figura 1.** (A) Correlación entre el síndrome de *burnout* y la ansiedad. Entre mayor puntaje de *burnout*, mayor es el puntaje de ansiedad ( $r = 0.41, p < 0.05$ ). (B) Correlación entre el síndrome de *burnout* y depresión. Entre mayor puntaje de *burnout* mayor es el puntaje de depresión ( $r = 0.53, p < 0.05$ ). La leyenda indica la fase de ciclo reproductivo: fase folicular (F), fase lútea (L) y posmenopausia (P-M).



### Síndrome de *burnout* y fase del ciclo reproductivo

El CUBAC está integrado por tres bloques: factores precursores o de riesgo para el síndrome, síndrome de *burnout* y consecuencias del síndrome.

En general, todas las mujeres de esta muestra se distribuyeron en el nivel de riesgo medio y bajo de desarrollar el *burnout*, y ninguna en el nivel de riesgo alto. Más de la mitad denotaron ausencia de síndrome de *burnout* y bajas consecuencias secundarias de padecerlo (Tabla 5).

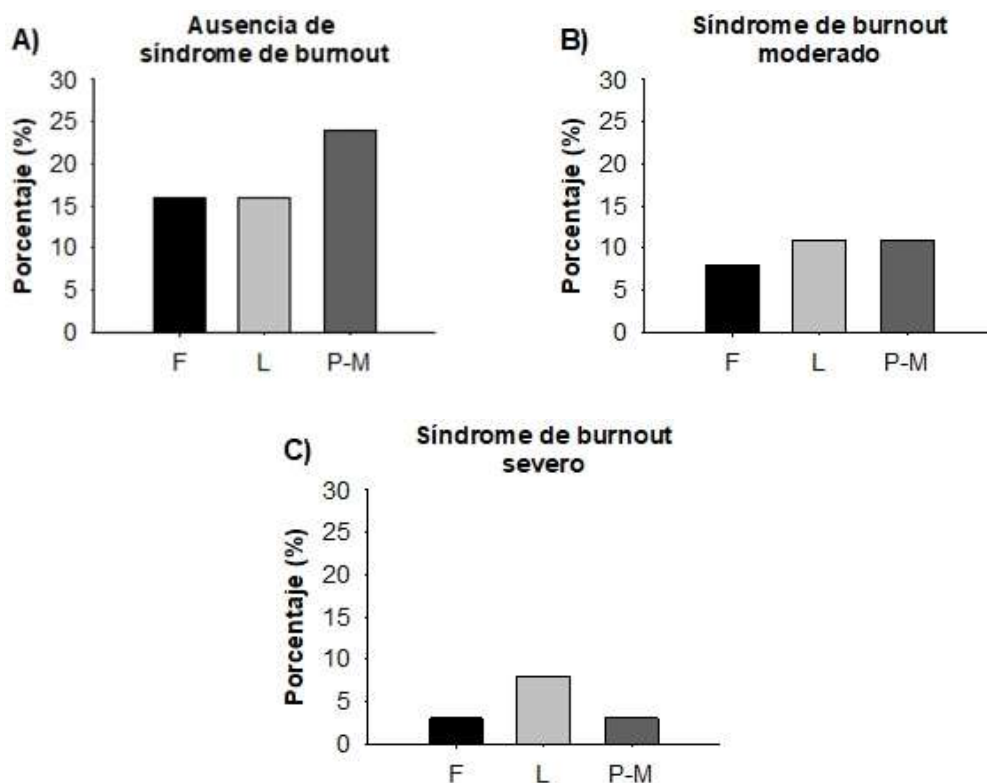
**Tabla 5.** Puntajes obtenidos en las subescalas del CUBAC a partir de los valores porcentuales y la media  $\pm$  error estándar.

Subescalas del CUBAC	Frecuencia		Media $\pm$ EE
	n	%	
<b>Características de riesgo</b>			
Bajo	18	48.7	14.2 $\pm$ 0.6
Medio	19	51.3	24.4 $\pm$ 0.6
Alto	0	0	0
<b>Síndrome de <i>burnout</i></b>			
Ausencia	21	56.8	14.5 $\pm$ 0.7
Moderado	11	29.7	22.5 $\pm$ 0.5
Severo	5	13.5	27.2 $\pm$ 0.6
<b>Consecuencias del síndrome de <i>burnout</i></b>			
Bajo	15	40.6	4.5 $\pm$ 0.3
Medio	10	27.0	7.4 $\pm$ 0.2
Alto	12	32.4	10.2 $\pm$ 0.4

Con relación a la fase del ciclo reproductivo, no se encontraron diferencias significativas entre las cuidadoras en las que el síndrome de *burnout* estuvo ausente ( $z = 1.42, p = 0.15$ ) (Figura 3A); sin embargo, este permaneció ausente en un mayor porcentaje de cuidadoras en la posmenopausia respecto a las cuidadoras en las fases folicular y lútea, las cuales arrojaron porcentajes semejantes. En las cuidadoras con síndrome de *burnout* moderado ( $z = 0.72, p = 0.47$ ) (Figura 3B) o severo ( $z = 1.56, p = 0.12$ ) (Figura 3C) los valores de la escala CUBAC fueron semejantes en las tres etapas evaluadas de la fase del ciclo reproductivo.

Algunos de los reactivos del CUBAC se pueden considerar como ítems que exploran las relaciones familiares (SB4, SB8 y SB10). Para analizar estos reactivos por separado se conformaron dos grupos para comparar mujeres con ciclo menstrual

**Figura 3.** Puntajes de la escala CUBAC en sus tres niveles: ausente (A); moderado (B) y severo (C). Solo se observó una tendencia a un mayor porcentaje de ausencia de *burnout* en las cuidadoras en la fase de posmenopausia. Las abscisas indican la fase de ciclo reproductivo: fase folicular (F), fase lútea (L) y posmenopausia (P-M).



presente y mujeres en posmenopausia. En el reactivo SB4 (“*Mi familia me apoya en las decisiones que tomo como cuidadora*”), la respuesta más positiva (“*La mayoría de las veces*”) fue dada por

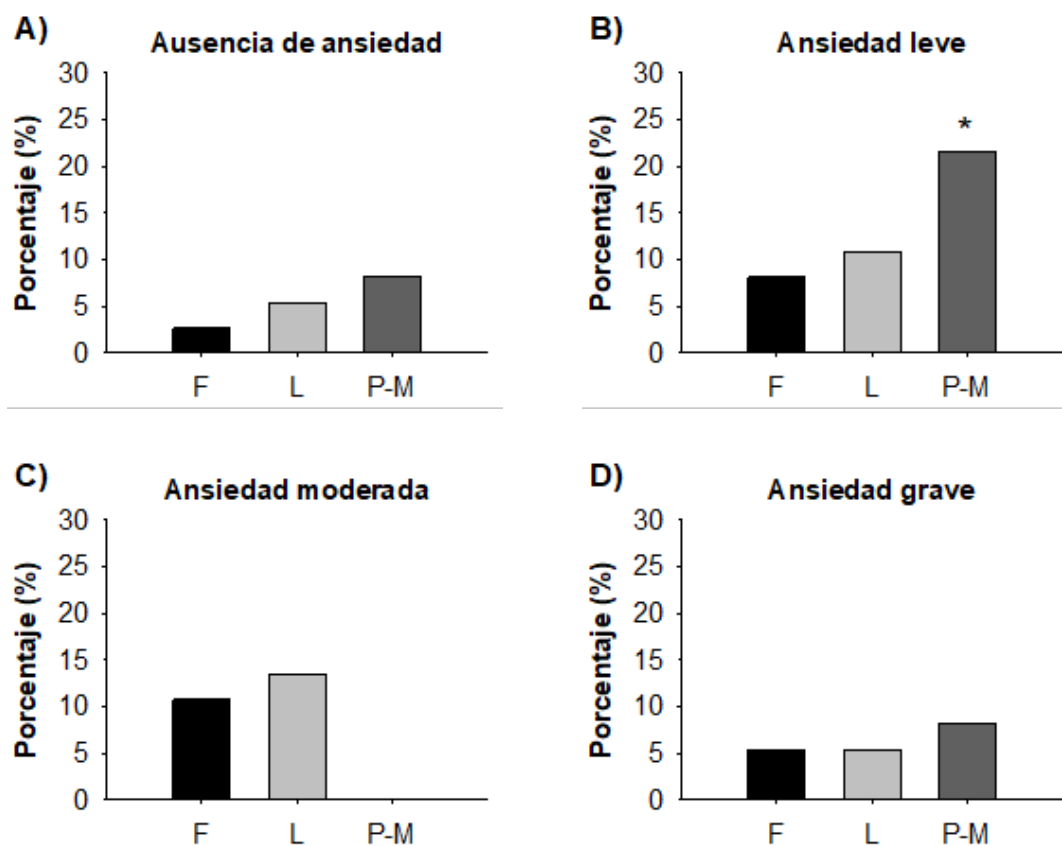
43.4% de las cuidadoras con ciclo menstrual y por 64.2% de las mujeres en posmenopausia ( $z = 3.0, p < 0.01$ ). En el reactivo SB8 (“*En mi familia nos apoyamos con el trabajo de cuidado*”) la respues-

ta más positiva indicada arriba fue dada por 26.0% de las mujeres con ciclo menstrual, mientras que más del doble de las mujeres en posmenopausia (57.1%) respondió de forma positiva ( $z = 5.23$ ,  $p < 0.01$ ). Finalmente, la respuesta más negativa (“*En ninguna ocasión*”) en el reactivo SB10 (“*Mi familia menosprecia la importancia de mi trabajo*”) fue proporcionada por 34.7% de las mujeres con ciclo menstrual y por 57.1% de las mujeres en posmenopausia ( $z = 3.20$ ,  $p < 0.01$ ).

### Ansiedad y fase del ciclo reproductivo

El ciclo reproductivo no tuvo efecto en los niveles de ausencia de ansiedad ( $z = 1.56$ ,  $p = 0.12$ ) (Figura 4A), ansiedad moderada ( $z = 0.67$ ,  $p = 0.51$ ) (Figura 4C), ni en la grave ( $z = 0.86$ ,  $p = 0.39$ ) (Figura 4D). En las cuidadoras en fase de posmenopausia predominó la ansiedad leve ( $z = 2.17$ ,  $p < 0.03$ ) (Figura 4B).

**Figura 4.** Ansiedad y ciclo reproductivo. (B) En esta muestra de mujeres en posmenopausia se halló ansiedad leve ( $*p < 0.03$ ). Los niveles de ausencia de ansiedad (A), moderada (C) y grave (D) no tuvieron relación con el ciclo reproductivo. Las abscisas indican la fase de ciclo reproductivo: fase folicular (F), fase lútea (L) y posmenopausia (P-M).

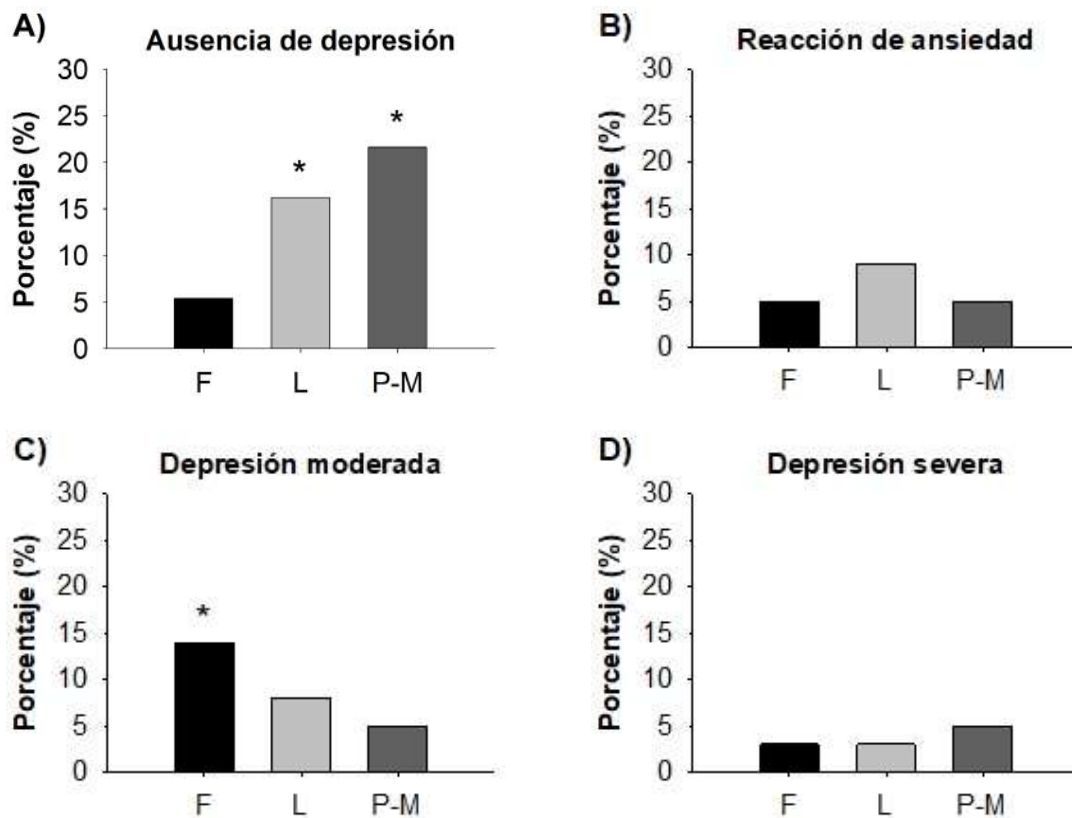


### Depresión y fase del ciclo reproductivo

El mayor porcentaje de ausencia de depresión se encontró entre las cuidadoras informales en la fase de posmenopausia, comparadas con las cuidadoras en fase folicular ( $z = 3.63$ ,  $p < 0.01$ ) y lútea ( $z = 2.58$ ,  $p < 0.01$ ) (Figura 5A). No hubo diferencias relacionadas con la fase reproductiva en

la distribución de puntajes que permitan considerar una reacción de ansiedad ( $z = 1.11$ ,  $p = 0.27$ ) (Figura 5B), ni depresión severa ( $z = 0.72$ ,  $p = 0.47$ ) (Figura 5D), mientras que la depresión moderada ocurrió con mayor frecuencia entre las cuidadoras en fase folicular ( $z = 2.20$ ,  $p < 0.03$ ) (Figura 5C).

**Figura 5.** Puntajes de la escala de depresión en el ciclo reproductivo de cuidadoras informales. La ausencia de depresión predominó en el grupo de cuidadoras en posmenopausia (\*) ( $p < 0.01$ ). No hubo relación entre el ciclo reproductivo en los puntajes de clasificación de reacción de ansiedad ni depresión severa. La depresión moderada ocurrió en la fase folicular de las cuidadoras (\*) ( $p < 0.03$ ). Las abscisas indican la fase de ciclo reproductivo: fase folicular (F), fase lútea (L) y posmenopausia (P-M).



## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación consistió en explorar si las fluctuaciones hormonales asociadas a la fase del ciclo reproductivo podrían tener alguna influencia en el estado anímico de las cuidadoras y sufrir por ello el síndrome de *burnout*. La mayoría llevaba más de un año como cuidadoras, prácticamente sin horarios o días de descanso, con un nivel educativo de medio a medio superior. El número de mujeres clasificadas de acuerdo con su fase del ciclo reproductivo (fase folicular, fase lútea y posmenopausia) se distribuyó en partes iguales. Con base en los resultados obtenidos, las características del grupo que participó en el estudio concuerdan con lo reportado en una investigación sobre los cuidadores informales y sus pacientes en Estados Unidos, donde observaron que aquellos tienden a ser principalmente mujeres de mediana

edad, entre 41 y 69 años (Kent *et al.*, 2016). Tales características también concuerdan con los perfiles típicos de los cuidadores de pacientes con cáncer observados en otros estudios (Hall, Lynagh, Carey, Sanson-Fisher y Mansfield, 2017; Pérez, Rascón y Villafaña, 2014). Una investigación reciente realizada en México en el que participaron 81 cuidadores informales de pacientes con cáncer mostró que 79% de ellas eran mujeres (hijas o esposas), con una edad promedio de 41 años, con educación básica completa, casadas, con hijos, amas de casa y bajo nivel socioeconómico (Cortijo *et al.*, 2018).

En estudios como el de Geng *et al.* (2018) se ha encontrado que son varios los factores que pueden exacerbar los síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes con cáncer. Son importantes, por ejemplo, el tipo de relación y comunicación entre el cuidador y el paciente; los



atributos sociales, económicos y psicológicos de los cuidadores; la salud del cuidador, y la duración del cuidado. Todas estas variables psicosociales presentes en el rol del cuidador indican que esa población alberga los factores de riesgo necesarios para experimentar la llamada “sobrecarga de cuidador” (Akpan-Idiok y Anarado, 2014) porque la mayoría son mujeres amas de casa; en este trabajo, las cuidadoras habían atendido a su paciente con cáncer un promedio de dos años, los siete días de la semana, y cerca de 80% de ellas lo hacía las 24 horas del día. Lo anterior es consistente con algunos reportes que indican que tal sobrecarga puede estar presente en mujeres amas de casa en edad reproductiva, cuyos problemas principales tienen que ver con la insuficiencia de ingresos y con la enfermedad como causa de una constante tensión económica (Cortijo *et al.*, 2018). Sin embargo, a pesar de la sobrecarga (sea esta objetiva o subjetiva), existen recursos sociales asociados a la salud y el bienestar psicológico, como el apoyo social (recibido y el percibido) (Orcasitas y Uribe, 2010), al que se considerado como un tipo de afrontamiento para manejar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas (Avenidaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009).

Cabe señalar que no se hallaron diferencias en la escala de *burnout* en función de la fase del ciclo reproductivo. Sin embargo, aunque no alcanzó el criterio de significancia estadística, el reporte de ausencia de síndrome de *burnout* fue prácticamente el doble en las mujeres en fase de posmenopausia que en las mujeres con ciclo reproductivo actual.

La primera subescala, relacionada con los aspectos que ponen a la cuidadora informal en una condición de riesgo, demostró que las cuidadoras posmenopáusicas exhibían un nivel bajo de riesgo, en contraste con las cuidadoras en edad reproductiva. Es de notarse que las primeras reportaron recibir un mayor apoyo y una menor presión familiar que aquellas con ciclo reproductivo (reactivos SB4, SB8 y SB10). Estos hallazgos son relevantes ya que hay cada vez más estudios que sugieren que las intervenciones para preservar y mejorar el apoyo social percibido podrían ayudar también a mejorar los síntomas depresivos en los cuidadores informales (Sandoval, Tamiya, Lloyd-Sherlock y Noguchi, 2019). En este mismo sentido, Orcasitas

y Uribe (2010) destacan la importancia que tiene la ayuda que reciben las personas de sus sistemas sociales informales (familia, amigos, vecinos) en su salud. Ya se ha demostrado que ser mujer, ser pareja o cónyuge del beneficiario de la atención, carecer de apoyo de los servicios de seguridad social y tener periodos prolongados de atención sobre el paciente puede tener efectos perjudiciales sobre su salud física y mental (Sandoval *et al.*, 2019). Estos datos son consistentes con la observación de que, en el análisis de la tercera subescala del CUBAC, se encontró que, independientemente de la fase de su ciclo reproductivo, las participantes no percibían sufrir consecuencias físicas, psicológicas o sociales derivadas de su encargo laboral.

En esta investigación se encontraron correlaciones significativas directas entre los puntajes de las escalas que miden el síndrome de *burnout* y las de ansiedad o depresión; así, a mayor puntaje en el síndrome de *burnout*, mayor puntaje de ansiedad y depresión, aunque no es posible establecer una relación de causa-efecto; más bien, se trata de sintomatologías que suelen aparecer paralelamente. Algunos trabajos como los de Golonka *et al.* (2019), Koutsimani *et al.*, (2019) y Voultsov *et al.* (2020) han examinado la relación entre el síndrome de *burnout* y la ansiedad y depresión y obtenido correlaciones significativas, por lo que pareciera que el *burnout* va de la mano con la ansiedad y la depresión. Además, el metaanálisis llevado a cabo por Geng *et al.* (2018) determinó que la prevalencia de ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes con cáncer es de aproximadamente 47 y 42%, respectivamente. Los datos que aquí se reportan son consistentes con los de ese metaanálisis, pues a pesar de que la muestra de estudio empleada fue pequeña, se halló que cerca de 43.2% de las mujeres entrevistadas obtuvieron puntajes de ansiedad de moderada a grave, en tanto que 37.8% se clasificaron con depresión de moderada a severa según los puntajes de las pruebas.

En la menopausia, la prevalencia de depresión y ansiedad puede variar (Mulhall *et al.*, 2018) según las fluctuaciones del nivel sérico de las hormonas gonadales (Tangen y Mykletun, 2008), lo que sugiere que es muy probable que las mujeres que se encontraban en la etapa de climaterio en el estudio presente estuvieran en fases más tardías

del mismo, lo que da lugar a una menor variación hormonal y, por tanto, a un menor riesgo asociado a los cambios en su estado de ánimo. El hecho de no que no hubiese diferencias respecto a la fase lútea es porque esta se caracteriza por niveles hormonales altos de progesterona, lo que ha mostrado tener efectos ansiolíticos (Schüle, Nothdurfter y Rupprecht, 2014; Mariotti *et al.*, 2020; Piette, 2020). Todo ello, aunado a los factores psicosociales antes mencionados, relativos al apoyo social percibido o recibido, podría dar lugar al desarrollo de resiliencia.

Si bien en este trabajo no se evaluó dicha variable, es posible que el estado hormonal predisponga, juntamente con la experiencia y el apoyo social, un cierto grado de resiliencia, tanto en la fase lútea del ciclo reproductivo como en el climaterio, lo cual deberá ser explorado en futuras investigaciones con los instrumentos apropiados.

La resiliencia puede definirse como la habilidad para adaptarse positivamente a las condiciones de la vida que evoluciona con el tiempo e implica cierta función adaptativa que permite afrontar las dificultades y recuperar el balance inicial al asumir la experiencia como una oportunidad de crecimiento (Sisto *et al.*, 2019). Entre los médicos, una mayor resiliencia se relaciona con una mayor juventud y una particular flexibilidad conductual, lo que da origen a una menor ocurrencia del síndrome de *burnout* (Buck, Williamson, Ogbeide y Norberg, 2019).

Los cuidadores primarios con cualidades resilientes utilizan en ocasiones, como estrategia principal de afrontamiento para las labores de cuidar, el optimismo y el buen humor (Garassini, 2016). Según lo que Márquez, Díaz, Franco y Oliva (2016) señalan, la resiliencia aumenta en las personas optimistas y con habilidades cognitivas, ya que los recursos cognitivos favorecen el desarrollo de destrezas y formas de afrontar las vicisitudes del cuidado, aunque también es importante la experiencia previa ante situaciones adversas, lo que puede ser evidente cuando un evento traumático no conlleva un estrés postraumático (Choi, Stein, Dunn, Koenen y Smoller, 2019). Todos esos estudios son consistentes con el presente trabajo dado que no se encontró *burnout*, ansiedad ni depresión en el grupo de cuidadoras posmenopáusicas, quie-

nes reportaron percibir un mayor apoyo familiar. Por tanto, la ausencia de fluctuaciones plasmáticas de las hormonas gonadales (posmenopausia) y el apoyo social que recibían las participantes parecen tener un efecto protector ante el síndrome de *burnout* y una posible resiliencia, la que debe ser explorada en futuros estudios.

También es importante destacar que la resiliencia y el síndrome de *burnout*, aunque son entidades antagónicas, correlacionan en alguna forma durante el proceso del cuidado; por ejemplo, el personal médico suele desarrollar una considerable resiliencia (West *et al.*, 2020). En los cuidadores primarios, el avance de la resiliencia es una variable importante para modular las respuestas del estrés emocional que les genera el cuidado a partir de factores como la fe en la religión, la confianza en la familia, la educación, los estilos de vida saludable y la ayuda social (Rizo, Molina, Milian, Pagán y Machado, 2016). Respecto al síndrome de *burnout* durante el climaterio, suele ocurrir la despersonalización entre las enfermeras que tienen escaso apoyo emocional (Converso *et al.*, 2019). Por el contrario, el apoyo social desarrolla la resiliencia (Cooper, Brown, Rees y Leslie, 2020), lo que pudo observarse en las mujeres participantes en el estudio, quienes recibían diversos beneficios de la Asociación AHTECA, en las que una relación positiva entre la resiliencia y el apoyo social ya ha sido descrita por Cerquera y Pabón, 2016). También es importante el optimismo, la estabilidad, y regulación emocional y la autoestima (Süss y Ehlert, 2020; Süss *et al.*, 2020), particularmente a lo largo del climaterio (Zhao *et al.*, 2019). Esto abre posibilidades para que las cuidadoras informales acudan a asociaciones para el cuidado del paciente con cáncer, no solo para que el enfermo sea atendido, sino para que sirva como un medio en el que ellas obtengan el apoyo social de los profesionales de la salud (Cortijo *et al.*, 2018). Incluso el uso de las redes sociales podría ser una plataforma plausible para que estas personas compartan sus experiencias en el cuidado, accedan a recursos informativos, adquieran conocimientos sobre la prevención de algunos tipos de cáncer y obtengan apoyo emocional (Shi, Chen, Su y Chen, 2019); asimismo, lograr intervenciones psicosociales para los cuidadores con el objetivo

de mejorar su calidad de vida en general y la del paciente (Geng *et al.*, 2018). El punto relevante aquí es que en esta investigación se encontró que la percepción de apoyo social por la cuidadora es más importante que la etapa de su ciclo reproductivo para protegerla del desarrollo del síndrome de *burnout*. Se trata entonces de un aspecto que debiera ser tomado en cuenta de una forma institucional en virtud de que la relación familiar puede en ocasiones ser impredecible.

Es importante considerar algunas limitaciones al interpretar los hallazgos de este trabajo: por una parte, la naturaleza transversal del trabajo limita la obtención de conclusiones sobre la direccionalidad de los resultados a mediano y largo plazo; un seguimiento longitudinal y multivariado permitiría examinar los cambios a lo largo del tiempo de los niveles del síndrome de *burnout*; es relevante asimismo considerar un aumento del tamaño de la muestra para hacer más robustas las correlaciones. Por otro lado, sería atingente obtener el valor de los niveles de cortisol en plasma, un biomarcador de los niveles de estrés a largo plazo asociado a las manifestaciones del referido síndrome, así como algunos indicadores de la respuesta del organismo al estrés psicosocial que puede acarrear el *burnout* en mujeres, como algunos factores inflamatorios tisulares (Asberg *et al.*, 2009), siempre que se obtenga una muestra más grande para que los resultados sean contundentes.

Otra limitación importante del estudio fue la forma en cómo se realizó la identificación de las fases del ciclo reproductivo, basada en el reporte de la última fecha de menstruación, lo que, según algunos autores, es una medida poco confiable (Ravi *et al.*, 2019); por tanto, las inferencias deben hacerse con cautela. Se sugiere que los datos del presente estudio se consideren como preliminares y que en futuros trabajos se obtenga un marcador biológico (como una muestra de saliva, por ejemplo) para realizar un perfil hormonal de las mujeres cuidadoras participantes.

Los resultados permiten sugerir que el nivel de *burnout* es menor en las participantes que reportaron gozar de un mayor apoyo social, sin encontrarse diferencias significativas y determinantes respecto a las fases del ciclo reproductivo, salvo un porcentaje de mujeres en climaterio que no exhibieron síntomas de *burnout*, y que coinciden con las que reportaron tener un mayor apoyo social, lo que a su vez parece asociarse con la ausencia de fluctuaciones en los niveles plasmáticos hormonales gonadales (etapa de climaterio), que debe ser verificado con la medición de las mismas. Por tanto, con los datos obtenidos no es posible establecer una relación de causa-efecto en la que un mayor apoyo social implique una protección más efectiva contra el desarrollo del *burnout*. Lo que sí es posible concluir es que se trata de procesos coincidentes e independientes de la fase del ciclo reproductivo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al CONACyT la concesión de una beca para estudios de posgrados para Ernesto Peredo Rivera (Reg. 487745).

*Citación:* Peredo R., E., Gutiérrez G., A.G., Ortega H., M.É., Gutiérrez S., C. y Contreras, C.M. (2022). Síndrome de burnout, ansiedad, depresión y ciclo reproductivo en cuidadoras informales de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 32(2), 325-340. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2753>.

## REFERENCIAS

Akpan-Idiok, P.A. y Anarado, A.N. (2014). Perceptions of burden of caregiving by informal caregivers of cancer patients attending University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *The Pan African Medical Journal*, 18, 159. Doi: 10.11604/pamj.2014.18.159.2995.

- Asberg, M., Nygren, A., Leopardi, R., Rylander, G., Peterson, U., Wilczek, L., Källmén, H., Ekstedt, M., Akerstedt, T., Lekander, M. y Ekman, R. (2009). Novel biochemical markers of psychosocial stress in women. *PLoS One*, 4(1), 3590. Doi: 10.1371/journal.pone.0003590.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. y Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 55-68. Doi: 10.4067/S0717-95532009000200007.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Buck, K., Williamson, M., Ogbeide, S. y Norberg, B. (2019). Family physician burnout and resilience: a cross-sectional analysis. *Family Medicine*, 51(8), 657-663. Doi: 10.22454/FamMed.2019.424025.
- Calderón N., G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60(2), 127-135. Doi: 10.20453/rnp.v60i2.1406.
- Centers for Disease Control and Prevention and the Kimberly-Clark Corporation (2008). *Assuring healthy caregivers, a public health approach to translating research into practice: the RE-AIM framework*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Cerquera C, A.M., y Pabón P., D.K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46. Doi: 10.15446/rcp.v25n1.44558.
- Choi, K.W., Stein, M.B., Dunn, E.C., Koenen, K.C. y Smoller, J.W. (2019). Genomics and psychological resilience: a research agenda. *Molecular Psychiatry*, 24(12), 1770-1778. Doi: 10.1038/s41380-019-0457-6.
- Contreras, C.M., Azamar A., G., Saavedra, M. y Hernández L., M. (2006). A five-day gradual reduction regimen of chlormadinone reduces premenstrual anxiety and depression: a pilot study. *Archives of Medical Research*, 37(7), 907-913. Doi: 10.1016/j.arcmed.2006.05.001.
- Contreras, C.M. y Gutiérrez G., A.G. (2017). Progesterone modifies the responsivity of the amygdala-mPFC connection in male but not female Wistar rats. *Neuroscience Letters*, 649, 1-6. Doi: 10.1016/j.neulet.2017.04.002.
- Contreras, C.M. y Gutiérrez G., A.G. (2020). Estrogen and progesterone priming induces lordosis in female rats by reversing the inhibitory influence of the infralimbic cortex on neuronal activity of the lateral septal nucleus. *Neuroscience Letters*, 732, 135079. Doi: 10.1016/j.neulet.2020.135079.
- Contreras, C.M., Gutiérrez G., A.G., Bernal, B., Rodríguez J., F. y Muñoz L., D. (2008). Changes in lateral septal nucleus neuron firing rate and coping with forced swim during gestation in the Wistar rat. *Animal Behaviour*, 76(4), 1219-1225.
- Contreras, C.M., Molina, M., Saavedra, M. y Martínez, L. (2000). Lateral septal neuronal firing rate increases during proestrus-estrus in the rat. *Physiology & Behavior*, 68(3), 279-284. Doi: 10.1016/S0031-9384(99)00169-9.
- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G. y Guidetti, G. (2019). The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study among nurses. *BMC Women's Health*, 19(1), 148. Doi: 10.1186/s12905-019-0847-6.
- Cooper, A.L., Brown, J.A., Rees, C.S. y Leslie, G.D. (2020). Nurse resilience: a concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553-575. Doi: 10.1111/inm.12721.
- Cortijo P., X., Bernal M., B., Gutiérrez G., A.G., Díaz D., E., Hernández B., D. y Cibrián Ll., I.T. (2018). Psychological-affective evaluation of advanced cancer patients and caregivers. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(4), 245-252. Doi: 10.24875/j.gamo.M19000174.
- Diniz, M., Melo, B., Neri, K.H., Casemiro, F.G., Figueiredo, L.C., Gaioli, C. y Gratão, A. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(11), 3789-3798. Doi: 10.1590/1413-812320182311.16932016.
- Estrada C., E., Contreras, C.M., Saavedra, M., Luna B., I. y López R., C. (2002). Participation of the lateral septal nuclei (LSN) in the antidepressant-like actions of progesterone in the forced swimming test (FST). *Behavioural Brain Research*, 134(1-2), 175-183. Doi: 10.1016/S0166-4328(02)00023-2.
- Garassini M., E. (2016). Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer: aprendizajes y recomendaciones a las familias, sociedades y centros de salud. *Psicología y Salud*, 26(2), 160-175.
- García L., E.P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Enfermería C y L*, 8(1), 71-77.
- Geng, H.M., Chuang, D.M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W.M., Liu, L.H. y Tian, H.M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), 11863. Doi: 10.1097/MD.00000000000011863.
- Gérain, P. y Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01748.
- Golonka, K., Gawłowska, M., Mojsa-Kaja, J. y Marek, T. (2019). Psychophysiological characteristics of burnout syndrome: resting-state EEG analysis. *BioMed Research International*, 3764354. Doi: 10.1155/2019/3764354.
- González R., M.T., Hernández L., R. y De la Rubia, J.M. (2009). Cuestionario de burnout para amas de casa (CUBAC): evaluación de sus propiedades psicométricas y del modelo secuencial de burnout. *Universitas Psychologica*, 8(2), 533-543.



- Gordon, J.L., Rubinow, D.R., Eisenlohr-Moul, T.A., Xia, K., Schmidt, P.J. y Girdler, S.S. (2018). Efficacy of transdermal estradiol and micronized progesterone in the prevention of depressive symptoms in the menopause transition: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(2), 149-157. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3998.
- Grossi, G., Perski, A., Evengård, B., Blomkvist, V. y Orth-Gomér, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 309-316. Doi: 10.1016/s0022-3999(02)00633-5.
- Gutiérrez G., A.G., Contreras, C.M. y Díaz M., J.L. (2000). Cómo actúa la progesterona sobre el sistema nervioso central. *Salud Mental*, 23(2), 42-48. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2302/sm230242.pdf>.
- Gutiérrez G., A.G., Contreras, C.M., Vásquez H., D.I., Molina, T. y Jacome J., E. (2009). Testosterone reduces cumulative burying in female Wistar rats with minimal participation of estradiol. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 93(4), 406-412. Doi: 10.1016/j.pbb.2009.06.002.
- Hall, A., Lynagh, M., Carey, M., Sanson-Fisher, R. y Mansfield, E. (2017). Who are the support persons of haematological cancer survivors and how is their performance perceived? *Psycho-Oncology*, 26(12), 2201-2207. Doi: 10.1002/pon.4449.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.
- Joffe, H., de Wit, A., Coborn, J., Crawford, S., Freeman, M., Wiley, A., Athappilly, G., Kim, S., Sullivan, K.A., Cohen, L.S. y Hall, J.E. (2020). Impact of estradiol variability and progesterone on mood in perimenopausal women with depressive symptoms. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(3), 642-650. Doi: 10.1210/clinem/dgz181.
- Kent, E.E., Rowland, J.H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.Y., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A. y Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987-1995. Doi: 10.1002/cncr.29939.
- Koutsimani, P., Montgomery, A. y Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00284.
- Mariotti, F., Gonçalves, B., Pimpão, G., Mónico-Neto, M., Antunes, H., Viana, M.B., Céspedes, I.C. y Le Sueur-Maluf, L. (2020). A single ovarian stimulation, as performed in assisted reproductive technologies, can modulate the anxiety-like behavior and neuronal activation in stress-related brain areas in rats. *Hormones and Behavior*, 124, 104805. Doi: 10.1016/j.yhbeh.2020.104805.
- Márquez I., F., Díaz, Y., Franco, V. y Oliva, I. (2016). Modos de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios de pacientes oncogeriátricos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(2), 1-16.
- Maslach, C., Jackson, S.E. y Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Sierra Madre, CA: Mountain View.
- Montero, X., Jurado, S. y Méndez, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 67-86.
- Mulhall, S., Yel, R. y Anstey, K.J. (2018). Variation in symptoms of depression and anxiety in midlife women by menopausal status. *Maturitas*, 108, 7-12. Doi: 10.1016/j.maturitas.2017.11.005.
- Orcasitas P., L.T. y Uribe R., A.F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>.
- Ortiz M., S., Willey, J.F. y Chiang, J.J. (2014). How stress gets under the skin, o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Revista Médica de Chile*, 142(6), 767-774.
- Pérez S., I.N., Rascón G., M.L. y Villafañá T., J. (2014). Coping and emotional discomfort in primary caregivers of cancer patients. *Revista de Investigación Clínica*, 66(6), 495-504. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinveli/nn-2014/nn146d.pdf>.
- Piette, P. (2020). The pharmacodynamics and safety of progesterone. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 69, 13-29. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.002.
- Ravi, M., Stevens, J.S. y Michopoulos, V. (2019). Neuroendocrine pathways underlying risk and resilience to PTSD in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 55, 100790. Doi: 10.1016/j.yfrne.2019.100790.
- Revenson, T., Griva, K., Luszczynska, A., Morrison, V., Panagopoulou, E., Vilchinsky, N. y Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. New York: Springer.
- Rizo A., C., Molina, M., Milian N., C., Pagán P., E. y Machado, J. (2016). Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). The Mexican version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez G., A.M., Rodríguez M., E., Duarte P., A., Díaz S., E., Barbosa Á., Á., Clavería, A. y Zarit, G. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165.
- Rodríguez L., J.F., Contreras, C.M. y García R., R. I. (2009). Allopregnanolone microinjected into the lateral septum or dorsal hippocampus reduces immobility in the forced swim test: participation of the GABAA receptor. *Behavioural Pharmacology*, 20(7), 614-622. Doi: 10.1097/FBP.0b013e328331b9f2.



- Saavedra, M., Contreras, C.M., Azamar A., G. y Hernández L., M. (2006). Differential progesterone effects on defensive burying and forced swimming tests depending upon a gradual decrease or an abrupt suppression schedules. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 83(1), 130-135. Doi: 10.1016/j.pbb.2005.12.016.
- Sandoval, F., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P. y Noguchi, H. (2019). The relationship between perceived social support and depressive symptoms in informal caregivers of community-dwelling older persons in Chile. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(6), 547-556. Doi: 10.1111/psyg.12438.
- Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262. Doi: 10.1080/02678370500385913.
- Schüle, C., Nothdurfter, C. y Rupprecht, R. (2014). The role of allopregnanolone in depression and anxiety. *Progress in Neurobiology*, 113, 79-87. Doi: 10.1016/j.pneurobio.2013.09.003.
- Shi, J., Chen, L., Su, Y. y Chen, M. (2019). Offspring caregivers of Chinese women with breast cancer: their social support requests and provision on social media. *Telemedicine, Journal and e-Health*, 25(8), 748-755. Doi: 10.1089/tmj.2018.0176.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L.L., Ricci, G., Tartaglini, D. y Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Medicine*, 55(11), 745. Doi: 10.3390/medicina55110745.
- Slavich, G.M. y Sacher, J. (2019). Stress, sex hormones, inflammation y major depressive disorder: extending social signal transduction theory of depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology*, 236(10), 3063-3079. Doi: 10.1007/s00213-019-05326-9.
- Süss, H. y Ehlert, U. (2020). Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*, 131, 48-56. Doi: 10.1016/j.maturitas.2019.10.015.
- Süss, H., Willi, J., Grub, J. y Ehlert, U. (2020). Psychosocial factors promoting resilience during the menopausal transition. *Archives of Women's Mental Health*. Doi: 10.1007/s00737-020-01055-7.
- Tangen, T. y Mykletun, A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(2), 125-131. Doi: 10.1080/01674820701733945.
- Voultsov, P., Koungali, M., Psaroulis, K. y Boutou, A.K. (2020). Burnout syndrome and its association with anxiety and fear of medical errors among intensive care unit physicians: A cross-sectional study. *Anaesthesia and Intensive Care*, 48(2), 134-142. Doi: 10.1177/0310057x20902780.
- West, C.P., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., Carlasare, L.E. y Shanafelt, T.D. (2020). Resilience and burnout among physicians and the general US working population. *JAMA Network Open*, 3(7), 209385. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.9385.
- Zhao, D., Liu, C., Feng, X., Hou, F., Xu, X. y Li, P. (2019). Menopausal symptoms in different substages of perimenopause and their relationships with social support and resilience. *Menopause*, 26(3), 233-239. Doi: 10.1097/GME.0000000000001208.

# Inventario de estrategias de afrontamiento del ciberacoso desde la perspectiva del observador: análisis factorial confirmatorio

## *The Coping with cyberbullying strategies from the observer's perspective inventory: Confirmatory factor analysis*

Josefina Sandoval Martínez<sup>1</sup>, Alejandro Cesar Antonio Luna Bernal<sup>2</sup>,  
Rosa Margarita López Aguilar<sup>1</sup> y María Ángela Gómez Pérez<sup>1</sup>

Universidad de Guadalajara<sup>1,2</sup>

Autor para correspondencia: Alejandro Luna Bernal, [alejandro.luna@academicos.udg.mx](mailto:alejandro.luna@academicos.udg.mx).

### RESUMEN

Hay en la actualidad un interés creciente por conocer las formas en que los adolescentes afrontan situaciones de ciberacoso cuando se ven inmersos en ellas como testigos u observadores. Debido a ello, ha surgido la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que permitan investigar este fenómeno con las garantías psicométricas adecuadas. En ese marco, el presente estudio tuvo como objetivo principal generar nueva información relevante acerca de la validez del Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Ciberacoso desde la perspectiva del Observador (IEAC-O), empleando para ello el análisis factorial confirmatorio (AFC). El IEAC-O está diseñado para medir el grado en que estudiantes adolescentes se inclinan a utilizar seis tipos de estrategias para responder ante situaciones de ciberacoso en las cuales se ven involucrados como espectadores: denunciar, agredir, ignorar y desviar la preocupación, guardar pruebas y buscar apoyo, desconectarse, y evitar a los agresores. La muestra se conformó por 997 adolescentes, estudiantes de secundaria y bachillerato, con edades de 12 a 19 años. Los resultados mostraron cargas factoriales, coeficientes de determinación e índices de bondad de ajuste adecuados. Se encontraron también índices apropiados de confiabilidad y diferencias estadísticamente significativas por sexo. Se discuten estos y otros resultados en el contexto de la literatura sobre estrategias de afrontamiento del ciberacoso en la adolescencia. Se concluye señalando que los hallazgos encontrados aportan datos a favor de la validez y confiabilidad del IEAC-O para medir estrategias de afrontamiento del ciberacoso en población adolescente mexicana escolarizada de secundaria y bachillerato, indicando su utilidad para nuevos proyectos de investigación y prevención.

**Palabras clave:** Ciberacoso; Adolescentes; Análisis factorial confirmatorio; Observadores; Tests psicométricos.

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Aplicada, Calle Sierra Nevada 950, Puerta 16, Edificio H, Col. Independencia, 44340 Guadalajara, Jal., México, tel. (52)33-58-52-00, Ext. 33650, correos electrónicos: [josefina.sandoval@academicos.udg.mx](mailto:josefina.sandoval@academicos.udg.mx), [rosa.laguilar@academicos.udg.mx](mailto:rosa.laguilar@academicos.udg.mx) y [angela.gomez@academicos.udg.mx](mailto:angela.gomez@academicos.udg.mx).

<sup>2</sup> Departamento de Filosofía, Calle Guanajuato 1045, Col. Alcalde Barranquitas, 44260 Guadalajara, Jal., México, tel. (52)33-38-19-33-77, correo electrónico: [alejandro.luna@academicos.udg.mx](mailto:alejandro.luna@academicos.udg.mx).



## ABSTRACT

*Background. Currently, there is a growing interest in knowing how adolescents cope with situations in which they are bystanders to cyberbullying. Thus, the need arises from having valid and reliable instruments to investigate this phenomenon, with adequate psychometric features. Objective. This study aimed to provide new relevant information on the validity of the Coping with Cyberbullying Strategies from the Observer's perspective Inventory (IEAC-O) in Spanish, through confirmatory factor analysis. Method. The instrument measures the degree to which adolescents tend to use six types of strategies to deal with possible cyberbullying situations in the event of becoming observers. Such strategies include aggressive actions, reporting, ignoring and deflecting concern, gathering evidence and seeking support, avoiding the bully, and stopping using social networks or the internet. The sample included 997 adolescent high school and baccalaureate students aged 12 to 19 years. Results. The findings showed adequate factor loadings, coefficients of determination, and adjustment values. There were also satisfactory reliability levels and statistically significant differences by gender. Discussion. These and other results are discussed regarding the academic literature on coping with cyberbullying in adolescence. The present findings provide valuable data on the validity and reliability of the IEAC-O to measure cyberbullying coping strategies in Mexican adolescents. These findings should help design new studies and prevention interventions.*

**Key words:** Adolescents; Bystanders; Confirmatory factorial analysis; Cyberbullying; Psychological tests.

Recibido: 23/01/2021

Aceptado: 03/06/2021

Existe hoy en día una amplia discusión sobre cuáles serían los criterios que determinan la especificidad del ciberacoso (*cyberbullying*) ya que, al igual que el acoso tradicional (*bullying*), este tipo particular implica tres elementos característicos: la intencionalidad, la repetición y el desequilibrio de poder, aunque por su naturaleza digital incluye otros, como señala Prieto (2018). Aunque no hay un consenso claro al respecto, una gran parte de los estudios sobre este tópico considera aspectos como la posibilidad de anonimato

del acosador, la amplitud del acoso (que dificulta a la víctima poder ocultarse ya que los ataques no se ciñen al horario ni al entorno escolar), una audiencia amplia facilitada por el alcance e impacto de las redes sociales, y la persistencia de las agresiones a causa de la permanencia de los contenidos en la red una vez que han sido publicados (Fernández y Cuadrado, 2018; Herrera, Romera y Ortega, 2018; Lucas, Pérez y Giménez, 2016). Es así que, tal como lo definen Del Rey, Estévez y Ojeda (2018), se puede entender el ciberacoso como “un tipo de agresión injustificada que se produce de manera repetida e intencional entre iguales y que se lleva a cabo mediante dispositivos electrónicos” (p. 126).

En su etapa germinal, los estudios sobre tal fenómeno se enfocaron principalmente en el entendimiento y caracterización de estos procesos de violencia desde el enfoque de la victimización, destacando el papel de los agresores y las víctimas como actores principales; pero, tal como señalan Machackova, Pfetsch y Steffgen (2017), recientemente el foco de interés se ha ampliado al entendimiento de las experiencias y el rol que desempeñan quienes son testigos de tales incidentes agresivos en línea. Para estos autores, los espectadores son un factor fundamental en todo el proceso, por lo que el papel del observador, sus reacciones y respuestas ante la situación de acoso *online*, son igualmente relevantes y fundamentales en virtud de que pueden influir en la forma, desarrollo y grado de los hechos y sus consecuencias, tal como sucede en el acoso escolar en entornos presenciales (Domínguez, Bonell y Martínez, 2018; Elizalde, 2010). En este sentido, conviene citar un estudio llevado a cabo por Garaigordobil (2017) en una muestra de 3,026 estudiantes del País Vasco, con edades de 12 a 18 años, en el cual encontró que los adolescentes que son testigos u observadores de situaciones de acoso escolar presencial o tecnológico “también tienen más conducta antisocial y utilizan más estrategias agresivas de resolución de conflictos que aquellos que no están implicados en situaciones de acoso” (p. 53). Además, como apuntan Del Rey *et al.* (2018), los espectadores pueden mostrar también los efectos negativos del ciberacoso sobre su bienestar personal, derivados

de las actitudes adoptadas ante los sucesos de agresión, tales como “sentimiento de culpabilidad, angustia, sensación de malestar, inquietud, episodios traumáticos, disminución de la empatía y la solidaridad, o el refuerzo de comportamientos inadecuados, hasta el desarrollo de estrés postraumático” (pp. 312-133). Debido a todo lo anterior, en este trabajo se consideró de gran importancia poder generar conocimientos en torno a las formas en que los adolescentes podrían afrontar situaciones de ciberacoso al verse inmersos en ellas en el papel de testigos u observadores.

Respecto a las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas que padecen dicho fenómeno, actualmente ha habido un creciente número de trabajos orientados a su estudio, muchos de los cuales se centran principalmente en el tipo de reacciones que experimentan las víctimas, dejando de lado otros aspectos de igual importancia en esta situación, como las estrategias utilizadas por los observadores, las que han sido escasamente estudiadas (p.e., Alipan, Skues y Theiler, 2018; Jacobs, Vollink, Dehue y Lechner, 2015). Asimismo, las investigaciones que abordan el rol de los observadores en este tipo de situaciones se han interesado fundamentalmente en la identificación de los factores que los impulsan o inhiben a actuar en favor de la víctima (Domínguez *et al.*, 2018; Knauf, Eschenbeck y Hock, 2018).

Hay que mencionar que en México aún son muy escasas las pesquisas sobre las estrategias de afrontamiento del ciberacoso; en la exploración bibliográfica se hallaron dos trabajos que las emplean ante el acoso tradicional y realizan adaptaciones de ciertos instrumentos para evaluar el afrontamiento en general. Además, se encontraron otros trabajos que, no teniendo como objetivo principal dicho problema y utilizando técnicas basadas en preguntas abiertas, dan cuenta de hallazgos circunstanciales sobre diversas estrategias utilizadas por los adolescentes ante la experiencia del ciberacoso (Lucio y Gómez, 2018; Vega, González y Quintero, 2013). De igual modo, se revisaron otros dos análisis que abordan el fenómeno a partir del diseño y validación de instrumentos psicométricos mediante el análisis factorial para medir algunas estrategias de afrontamiento del ciberacoso en las

víctimas. La investigación de Torres, Rivera y Navarro (2019) se efectuó en el estado de Sonora mediante la aplicación de un instrumento de once reactivos organizados en tres factores: Búsqueda de apoyo social, Solución técnica evasiva y Solución técnica proactiva. Se trabajó con una muestra de 346 estudiantes universitarios de la carrera de Educación. Por su parte, el estudio de Luna, Gómez, Sandoval y Valencia (2020) se llevó a cabo en el estado de Jalisco en una muestra de 544 adolescentes, estudiantes de bachillerato de dos planteles públicos, uno regional y otro metropolitano, para lo cual se diseñó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Cyberbullying desde la perspectiva de la Víctima (IEAC-V), compuesto por 31 reactivos dispuestos en siete escalas que constituyen diversos tipos de estrategias: Estrategias agresivas, Denunciar ante una autoridad, Ignorar y desviar la preocupación, Buscar apoyo en una persona de confianza, Reunir pruebas de lo que está pasando, Evitar al agresor y Desconectarse de redes sociales e internet.

Finalmente, el trabajo de De Gante, Luna, López y Nava (2020) es el único que aborda esta temática desde la perspectiva del observador. Dicha investigación se enfocó en determinar las estrategias empleadas por los adolescentes que presencian ciberagresiones como observadores o testigos. Para tal fin, diseñaron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Ciberacoso desde la perspectiva del Observador (IEAC-O), que se administró a una muestra de 526 adolescentes estudiantes de bachillerato. Mediante un análisis factorial exploratorio, se identificaron seis tipos de estrategias que agrupan los 29 reactivos del instrumento: Denunciar los hechos ante una autoridad, Ignorar lo que está pasando y desviar la preocupación, Estrategias agresivas, Reunir pruebas y buscar apoyo en una persona de confianza, Evitación ansiosa o desconectarse de las redes sociales y de Internet, y Evitar interactuar con los agresores.

En este contexto, el presente trabajo tuvo como propósito contribuir a la discusión sobre la validez de este último instrumento a través de un análisis factorial confirmatorio. Este tipo de análisis posibilita poner a prueba el modelo hipotetizado de la estructura factorial del IEAC-O (De Gante



*et al.*, 2020). De esta manera, el análisis factorial confirmatorio permitiría evaluar la calidad del ajuste de dicho modelo a los datos mediante índices de bondad de ajuste. En concordancia con las características señaladas, el análisis factorial confirmatorio se ha definido como una técnica que “corrige las deficiencias inherentes a la perspectiva exploratoria” (Batista, Coenders y Alonso, 2004, p. 24), haciendo así posible llegar a consideraciones más sólidas acerca de la validez de los instrumentos y de los constructos que los sustentan (Ferrando y Anguiano, 2010).

Otro aspecto a considerar en los aportes de esta investigación es que se amplía el rango de edad y de escolaridad de la muestra, ya que el trabajo de De Gante *et al.* (2020) se llevó a cabo con estudiantes de bachillerato con edades de 15 a 19 años, en tanto en este trabajo se propuso analizar la referida estructura factorial en una muestra de adolescentes de secundaria y bachillerato.

De este modo, el presente estudio empírico cuantitativo, de tipo instrumental en virtud de que tuvo como propósito examinar las propiedades psicométricas de un instrumento de medida (Ato, López y Benavente, 2013; Montero y León, 2007), se propuso tres objetivos específicos: evaluar la estructura factorial y la bondad de ajuste del IEAC-O mediante un análisis factorial confirmatorio; examinar la confiabilidad de cada una de las escalas del instrumento, y analizar las posibles diferencias significativas por sexo y edad. En congruencia con estos objetivos, y con base en lo expuesto en los párrafos precedentes, se plantearon las dos hipótesis siguientes: primera, el modelo de seis factores subyacentes relacionados del IEAC-O, con 29 indicadores, exhibirá una bondad de ajuste adecuada; segunda, el instrumento total y cada una de sus seis escalas obtendrán índices de confiabilidad alfa de Cronbach adecuados. Con relación a las diferencias por sexo y edad, no se plantearon hipótesis específicas, toda vez que en la literatura antecedente se han reportado resultados divergentes respecto al papel del sexo y la edad en la dinámica del ciberacoso (Álvarez, Barreiro y Núñez, 2017; Domínguez *et al.*, 2018), por lo cual se consideró prudente explorar únicamente dichas variables.

## MÉTOD

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 997 adolescentes en un rango de edad de 12 a 19 años ( $M = 15.89$ ,  $D.E. = 1.70$ ), alumnos de seis planteles escolares: dos de secundaria ( $n = 200$ , 20.5%) y cuatro de bachillerato ( $n = 777$ , 79.5%). En la Tabla 1 se muestra la distribución de los participantes por grupos de edad en función del sexo.

**Tabla 1.** Distribución de la muestra por edad y grado escolar en función del género ( $N = 997$ ).

Edad	Hombres <i>n</i> (%)	Mujeres <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
12 a 15 años	159 (16.3)	191 (19.5)	350 (35.8)
16 y 17 años	188 (19.2)	270 (27.6)	458 (46.9)
18 y 19 años	71 (7.3)	98 (10.0)	169 (17.3)
Total	418 (42.8)	559 (57.2)	997 (100.0)

*Nota.* Los porcentajes de la tabla son con relación al total de la muestra.

### Instrumento

*Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Ciberacoso desde la Perspectiva del Observador* (IEAC-O) (De Gante *et al.*, 2020).

Como se señaló líneas atrás, se trata de un instrumento diseñado para medir el grado en que estudiantes adolescentes se inclinan a utilizar seis tipos de estrategias para responder ante situaciones de ciberacoso en las que se ven involucrados como espectadores: denunciar, ignorar, agredir, guardar pruebas y buscar apoyo, desconectarse, y evitar a los agresores. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1, “Definitivamente no haría eso”; 2, “Probablemente no haría eso”; 3, “Probablemente sí haría eso”, y 4, “Definitivamente sí haría eso”. Para calificar el instrumento se calculó la media aritmética de los reactivos de cada una de las seis escalas.

La construcción y validación del IEAC-O fue llevada a cabo por De Gante *et al.* (2020) en un estudio hecho con 526 adolescentes estudiantes de bachillerato de dos planteles públicos ubicados en el estado de Jalisco (México). El instrumento original contenía 41 reactivos. La versión final del



instrumento quedó conformada por 29 reactivos retenidos a través de un análisis factorial exploratorio. El modelo explicó en total 49.28% de la varianza, con una confiabilidad alfa de Cronbach de .81 para el total de la escala. Los índices de confiabilidad alfa reportados por estos autores para las escalas de denunciar, ignorar, agredir, guardar pruebas y buscar apoyo, desconectarse y evitar a los agresores fueron de .86, .80, .81, .82, .77 y .68, respectivamente. En este trabajo se aplicó la versión original del instrumento con 41 reactivos, pero para el análisis de datos solamente se utilizaron los 31 ítems correspondientes a la versión final de IEAC-O obtenida en el estudio precedente de De Gante *et al.* (2020).

### Procedimiento

Se obtuvo la colaboración de las instituciones educativas, con las cuales se estableció contacto a través la unidad de Orientación Educativa y de la Dirección de cada plantel, quienes otorgaron la autorización para el estudio una vez que se efectuaron las consultas requeridas por sus procedimientos internos. Obtenida la autorización, se seleccionó al azar un grupo de cada grado en cada plantel educativo y se aplicó el instrumento dentro de cada aula, explicando a los estudiantes que su participación sería absolutamente voluntaria y anónima, que se haría un manejo confidencial de la información por parte de los investigadores, y que dicha información sería utilizada exclusivamente para fines estadísticos y científicos.

### Análisis estadístico

Con relación al primer objetivo, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC), empleando para ello el método de máxima verosimilitud y el procedimiento de *bootstrapping*, abordaje que está recomendado cuando se trata de escalas tipo Likert y los datos muestran un alejamiento de la curva normal (Byrne, 2016; Medrano y Muñoz, 2017). Para tal propósito, se establecieron 500 repeticiones *bootstrap* e intervalos de confianza corregidos a 90%. Para la especificación del modelo se tomó la composición factorial del IEAC-O reportada en el estudio de De Gante *et al.* (2020), consi-

derándose los seis tipos de estrategias de afrontamiento como variables latentes relacionadas, y a los correspondientes reactivos como las variables observadas.

Para evaluar la bondad de ajuste del modelo examinado se utilizaron los siguientes índices. En primer lugar, el cociente entre  $J_i$  cuadrada y sus grados de libertad ( $J_i^2/g_l$ ), el cual señala como un ajuste razonable los valores de entre 2 y 5 de  $J_i^2/g_l$  (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). En segundo lugar, el residuo cuadrático medio de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA) y el residuo estandarizado cuadrático medio (*Standardized Root Mean Square Residual*, SRMR). Estos índices se consideran excelentes si sus valores son menores a .05 (Byrne, 2016), pero indicarían un ajuste admisible entre .05 y .075 (Moral de la Rubia, 2016).

Además de los anteriores se consideraron el índice de bondad de ajuste (*Goodness of Fit Index*, GFI), el índice de bondad de ajuste en su modalidad corregida (*Adjusted Goodness of Fit Index*, AGFI), el índice de bondad de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI), el índice de ajuste normado (*Normed Fit Index*, NFI) y el coeficiente de Tucker-Lewis (TLI). Valores de estos índices cercanos a 1 indican un excelente ajuste, pero se consideran aceptables arriba de .90 (Hair *et al.*, 1999; Moral de la Rubia, 2016). Finalmente, el índice de bondad de ajuste de parsimonia (*Parsimony Goodness-of-Fit Index*, PGFI) tendría valores aceptables entre .50 y .70 (Escobedo, Hernández, Estebané y Martínez, 2016).

Para llevar a cabo el segundo objetivo se obtuvo el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de cada una de las seis escalas del instrumento. De acuerdo con George y Mallery (2003), valores alfa mayores a .70, .80 y .90 se consideran como aceptables, buenos y excelentes, respectivamente.

Por último, para estudiar las posibles diferencias significativas por sexo se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes, mientras que la comparación por grupo de edad se llevó a cabo por medio de un ANOVA unifactorial.

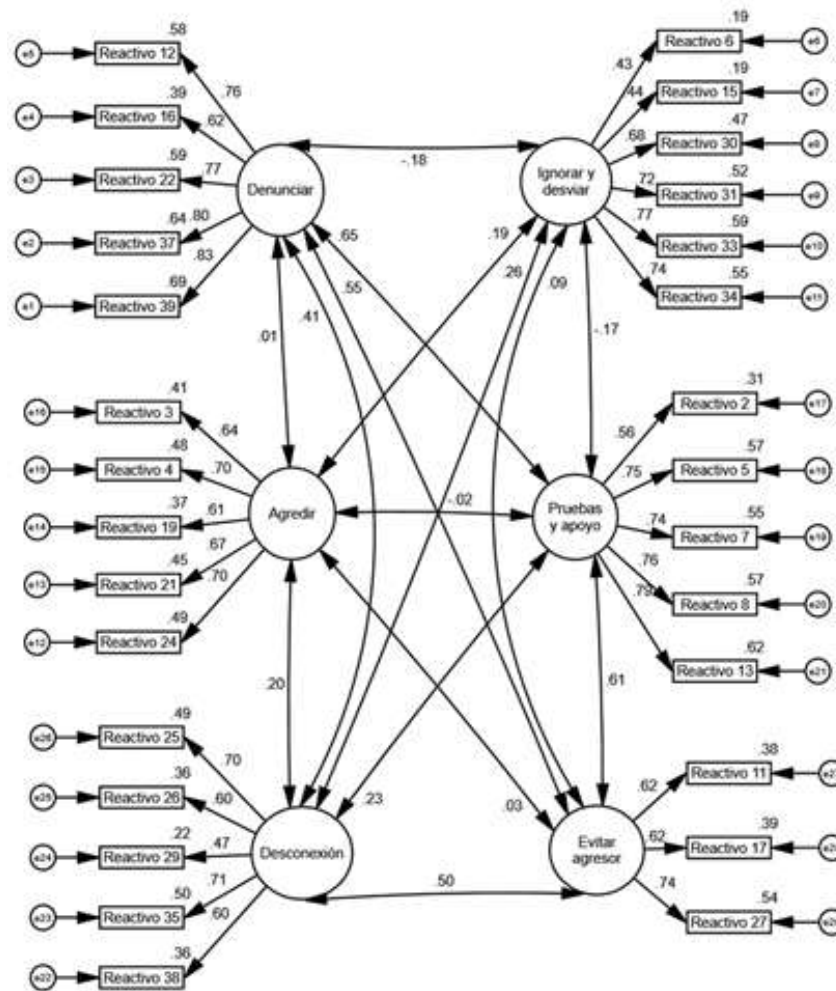
Todos los cálculos se realizaron empleando los programas estadísticos IBM SPSS (v. 21) e IBM SPSS AMOS, v. 21) (*cf.* Rodríguez y Reguant (2020).

## RESULTADOS

Se llevó a cabo el AFC en el que resultaron estadísticamente significativas todas las cargas factoriales con valores estandarizados (*standardized regression weights*) de entre .43 (valor más bajo) y .83 (valor más alto) (Figura 1). Respecto a los coefi-

cientes de determinación estandarizados (*squared multiple correlations, r<sup>2</sup>*), estos se ubicaron por encima de .20 siendo el mayor de .69 (reactivo 39), y solamente los reactivos 6 y 15 obtuvieron valores de .19. Todas las estimaciones cayeron dentro del intervalo de confianza definido de 90%.

**Figura 1.** Resultados del análisis factorial confirmatorio del Inventario de Estrategias de Afrontamiento del Ciberacoso desde la perspectiva del Observador.



*Nota:* N = 997. Los valores sobre las flechas unidireccionales representan las cargas factoriales estandarizadas, los números sobre los recuadros de los reactivos representan los coeficientes de determinación estandarizados. Los valores sobre las flechas bidireccionales corresponden a los coeficientes de correlación entre los factores.

En la Tabla 2 se muestran los índices de bondad de ajuste obtenidos para este modelo, así como sus valores de referencia. Como se puede apreciar, cuatro de los índices considerados se colocaron dentro del rango apropiado: *Ji²/gl*, RMSEA, SRMR

y GFI. Por su parte, el PGFI se ubicó por encima del rango aceptable, mientras que los índices CFI, AGFI, NFI y TLI alcanzaron valores abajo del criterio estipulado, aunque cercanos a este.

**Tabla 2.** Índices de bondad de ajuste obtenidos y sus valores de referencia.

Índices	Valor obtenido	Valor aceptable
$Ji^2/gl$	4.100	Entre 3 y 5 <sup>1</sup>
RMSEA	.056	Entre .05 y .075 <sup>2</sup>
SRMR	.061	Entre .05 y .075 <sup>2</sup>
GFI	.903	Mayor que .90 <sup>1,2</sup>
AGFI	.884	Mayor que .90 <sup>1,2</sup>
PGFI	.752	Entre .50 y .70 <sup>3</sup>
NFI	.865	Mayor que .90 <sup>1,2</sup>
TLI	.881	Mayor que .90 <sup>1,2</sup>
CFI	.894	Mayor que .90 <sup>1,2</sup>

Nota. <sup>1</sup> Hair *et al.* (1999), <sup>2</sup> Moral de la Rubia (2016), <sup>3</sup> Escobedo *et al.* (2016).  $Ji^2/gl$ : Chi cuadrado normado. RMSEA: residuo cuadrático medio de aproximación; SRMR: residuo estandarizado cuadrático medio; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; PGFI: índice de bondad de ajuste de parsimonia; NFI: índice de ajuste normado; TLI: coeficiente de Tucker-Lewis, y CFI: índice de bondad de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*).

En cuanto a la confiabilidad, se obtuvieron los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: .87, .80, .80, .84, .74 y .70 para las escalas de Denunciar los hechos ante una autoridad (cinco reactivos), Ignorar lo que está pasando y desviar la preocupación (seis reactivos), Estrategias agresivas (cinco reactivos), Reunir pruebas y buscar apoyo en una persona de confianza (cinco reactivos), Evitación ansiosa o desconectarse de las redes sociales y el Internet (cinco reactivos) y Evitar interactuar con los agresores (tres reactivos), respectivamente. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .84 en el instrumento total de 29 reactivos.

Las puntuaciones obtenidas por los participantes en cada una de las escalas Denunciar, Ignorar lo que está pasando y desviar la preocupación, Estrategias agresivas, Reunir pruebas y buscar apoyo, Evitación ansiosa o desconexión y Evitar interactuar con los agresores fueron las siguientes (desviación estándar entre paréntesis): 2.37 (0.89), 1.80 (0.61), 1.67 (0.64), 2.89 (0.81), 1.67 (0.64) y 2.57 (0.88), respectivamente.

En cuanto a los grupos, no se hallaron efectos estadísticamente significativos en la edad, y en el análisis de las diferencias por sexo (Tabla 3) las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que

los hombres de manera estadísticamente significativa en las estrategias de denunciar, reunir pruebas y buscar apoyo, desconexión, y evitar al agresor. Por su parte, los estudiantes varones lograron puntuaciones superiores y estadísticamente significativa en las estrategias agresivas.

**Tabla 3.** Diferencias por sexo en las estrategias de afrontamiento del ciberacoso desde la perspectiva del observador.

Estrategia	Hombres (n = 418)	Mujeres (n = 559)	t (gl = 975)
Denunciar	2.17 (0.85)	2.52 (0.89)	6.15**
Ignorar y desviar	1.84 (0.63)	1.76 (0.60)	1.92
Agresivas	1.86 (0.69)	1.53 (0.56)	8.12**
Pruebas y apoyo	2.63 (0.82)	3.09 (0.75)	9.11**
Desconexión	1.53 (0.59)	1.77 (0.65)	6.10**
Evitar al agresor	2.38 (0.84)	2.72 (0.89)	5.92**

Nota. N = 977. \*\*  $p < .01$

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como primer objetivo evaluar la estructura factorial y la bondad de ajuste del IEAC-O mediante un análisis factorial confirmatorio; en segundo lugar, analizar la confiabilidad de las seis escalas del instrumento, y finalmente identificar las posibles diferencias estadísticamente significativas según la edad y el sexo.

Con relación al primer objetivo, se planteó la hipótesis de que el modelo de seis factores subyacentes relacionados del IEAC-O, con 29 indicadores, exhibiría una bondad de ajuste adecuada. En los resultados del análisis factorial confirmatorio se pudo apreciar que las cargas factoriales y los coeficientes de determinación resultaron adecuados, lo que es un dato a favor de la validez del modelo. Con relación a la bondad de ajuste, tal como se señaló, esta resultó ser apropiada según cuatro de los índices considerados:  $Ji^2/gl$ , RMSEA, SRMR y GFI. A su vez, el PGFI se ubicó por encima del rango aceptable, mientras que los índices CFI, AGFI, NFI y TLI tuvieron valores por abajo del criterio estipulado, aunque cercanos a este. Si bien estos últimos resultados no son los idóneos en términos estadísticos, puede observarse que sin em-

bargo aportan información en favor de la bondad de ajuste del modelo si se ponderan en conjunto todos los resultados indicados, tal como recomiendan diversos autores (Byrne, 2016; Ferrando y Anguiano, 2010; Hair *et al.*, 1999). Con base en todo lo anterior, es posible afirmar que los resultados contribuyen a sustentar la hipótesis planteada. De cualquier manera, se sugiere realizar más análisis que contribuyan a ampliar los presentes hallazgos incorporando nuevos elementos.

Con respecto al segundo objetivo, se planteó como hipótesis que el instrumento total y cada una de sus seis escalas tendrían índices de confiabilidad alfa de Cronbach adecuados. Siguiendo el criterio de George y Mallery (2003), tres escalas obtuvieron un nivel de confiabilidad aceptable, superior a .70 (Reunir pruebas, Evitar al agresor y Desconexión), y otras tres un nivel bueno, superior a .80 (Estrategias agresivas, Ignorar y desviar la preocupación y Buscar apoyo). También fue adecuado el valor de confiabilidad del instrumento completo.

Por lo anterior, se puede concluir que el IEAC-O constituye una herramienta confiable para su uso en muestras de adolescentes de secundaria y bachillerato, confirmándose con ello la segunda de las hipótesis planteadas en esta investigación.

Con relación al tercer objetivo, los hombres, por un lado, obtuvieron puntuaciones más altas en las estrategias agresivas, lo que es congruente con otros estudios en los que se ha observado en los adolescentes masculinos una mayor prevalencia de la conducta agresiva en línea (Yudes, Rey y Extremera, 2019). Por otro lado, en las estrategias de denunciar, reunir pruebas y buscar apoyo, desconexión, y evitar al agresor, las mujeres obtuvieron valores más elevados, lo que concuerda con otros estudios en los que se reporta que las mujeres muestran una mayor inclinación hacia las estrategias positivas o asertivas (De la Caba y López, 2013; Luna *et al.*, 2020). En el estudio de Knauf *et al.* (2018), por ejemplo, se encontró que las adolescentes tienden a presentar mayor empatía y sentido de responsabilidad para intervenir cuando son testigos de ciberacoso, mientras que los varones muestran una mayor desconexión moral. Según los presentes autores, dicho hallazgo es consistente con la evidencia empírica que mues-

tra que las mujeres actúan como defensoras más frecuentemente, mientras que los hombres tienen más probabilidades de mostrar comportamientos en pro del acoso.

En relación con tales diferencias, cabe mencionar que una de las explicaciones más aceptadas en la literatura académica sobre el sexo en la adolescencia se basa en la existencia en nuestras sociedades de procesos de socialización diferencial en cuyo seno se estimula a las mujeres a desarrollar cualidades de tipo relacional, y a los hombres características instrumentales y agresivas, todo ello de acuerdo a los roles y estereotipos de género tradicionales, en la medida en que siguen influyendo en la actualidad a pesar de las transformaciones que han tenido lugar en las últimas décadas (Arnett, 2013; Rebollo, Ruiz y García, 2017). Pese a lo anterior, debe tenerse en cuenta que, según Álvarez *et al.* (2017), las diferencias por sexo en la literatura sobre ciberagresión escolar no deben considerarse concluyentes, por lo que es recomendable seguir estudiando esta variable en futuros estudios diseñados específicamente para determinar sus posibles efectos en la dinámica del ciberacoso en este grupo etario. Una recomendación similar sería aplicable al caso de la edad, ya que si bien en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la revisión hecha por Domínguez *et al.* (2018) se han reportado resultados inconsistentes a este respecto.

En función de todo lo anterior, es posible concluir que esta investigación a partir de una perspectiva confirmatoria, proporciona información relevante en favor de la validez y confiabilidad del IEAC-O. En particular, muestra la plausibilidad del modelo de seis factores como una configuración subyacente a los 29 reactivos que componen dicho instrumento. Los seis elementos, a su vez, representan seis diferentes tipos de estrategias utilizadas por los adolescentes para hacer frente a las situaciones de ciberacoso desde la perspectiva de testigo u observador, por lo que puede suponerse que el presente trabajo no solamente tiene un valor instrumental, sino que sus resultados contribuyen asimismo a un mejor entendimiento de las maneras en que los adolescentes hacen frente a estas situaciones.



Una de las implicaciones de lo anterior es que, con ello, se contribuye a establecer un modelo que puede ser útil para diseñar otras investigaciones orientadas a explorar los factores asociados a un mayor uso de estrategias asertivas, como denunciar, reunir pruebas y buscar apoyo, y a un menor empleo de la agresión como forma de responder a dichas situaciones. De igual manera, dichos resultados pueden servir de apoyo para el diseño de nuevos programas de prevención en materia de acoso escolar y nuevas tecnologías, o en el fortalecimiento de los ya existentes; ello, considerando la necesidad que hay actualmente de promover el uso adecuado de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación entre la población adolescente.

De acuerdo con tales hallazgos, puede considerarse al IEAC-O como un instrumento válido y

confiable para medir estrategias de afrontamiento del ciberacoso en la población adolescente mexicana escolarizada de educación media básica (secundaria) y de educación media superior (bachillerato), ya que tales fueron las delimitaciones del presente trabajo. Se recomienda que en futuros estudios se examine la validez convergente y divergente del citado instrumento explorando sus relaciones con otras variables psicológicas y psicosociales de relevancia para comprender la conducta de los observadores, tales como las relacionadas con el acoso o la empatía (Knauf *et al.*, 2018), así como emprendiendo una indagación sistemática de los posibles efectos de las diferencias de sexo en las estrategias de afrontamiento del ciberacoso, entre muchos otros.

*Citación:* Sandoval M., J., Luna B., A.C.A., López A., R.M. y Gómez P., M.Á. (2022). Inventario de estrategias de afrontamiento del ciberacoso desde la perspectiva del observador: análisis factorial confirmatorio. *Psicología y Salud*, 32(2), 341-350. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2754>.

## REFERENCIAS

- Alipan, A., Skues, J.L. y Theiler, S. (2018). "They will find another way to hurt you": Emerging adults' perceptions of coping with cyberbullying. *Emerging Adulthood*, 9(1), 22-34. Doi: 10.1177/2167696818816896.
- Álvarez G., D., Barreiro C., A. y Núñez J., C. (2017). Ciberagresión entre adolescentes: prevalencia y diferencias de género. *Comunicar*, 25(50), 89-97. Doi: 10.3916/c50-2017-08.
- Arnett, J.J. (2013). *Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach* (5th ed.). New York: Pearson.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511.
- Batista F., J.M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl.1), 21-27.
- Byrne, B.M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming* (3<sup>a</sup> ed.). Oxfordshire (UK): Taylor & Francis.
- De Gante C., A., Luna B., A.C.A., López A., R.M. y Nava P., J.M. (2020). Diseño y estudio psicométrico de un inventario para evaluar estrategias de afrontamiento del cyberbullying desde la perspectiva del observador. *Educación y Desarrollo*, 52, 37-48.
- De la Caba C., M.A. y López A., R. (2013). La agresión entre iguales en la era digital: estrategias de afrontamiento de los estudiantes del último ciclo de Primaria y del primero de Secundaria. *Revista de Educación*, 362, 247-272. Doi: 10.4438/1988-592X-RE-2011-362-160.
- Del Rey, R., Estévez, M. y Ojeda, M. (2018). El ciberacoso y su respuesta educativa. En E. Jiménez, M. Garmendia y M. A. Casado (Coords.): *Entre selfies y whatsapps. Oportunidades y riesgos para la infancia y la adolescencia conectada* (pp. 125-139). México: Gedisa.
- Domínguez H., F., Bonell, L. y Martínez G., A. (2018). A systematic literature review of factors that moderate bystanders' actions in cyberbullying. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(4), article 1. Doi: 10.5817/CP2018-4-1.
- Elizalde C., A. (2010). Estudio descriptivo de las estrategias de afrontamiento del bullying en profesorado mexicano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 353-372.



- Escobedo P., M.T., Hernández G., J.A., Estebané O., V. y Martínez M., G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. Doi: 10.4067/s0718-24492016000100004.
- Fernández A., I. y Cuadrado G., I. (2018). Divergent perceptual processes on cyberbullying between victims and aggressors: construction of explanatory models. *Frontiers in Psychology*, 9, 396. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00396.
- Ferrando, P.J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Garaigordobil, M. (2017). Conducta antisocial: conexión con bullying/cyberbullying y estrategias de resolución de conflictos. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 47-54. Doi: 10.1016/j.psi.2015.12.002.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 Update* (4ª ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (E. Prentice y D. Cano, Trad.). Madrid: Prentice-Hall Iberia.
- Herrera L., M., Romera E., M. y Ortega R., R. (2018). Bullying y cyberbullying en Latinoamérica: un estudio bibliométrico. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 23(76), 125-155.
- Jacobs, N.C.L., Vollink, T., Dehue, F. y Lechner, L. (2015). The development of a self-report questionnaire on coping with cyberbullying: The Cyberbullying Coping Questionnaire. *European Societies*, 5(2), 460-491. Doi: 10.3390/soc5020460.
- Knauf, R., Eschenbeck, H. y Hock, M. (2018). Bystanders of bullying: Social-cognitive and affective reactions to school bullying and cyberbullying. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(4), article 3. Doi: 10.5817/CP2018-4-3.
- Lucas M., B., Pérez A., A. y Giménez D., M. (2016). La evaluación del cyberbullying: situación actual y retos futuros. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 27-35.
- Lucio L., L.A. y Gómez T., F.J. (2018). Las redes sociales como campo de batalla: el cyberbullying en estudiantes del Nivel Medio Superior. En A. Sánchez C. (Coord.): *Acoso escolar y cyberbullying. Retos, prevención y sensibilización* (pp. 105-115). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Luna B., A.C.A., Gómez P., M.A., Sandoval M., J. y Valencia A., A.C. (2020). Estructura factorial y confiabilidad de un inventario para evaluar estrategias de afrontamiento del cyberbullying desde la perspectiva de la víctima. *Educación y Desarrollo*, 53, 71-81.
- Machackova, H., Pfetsch, J. y Steffgen, G. (2017). Editorial: Special issue on bystanders of online aggression. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(4). Doi: 10.5817/CP2018-4-xx.
- Medrano L., A. y Muñoz N., R. (2017). Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(1), 219-239. Doi: 10.19083/ridu.11.486.
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508.
- Moral de la Rubia, J. (2016). Análisis factorial y su aplicación al desarrollo de escalas. En R. Landero H. y M. T. González R. (Eds.): *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 387-443). Ciudad de México: Trillas.
- Prieto Q., M.T. (2018). Cyberbullying: entre la prevención y la sensibilización. En A. Sánchez C. (Coord.): *Acoso escolar y cyberbullying. Retos, prevención y sensibilización* (pp. 105-115). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rebollo C., A., Ruiz P., E. y García P., R. (2017). Preferencias relacionales en la adolescencia según el género. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(1), 58-72. Doi: 10.24320/redie.2017.19.1.1022.
- Rodríguez R., J. y Reguant Á., M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 13(2), 1-13.
- Torres A., G.M., Rivera H., C. y Navarro R., Y. (2019). Validación de una escala para medir afrontamiento ante ciberagresiones entre universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 21(e09), 1-11. Doi: 10.24320/redie.2019.21.e09.1907.
- Vega L., M.G., González P., G.J. y Quintero V., P.P. (2013). Ciberacoso: victimización de alumnos en escuelas secundarias públicas de Tlaquepaque, Jalisco, México. *Educación y Desarrollo*, 25, 13-20.
- Yudes, C., Rey P., L. y Extremera P., N. (2019). Ciberagresión, adicción a internet e inteligencia emocional en adolescentes: un análisis de diferencias de género. *Voces de la Educación*, núm. esp. 2, 26-44.

# Nivel de riesgo de estrés en conductores del sector transporte público

## *Level of risk of stress in drivers of the public transportation sector*

*Armando David Narváez Chaves, Yesica Meliza Basante Pantoja, Christian Alexander Zambrano Guerrero, Edith de Lourdes Hernández Narváez y Martín Eduardo Salas Ibarra*

*Universidad de Nariño<sup>1</sup>*

Autor para correspondencia: Yesica Meliza Basante Pantoja, [melibasante19@gmail.com](mailto:melibasante19@gmail.com).

### RESUMEN

*Introducción:* Los conductores de transporte público enfrentan excesiva carga de trabajo, expectativas económicas insatisfechas y baja motivación. Esto exige un grado de autonomía, flexibilidad y capacidad de la persona para moldearse a situaciones nuevas, para lo cual se requieren estrategias de afrontamiento cuyo objetivo es encarar situaciones específicas. La ausencia de aquellas puede dar lugar a la manifestación de estrés y sus consecuencias en la salud, el rendimiento laboral y en el clima de la organización. *Objetivo:* Describir el nivel de riesgo de estrés en los conductores de la ciudad de Pasto (Colombia). *Metodología:* Cuantitativa, descriptiva con diseño transversal. Se realizó un muestreo voluntario de 367 conductores de una empresa de Transporte Público. Se empleó el Cuestionario para la Evaluación del Estrés utilizado por el Ministerio de la Protección Social (Colombia). *Resultados:* El 18,8% (n = 69) conciben un nivel de riesgo alto y el 39,8% (n = 146) manifiestan un nivel de riesgo muy alto. *Discusión:* El rango de edad entre los 25 y 39 años de los conductores exhibe mayor nivel de riesgo de estrés, suponiendo que los adultos jóvenes, no solo enfrentan estresores laborales, sino otros desafíos dado su ciclo vital, como la búsqueda de la independencia a nivel familiar, la estabilidad económica y laboral. Los trabajadores casados o que viven en unión libre enfrentan mayores niveles de estrés, lo cual puede explicarse por el hecho de tener responsabilidades adicionales al trabajo, como atender una familia y responder económicamente por ella.

**Palabras clave:** Nivel; Estrés; Exposición; Salud; Transporte.

### ABSTRACT

Background. *Public transport drivers face excessive workload, unsatisfied economic expectations, and low motivation. Their living conditions require autonomy, flexibility, and the ability to adapt to new situations, for which coping strategies are critical in order to face specific challenges. The absence of coping strategies can lead to stress and negative consequences on health, job performance, and their overall organizational climate.* Objective. *To describe the level of risk of stress in drivers in the city of Pasto (Colombia).* Method. *Quantitative, descriptive with cross-sectional design. After recruiting 367 voluntary drivers from a Public Transport company, they responded to the Stress Assessment Questionnaire used by the Colombian Ministry of Social Protection.* Results. *18.8% (n = 69) perceived a high risk level and 39.8% (n = 146) showed a very high risk level.* Discussion. *Drivers aged 25 to 39 exhibit a higher risk of stress since young adults face work*

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Calle 19 No. 22-109 y Carrera 22 No. 18-33, Calle 19 No. 22-109 y Carrera 22, San Juan de Pasto, Colombia, tel. (032)724-43-09, Ext. 1930, correos electrónicos: [dave.narvaez97@gmail.com](mailto:dave.narvaez97@gmail.com), [melibasante19@gmail.com](mailto:melibasante19@gmail.com), [cazambanopsi@gmail.com](mailto:cazambanopsi@gmail.com), [hernandezedith3176@gmail.com](mailto:hernandezedith3176@gmail.com) y [salas5840@gmail.com](mailto:salas5840@gmail.com).



*stressors and other challenges due to their living conditions. These stressors include the search for independence, family economic wellbeing, and job stability. Workers who are married or living together face higher stress levels. Discussion. Plausible explanations include having additional work-related responsibilities, such as looking after a family and being financially responsible.*

**Key words:** Level; Stress; Exposure; Health; Transport.

Recibido: 19/03/2021

Aceptado: 03/06/2021

Se registra actualmente en Colombia un aumento del número de usuarios que utilizan el servicio de transporte público, así como del tráfico vehicular y la consecuente contaminación del aire y el ruido. Por este motivo, los conductores de transporte urbano deben estar preparados para responder a las necesidades cada día más crecientes de las ciudades (Lago y Sandoval, 2018).

Estos cambios hacen cada vez más complejas las funciones del individuo, específicamente en su ámbito laboral, como la excesiva carga de trabajo, las expectativas económicas insatisfechas y una baja motivación, entre muchas otras. Tales condiciones exigen un mayor grado de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, autoeficacia y capacidad para moldearse a situaciones nuevas (Bittar, 2008), para lo cual se requieren estrategias de afrontamiento para manejar las exigencias específicas externas o internas, tales como la resolución de problemas, el autocontrol o la reevaluación positiva. En contraste, su ausencia puede dar lugar a un factor cada vez mayor de riesgo psicosocial, como es el estrés y sus efectos negativos en la salud, lo que puede repercutir no solo en el rendimiento laboral, sino también en el clima de la organización o empresa.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario comprender el concepto de *estrés*, cuyo origen se encuentra en el vocablo *distres*, que significa “pena” o “aflicción”. No se considera una emoción en sí misma sino el agente generador de emociones (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003). De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el estrés

es una relación particular entre el individuo y su entorno cuando aquel lo percibe como amenazante o que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar. Para que ocurra la respuesta de estrés debe haber ciertas condiciones tanto internas como externas.

Desde esta perspectiva transaccional, el individuo realiza dos valoraciones; en la primera, puede valorar como amenazante, desafiante o beneficiosa la situación que está viviendo; en la segunda, valora si cuenta con los recursos cognitivos, conductuales o materiales para hacer frente a dicha situación. Dentro de este modelo se tiene en cuenta una triada interrelacionada: estrés, afrontamiento y emociones, y es por ello que no se puede experimentar estrés sin la vivencia de esas emociones, las que pueden ser positivas o negativas dependiendo de la forma de afrontamiento utilizada (Lazarus y Folkman, 1984).

El estrés ocasiona problemas en todos los ámbitos. En cuanto a la salud física, puede provocar trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, dermatológicos y musculares, entre muchos otros; también afecta al individuo al inhibir su creatividad, autoestima y desarrollo personal. Los efectos negativos que conlleva son una preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, sensación de confusión, dificultad para mantener la atención, sentimientos de falta de control, sensación de desorientación, bloqueos mentales y mal humor (Muñoz y Moncayo, 2013).

El Ministerio de Protección Social en Colombia (2008), en su Resolución 2646, define el estrés como la “respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales” (p. 2).

En un estudio sobre la relación trabajo-estrés laboral en los colombianos, Posada (2011) afirma que en los diferentes ámbitos en los cuales se desarrolla el ser humano, se presentan circunstancias que generan estrés, específicamente en el área laboral, sobre todo cuando los individuos no están preparados para cumplir con las demandas del medio. Por este motivo, el Ministerio de Tra-

bajo y Previsión Social de Chile (2011) declara que las personas tienen un mayor riesgo de sufrir estrés cuando sufren una alta exposición a ruidos, llevan a cabo trabajos de naturaleza rutinaria o repetitiva o que requieren una importante inversión personal, como es el caso de los docentes, enfermeras, empleados que atienden al público y conductores de vehículos.

Así lo corrobora una investigación de Zamora y Mite (2017) sobre la prevalencia del estrés en los conductores de la ciudad de Cuenca (Ecuador), en la que hallaron que 69% de los conductores mostraban un nivel medio de estrés, pero 31% un nivel alto, concluyendo que la mayoría de los conductores sufría dicha condición.

Según Chaparro y Guerrero (2001), el trabajo de los conductores de vehículos se caracteriza por la ejecución simultánea de tareas en las que están expuestos a ruidos, vibraciones, alta densidad del tráfico y paradas continuas, lo que genera mayores niveles de hostilidad y de comportamiento competitivo, tendencia a la impaciencia, toma de decisiones arriesgadas, conducción imprudente, disminución de la concentración y, en algunos casos, el uso de fármacos, como alcohol u otras sustancias psicoactivas para reducir el estrés (*cf.* también Lima y Juárez, 2008).

Al considerar las condiciones intra y extralaborales a las que se encuentran expuestos los conductores del sector del transporte, se puede afirmar que los desencadenantes y las consecuencias de estrés explicadas anteriormente pueden convertirse en un factor de riesgo para la aparición y mantenimiento de dificultades que reducen considerablemente su calidad de vida laboral. Una investigación sobre la salud de dichos conductores ha encontrado que durante el siglo XXI las condiciones de trabajo se han modificado y las dificultades de su realización han aumentado significativamente, afectando así la salud de los trabajadores (Gonzales *et al.*, 2013). Por su parte, Salazar y Pereda (2010) reafirman que estos cambios en las condiciones de trabajo asociados a la presión de llegar a tiempo a su destino, el horario demandante, el ruido, el tráfico, conflictos con los usuarios y problemas del sistema de transporte, son los desencadenantes del estrés en conducto-

res. Álvarez, Murcia y Urieles (2010) en su estudio sobre identificación de factores de riesgo psicosocial causantes del estrés laboral en conductores Cartagena-Colombia, concluyeron que “los conductores están expuestos a una serie de riesgos psicosociales relacionados con las características del trabajo y la estructura organizacional que desencadenan estrés laboral” (p. 54).

Retomando un trabajo sobre factores de riesgo psicosocial intralaboral y niveles de estrés existentes en los trabajadores de una empresa de transporte público en Nariño Colombia, Muñoz y Moncayo (2013) determinaron que las consecuencias derivadas del estrés deterioran la calidad de vida de quien la padece y entorpece también las relaciones interpersonales desde el ámbito familiar, hasta el laboral, provocando rupturas de dichas relaciones. Respecto a las consecuencias para la organización, se puede incluir el ausentismo laboral, aumento de, incluso la incapacidad laboral, lo que genera para la empresa problemas de planificación, logística y de personal. Por consiguiente, es evidente el gran costo humano y económico que el estrés genera en el ámbito laboral del individuo.

Por su parte, Oviedo, Sacanambuy, Matabanchoy y Zambrano (2016) encontraron que 54% de los conductores de transporte público de la ciudad de Pasto (Colombia) padecían un mayor nivel de cansancio o aburrimiento, 37.6% se enfadaba con facilidad, y 81.2% consideraba que su trabajo los dejaba agotados. Asimismo, dichos conductores afirmaron que sus actividades y sus turnos laborales les ocasionaban un desgaste físico y emocional en el largo plazo, lo que podría tener consecuencias negativas en sus relaciones personales y su salud física y mental.

Una de las consecuencias derivadas del estrés en conductores es el síndrome de *burnout*, entendido como el resultado del estrés crónico típico de la cotidianidad del trabajo, especialmente cuando hay excesiva presión, conflictos, escasas recompensas emocionales y reconocimientos (Carlotto, Goncalves y Brazil, 2009). En un estudio efectuado con conductores de transporte público de la ciudad de Arequipa (Perú), se encontró que 78.7% de estos mostraba niveles altos de agotamiento emocional, y 54.3% de ellos un nivel se-



vero del síndrome de burnout (Arias, Mendoza y Masías, 2013). Este hallazgo reafirma que los conductores que laboran varias horas al día haciendo una actividad rutinaria como conducir pueden sufrir agotamiento físico y mental. En contraste con otros trabajadores, se encontró que mientras que 13% de las enfermeras, 6.6% de los profesores y 53% de los policías manifestaban síntomas severos, los conductores de vehículos se ubicaron como el grupo laboral de mayor riesgo, con un total de 54.3% (Arias y Muñoz, 2016).

Teniendo en cuenta los planteamientos previos, se considera que el transporte público es un servicio fundamental para la sociedad; sin embargo, no se cuenta con información suficiente sobre el nivel de riesgo efectivo de estrés en este sector, lo que motivó la realización de este estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y con diseño transversal, cuyo fin fue describir el nivel de riesgo de estrés en los conductores de transporte público de la ciudad de Pasto (Colombia).

El aporte de la presente investigación al campo del conocimiento tiene que ver con la necesidad que hay de describir los niveles de estrés en un sector de la población que por sus condiciones laborales y contextuales requiere de un minucioso análisis y reflexión para brindarle herramientas que permitan el desarrollo de más investigaciones y de programas de intervención para mejorar su salud mental y calidad de vida.

## MÉTODO

### Participantes

La población estuvo conformada por 479 conductores de una empresa de Transporte Público en San Juan de Pasto (Colombia), donde se realizó un muestreo voluntario (Scharager y Armijo, 2001) de 367 colaboradores, que desearon participar de la investigación, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: estar vinculado laboralmente a la empresa; cumplir con toda la jornada laboral, y aceptar la convocatoria de participación en la investigación. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: ser trabajadores recientes (últimos seis meses) o que se encontrasen suspendidos tem-

poralmente. De los posibles participantes, 112 conductores (23.3%) no respondieron el instrumento debido a que no aceptaron participar en la convocatoria.

### Instrumentos

*Cuestionario para la Evaluación del Estrés* (Villalobos, 2010).

Validado por la Pontificia Universidad Javeriana para el Ministerio de la Protección Social (Colombia), su objetivo es describir el nivel de riesgo de estrés en los trabajadores. En la prueba original, dicho cuestionario arrojó una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.889. Asimismo, los estudios de validación de la segunda y tercera versión del cuestionario se llevaron a cabo con trabajadores pertenecientes a las seis regiones del país (Andina, Amazonia, Caribe, Insular, Orinoquía y Pacífico) y en los cuatro grandes sectores económicos que agrupan las actividades de las empresas en Colombia: servicios, industria, comercio y agrícola (Villalobos, 2010).

El Cuestionario para la Evaluación del Estrés consta de 31 ítems (Anexo 1), que se califican en una escala Likert, y su aplicación toma un promedio de siete minutos de duración. Dicho instrumento debe aplicarse a trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales en Colombia, de todas las ocupaciones, sectores económicos y regiones del país. Según su autor, la puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de estrés; así, muy bajo (0.0-6.5): ausencia de síntomas de estrés; bajo (6.6-11.8): poca frecuencia de señales; Medio (11.9-17.0): la presentación de síntomas es indicativa de una respuesta de estrés moderada; Alto (17.1-23.4): la frecuencia de presentación de síntomas es indicativa de una respuesta de estrés alto, y Muy alto (23.5-100): exhiben la mayoría de síntomas y su frecuencia de presentación es indicativa de una respuesta de estrés severa y perjudicial para la salud (Villalobos, 2010).

### Procedimiento

Para efectuar el presente estudio se solicitó la autorización de los directivos del Sistema Estraté-



gico de Transporte Público de la ciudad de Pasto. Inicialmente, se llevó a cabo una sensibilización al grupo participante sobre la importancia del estudio y la absoluta reserva de la información; para ello, se obtuvo el consentimiento informado por escrito que garantizara el anonimato, la confidencialidad y la participación libre e informada en el proceso de investigación.

Después de realizar la aplicación del Cuestionario para la Evaluación de Estrés a la muestra de participantes, se tabularon los datos en el programa Excel y se exportaron al programa estadístico IBM SPSS Statics (versión 25.0) para el análisis de la información. Finalmente, se socializaron los resultados encontrados en la empresa y se entregó el informe respectivo.

Es importante señalar que la investigación tuvo en cuenta la normatividad establecida en Colombia para el trabajo con seres humanos, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 de Colombia, artículo 11, apartado A. Según este artículo, se considera una investigación sin riesgo debido a que no se practica ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los trabajadores participantes (Ministerio de Salud de Colombia, 1993). Asimismo, el estudio se desarrolló bajo la normatividad del Código Deontológico y Bioético del Psicólogo (Congreso de la República de Colombia, 2006) y se estipulan los principios éticos de justicia, respeto por la autonomía, beneficencia y no maleficencia que permiten salvaguardar los derechos y bienestar de los trabajadores.

## RESULTADOS

### Perfiles sociodemográficos

Los datos sociodemográficos indican que 99.5% (n = 366) de los participantes de la muestra fueron hombres y solo 0.5 % (n = 1) mujeres. El rango de edad de los conductores osciló entre 18 y 65 años, siendo la edad promedio de 38.68. En cuanto a su escolaridad, 37.9% (n = 139) tenía educación primaria completa; 4% (n = 16) no había culminado ese nivel; 32.2% (n = 118) había completado la educación secundaria y media; 22.9% (n = 84) de los participantes no había finalizado la secundaria, y 2.7% (n = 10) contaba con educación técnica y tecnológica.

Respecto a su estado civil, 18% (n = 66) eran solteros, 39% (n = 143) casados, 41.1% (n = 151) vivían en unión libre, y 1.9% (n = 7) se habían divorciado.

### Nivel de riesgo de estrés

En relación al total de la aplicación del cuestionario, 12% (n = 44) de los conductores exhibían un nivel de riesgo muy bajo; 12.3% (n = 45), riesgo bajo; 17.2% (n = 63), riesgo medio; 18.8% (n = 69), riesgo alto, y 39.8% (n = 146) riesgo muy alto.

En la Tabla 1 se muestra que la mayor cantidad de casos con un nivel de riesgo de estrés muy alto y alto se hallaron en el rango de edades de 25 a 39 años, con un porcentaje de 27.4% (n = 101).

**Tabla 1.** Nivel de riesgo de estrés y edad.

		Edad				Total
		18-24 años	25-39 años	40-49 años	50 años y +	
Nivel de riesgo	Muy bajo	3 (0.8%)	21 (5.7%)	12 (3.2%)	8 (2.2%)	44 (11.9%)
	Bajo	1(0.25%)	22 (5.9%)	11 (3%)	11 (3%)	45 (12.2%)
	Medio	5 (1.3%)	30 (8.1%)	20 (5.4%)	8 (2.2%)	63 (17.1%)
	Alto	5 (1.3%)	31 (8.4%)	20 (5.4%)	13 (3.5%)	69 (18.8%)
	Muy alto	11(3%)	70 (19%)	47 (12.8%)	18 (4.9%)	146 (39.7%)
Total		25 (6.8%)	174 (47.4%)	110 (29.9%)	58 (15.8%)	367 (100%)

*Nota.* De acuerdo a Mansilla (2000), la clasificación de la edad es como sigue: de 10 a 24 años: jóvenes; de 25 a 39 años: adultos primarios; de 40 a 49 años: adultos intermedios, y de 50 en adelante: adultos tardíos.

La Tabla 2 indica que la mayor cantidad de casos con un nivel de riesgo de estrés alto y muy alto dijeron no haber concluido la secundaria, seguidos

por aquellos que no completaron la primaria, con un porcentaje de 42.5%.

**Tabla 2.** Nivel de riesgo de estrés y escolaridad (n = 157).

		Escolaridad					Total
		Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnicos y tecnólogos	
Nivel de riesgo	Muy bajo	18 (4.9%)	2 (0.5%)	12 (3.2%)	10 (2.7%)	2 (0.5%)	44 (11.9%)
	Bajo	20 (5.4%)	5 (1.3%)	9 (2.4%)	9 (2.4%)	2 (0.5%)	45 (12.2%)
	Medio	26 (7.1%)	1 (0.25%)	15 (4%)	18 (4.9%)	3 (0.8%)	63 (17.1%)
	Alto	26 (7.1%)	5 (1.3%)	26 (7.1%)	12 (3.2%)	0 (0.0%)	69 (18.8%)
	Muy alto	49 (13.1%)	3 (0.8%)	56 (15.2%)	35 (9.5%)	3 (0.8%)	146 (39.7%)
<b>Total</b>		<b>139 (37.8%)</b>	<b>16 (4.3%)</b>	<b>118 (32.1%)</b>	<b>84 (22.8%)</b>	<b>10 (2.7%)</b>	<b>367 (100%)</b>

En la Tabla 3 se aprecia que la mayor cantidad de casos con un nivel de riesgo de estrés alto y muy alto fueron quienes vivían en unión libre, segui-

dos por los casados, con un porcentaje de 46.1% (n = 170).

**Tabla 3.** Nivel de riesgo y estado civil.

		Estado civil				Total
		Solteros	Casados	Unión libre	Divorciados	
Nivel de riesgo	Muy bajo	6 (1.6%)	20 (5.4%)	16 (4.3%)	2 (0.5%)	44 (11.9%)
	Bajo	4 (1%)	18 (4.9%)	21 (5.7%)	2 (0.5%)	45 (12.2%)
	Medio	12 (3.2%)	23 (6.2%)	26 (7%)	2 (0.5%)	63 (17.1%)
	Alto	12 (3.2%)	26 (7%)	31 (8.4%)	0 (0.0%)	69 (18.8%)
	Muy alto	32 (8.7%)	56 (15.2%)	57 (15.5%)	1 (0.25%)	146 (39.7%)
<b>Total</b>		<b>66 (17.9%)</b>	<b>143 (38.9%)</b>	<b>151 (41.1%)</b>	<b>7 (1.9%)</b>	<b>367 (100%)</b>

## DISCUSIÓN

A partir de la aplicación del Cuestionario para la Evaluación del Estrés en la muestra se revelaron síntomas de reacciones de estrés en lo fisiológico, el comportamiento social, las actividades intelectuales y laborales y el comportamiento psicoemocional; además, se tuvo en cuenta el nivel de riesgo de estrés en algunos factores psicosociales individuales, como los datos sociodemográficos de edad, nivel académico y estado civil de los participantes, información que la Resolución 2646 del Ministerio de Protección Social en Colombia (2008) reglamenta actualizar anualmente y discriminar de acuerdo al número de trabajadores.

En el presente estudio, el estrés se definió como un conjunto de reacciones fisiológicas, psi-

cológicas y conductuales que se originan cuando el trabajador intenta adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intra y extralaborales, para las que su capacidad de afrontamiento es insuficiente, lo que provoca un desbalance que altera su bienestar y salud (Díaz, 2011). Así, en los conductores se identificó que más de la mitad de ellos (58.6%) mostraban síntomas altos y muy altos de reacciones de estrés.

Por lo anterior, es importante identificar los posibles factores de riesgo psicosocial intra y extralaboral que pudieran tener alguna relación con los efectos reportados, teniendo en cuenta las condiciones de salud, la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, las estadísticas de morbilidad y mortalidad por accidentes de trán-

sito, lesiones, discapacidad, enfermedad profesional, enfermedad común, ausentismo, rotación de personal y rendimiento laboral, entre otros. Tal información permitirá garantizar una evaluación integral y, por lo tanto, una intervención pertinente y ajustada a las necesidades del trabajador a fin de incidir de manera positiva en el bienestar y la salud física y mental de los conductores de vehículos (Biçaksiz y Özkan, 2016; Charlton y Starkey, 2011; Goniewicz, Goniewicz, Pawłowski y Fiedor, 2016; Ivers, Brown, Norton y Stevenson, 2016; Villalobos, 2010).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2002), los conductores de transporte público se encuentran catalogados en el nivel IV de riesgo, lo que supone que su profesión implica un riesgo máximo. En este sentido, Boinilla y Gafaro (2017) plantean que los riesgos de tipo psicosocial asociados a conducción son el estrés, la ansiedad, la depresión y la insatisfacción con las condiciones laborales. Adicionalmente, el ritmo de vida de conductores los expone a una serie de agentes estresantes, lo que puede ocasionar en ellos un estrés agudo o crónico relacionados con el trabajo (Silva, Lefio, Marchetti y Benoit, 2014; Useche, Ortiz y Cendales, 2017).

Investigaciones sobre la salud en trabajadores del transporte, y en particular del estrés, indican que ciertas condiciones de trabajo, como el tráfico vehicular, las condiciones climáticas, la contaminación del aire, la continua exposición a ruidos y vibraciones, un horario riguroso o cambiante, las horas en que se mantiene la misma postura corporal, los conflictos con los usuarios y los diversos problemas del sistema de transporte aumentan significativamente el nivel de estrés y afectan la salud de los conductores (Roohi y Hayee, 2010; Gonzales *et al.*, 2013; Oviedo *et al.*, 2016). Ya Córdoba y Moreno (2013) habían enlistado algunos desencadenantes de estrés en estos trabajadores: el trabajo en solitario, la falta de participación, las horas de trabajo irregulares, la violencia, la agresión por parte de los usuarios y la presión continua, y además que están más afectados por el estrés laboral en comparación con otros trabajadores.

Respecto al rango de edad, este trabajo mostró que la mayor cantidad de casos con un nivel de riesgo de estrés muy alto y alto se encuentran en-

tre los 25 y 39 años, es decir, que los conductores ubicados en ese rango de edad (adultos jóvenes y adultos) padecen un mayor estrés que los demás grupos etarios. No es posible inferir que las variables de edad y estrés estén directamente relacionadas; sin embargo, dos estudios brindan algunas conclusiones al respecto. Así, Gulian, Glendon, Matthews, Davies y Debney (1990) encontraron que un factor que parece contribuir a la manifestación de estrés en conductores es la edad puesto que, a diferencia de los conductores mayores, los conductores jóvenes (hasta de 35 años) evidenciaban mayores niveles de estrés diario; Zamora y Mite (2017), a su vez, apuntan que hay cuatro veces más posibilidades de que los adultos jóvenes padezcan estrés.

En relación al rango de edad en el cual se halla un mayor nivel de estrés, Gulian, Glendon, Matthews, Davies y Debney (1988) afirman que los conductores jóvenes manifiestan estar más irritados y enfadados en situaciones de imposibilidad o impedimento (por ejemplo el tráfico), y que frecuentemente recurren a estrategias de afrontamiento no eficientes mientras conducen (como agresividad); como resultado, los conductores jóvenes conducen de manera inadecuada cuando están irritados, por lo cual manifiestan respuestas de ansiedad al adelantar a otros vehículos y consideran difícil mantener el control de sí mismos, especialmente en las horas pico. No obstante, dada la posible influencia existente entre la edad y la experiencia en la conducción, es conveniente subrayar la importancia de su efecto combinado en la manifestación de estrés en el conductor.

Desde la perspectiva de Hoyos (1988), la habilidad del conductor para percibir los factores de riesgo mejora con el aumento del conocimiento y la experiencia, lo cual reduce la percepción de estrés en la conducción al aumentar el control percibido. Por esta razón, es posible que los conductores jóvenes subestimen ciertos riesgos en la conducción y sobreestimen sus habilidades como conductores, lo que hace posible inferir que la inexperiencia en la conducción implica mayores reacciones de estrés en los trabajadores (Groeger y Brown, 1989).

Ponce (2009) afirma que los conductores que tienen más edad, más tiempo de experiencia en la conducción y que son casados presentan una ma-

yor serenidad y prudencia al volante. Lo anteriormente planteado difiere en alguna medida de los resultados obtenidos en esta investigación debido a que la mayor cantidad de casos con un nivel de riesgo de estrés muy alto y alto se hallaron en los participantes de menor edad y en unión libre, seguidos de los casados. No obstante, Scholtão y De Souza (2014) evaluaron en un estudio las condiciones laborales de 321 taxistas, encontrando, en cuanto a los aspectos psicosociales, que había una marcada influencia en el hecho de convivir con más de cuatro personas en el hogar; en efecto, sus resultados indican que los taxistas casados y con hijos y que viven con dos o más personas en su hogar tienden a tener mayores gastos para el cuidado de la familia; por ende, para lograr satisfacer tales demandas es probable que aumenten su jornada de trabajo, lo que los hace más vulnerables a ser afectados por los síntomas relacionados con el estrés.

Asimismo, Bonilla y Gafaro (2017) indican que, en relación al estado civil de los conductores, los solteros y los que se encuentran en unión libre tienden a manifestar más estrés que los conductores casados.

Respecto al nivel de escolaridad, Bonilla y Gafaro (2017) afirman que, a diferencia de los conductores que tienen educación superior o técnica, los que solamente cuentan con educación básica manifiestan más psicopatologías relacionadas con el estrés, lo que es coincidente con los resultados del presente estudio. En este orden de ideas, Acuña (2012) halló que las personas con educación básica o media tendían a manifestar más estrés que quienes tenían educación superior. De la misma manera, el estudio realizado por Miller y Rahe (1997) reporta que las personas con una educación básica tienden en mayor grado a evaluar algunos eventos estresantes como más severos que aquellos con educación superior.

Es posible que el motivo por el que las personas con menos educación juzguen algunos eventos como más dañinos es porque normalmente poseen menos recursos económicos que aquellos con educación superior. Se ha identificado que, en comparación con las personas de clase social alta, los individuos de clase social baja reportan haber experimentado un número mayor de eventos estresan-

tes y no contar con los recursos suficientes para afrontar tales situaciones (Palomar, 2008). De igual manera, Hernández, Sánchez y Navarro (2009) apuntan que la posible razón por la que quienes tienen una mayor escolaridad exhiban un menor nivel de estrés es porque tienen mayores ingresos, o bien porque probablemente tuvieron que afrontar eventos estresantes más frecuentes a lo largo de su vida laboral, lo que les dio la oportunidad de encontrar más estrategias efectivas para superarlos. Así, es probable que la falta de conocimientos para afrontar el estrés influya en los efectos que tienen los eventos vitales en la vida del ser humano (Acuña, 2012).

En conclusión, los resultados de este trabajo denotan la realidad de solamente una muestra de participantes, por lo que no es posible generalizarlos a otras poblaciones y contextos; sin embargo, sirven de referente para los profesionales interesados en trabajar con la población de conductores de transporte público.

Como ya se ha dicho líneas atrás, el estrés es un fenómeno complejo y multicausal que afecta significativamente la salud y la calidad de vida de los conductores, por lo que se requiere un abordaje integral e intersectorial con un enfoque multidimensional debido a su naturaleza intrínseca y extrínseca.

Al hallarse que el rango de edad que exhibe el mayor nivel de riesgo frente al estrés está entre los 25 y 39 años, se podría proponer como una hipótesis que este grupo de personas (adultos jóvenes) no solo enfrentan estresores laborales, sino además otros desafíos por las características de su ciclo vital, como la búsqueda de independencia familiar, la estabilidad económica y laboral o la crianza de hijos pequeños y adolescentes, lo que implica un mayor desgaste para su afrontamiento. Es también posible que tal población experimente niveles más elevados de estrés dada la dificultad que puede tener para la gestión de emociones como la frustración, la ansiedad o el enojo, en comparación con las personas mayores, quienes, habida cuenta de su experiencia y maduración neurocognitiva, probablemente posean procesos más eficaces de autorregulación emocional.

Teniendo en cuenta el estado civil, se observó que los trabajadores casados o que viven en unión



libre sufren mayores niveles de estrés, lo que tal vez pueda explicarse por los desafíos que implica el hecho de tener responsabilidades adicionales al trabajo, como atender a una familia, responder económicamente por ella, y en este caso, dadas las extensas jornadas laborales, carecer del tiempo suficiente para compartirlo con sus parejas e hijos, lo que aumenta quizás el riesgo de conflictos e insatisfacción general.

A partir de los resultados de los estudios revisados, se sugiere que en futuras investigaciones se consideren aquellas variables culturales y socioeconómicas de los conductores que también pue-

den tener cierta influencia en la aparición de estrés según el estado civil.

Por último, en la intervención de los factores de riesgo psicosocial debe primar un enfoque interdisciplinario, teniendo presente la realidad histórica de la empresa, su cultura y clima organizacional, a partir de medidas preventivas como la formulación de políticas, protocolos, manuales, programas de sensibilización y capacitación, además de un seguimiento y vigilancia periódica, así como de medidas correctivas mediante acciones de intervención y control de los factores de riesgo psicosociales identificados como prioritarios.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño por establecer el convenio del proyecto de práctica profesional denominado “Fortalecimiento del Área de Gestión de Talento Humano”, así como a la empresa de transporte público por facilitar el espacio y los recursos para el desarrollo de los procesos llevados a cabo, específicamente el diagnóstico e intervención sobre nivel de estrés en conductores. De igual manera, expresan su gratitud a los conductores que forman parte de la organización por su participación activa en el proceso.

*Citación:* Narváez C., A.D., Basante P., Y.M., Zambrano G., C.A., Hernández N., E.L. y Salas I., M.E. (2022). Nivel de riesgo de estrés en conductores del sector transporte público. *Psicología y Salud*, 32(2), 351-362. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2755>.

## REFERENCIAS


- Acuña, L. (2012). Gravedad de eventos vitales estresantes en función de la ocupación, estado civil y nivel de escolaridad de personas adultas. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(2), 283-295.
- Álvarez, M., Murcia, B. y Urieles, L. (2010). *Identificación de los factores de riesgo psicosocial causantes de estrés laboral en los conductores de transporte urbano afiliados a la Cooperativa COOTRANSURB de la ciudad de Cartagena, para proponer estrategias de intervención al área de Salud Ocupacional y RR.HH.* Tesis inédita de especialización. Cartagena (Colombia): Universidad Tecnológica de Bolívar.
- Arias, W., Mendoza, L. y Masías, M.A. (2013). Síndrome de burnout en conductores de transporte público de la ciudad de Arequipa. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(2), 11. Recuperado de [https://pdfs.semanticscholar.org/f3a5/c12eea92fff44ad2d2404259caad758ed563.pdf?\\_ga=2.33196215.820968355.1583607077-645959802.1572995919](https://pdfs.semanticscholar.org/f3a5/c12eea92fff44ad2d2404259caad758ed563.pdf?_ga=2.33196215.820968355.1583607077-645959802.1572995919).
- Arias, W.L. y Muñoz, A. (2016). Síndrome de burnout en enfermeras de los hospitales de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 1-19. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2016/csp164j.pdf>.
- Biçaksız, P. y Özkan, T. (2016). Impulsivity and driver behaviors, offences and accident involvement: A systematic review. *Transportation Research, Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. Doi: 10.1016/j.trf.2015.06.001.
- Bittar, M.C. (2008) *Investigación sobre “Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios”*. Recuperado de [http://www.uib.es/catedra\\_iberoamericana/investigaciones/documentos/bittar/bittar](http://www.uib.es/catedra_iberoamericana/investigaciones/documentos/bittar/bittar).
- Bonilla, L. y Gafaro, A. (2017). Condiciones laborales y riesgos psicosociales en conductores de transporte público. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 18(2), 45-56. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2017/cst172h.pdf>.
- Carlotto, M., Goncalves, S. y Brazil, A. (2009). Predictores del síndrome de burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas*, 1(2), 195-204.



- Chaparro, P. y Guerrero, J. (2001). Condiciones de trabajo y salud en conductores de una empresa de transporte público urbano en Bogotá, D.C. *Revista de Salud Pública*, 3(2), 171-187.
- Charlton, S. y Starkey, N. (2011). Driving without awareness: the effects of practice and automaticity on attention and driving. *Transport Research, Part F: Traffic Psychology & Behaviour*, 14(6), 456-471. Doi: 10.1016/j.trf.2011.04.010.
- Congreso de la República de Colombia (2006). Ley 1090. Código Deontológico y Bioético del Psicólogo. *Diario Oficial Núm. 46.383* de 6 de septiembre. Recuperado de <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.
- Córdoba C. y Moreno, M. (2013). Instrumento para evaluar variables psicológicas y laborales en conductores de autobuses. *Reflexiones*, 92, 109-122.
- Díaz, D. (2011). Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 80-84.
- Goniewicz, K., Goniewicz, M., Pawłowski, W. y Fiedor, P. (2016). Road accident rates: strategies and programmes for improving road traffic safety. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 42(4), 433-438. Doi: 10.1007/s00068-015-0544-6. 10.1007/s00068-015-0544-6.
- Gonzales, M., Landero, R., Maruris, M., Cortés, P., Vega, R. y Godínez, F. (2013) Estrés cotidiano en trabajadores del volante. *Summa Psicológica*, 10(1), 85-90.
- Groeger, J.A. y Brown, I.D. (1989) Assessing one's own and other's driving ability: influence of sex, age and experience. *Accident Analysis and Prevention*, 21, 155-168. Doi: 10.1016/0001-4575(89)90083-3.
- Gulian, E., Glendon, A., Matthews, G., Davies, D. y Debney, L. (1988) Exploration of driver stress using self-reported data. *Rev. Psychology*, 1(1) 342-347. Doi: 10.4236/psych.2010.11006.
- Gulian, E., Glendon, A., Matthews, G., Davies, D. y Debney, L. (1990) The stress of driving: A diary study. *Revista Internacional de Trabajo, Salud y Organizaciones*, 4(1), 7-16. Doi: 10.1080/02678379008256960.
- Hernández, Z.E., Sánchez, Y.E., y Navarro, A.M. (2009) Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad Resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12) 13-28.
- Hoyos, C.G. (1988). Mental load and risk in traffic behaviour. *Ergonomics*, 31(4) 571-584. Doi: 10.1080/00140138808966700.
- Ivers, R., Brown, K., Norton, R. y Stevenson, M. (2016). Road traffic injuries. *International Encyclopedia of Public Health*. Doi: 10.1016/B978-0-12-803678-5.00391-X.
- Lago D., P. y Sandoval, A. (2018). *Análisis de la relación existente entre la conducción de un vehículo de transporte público y la aparición de estrés, ansiedad y el síndrome burnout en sus conductores: una revisión sistemática de literatura*. Tesis inédita de pregrado. Santa Marta, Colombia: Universidad Cooperativa.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lima, C. y Juárez, A. (2008). Estresores laborales en conductores de transporte público colectivo en el Estado de Morelos, México. *Ciencia y Trabajo*, 10(30), 126-131.
- Mansilla, M.E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. Doi: 10.15381/rinvp.v3i2.4999.
- Miller, M.A. y Rahe, R.H. (1997) Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 279-292. Doi: 10.1016/S0022-3999(97)00118-9.
- Ministerio de Protección Social de Colombia (2002). *Decreto 21607*. Bogotá: Autor. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201607%20DE%202002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201607%20DE%202002.pdf).
- Ministerio de Protección Social en Colombia (2008). *Resolución 2646 de 2008*. Bogotá: Autor. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion\\_minproteccion\\_2646\\_2008.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_2646_2008.htm).
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución 8430*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Chile (2011). *Fortalecimiento de la capacidad fiscalizadora y mejoramiento de la atención a usuarios*. Santiago de Chile: Autor. Recuperado de [www.dt.gob.cl/1601/articles86559\\_recurso\\_1.pdf](http://www.dt.gob.cl/1601/articles86559_recurso_1.pdf).
- Muñoz, D. y Moncayo, J. (2013). *Factores de riesgo psicosocial intralaboral y niveles de estrés existentes en los trabajadores de la caja de compensación familiar de Nariño*. Tesis inédita de especialización. Pasto (Colombia): Universidad de Nariño.
- Oviedo, V., Sacanambuy, J., Matabanchoy, S. y Zambrano, C. (2016). Percepción de conductores de transporte público sobre calidad de vida laboral. *Universidad y Salud*, 18(3), 432-446. Doi: 10.22267/rus.161803.49.
- Palomar L., J. (2008). Poverty, stressful life events, and coping strategies. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 228-249. Doi: 10.1017/S1138741600004273.
- Ponce, C. (2009) Estudios sobre algunas variables del llamado “factor humano” que juegan un papel importante en los accidentes de tránsito en Lima. *Revista de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega*, 1(1), 15-29.
- Posada, E.J. (2011). La relación trabajo-estrés laboral en los colombianos. *Revista CES Salud Pública*, 2(1), 66-73.
- Roohi, N. y Hayee, S. (2010). Work stress related physiological responses in professional bus drivers. *Acta Physiologica Hungarica*, 97(4), 408-416. Doi: 10.1556/aphysiol.97.2010.4.10.

- Salazar, S. y Pereda, E. (2010). Síndrome de burnout y patrones de comportamiento ante el tráfico en conductores [versión electrónica]. *Revista de Psicología de la UCV*, 12, 141-169. Recuperado de [https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Rev\\_psicologia\\_cv/v12\\_2010/pdf/a07.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Rev_psicologia_cv/v12_2010/pdf/a07.pdf).
- Scharager, J y Armijo, I. (2001). *Metodología de la investigación para las ciencias sociales [CD-ROM]: Versión 1.0*. Santiago: Escuela de Psicología, SECICO Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Scholtão, J. y De Souza, O. (2014). Síntomas osteomusculares em taxistas de Rio Branco, Acre: prevalência e fatores associados. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(4), 401-408. Doi: 10.1590/1414-462X201400040014.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Malestar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, H., Lefio, A., Marchetti, N. y Benoit, P. (2014) Riesgos psicosociales en conductores de transporte de carga y pasajeros urbanos e interurbanos y su asociación con la autopercepción de salud y siniestralidad laboral. *Ciencia y Trabajo*, 50, 67-74. Doi: 10.4067/s0718-24492014000200002.
- Useche, S.A., Ortiz, V.G. y Cendales, B.E. (2017). Stress-related psychosocial factors at work, fatigue, and risky driving behavior in bus rapid transport (BRT) drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 104, 106-114. Doi: 10.1016/j.aap.2017.04.023.
- Villalobos F., G.H. (2010). *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2019/08/bateria-instrumento-evaluacion-factores-riesgo-psicosocial.pdf>.
- Zamora, A. y Mite, W. (2017). *El estrés laboral: su prevalencia y factores asociados en conductores de la Compañía de Transporte Escolar e Institucional ESTURIS S.A. ubicada en la ciudad de Cuenca*. Tesis inédita de Maestría. Cuenca (Ecuador): Universidad del Azuay.

## Anexo 1. Cuestionario para la Evaluación del Estrés (tercera versión).



**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS – TERCERA VERSIÓN**

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

Malestares	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1. Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular.				
2. Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.				
3. Problemas respiratorios.				
4. Dolor de cabeza.				
5. Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.				
6. Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.				
7. Cambios fuertes del apetito.				
8. Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).				
9. Dificultad en las relaciones familiares.				
10. Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.				
11. Dificultad en las relaciones con otras personas.				
12. Sensación de aislamiento y desinterés.				
13. Sentimiento de sobrecarga de trabajo.				
14. Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.				
15. Aumento en el número de accidentes de trabajo.				
16. Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida.				
17. Cansancio, tedio o desgano.				
18. Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad.				
19. Deseo de no asistir al trabajo.				
20. Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace.				
21. Dificultad para tomar decisiones.				
22. Deseo de cambiar de empleo.				
23. Sentimiento de soledad y miedo.				
24. Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos.				
25. Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza.				
26. Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios.				
27. Sentimientos de que "no vale nada", o "no sirve para nada".				
28. Consumo de bebidas alcohólicas o café o cigarrillo.				
29. Sentimiento de que está perdiendo la razón.				
30. Comportamientos rígidos, obstinación o terquedad.				
31. Sensación de no poder manejar los problemas de la vida.				

# Empleabilidad y competencias socioemocionales en estudiantes de Administración

## *Employability and socio-emotional competencies in Business students*

Norma Betanzos Díaz<sup>1</sup>, Víctor Manuel Altamira Solís<sup>1</sup>  
y Francisco Paz Rodríguez<sup>2</sup>

Universidad Autónoma del Estado de Morelos<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Francisco Paz Rodríguez, [fpaz@innn.edu.mx](mailto:fpaz@innn.edu.mx).

### RESUMEN

La empleabilidad refleja la capacidad de un individuo para encontrar, retener y moverse entre empleos en caso de necesidad. Su abordaje se ha realizado considerándola como un elemento social o como uno organizacional e individual, siendo este último el que se ha preferido en la psicología organizacional. El objetivo de este trabajo fue describir la relación entre las competencias socioemocionales y la empleabilidad en estudiantes de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática a fin de determinar si las competencias socioemocionales están relacionadas con la autopercepción de empleabilidad, y si ello les hace posible tener y cumplir trabajos para ellos, o bien crearlos, a pesar de las condiciones de empleo prevalentes en el país; a ese efecto, se evaluó a 220 estudiantes, a quienes se aplicó una escala de competencias socioemocionales y un cuestionario sobre empleabilidad, los cuales mostraron tener una adecuada confiabilidad. Se observó que la autoeficacia en la búsqueda de empleo, el compromiso, la deseabilidad social y el afrontamiento de la frustración predicen las competencias socioemocionales de los estudiantes.

**Palabras clave:** Competencias socioemocionales; Empleabilidad; Inserción laboral; Administradores; Estudiantes universitarios; Recursos psicológicos.

### ABSTRACT

Background. *Employability reflects the ability of an individual to find, retain and move between jobs in case of need. These abilities are usually approached, including social, organizational, and individual aspects, the latter frequently preferred in the organizational psychology research literature.* Objective. *The present study aimed at describing the relationship between socio-emotional competencies and employability. More specifically, we sought to determine if socio-emotional competencies relate to self-perception of employability. An additional research question was whether such perception allows them to fulfill, find or create work for them, despite the prevailing employment conditions in Mexico.* Method. *Participants were students of a School of Accounting, Administration, and Computer Science. Two hundred twenty students responded to a socio-emotional competencies scale and a questionnaire on employability through questionnaires with adequate reliability.* Results/discussion. *The present findings suggest that job-search perceived self-efficacy,*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Avenida Universidad 1001, Chamilpa, 62209 Cuernavaca, Mor., México.

<sup>2</sup> Laboratorio de Neuropsicología Clínica, Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, 14269 Ciudad de México, tel. (55)55-28-78-78.





*commitment, social desirability, and coping with frustration probably act as predictors of students' socio-emotional competencies.*

**Key words:** Socio-emotional competences; Employability; Labor insertion; Administrators; University students; Psychological resources.

Recibido: 23/10/2020

Aceptado: 06/07/2021

## EMPLEABILIDAD

Si en duda, la formación de estudiantes universitarios pretende que los egresados logren tener oportunidades profesionales que les permitan insertarse en el mercado laboral y desempeñarse en la carrera elegida. En la realidad, tal pretensión no se cumple en todos los casos, pues no todos los egresados —a pesar de tener una formación universitaria sólida— parecen reunir los requisitos que los empleadores marcan, de modo que quedan a la deriva sin saber qué es lo que les impide obtener un trabajo (Thoilliez, 2014). Se debe considerar que, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018), a diferencia de los adultos los jóvenes tienen muchas menos probabilidades de estar empleados al alcanzar una tasa mundial de desempleo de 13 por ciento, tres veces más elevada que la de los adultos, la cual es del 4.3. Ante esto, la respuesta que se ha dado a este problema es la *empleabilidad*, que se enfoca en desarrollar competencias en la persona que la hacen ser un mejor candidato para ocupar una vacante laboral.

La empleabilidad, pues, refleja las posibilidades que tienen los egresados de obtener un trabajo y enfrentar los cambiantes requisitos laborales (Bargsted, 2017; Van der Heijde y Van der Heijden, 2006). Depende de aprender continuamente, ser adaptable, efectuar cambios en la experiencia y tener la capacidad de adquirir habilidades a través de movimientos de carrera laterales y no solo ascendentes en los diversos contextos organizacionales (Scholarios *et al.*, 2008).

La empleabilidad es una de las prioridades que se están abordando en muchos países, entre ellos México (Aguilar y Mungaray, 2019; Simón y

Universidad del Papaloapan, 2020). El Organismo Internacional para la Juventud en Iberoamérica (OIJ), conformado por 21 países iberoamericanos, está impulsando la empleabilidad como una forma de cumplir con el derecho de los jóvenes al trabajo. En la Unión Europea, esa meta se estableció como una responsabilidad compartida entre el sistema educativo y la empresa, con documentos como el protocolo adicional del Tratado Internacional de Derechos de la Juventud (2016) (*cf.* Hernández, 2018), lo que muestra la importancia y actualidad de este tópico.

El término *empleabilidad* no es nuevo; surge a principios del siglo XX (Formichella y London, 2012) y atraviesa por diferentes etapas, desde calificarla como un apoyo a la economía bajo la responsabilidad del gobierno, para centrarse después en las capacidades personales para mejorar ingresos, brindar flexibilidad a las organizaciones y constituirse como un nuevo mecanismo del mercado que evalúa las posibilidades de una carrera (Future for Work Institute, 2017).

Se tiene una diversidad de definiciones de este concepto en virtud de los puntos de vista, orientaciones y áreas de estudio diferentes que lo han abordado (Bargsted, 2017). Así, la empleabilidad refleja la capacidad de un individuo para encontrar, retener un trabajo y moverse entre distintos empleos en caso de necesidad (Brown, Hesketh y Williams, 2003); es el resultado de los activos de un individuo, tales como habilidades, calificaciones y atributos personales (Hillage y Pollard, 1998); es la capacidad de la persona para “dirigir, guiar y cambiar la forma de su carrera de acuerdo con su elección personal” (Hind, 2005, p. 269); es “un conjunto de logros —habilidades, comprensiones y atributos personales— que hacen que los graduados tengan más probabilidades de obtener un empleo y tener éxito en las ocupaciones elegidas, lo que los beneficia, y también a la comunidad y la economía” (Yorke, 2006, p. 8).

La empleabilidad se ha abordado como un aspecto social, organizacional e individual, siendo este último el que se ha privilegiado en la psicología organizacional (Bargsted, 2017). Cuando se centra en el individuo tiene dos vertientes complementarias: como un constructo psicosocial que incorpora características individuales que requieren



disposición, proactividad, adaptabilidad activa y considerar el mercado laboral (Fugate, Kinicki y Ashforth, 2004) y como un constructo centrado en el desarrollo de competencias, entendidas como la ejecución de una serie completa de tareas diferentes en un cierto dominio ocupacional, desempeñadas satisfactoriamente y de manera integrada (Van der Heijde y Van der Heijden, 2006), incluyendo diferentes requerimientos culturales y ocupacionales (Billett, 2006), lo que hace a una persona competente para el trabajo. Sersić y Tomas (2014) apuntan que hay tres tipos de indicadores de empleabilidad: indicadores objetivos (edad, educación); empleabilidad percibida, la que predispone a los individuos a la empleabilidad, y diferencias individuales en competencias, valores, actitudes y conductas relacionadas con el trabajo.

### **Competencias socioemocionales y empleabilidad**

Las competencias emocionales son el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades, actitudes, valores y comportamientos necesarios para tomar conciencia, comprender, expresar y regular emociones apropiadamente (Bisquerra, 2020). Cobra importancia en la psicología organizacional con los trabajos de McClelland (1973) sobre la falta de efectividad de los tests de inteligencia para predecir el éxito en el trabajo, ya que conciben que la “inteligencia” carece de interés para la educación y la formación en las organizaciones debido a que se considera una característica que no puede modificarse en las personas, mientras que una competencia puede enseñarse. Si bien ser competente significa hacer algo bien, la inteligencia es una capacidad innata, inalterable a lo largo de la vida de las personas; por ello, lo que se puede aprender son las competencias emocionales (Bisquerra, 2020).

En el aspecto educativo, la formación por competencias surge a finales de los años 70 como respuesta a la desvinculación existente entre los escenarios laborales y la formación universitaria (Fernández, 2006), dado que los egresados no contaban con el dominio necesario para desempeñarse en los contextos laborales, y cuando tener un título profesional no garantizaba la capacidad de

resolver problemas relacionados con la profesión (Fernández, 2009).

Hoy día, las competencias tienen que ver con el trato con otros y han hecho la diferencia para conseguir y mantener un empleo, a lo que se suman las denominadas “competencias socioemocionales” (Goleman, 2001). También se les ha visto como la interrelación entre los aspectos del individuo y el entorno (Hochwarter, Witt, Treadway y Ferris, 2006). El que una persona ponga en práctica sus competencias socioemocionales en el trabajo propicia que le correspondan con reciprocidad (López y Reina, 2012). Bar-On, Brown, Kircaldy y Thomé (2000) señalan que aproximadamente dos tercios de las competencias relacionadas con un desempeño laboral superior son de carácter emocional o social. Por ello, en el mundo laboral se está aceptando cada vez más que la productividad depende de una fuerza de trabajo emocional y socialmente competente (López y Reina, 2012).

Según Bisquerra (2020), el concepto de competencias emocionales es más amplio que el de inteligencia emocional. Este último concepto agrupa dos grandes categorías: inteligencia emocional-capacidad (Mayer y Salovey, 1993; Salovey y Mayer, 1990) e inteligencia emocional-rasgo (Gutiérrez, Fernández y Cabello, 2017; Petrides, Sanchez, Siegling, Saklofske y Mavroveli, 2018). El citado autor afirma que aún no hay consenso para que sea un término de manejo frecuente debido a que existe una superposición en las definiciones de inteligencia, capacidad, competencia y habilidad, lo que propicia la confusión, además de que en ocasiones estos términos traducen de forma imprecisa del inglés.

Las competencias socioemocionales se refieren a habilidades que permiten la comprensión, la regulación, la utilización del afecto y la información afectiva (Giardini y Frese 2006), además de otros atributos del comportamiento habitual de las personas que hacen posible su adaptación a contextos de trabajo cambiantes (Gutiérrez *et al.*, 2017). Las competencias socioemocionales tienen relación con variables tales como el éxito académico (De Vos, De Hauw y Van der Heijden, 2011; Repetto, Pena y Lozano, 2010), un mejor afrontamiento de los sucesos vitales cotidianos (Pérez,

Guiu, Soldevila y Fondevila, 2013) y el bienestar (Filella, Pérez, Agulló y Oriol, 2014).

Repetto, Pena y Lozano (2007) proponen que las competencias emocionales y sociales susceptibles de modificación que deben poseer los jóvenes para facilitar su inserción laboral son la autoconciencia, la autorregulación emocional, la regulación interpersonal, la empatía, la motivación, la resolución de conflictos y el trabajo en equipo.

Las investigaciones sobre las competencias socioemocionales se han limitado a los perfiles relacionados con campos profesionales específicos y que precisen el tipo de habilidades y competencias desarrollados en cada uno, pero no sobre las diferencias y semejanzas con otros perfiles profesionales, y menos aún que traten sobre los efectos combinados de las dimensiones de los modelos de competencias socioemocionales ni su influencia en los comportamientos organizacionales (Castejón, Cantero y Pérez, 2008).

El estudio *Tendencias de empleabilidad en México 2018* (UTEL y OCC Mundial, 2018) indica que una de las carreras más solicitada en el primer semestre de ese año fue la de Administración, con 50,505 vacantes, en la que se exige como competencia el servicio al cliente, lo que tiene que ver con el desarrollo de competencias socioemocionales, considerando como fundamental la percepción de los estados emocionales del otro, además de la autorregulación emocional, y la empatía, principalmente.

Ser “empleable” supone contar con las competencias necesarias para cumplir, adquirir o crear un empleo; sin embargo, tales competencias se pueden desarrollar o perder en el tiempo debido a los cambios en la dinámica laboral (Froehlich, Beausaert, y Segers, 2015). Por ello, en el presente estudio se describe la relación entre el desarrollo de competencias socioemocionales y la empleabilidad en estudiantes de la carrera de Administración de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM); determinar si las competencias socioemocionales están relacionadas con la auto-percepción de empleabilidad, y si ello permite a los egresados cumplir, adquirir o crear trabajo, a pesar de las condiciones de empleo prevalecientes en México.

## MÉTODO

### Participantes

La población de estudiantes de la carrera de Administración de la UAEM que se hallaban al momento del estudio en 6°, 7°, 8° y 9° semestres de los turnos matutino y vespertino fue de 260 alumnos. La muestra, de tipo no probabilístico, se integró por 220 participantes.

### Descripción de la muestra

De los encuestados, 54% fueron mujeres; en cuanto a la edad, en 94.5% se ubicó entre 18 y 25 años, estando la mayoría de los alumnos en el turno matutino, con 71.3%; el promedio académico más representativo fue de 8 y 9, con 49.5%, y 59.1% no tenía una actividad laboral. Los demás datos relevantes se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características de los estudiantes encuestados de Administración (n = 220).

Variable	Categoría	Muestra N (%)
Sexo	Femenino	119 (54.1)
	Masculino	101 (45.9)
Edad	18 a 21 años	67 (30.5)
	22 a 25 años	141 (64.1)
	26 o más años	12 (5.5)
Estado civil	Soltero	200 (90.9)
	Casado/UL	20 (9.1)
Semestre	6° semestre	77 (35)
	7° semestre	61 (27.7)
	8° semestre	27 (12.3)
	9° semestre	55 (25)
Turno	Matutino	157 (71.4)
	Vespertino	63 (28.6)
Promedio	Hasta 7.9	32 (14.5)
	8 a 9	109 (49.5)
	9 a 10	79 (35.9)
Horas de estudio	Entre 1 y 3	203 (92.3)
	Entre 4 y 6	17 (7.7)
Trabaja	Sí	90 (40.9)
	No	130 (59.1)

## Instrumentos

Se elaboró un formato de variables sociodemográficas que incluía sexo, edad, turno, estado civil, semestre, promedio general, escolaridad de los padres, ingresos mensuales, personas con quienes vive, dependientes económicos, lugar de procedencia, número de horas dedicadas al estudio fuera de la escuela y, en su caso, trabajo (número de horas, puesto, antigüedad, prestaciones recibidas, búsqueda próxima de trabajo) y relación del mismo con la carrera cursada.

*Escala de Competencias Socioemocionales (ECSE)* (Repetto y Pena, 2010).

Este instrumento se aplicó para medir las competencias socioemocionales de los estudiantes. Dicha escala está constituida por 38 ítems divididos en siete dimensiones que evalúan las competencias de autoconciencia, autorregulación emocional, regulación interpersonal, empatía, motivación, resolución de conflictos y trabajo en equipo. Tales dimensiones cuentan con una fiabilidad, medida con el coeficiente de alfa de Cronbach, de 0.78, 0.60, 0.69, 0.75, 0.80, 0.48 y 0.80, respectivamente. Para responder el instrumento el alumno señala el grado en que se identifica con las afirmaciones en una escala Likert de cinco puntos que va de 1 (“Nada identificado”) a 5 (“Totalmente identificado”).

*Escala de Autoeficacia en el Trabajo* (Hernández, Ramos, Negrín, Ruiz y Hernández, 2011).

La Escala de Autoeficacia en el Trabajo consta de diez ítems, y los factores que considera son la autoeficacia laboral y el compromiso; posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72

*Escala de Autoeficacia para la Búsqueda de Empleo* (Hernández et al., 2011).

La escala de Autoeficacia para la Búsqueda de Empleo involucra tres factores: manejo de la información, afrontamiento a la frustración y planeación. La escala total cuenta con una confiabilidad de 0.79. El factor manejo de la información obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.73; el de afrontamiento a la frustración, 0.63, y el factor planeación, 0.74.

En ambos casos se emplea un conjunto de afirmaciones que se evalúan conforme a una escala Likert que va de 1 (“Nada identificado”) a 5 (“Muy identificado”).

*Escala de Expectativas de Control Percibido de Búsqueda de Empleo* (Gómez, Morejón y Palenzuela, 2016).

Además, se aplicó a los participantes esta escala de doce ítems, la cual se valora en una escala Likert de va de 1 (“En desacuerdo”) a 5 (“De acuerdo”). Dicho instrumento contiene cuatro factores: autoeficacia en la búsqueda de empleo, éxito en la búsqueda, locus de control externo y locus de control interno. Cuenta con un coeficiente de fiabilidad superior a .70.

*Versión corta de la Escala Crowne-Marlowe* (Crowne y Marlowe 1960).

También se valoró la deseabilidad social utilizando la versión corta de este instrumento, el cual muestra una fiabilidad de .83 (Gutiérrez, Sanz, Espinosa, Gesteira y García, 2016).

## Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron en las instalaciones de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos durante el horario escolar y con previo consentimiento de las autoridades de la facultad y de los docentes. Dependiendo la indicación de estos últimos, los alumnos participantes eran encuestados en su aula al inicio de la clase o 20 minutos antes. Una vez adentro del aula se les solicitaba su cooperación para realizar el estudio y después se daba lectura al formato de consentimiento informado. Una vez que aceptaban participar, los alumnos respondían los instrumentos y se aclaraban sus dudas en caso de haberlas, y al final se recolectaban los materiales para su análisis.

## Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante el SPSS, v. 22.0, y se verificó la normalidad de las puntuaciones de empleabilidad y competencias socioemocionales

obtenidas ( $p \geq .05$ ) mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se aplicó un análisis de frecuencias y porcentajes a las variables demográficas, y para determinar la fiabilidad de los instrumentos se utilizó el coeficiente Omega de McDonald (Ventura y Caycho, 2017) en cada una de las escalas aplicadas mediante el uso del programa Factor.10.9.02WIN64, así como el de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre los dominios de las escalas de competencias socioemocionales y de empleabilidad. Hecho lo anterior, mediante una regresión múltiple se analizaron los predictores de las competencias socioemocionales. Se utilizó el método apropiado para determinar un modelo básico de predictores, mismo que involucró las características demográficas de sexo, edad, horas de estudio, turno y trabajo, excluyéndose los predictores no significativos. Luego se introdujeron las variables de empleabilidad y deseabilidad social para producir un modelo final. Se crearon variables *dummy* como una forma de categorización de las variables nominales. Para el modelo re-

sultante se efectuó un diagnóstico de colinealidad, asumiéndose que no había un riesgo significativo de la misma entre las diferentes variables, según los valores de tolerancia y de factores de inflación de la varianza, si se obtenía un valor inferior a 10, y se observó el residual Durbin-Watson (cerca a 2) para asumir que no ocurría autocorrelación.

## RESULTADOS

### Escalas aplicadas

En lo referente a las escalas aplicadas, se pudo observar que presentan buenos valores de fiabilidad. Dimensiones como locus de control externo, afrontamiento de la frustración, empatía y autoeficacia laboral muestran una curtosis mayor a lo recomendado ( $-2, 2$ ), siendo de tipo leptocúrtica. Se incluyeron las dimensiones en los análisis restantes a fin de poder generalizar los resultados.

**Tabla 2.** Características de las competencias socioemocionales, empleabilidad y deseabilidad social en los participantes.

Escala	Dimensión	R	M	DS	Asimetría Et = 164	Curtosis Et = .327	$\omega$
Escala de Competencias Socioemocionales	Autoconocimiento emocional	1-5	3.80	.67	-.880	1.607	.795
	Autorregulación emocional	1-5	3.23	.68	-.041	-.072	.831
	Regulación interpersonal	1-5	3.49	.58	-.439	1.155	.806
	Empatía	1-5	3.83	.64	-1.331	3.143	.807
	Motivación	1-5	4.02	.62	-.557	.709	.776
	Resolución de conflictos	1-5	3.54	.55	-.209	.550	.820
	Trabajo en equipo	1-5	3.76	.67	-.662	1.438	.786
Empleabilidad	Autoeficacia laboral	1-5	4.68	.37	-1.658	2.937	.719
	Compromiso laboral	1-5	4.65	.43	-1.412	2.032	.724
	Manejo de la información	1-5	4.57	.49	-1.109	.816	.722
	Afrontamiento de la frustración	1-5	4.54	.54	-1.700	4.067	.716
	Interrelación	1-5	4.64	.46	-1.323	1.260	.715
	Planeación	1-5	4.67	.48	-1.428	1.357	.709
	Autoeficacia en la búsqueda de empleo	1-5	4.14	.61	-.753	.822	.726
	Éxito en la búsqueda empleo	1-5	4.23	.62	-.710	.291	.757
	Locus control externo	1-5	2.31	.78	.462	.663	.815
	Locus control interno	1-5	4.49	.61	-1.915	4.841	.763
Deseabilidad social	Crowne-Marlowe	0-1	0.64	.25	-.206	-.500	.754

Nota.  $\omega$ : Valor de alfa-omega de McDonald.

## Correlaciones

Se observaron relaciones significativas entre los instrumentos aplicados. Las más altas ocurrieron

entre los dominios pertenecientes a cada prueba, lo cual puede observarse en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Relación entre competencias socioemocionales, empleabilidad y deseabilidad social en estudiantes de Administración.

	AE	ArE	RI	Emp	Mot	RC	TE	AL	CL	MI	AF	Int	Pla	ABE	EBE	LCE	LCI	DS
AE																		
ArE	.433**																	
RI	.374**	.235**																
Emp	.433**	.085	.599**															
Mot	.592**	.431**	.385**	.440**														
RC	.296**	.222**	.464**	.488**	.380**													
TE	.424**	.316**	.492**	.480**	.613**	.464**												
AL	.138*	.133*	.038	.143*	.318**	.112	.240**											
CL	.216**	.072	.257**	.340**	.286**	.261**	.337**	.505**										
MI	.317**	.250**	.082	.157*	.393**	.113	.273**	.398**	.303**									
AF	.390**	.209**	.182**	.215**	.367**	.243**	.254**	.352**	.384**	.487**								
Int	.262**	.156*	.194**	.262**	.389**	.187**	.275**	.524**	.603**	.505**	.553**							
Pla	.225**	.251**	.169*	.144*	.411**	.133*	.362**	.496**	.424**	.573**	.596**	.598**						
ABE	.340**	.426**	.201**	.200**	.400**	.210**	.305**	.357**	.260**	.402**	.433**	.385**	.385**					
EBE	.136*	.172*	.039	.072	.195**	.075	.171*	.180**	.109	.177**	.224**	.129	.281**	.361**				
LCE	-.102	-.123	-.022	-.033	-.173*	.011	-.113	-.095	-.117	-.152*	-.145*	-.146*	-.097	-.112	-.044			
LCI	.123	.107	.099	.143*	.198**	.190**	.175**	.076	.083	.245**	.173*	.127	.172*	.225**	.448**	.029		
DS	.140*	.324**	.235**	.176**	.179**	.183**	.214**	.119	.138*	.176**	.151*	.176**	.134*	.331**	.044	-.028	.084	

*Nota.* AE: Autoconocimiento Emocional; ArE: Autorregulación Emocional; RI: Regulación Interpersonal; EMP: Empatía; Mot: Motivación; RC: Resolución de Conflictos; TE: Trabajo en Equipo; AL: Autoeficacia Laboral; CL: Compromiso Laboral; MI: Manejo de la Información; AF: Afrontamiento de la Frustración; Int: Interrelación; Pla: Planeación; ABE: Autoeficacia Búsqueda Empleo; EBE: Éxito Búsqueda Empleo; LCE: Locus de Control Externo; LCI: Locus de Control Interno; DS: Deseabilidad Social.

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

\* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

## Modelo de regresión

El modelo de regresión mostró buena capacidad predictiva ( $R^2 = 0.307$ ) y un valor Durbin-Watson de 1.929. Se asumió que no había un riesgo significativo de colinealidad entre las diferentes variables según los valores de tolerancia y de los factores de inflación de la varianza (T-FIV). Las variables más significativas, de acuerdo al modelo que se relacionan a la empleabilidad, fueron las siguientes: Autoeficacia en la búsqueda de empleo,

Compromiso, Deseabilidad social y Afrontamiento de la frustración. Pero al apreciarse que las que un mayor porcentaje de varianza predecía, se halló que la Autoeficacia en la búsqueda de empleo –la cual se muestra como un predictor de oportunidades– fue la que más varianza predijo, siendo la segunda variable el compromiso, lo que indica la importancia que tiene esta variable para los estudiantes de la citada carrera profesional.



**Tabla 4.** Predictores de las competencias socioemocionales.

Variable	Competencias socioemocionales		
	B	Modelo	Colinealidad
		IC	(T-FIV)
Constante		[5.359, 56.163]	
Edad	.096	[-.677, 7.672]	(.971, 1.030)
Autoeficacia en la Búsqueda de Empleo	.210**	[.709, 3.201]	(.702, 1.424)
Compromiso	.213**	[.708, 2.631]	(.839, 1.192)
Deseabilidad Social	.154*	[.576, 4.576]	(.886, 1.128)
Afrontamiento de la Frustración	.165*	[.337, 3.072]	(.725, 1.379)
Locus de Control Interno	.109	[-.071, 2.076]	(.934, 1.071)
R <sup>2</sup>	.287		
F	15.710**		
ΔR <sup>2</sup>	.307		

Nota. N = 220. IC = Intervalo de Confianza. T-FIV = Tolerancia-Factor de Inflación de la Varianza.

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < .01$ .

## DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre las competencias socioemocionales y la empleabilidad. Se encontró que el desarrollo de las primeras aumenta la percepción de empleabilidad, además de que no solo se relaciona con los conocimientos y habilidades, sino también con la experiencia y la flexibilidad de pensamiento como una forma de afrontamiento (De Vos, De Hauw y Van der Heijden, 2011).

Se demostró que la confianza que tienen los estudiantes de hallar un trabajo es una parte fundamental para el logro de esta meta. El contar con cierta autoeficacia en la búsqueda de empleo muestra que las personas suelen tener más competencias para llevar a cabo las conductas que lleven a encontrar un trabajo, al igual que la actitud que debe manifestar un estudiante sin empleo para lograr la meta (Piqueras, Rodríguez y Palenzuela, 2016). En este sentido, poseer tales creencias que apoyen la conducta (locus de control interno) generará un mayor esfuerzo y la percepción de tener más probabilidades de lograr la meta, que en este caso es tener un trabajo. De esta forma, la experiencia previa y las competencias sociales y adaptativas son esenciales.

La lealtad y el compromiso organizacional se valoran cada vez menos, y actualmente impor-

tan más el desempeño, las habilidades y la autoeficacia en las organizaciones (Bargsted, 2017) al considerarse como oportunidades para desarrollar competencias y como recursos psicológicos que podrían desempeñar un papel determinante al permitir a los universitarios encontrar un trabajo (Merino, Privado y Arnaiz, 2019). Así el compromiso con la organización será fundamental para poder lograr un mejor desempeño y una mayor autoeficacia.

Las personas gustan de responder de forma culturalmente aceptable, a lo que se le conoce como *deseabilidad social*, la que ha servido para detectar a personas con una imagen socialmente deseable o indeseable de sí mismas, y que por tanto distorsionan su respuesta de forma positiva o negativa para causar la impresión requerida. Esto muestra también si las personas emplean un afrontamiento represivo, que se caracterizan por mantener auto-percepciones muy pobres o nulas de la experiencia subjetiva con las emociones negativas (ansiedad, ira, depresión), a pesar de su tendencia a responder fisiológica o conductualmente de una manera tal que indica que la amenaza ha sido percibida. Dicha habilidad sirve para controlar y expresar las propias emociones y afrontar problemas, lo que influye en la autoestima y motiva a iniciar o mantener una conducta. En el caso contrario, se percibirá que los recursos no son suficientes para

manejar la situación, lo que se verá como una amenaza para obtener algún logro, disminuyendo así la capacidad de adaptación de la persona.

Algunos estudios señalan que quienes “tienen habilidades para regular su afecto parecen ser capaces de reparar sus estados de ánimo de manera más rápida y efectiva luego del fracaso” (Mayer y Salovey 1993, p. 437). Tales competencias emocionales se integran en un factor de orden superior (Giardini y Frese 2006) y pueden variar de acuerdo a los requerimientos de la organización y de la sociedad (Pertegal, Castejón y Martínez 2011). Por ello, el afrontamiento de la frustración es vital para regular las emociones en la búsqueda de un empleo.

Por último, la inserción laboral de los egresados ha sufrido un retraso en los últimos años, por lo que su edad al ingresar a un empleo ha sido mayor (Martínez, 2009). En este trabajo se observó que es una variable que explica en menor medida el deseo de conseguir un empleo o de considerarse con las competencias necesarias para iniciar su búsqueda; tal efecto es también ocasionado por la falta de oportunidades y a que se ha ampliado la formación profesional.

Lo anterior, como señala Bisquerria (2020), abona al conocimiento de cómo entre los estudian-

tes funcionan las competencias socioemocionales en sus diferentes niveles, mostrando lo que conocen de sus emociones (conocimiento emocional), lo que pueden hacer si se lo proponen (capacidad emocional) y lo que hacen habitualmente (rasgo emocional).

Entre las limitaciones de este trabajo es posible afirmar que, al tratarse de un estudio transversal, no es posible determinar la dirección de las relaciones encontradas, por lo que es necesario emprender análisis longitudinales. Por otra parte, el tipo de muestra utilizada no permite generalizar los resultados a otras profesiones. Por último, en la búsqueda de comprender mejor estas variables, deberá considerarse no únicamente encuestar al grupo objetivo (estudiantes), sino también conocer la opinión de otros actores (empleadores, organizaciones, etc.) mediante diseños mixtos que hagan posible comprender mejor los mecanismos de éxito e inserción al mundo laboral. Sin embargo, los resultados obtenidos apoyan el hecho de que la construcción de la empleabilidad se estudie desde una perspectiva individual que tenga efectos en los elementos cognitivos, conductuales y actitudinales (De Vos, De Hauw y Van der Heijden, 2011; Fugate, Kinicki y Ashforth, 2004).

*Citación:* Betanzos D., N., Altamira S., V.M. y Paz R., F. (2022). Empleabilidad y competencias socioemocionales en estudiantes de Administración. *Psicología y Salud*, 32(2), 363-373. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2756>.

## REFERENCIAS

- Aguilar B., J.G., y Mungaray M., A.B. (2019). La empleabilidad de los egresados de las universidades tecnológicas en México: un análisis de eficiencia. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 10(29), 3-24. Doi: 10.22201/iisue.20072872e.2019.29.520.
- Bargsted., M. (2017). Impact of personal competencies and market value of type of occupation over objective employability and perceived career opportunities of young professionals. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 33(2), 115-123. Doi: 10.1016/j.rpto.2017.02.003.
- Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D. y Thomé, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the emotional quotient inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28(6), 1107-1118. Doi: 10.1016/s0191-8869(99)00160-9.
- Billett, S. (2006). Learning practice: Conceptualising professional lifelong learning. En H. Bradbury, N. Frost, S. Kilminster y M. Zukas (Eds.): *Beyond Reflective Practice: New Approaches to Professional Lifelong Learning*. Leeds, UK: Trinity and All Saints College.
- Bisquerria, R. (2020). *Emociones: instrumentos de medición y evaluación*. Madrid: Síntesis.
- Brown, P., Hesketh, A. y Williams, S. (2003). Employability in a knowledge-driven economy. *Journal of Education and Work*, 16(2), 107-126. Doi: 10.1080/1363908032000070648.

- Castejón, J.L., Cantero, M.P. y Pérez, N. (2008). Diferencias en el perfil de competencias socioemocionales en estudiantes universitarios de diferentes campos científicos. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*, 6(2), 339-362. Doi: 10.25115/ejrep.v6i15.1290.
- Crowne, D.P. y Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- De Vos, A., De Hauw, S. y Van der Heijden, B.I. (2011). Competency development and career success: The mediating role of employability. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 438-447. Doi: 10.1016/j.jvb.2011.05.010.
- Fernández R., E. (2009). El discurso de la formación basada en competencias profesionales. Un análisis crítico de la formación inicial de profesionales en la educación superior. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 12(1), 151-160.
- Fernández S., C. (2006). Las competencias en el marco de la convergencia europea: un nuevo concepto para el diseño de programas educativos. *Encounters on Education*, 7, 131-153.
- Filella G., G., Pérez E., M.J., Agulló, M. y Oriol, X. (2014). Resultados de la aplicación de un programa de educación emocional en educación primaria. *Estudios sobre Educación*, 26, 125-147.
- Formichella M., M., y London, S. (2013). Empleabilidad, educación y equidad social. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 79-91. Doi: 10.7440/res47.2013.06.
- Froehlich, D.E., Beusaert, S.A.J. y Segers, M.S.R. (2015). Age, employability and the role of learning activities and their motivational antecedents: A conceptual model. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(16), 2087-2101. Doi: 10.1080/09585192.2014.971846.
- Fugate, M., Kinicki, A.J. y Ashforth, B.E. (2004). Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 14-38.
- Future for Work Institute (2017). *De qué hablamos cuando hablamos de empleabilidad. Aproximación a un constructo polisémico que cotiza al alza*. Barcelona: FWI.
- Giardini, A. y Frese, M. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(1), 63-75.
- Goleman, D. (2001). *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2001.
- Gómez R., P., Morejón A., R. y Palenzuela D., L. (2016). Validation of a personal control scale: A specific measure of perceived control expectations in job search. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 32(3), 153-161. Doi: 10.1016/j.rpto.2016.06.001.
- Gutiérrez C., M.J., Fernández B., P. y Cabello G., R. (2017). Avances en la investigación sobre competencias emocionales en educación. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 88, 15-26.
- Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C. y García V., M.P. (2016). La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1), 206-217. Doi: 10.6018/analesps.32.1.185471.
- Hernández F., E., Ramos S., Y., Negrín, F., Ruiz R., C.I. y Hernández, B. (2011). Empleabilidad percibida y autoeficacia para la búsqueda de empleo en universitarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(2), 131-142. Doi: 10.5093/tr2011v27n2a5.
- Hernández P., M.Á. (2018). Reseña del libro “Modernización de la educación superior en Europa: Acceso, permanencia y empleabilidad: Informe Eurydice”. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 9(26), 232-234. Doi: 10.22201/iisue.20072872e.2018.26.300.
- Hillage, J. y Pollard, E. (1998). *Employability: Developing a framework for policy analysis*. London, UK: Department for Education and Employment.
- Hind, P. (2005). Making room for career change. *Career Development International*, 10(4), 268-274.
- Hochwarter, W.A., Witt, L.A., Treadway, D.C. y Ferris, G.R. (2006). The interaction of social skill and organizational support on job performance. *The Journal of Applied Psychology*, 91(2), 482-489. Doi: 10.1037/0021-9010.91.2.482.
- López B., D.M. y Reina E., A. (2012). Competencias socioemocionales y actitud para la empleabilidad en desempleadas universitarias. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 23(2), 92-104.
- Martínez R., F.M. (2009). El proceso de inserción laboral: Implicaciones educativas para la mejora de la empleabilidad. *Revista Complutense de Educación*, 20(2), 455-471.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- McClelland, D.C. (1973). Testing for competencies rather than for “intelligence”. *American Psychologist*, 28, 1-14.
- Merino M., D., Privado, J. y Arnaiz, R. (2019). Is there any relationship between unemployment in young graduates and psychological resources? An empirical research from the conservation of resources theory. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 35(1), 1-8. Doi: 10.5093/jwop2019a1.

- Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica (OIJ) (2016). *Tratado Internacional de Derechos de la Juventud. Protocolo Adicional*. Buenos Aires: OIJ.
- Organización Internacional del Trabajo (2018). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: Tendencias 2018*. Ginebra: OIT. Recuperado de [http://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/wcms\\_631466.pdf](http://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/wcms_631466.pdf).
- Pérez E., N., Guiu G., F., Soldevila, A. y Fondevila, A. (2013). Evaluación de un programa de educación emocional para profesorado de primaria. *Educación XXI*, 16(1), 233-253.
- Pertegal F., M., Castejón C., J. y Martínez, M. (2012). Competencias socioemocionales en el desarrollo profesional del maestro. *Educación XXI*, 14(2), 237-260. Doi: 10.5944/educxx1.14.2.253.
- Petrides, K.V., Sanchez R., M.J., Siegling, A.B., Saklofske, D.H. y Mavroveli, S. (2018). Emotional intelligence as personality: Measurement and role of trait emotional intelligence. En K. V. Keefer, J. D. A. Parker y D. H. Saklofske (Eds.): *Emotional intelligence in education. Integrating research with practice* (pp. 49-81). Cham (Suiza): Springer.
- Repetto T., E. y Pena G., M. (2010). Las competencias socioemocionales como factor de calidad en la educación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8(5), 82-95.
- Repetto, E., Pena, M. y Lozano, S. (2007). El programa de competencias socio-emocionales (POCOSE). *XXI Revista de Educación*, 9, 35-41.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Scholarios, D., Van der Heijden, B.I.J.M., Van der Schoot, E., Bozionelos, N., Epitropaki, O., Jędrzejowicz, P. y Van der Heijde, C.M. (2008). Employability and the psychological contract in European ICT sector SMEs. *International Journal of Human Resource Management*, 19(6), 1035-1055.
- Sersić, D. y Tomas, J. (2014). The role of dispositional employability in determining individual differences in career success. *Drustvena Istrazivanja*, 23, 593-613. Doi: 10.5559/di.23.4.03.
- Simón, J.D. y Universidad del Papaloapan (2020). Empleabilidad y situación laboral de los egresados de contaduría en México: Periodo 2005-2018. *Diálogos sobre Educación*, 21. Doi: 10.32870/dse.v0i21.640.
- Thoilliez, B. (2014). Universities versus employability. Some elements for analysis. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 139, 79-86.
- UTEL y OCC Mundial (2018). *Tendencias de empleabilidad en México 2018*. México: Autores. Recuperado de <https://www.occ.com.mx/blog/occmundial-y-utel-alianza-por-la-educacion-y-el-empleo/>.
- Van der Heijde, C.M., y Van der Heijden, B.I.J.M. (2006). A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability. *Human Resource Management*, 45, 449-476.
- Ventura L., J.L., y Caycho R., T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
- Yorke, M. (2006). *Employability in higher education: What it is – what it is not*. York (UK): Higher Education Academy.





# Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica

## *Treatment of Depression in patients with Heart Failure: Effects of a CBT intervention via telephone*

Carlos Silva-Ruz<sup>1,3</sup>, Rebeca Robles-García<sup>2</sup>,  
Marco Antonio Martínez-Ríos<sup>3</sup> y Juan José Sánchez-Sosa<sup>1</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz<sup>2</sup>  
Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Carlos Silva-Ruz, [carlosruz382@gmail.com](mailto:carlosruz382@gmail.com).

### RESUMEN

*Antecedentes.* La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica cuyos síntomas y evolución ocasionan limitaciones físicas y deterioro psicológico importantes. Las personas que padecen IC con depresión y ansiedad perciben su calidad de vida especialmente deteriorada. *Objetivo.* El presente estudio examinó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica para la reducción de sintomatología depresiva en pacientes con IC. *Medición.* Se registraron valores de sintomatología depresiva con versiones validadas del BDI-II, de sintomatología ansiosa y depresiva, con el HADS y la calidad de vida física y emocional en IC con el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Se aplicó adicionalmente una escala visual numérica para evaluar el nivel de ansiedad percibida y un registro de activación conductual sobre frecuencia de conductas meta por día. *Procedimiento.* A partir de un análisis piloto de detección de necesidades se diseñó la intervención con estructura modular. Después de revisar conceptualmente a profundidad con los participantes los temas de entrenamiento en relajación, activación conductual, solución de problemas, pensamientos disfuncionales y prevención de recaídas, se implementaron técnicas clínicas específicas sobre esas variables. *Diseño.* El estudio utilizó un diseño intrasujetos AB con seguimiento a un mes. *Resultados.* Los principales hallazgos muestran que la intervención fue efectiva en pacientes relativamente estables en sentido médico, con un menor efecto en pacientes con sintomatología física exacerbada. La calidad de vida percibida mostró tendencia hacia la mejoría sin diferencias estadísticamente significativas. *Conclusión.* El tratamiento de la sintomatología depresiva en IC con este formato de atención resultó viable y de fácil acceso para participantes en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca; Sintomatología depresiva; Ansiedad; Calidad de vida; Participantes vulnerables.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Tlalpan, 04510 Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Calzada México-Xochimilco 101, Col. Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> Juan Badiano 1, Belisario Domínguez. Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.



## ABSTRACT

**Background.** *Heart failure (HF) is a chronic disease whose symptoms and course produce significant physical limitations and psychological deterioration. HF patients with depression and anxiety perceive their quality of life as particularly impaired.* **Objective.** *The present study aimed to examine the efficacy of a cognitive-behavioral intervention via telephone to reduce depressive symptomatology in patients with HF.* **Method.** *Recording included depressive symptomatology (Beck BDI-II inventory), anxiety and depression (HADS), and physical and emotional quality of life in HF, (Minnesota). Additionally, a numerical visual scale was applied to assess perceived anxiety and a behavioral activation record.* **Procedure.** *Based on a pilot analysis of needs detection, the intervention assumed a modular structure. After reviewing conceptually, in depth, with the participants the topics of deep relaxation training, behavioral activation, problem-solving, dysfunctional thoughts, and relapse prevention; specific clinical techniques on these variables were implemented.* **Design.** *The study used a within-subjects design with a one-month follow-up.* **Results.** *The main findings show that the intervention was effective in relatively medically stable patients, with a lower effect in patients with exacerbated physical symptomatology. Perceived quality of life showed a trend towards improvement without statistically significant differences.* **Discussion.** *The treatment of depressive symptomatology in HF with this care format was feasible and easily accessible for participants in conditions of socioeconomic vulnerability.*

**Key words:** Within-subjects study; Heart failure; Depressive symptomatology; Anxiety; Quality of life.

Recibido: 22/10/2021

Aceptado: 25/11/2021

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC en lo sucesivo) se caracteriza por síntomas notorios, como disnea, inflamación de tobillos y fatiga, entre otros, los que generan incomodidad extrema (Ponikowski *et al.*, 2016). La evolución del padecimiento es progresiva pero no lineal, mostrando descompensaciones intermitentes que generan múltiples hospitalizaciones o muerte súbita (Chaudhry y Stewart, 2016). La IC limita de forma importante

la funcionalidad física y psicológica del paciente, la cual requiere ser atendida en virtud de que deteriora seriamente su bienestar. Los pacientes suelen sufrir estrés (Cirelli, Lacerda, Lopes, De Lima y De Barros, 2018), insomnio crónico (Javaheri y Redline, 2017), problemas en la respuesta sexual (Hoekstra *et al.*, 2012), deterioro cognitivo (Morys, Pączalska, Bellwon y Gruchała, 2015) y conductas de autocuidado deficientes (Jiang *et al.*, 2018; Kessing, Denollet, Widdershoven y Kupper, 2016). En el cuadro predominan los síntomas de depresión y ansiedad (Celano *et al.*, 2018) que tienen serias implicaciones clínicas y son factor de riesgo para deterioro psicológico (Cohen, Edmondson y Kronish, 2015) pues afectan conductas de autocuidado, actividad física, actividades placenteras, adherencia a la medicación y riesgo aumentado de tabaquismo y abuso de alcohol (Alosco *et al.*, 2012; Celano, Villegas, Albanese, Gaggin y Huffman, 2018). A su vez, los síntomas físicos agudizan los depresivos, lo cual requiere una evaluación periódica e intervención clínica oportuna (Graven, Gordon, Keltner, Abbott y Bahorski, 2017).

Se han tratado los síntomas depresivos en pacientes con IC mediante diversas intervenciones de atención presencial cognitivo-conductual (TCC) (Freedland, Carney, Rich, Brian y Rubin, 2016; Gary, Dunbar, Higgins, Musselman y Smith, 2010; Redeker *et al.*, 2018). La evidencia científica y clínica ha permitido llevar a cabo revisiones sistemáticas (Jeyantham, Kotecha, Thanki, Dekker y Lane, 2017; Peng, Fang, Huang y Qin, 2019) que documentan su efectividad clínica y pertinencia metodológica.

La intervención a distancia en el campo de la salud aumentó recientemente debido a la contingencia por COVID-19 en razón de que aplica técnicas clínicamente documentadas para mantener o restaurar varios aspectos de la salud mental (Liu *et al.*, 2020) y ofrece a los pacientes un acceso a la atención psicológica que elimina tanto el riesgo de contagio como la necesidad de acudir a los centros de atención.

Los primeros estudios para tratar síntomas depresivos en IC a distancia (Lundgren *et al.*, 2016; Moon, Yim y Jeon, 2018) se aplicaron vía plataforma web con complemento de apoyo telefónico,

y desde entonces se han incluido técnicas tales como ejercicios de relajación muscular progresiva profunda, activación conductual, establecimiento de destrezas de regulación emocional y modificación de creencias disfuncionales; no obstante, algunas intervenciones se han evaluado en formato presencial en población con IC (Jeyantham *et al.*, 2017; Peng *et al.*, 2019).

Aun así, se requiere investigación aplicada sobre la eficacia de las intervenciones vía remota con metodología replicable y documentación confiable del cambio clínico en las condiciones sanitarias, sociales y culturales prevalecientes en el país. Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue examinar la eficacia de un programa de intervención telefónica de terapia cognitivo-conductual para la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con IC.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardiaca egresados de hospitalización que asistían a la clínica de cardiopatías isquémicas e insuficiencia cardiaca del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de Ciudad de México. Dichos pacientes adultos fueron clasificados funcionalmente en niveles de gravedad I, II, III y IV establecidos por la New York Heart Association (NYHA), es decir, con una fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) menor a 40%. Tal nivel se comprobó a través de métodos de imagen (resonancia magnética, tomografía axial computarizada y medicina nuclear). Los pacientes aceptaron participar en el estudio mediante la firma de una hoja de consentimiento informado. Se excluyó a pacientes con deterioro físico extremo que les imposibilitara participar en la intervención o que estuvieran en tratamiento psicológico.

Se incluyeron cinco pacientes examinados a profundidad (Tabla 1), en su mayoría hombres con diagnóstico de IC, con edades de 31 a 60 años, residentes de Ciudad de México y con escolaridad mínima de secundaria, todos ellos con antecedentes de isquemia y con historia clínica de hipertensión y diabetes en clase funcional NYHA de I a III, con FEVI de 27 a 35%, en el transcurso de la intervención (Tabla 1). Dos de los cinco participantes requirieron acudir a la sala de urgencias por exacerbación de los síntomas de IC.

Se incluyeron cinco pacientes examinados a profundidad (Tabla 1), en su mayoría hombres con diagnóstico de IC, con edades de 31 a 60 años, residentes de Ciudad de México y con escolaridad mínima de secundaria, todos ellos con antecedentes de isquemia y con historia clínica de hipertensión y diabetes en clase funcional NYHA de I a III, con FEVI de 27 a 35%, en el transcurso de la intervención (Tabla 1). Dos de los cinco participantes requirieron acudir a la sala de urgencias por exacerbación de los síntomas de IC.

**Tabla 1.** Datos clínicos de los participantes.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<b>Edad</b>	31	59	60	60	53
<b>Etiología</b>	IC congénito	Isquemia-IC, hipertensión	Isquemia-IC, hipertensión, diabetes	Isquemia-IC, hipertensión, diabetes	Isquemia-IC, hipertensión, diabetes
<b>FEVI %</b>	27%	34%	31%	35%	35%
<b>NYHA</b>	III	I	II	III	I
<b>Reingreso/ urgencias</b>	Sí	No	Sí	Sí	No

*Nota.* IC= Insuficiencia cardiaca; NYHA= New York Heart Association; FEVI= Fracción de expulsión del ventrículo izquierdo.

### Medición

Se aplicaron los siguientes instrumentos psicométricos y registros conductuales:

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

Adaptado y validado en población mexicana por Jurado *et al.* (1998), es un cuestionario autoapli-

cable o como entrevista, con 21 reactivos de opción múltiple acerca de los síntomas ocurridos en la última semana. Cuenta con validez concurrente con la Escala de Depresión de Zung (1965) ( $r = 0.70$ ) ( $p < 0.0001$ ) y consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.87.

*Inventario de Sintomatología Ansiosa y Depresiva (HADS)* (Zigmond y Snaith, 1983).

En versión en español de Herrera, Vázquez y Lerma (2018), adaptada para pacientes con problemas cardiovasculares, es una escala autoaplicable de 14 reactivos (7 de sintomatología ansiosa y 7 depresiva), con respuestas de opción múltiple. Cuenta con validez concurrente con la Escala de Retiro de Patrón de Conducta Tipo A (ERCTA) (Rodríguez, Gil y Martínez, 1996) y una consistencia interna de 0.94.

*Inventario de Calidad de Vida Física y Emocional de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Minnesota* (Rector y Cohn, 1992).

Este instrumento contiene 21 reactivos que miden deterioro, 12 de la dimensión física y 5 de la emocional. Tiene opciones de respuesta que van de 0 (nula calidad de vida afectada) a 5 (calidad de vida muy afectada) en relación directa, es decir, que entre mayor es el puntaje obtenido, peor es la calidad de vida.

*Escala Numérica Visual*. Diseñada *ex profeso* para el presente estudio, tuvo como propósito evaluar el nivel de ansiedad percibido por el paciente antes y después de realizar las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, en la que se puntúa desde nula ansiedad (0) a mucha ansiedad (10).

*Registro de activación conductual*. Recolecta datos de actividades diarias. Se calcula la media semanal de puntuaciones de bienestar emocional asociadas a conductas operacionalizadas y programadas por el paciente y el terapeuta. Incluye un registro conductual de mañana, tarde y noche, otro del nivel de bienestar emocional en cada actividad del día, y uno más de pensamientos disfuncionales, incompatibles con la regulación emocional de los síntomas de ansiedad y depresión.

## Diseño

En virtud de que se exploraban los efectos clínicos de la intervención reduciendo los riesgos metodológicos de las comparaciones propias de los dise-

ños intersujetos, se utilizó un diseño experimental intrasujetos A-B-C, en el cual A es la línea base inicial (con tres mediciones), B el tratamiento (módulos y duración en función de las necesidades de cada participante) y C el seguimiento. El diseño se seleccionó en función de los principales análisis lógicos y metodológicos de procedimientos prevalentes en la metodología de la investigación clínica (Graham, Karmarkar y Ottenbacher, 2012; Kazdin, 1994, 1998, 2016; Punja *et al.*, 2016). Así, se analizaron las comparaciones intrasujetos con cinco réplicas individuales del efecto clínico a fin de obtener un nivel razonable de generalización de los resultados a otros participantes en condiciones similares a los del presente estudio.

## Procedimiento general

Los participantes se reclutaron mediante carteles y folletos colocados estratégicamente en las áreas de consulta externa y hospitalización de la institución. Los interesados se comunicaban vía telefónica con el autor principal, quien les describía el programa de intervención. A continuación, se les hacía una evaluación y una entrevista psicológica por teléfono para identificar sus necesidades de atención (Boivin, Green, van der Meulen, Légaré y Nolte, 2009). Se programaba una hora a la semana en la que el paciente pudiera participar en las sesiones telefónicas y se le daba acceso al material que ocuparía durante el desarrollo del programa.

Al inicio de la línea base se tuvo una cita presencial con cada paciente a fin de explicarle en detalle cada módulo, la revisión que se haría y la firma de una hoja de consentimiento informado, así como para resolver sus dudas, entregarle los materiales y explicarle cómo se trabajaría en cada módulo. Al concluir dos módulos se citaba al paciente a una sesión presencial en la que se revisaba un nuevo tópico, se le reabastecía de materiales y se le turnaba a valoración médica. Este procedimiento se repitió al concluir la intervención y al mes en el seguimiento.

### *Criterio para avance en los módulos*

Para certificar el conocimiento de los temas durante el procedimiento de psicoeducación y determinar



así el momento en que cada paciente pasaría de un módulo al siguiente, se adoptó la lógica de criterio de dominio basado en el aprendizaje (Fienup y Brodsky, 2017; Keller, 1974; Sánchez-Sosa, 1978; Simpson, Smith, Johnson y Halpin, 2003). El criterio se determinó a partir de la aplicación antes y después de cada módulo de un breve cuestionario de cinco preguntas sobre el contenido temático de cada procedimiento. Para evitar posibles efectos de acarreo, se diseñaron pruebas paralelas en cada módulo.

Asimismo, a fin de evitar sesgos en los datos, las entrevistas, evaluaciones y procedimientos de intervención estuvieron a cargo de dos investigadores, uno de los cuales se mantuvo experimentalmente ingenuo respecto al propósito de cada intervención o a cualquier resultado esperado. Excepto el contacto inicial y las citas para la revisión médica, el tratamiento se administró vía telefónica, ajustando el avance y completamiento de los módulos al ritmo de aprendizaje de cada participante (Keller, 1974).

## Procedimientos clínicos

### *Psicoeducación*

Se expuso a los participantes al contenido de cada módulo, con aproximadamente diez láminas digitales en un español muy sencillo. En cada módulo se describía en detalle cada técnica terapéutica, su evidencia científica y cómo la aplicaría el paciente adaptándola a su propio cuadro de IC, y por último se le detallaba la manera de llenar los autorregistros. En todos los módulos se resolvían dudas y se invitaba a los participantes a hacer preguntas.

### *Activación conductual (AC) y Solución de problemas (SP)*

En la terapia individual presencial, la AC ha resultado más eficaz que solo los tratamientos de TCC o los medicamentosos (Dimidjian *et al.*, 2006). Ha sido probada en pacientes con cáncer de mama (Ryba, Lejuez y Hopko, 2014) y con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Magidson, Seitz-Brown y Safren, 2014; Valle, Robles, Wiebe y Sánchez-Sosa, 2018). En pacientes con IC no parece haber estudios con un abordaje integral con autocuidado, apoyo clínico y adaptación a las con-

diciones de los pacientes. En el presente estudio, el terapeuta, antes de acordar las actividades, explicaba con todo detalle el papel de la activación conductual, la programación de actividades, las conductas asociadas, su relación con los valores personales y el monitoreo del bienestar emocional en el hogar.

La SP, desarrollada por el grupo de Nezu y Nezu (1993, 2001) consiste en etapas sucesivas y relacionadas que entrenan en el paciente las habilidades para la solución efectiva de problemas en cinco pasos: Orientación al problema, Definición y formulación del mismo, Generación de opciones, Toma de decisiones, e Implementación y evaluación de resultados (Nezu, Nezu y D'Zurilla, 2012). En pacientes con IC se ha usado presencialmente para el manejo de la fatiga y el mantenimiento del autocuidado (Graven *et al.*, 2018). Cada problema se analizaba con el paciente según los pasos descritos, se le motivaba a ponerlos en práctica guiándose mediante un autorregistro diseñado para un requisito de respuesta muy bajo e instrucciones sencillas de cada etapa del proceso, monitoreándose telefónicamente.

### *Relajación muscular progresiva profunda (RMPP)*

Su investigación clínica en IC actualmente se limita a dos estudios sobre el estrés percibido (Yu, Lee y Woo, 2007, 2010) y otro sobre disnea, fatiga y síntomas de depresión y ansiedad (Yu, Lee, Woo y Hui, 2007). La RMPP es una técnica desarrollada inicialmente por Jacobson (1925, 1977) para tratar los efectos del estrés, como los síntomas de ansiedad y depresión (Jorm, Morgan y Hetrick, 2008). En el presente estudio, después de explicar al paciente vía telefónica qué es el estrés, cómo genera ansiedad, otros síntomas y su relación con la tensión muscular, se le entrenaba en respiración diafragmática indicándole que colocara una mano en el abdomen y guiando el ejercicio con frases pausadas hasta lograr respiraciones según cuatro criterios: lenta, profunda, "por la barriga" y sin esfuerzo. Al final de cada ejercicio se le reforzaba verbalmente por su progreso. Concluidos los ejercicios respiratorios, la secuencia céfalo-caudal constaba de quince grupos musculares: frente, párpados, mejillas, labios, mandíbula, cuello, hombros, brazos, antebrazos, manos, abdomen, nal-



gas, muslos y rodillas, pantorrillas y pies. Mediante paráfrasis verbales, el terapeuta se aseguraba que el paciente identificara cada grupo muscular, instruyéndolo a tensar y luego relajar cada uno de ellos durante cinco segundos. Al terminar de trabajar cada cinco grupos musculares, se verificaba que hubieran quedado profundamente relajados “pasando lista” de estos y, al final, la lista completa de la frente a los pies. Se usó la secuencia céfalo-caudal por sus ventajas de concentración y memorización (Fahrion y Norris, 1990; Santiago y Sánchez-Sosa, 2018). El paciente realizaba los ejercicios en casa dos veces cada día (mañana y noche) con apoyo de una audiograbación con las instrucciones verbales de los procedimientos. Antes y después de realizar la respiración diafragmática, seguida de la RMPP, el paciente registraba en una escala numérico-visual su nivel de ansiedad. Si el paciente reportaba cualquier dificultad para realizar los ejercicios, el terapeuta lo instruía a que los repasara monitoreándolo telefónicamente.

### *Cambio cognitivo*

La técnica de cambio cognitivo interviene en cogniciones que generan una sintomatología emocional negativa (Beck, 1970; Hawley *et al.*, 2017; Padesky y Dennis, 2020). En la IC tales pensamientos suelen surgir ante pronósticos médicos deficientes, inminencia de un procedimiento invasivo o síntomas como falta de aire, dolor, fatiga y demás. En el presente estudio se describía detalladamente al paciente la relación funcional entre sus pensamientos, emociones, conductas y sensaciones corporales y se le entrenaba en la habilidad para separar hechos de meras suposiciones, así como para identificar y desafiar aquellos pensamientos automáticos que dañaban su forma de afrontamiento. El terapeuta buscaba generar sistemáticamente un pensamiento alternativo que facilitara regular las emociones, sensaciones y conductas, o bien promover un contexto cognitivo que generara un menor sufrimiento.

### *Prevención de recaídas*

Estresores intensos como los de los periodos de descompensación pueden llevar a una recaída y cronificación de los síntomas de depresión o ansiedad. Para ello, el terapeuta repasaba y reforzaba

al paciente por las habilidades adquiridas y subrayaba la importancia de que continuara poniendo en práctica las actividades antidepresivas tras la intervención. Le explicaba asimismo que una recaída es un evento normal en una enfermedad crónica, se aclaraban sus dudas y se le preparaba para la posibilidad de eventos en la IC (Dimidjian, Barreira, Martell, Muñoz y Lewinsohn, 2006; Dimidjian *et al.*, 2011). En el módulo se entrenaba a registrar y reportar situaciones que propician estados depresivos, conductas de autocuidado (monitoreo de signos vitales e ingesta excesiva sal y otras sustancias), signos de alarma, actividades placenteras y destrezas concretas durante una descompensación o en caso de rehospitalización.

### *Integridad del tratamiento*

Para asegurar que la intervención se apegara fielmente a los procedimientos y que los elementos de cada módulo se aplicaran acorde a lo programado, se utilizó una lista de verificación. Mediante el análisis de audiorregistros de las sesiones, dos licenciados en psicología experimentalmente “ingenuos” calificaban de manera dicotómica si se cumplía o no la aplicación precisa de cada componente de la intervención.

### *Encuesta de satisfacción*

A fin de evaluar la validez social de la intervención (Kazdin, 1977; Wolf, 1978) se solicitó a los participantes, una vez concluida su participación, que respondieran una pequeña encuesta de satisfacción para calificar los componentes del programa. Como en el resto de las medidas, se puso especial cuidado en evitar sesgos o inducir las respuestas de los participantes. Adicionalmente, el autor principal supervisaba su cumplimiento.

### **Análisis de datos**

Además de las medidas descriptivas habituales, se estimó el efecto de la intervención mediante el índice de no solapamiento de todos los pares, o NAP (Parker y Vannest, 2009; Sanz y García, 2015). Dicho índice compara el porcentaje de datos sin solapamiento entre la línea base y el tratamiento, y permite identificar la proporción de datos que muestran mejoría a partir de la intervención. Adi-

cionalmente, se aplicó el análisis de Jacobson y Truax (1991) para el cálculo del “cambio fiable”. Esta técnica estima la significancia clínica en una población disfuncional en la que se desconoce la población funcional (norma). El método establece un punto de corte igual o mayor a 1.96 y considera la confiabilidad de los inventarios de evaluación.

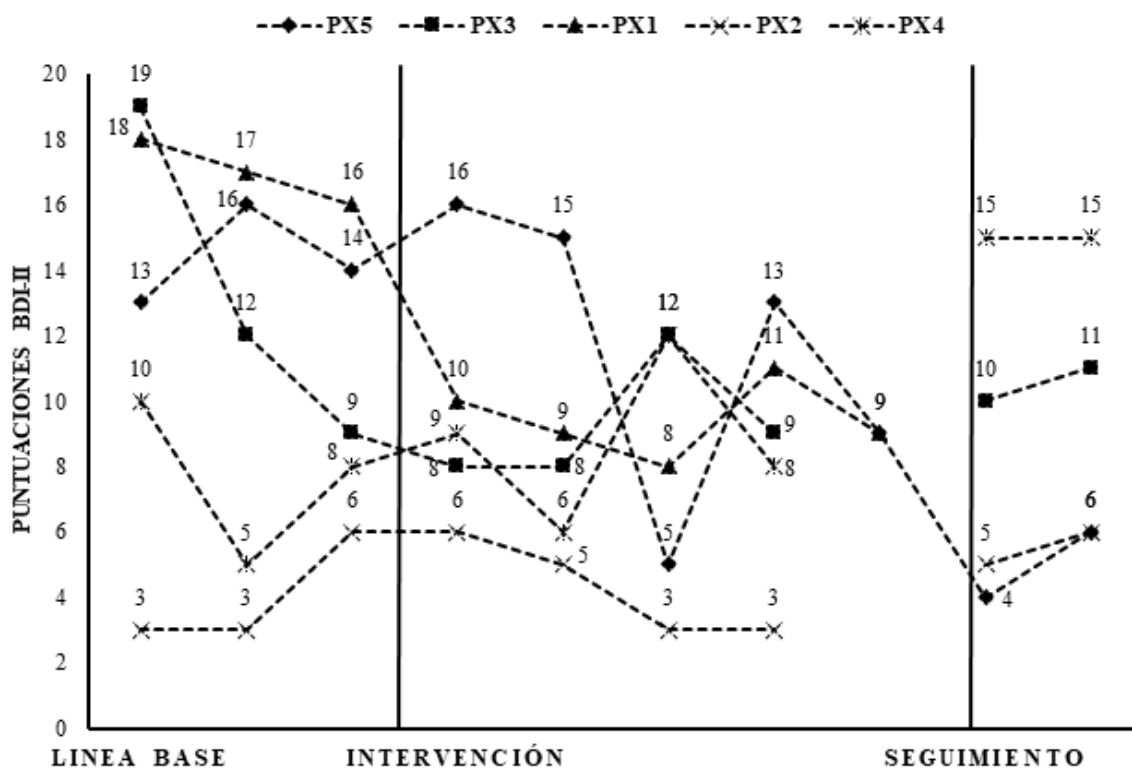
Para evaluar la integridad del tratamiento, se examinó la concordancia de los dos escuchas que calificaron de manera independiente la fidelidad de la aplicación de la intervención con el índice Kappa (Cohen, 1960), que calcula la concordancia

entre los observadores en variables dicotómicas. Finalmente, para identificar las diferencias en calidad de vida antes, después y en el seguimiento se aplicó la prueba de Friedman para dos muestras relacionadas.

### RESULTADOS

La Figura 1 muestra los puntajes de sintomatología depresiva (BDI-II) en línea base, intervención y seguimiento.

Figura 1. Sintomatología depresiva (BDI-II).

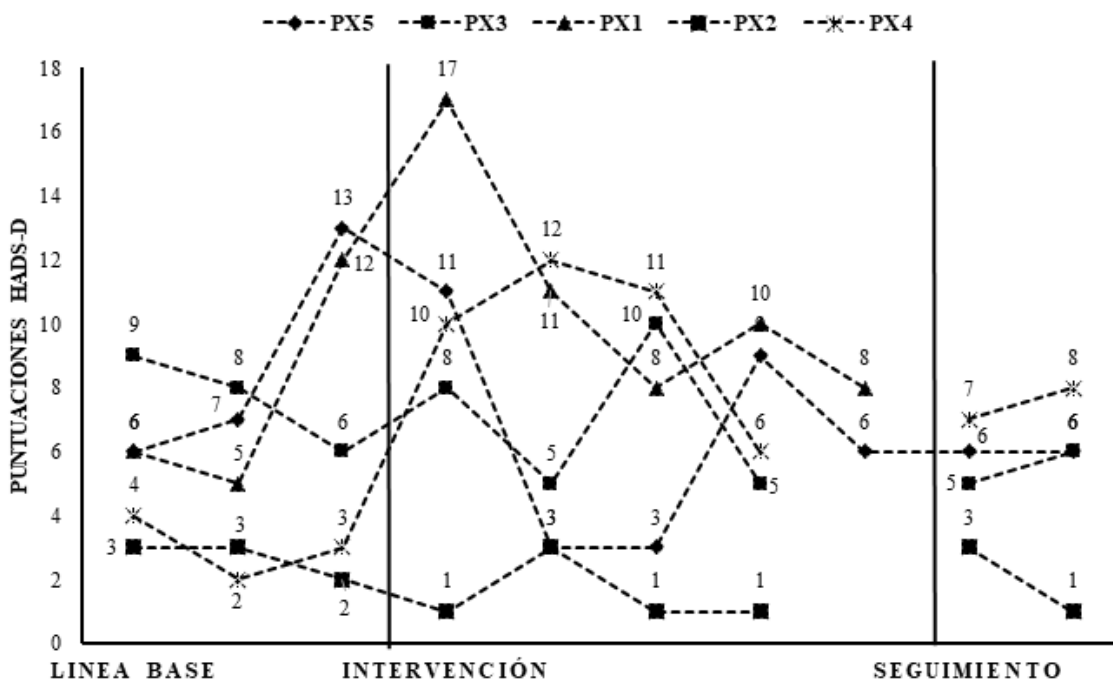


Nota. BDI-II= Inventario de depresión de Beck número 2; PX= Paciente.

Como se observa, el participante 3 mostró la mayor mejoría y decremento de síntomas al recibir el tratamiento, mismo que se mantiene al mes de seguimiento. El participante 4 fue el que menos se benefició al mostrar un incremento durante el programa y el seguimiento. Esta tendencia también ocurrió en el HADS-D. El participante 1 no concluyó el periodo de seguimiento por motivos ajenos al programa de intervención (Figura 2).

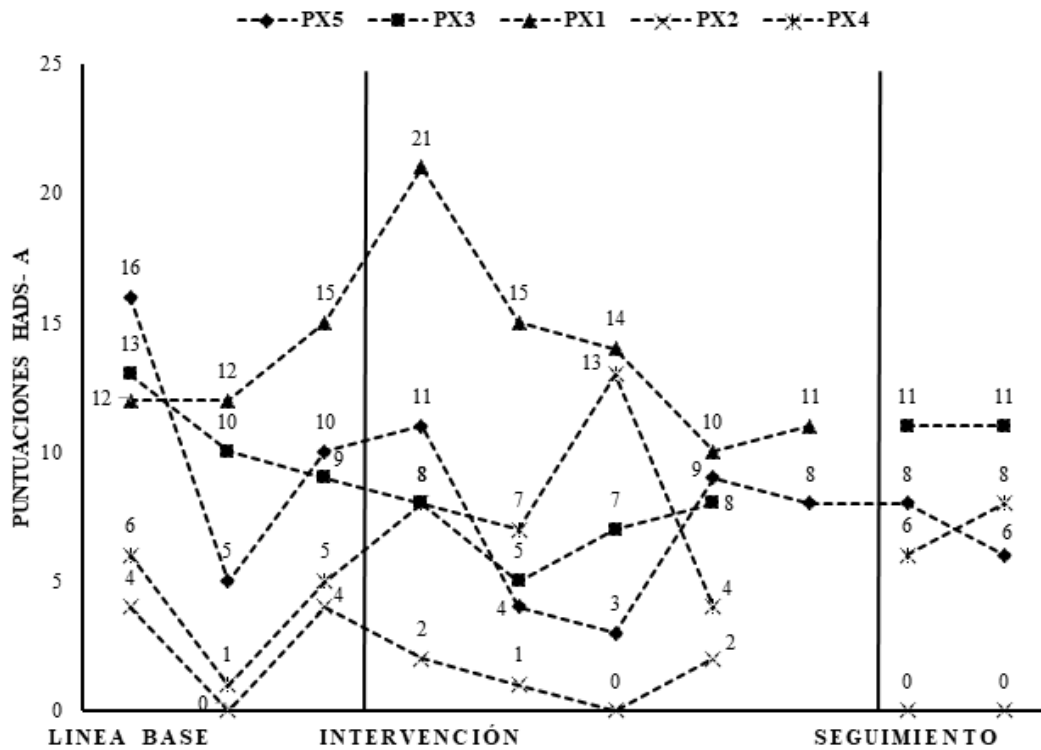
La Figura 3 muestra una reducción en sintomatología ansiosa en el HADS-A durante la intervención en los dos participantes que más se beneficiaron (3 y 5). El participante 1 mostró una mejoría más modesta, en tanto que el participante 4 incrementó sus puntajes en el transcurso de la intervención y el seguimiento.

**Figura 2.** Sintomatología depresiva, HADS-D.



Nota. HADS-D= Inventario HADS sintomatología depresiva; PX= Paciente.

**Figura 3.** Ansiedad, HADS-A.



Nota. HADS-A= Inventario HADS sintomatología ansiosa; PX= Paciente.

En cuatro de los cinco pacientes el efecto de la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva profunda redujo los niveles de ansiedad, específicamente antes e inmediatamente después de realizar cada procedimiento. El participante 1 se benefició más de esta técnica con promedio de  $\bar{X} = 8.17 \pm 2.2$  y  $\bar{X} 8.25 \pm 2.2$  antes del procedimiento, y de  $\bar{X} = 5.36 \pm 2.4$  y de  $\bar{X} = 5.17 \pm 2.6$  al concluir los ejercicios, mientras que el participante 4 fue el que menos se benefició de las técnicas de relajación al no presentar diferencias en los promedios antes ( $\bar{X} = 4.7 \pm 0.98$ ,  $4.6 \pm 0.94$  y después del procedimiento ( $\bar{X} 4.6 \pm 0.94$  y  $\bar{X} 4.6 \pm 0.92$ ). Los otros tres participantes también mostraron reducción en ansiedad, aunque más modestamente: Participante 3  $\bar{X} = 5.28 \pm 1.28$  y  $\bar{X} = 5.3 \pm 1.34$  antes y  $\bar{X} = 1.7 \pm 1.34$ , y  $\bar{X} 1.5 \pm 1.57$  después; participante 5  $\bar{X} = 2.90 \pm 1.02$ ,  $\bar{X} 2.87 \pm 1.01$  antes, y  $\bar{X} 1.90 \pm 1.02$ ,  $\bar{X} = 1.83 \pm 1.34$  después, y finalmente el participante 2 obtuvo  $\bar{X} = 1.9 \pm 1.0$ ,  $\bar{X} = 1.9 \pm 0.79$  antes, y  $\bar{X} = 0.8 \pm 1.01$ ,  $\bar{X} = 0.5 \pm 0.89$  después.

El tamaño del efecto de la intervención sobre la sintomatología depresiva (Tabla 2) osciló entre 0.70 y 1.00 en el BDI-II, con un efecto de medio a grande en tres de los cinco participantes. Estos son tamaños del efecto similares a los del

HADS-D con índices NAP de 0.70 en cuatro de los cinco pacientes. En cuanto a la sintomatología ansiosa, el tamaño del efecto de mejoría fue de 0.14 a 0.78, es decir, de bajo a medio.

**Tabla 2.** Tamaño del efecto clínico.

Pacientes	HADS-D	BDI-II	HADS- A
5	0.74	0.74	0.71
3	0.72	0.78	0.78
1	0.73	1.00	0.50
2	0.73	0.37	0.73
4	0.00	0.25	0.14

*Nota.* HADS-D= Inventario HADS (sintomatología depresiva); BDI-II= Inventario de Depresión de Beck 2; HADS-A= Inventario HADS (sintomatología ansiosa).

El cambio clínico calculado a partir del estadístico de Jacobson y Truax (Tabla 3) en la sintomatología depresiva (BDI-II) mostró que los participantes 1 y 3 mostraron mejoría clínica significativa, y los participantes 5 y 4 también mejoraron, aunque no superaron el punto de corte de  $-1.96$ , y respecto a la sintomatología ansiosa HADS-A el participante 5 mejoró significativamente. Los demás participantes también mejoraron, aunque no superaron el punto de corte.

**Tabla 3.** Cambio clínico objetivo de Jacobson y Truax.

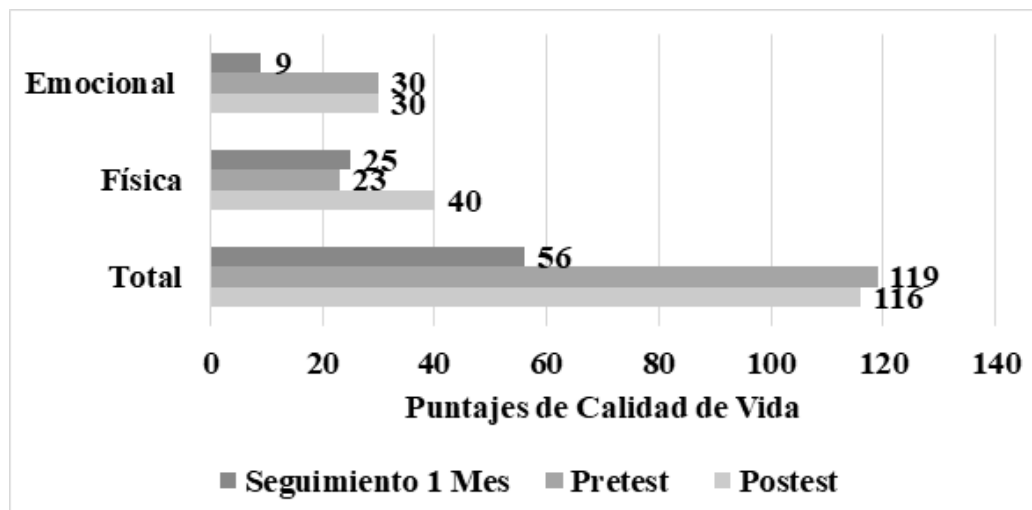
Pacientes	BDI-II	Interpretación	HADS- A	Interpretación
5	-1.51	Mejoría, cambio mínimo	-2.90	Cambio clínico confiable
3	-3.77	Cambio clínico confiable	-1.81	Mejoría, cambio mínimo
1	-3.40	Cambio clínico confiable	-0.36	Sin cambio
2	0.00	Sin cambio	-0.76	Mejoría, cambio mínimo
4	-0.75	Mejoría, cambio mínimo	-0.72	Mejoría, cambio mínimo

*Nota.* BDI-II= Inventario de depresión de Beck número 2; HADS-A= Inventario HADS (sintomatología ansiosa).

En los puntajes de calidad de vida (Figura 4), si bien en sentido estadístico no se identificaron diferencias, se observa sin embargo una tendencia

a un menor deterioro después de la intervención, especialmente en el seguimiento.

Figura 4. Deterioro de calidad de vida.



### Confiabilidad en integridad del tratamiento

El índice de concordancia Kappa de Cohen entre los dos escuchas independientes que evaluaron la aplicación de todos procedimientos (integridad del tratamiento) fue de 0.85 a 1.00, con probabilidad asociada de  $p \leq 0.001$ , mostrando una muy alta concordancia independiente sobre la aplicación de los módulos en los cinco casos.

Finalmente, en la encuesta de satisfacción, todos los rubros (duración del programa, horario de las sesiones, formato de atención telefónica, desempeño del terapeuta y nivel de comprensión de las tareas y materiales), los cinco participantes expresaron sentirse altamente satisfechos. En sus comentarios, señalaron que lo que más les agradó fue la activación conductual y la intervención y seguimiento telefónico. Sobre este último, la respuesta más frecuente subrayó la facilidad y accesibilidad para tomar las sesiones en casa. Respecto a qué temas le gustaría agregar en las sesiones, solo un participante expresó querer saber más sobre la IC. Por último, en lo referente a lo que menos les había gustado del programa por vía telefónica, ninguno de los participantes expresó desagrado en ningún rubro.

## DISCUSIÓN

Con la aplicación de la intervención psicológica vía telefónica en pacientes con IC se documenta su viabilidad en las condiciones peculiares de una

cantidad importante de usuarios del sistema de salud pública en México, principalmente por su nivel socioeconómico y escolaridad. La integridad del tratamiento en la aplicación de los componentes que la articulan, así como el efecto clínico en las variables en una mayoría de los participantes demostraron una reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. En cuanto a validez “ecológica”, la secuencia de aplicación de los módulos de intervención obedeció a las necesidades de atención psicológica inmediatas identificadas en los participantes y en sus escenarios cotidianos naturales. El inicio con el módulo de RMMP respondió a la exacerbación de sintomatología ansiosa asociada, a su vez, a molestias físicas y a limitaciones laborales e interpersonales adaptativas, agregando la aplicación de los procedimientos conforme los componentes del padecimiento indicaban su prioridad emocional, cognitiva, instrumental y demás.

La reducción de la sintomatología depresiva mostró tener efectos medios (Jacobson y Truax, 1991; Parker y Vannest, 2009) en la mejoría clínica de los participantes con menos síntomas. El monitoreo de indicadores cognitivos asociados a los valores personales, junto con el entrenamiento en relajación, parecen haber ocasionado bienestar emocional (Dimidjian *et al.*, 2006; Yu *et al.*, 2007, 2010). Es probable que la solución de problemas asociados al padecimiento simplificaran las rutinas de autocuidado cotidianas de los participantes (Graven *et al.*, 2018; Graven *et al.*, 2017). La reducción de la sintomatología depresiva es con-



gruente con los resultados de la atención psicológica presencial (Freedland *et al.*, 2016; Gary *et al.*, 2010) y de la atención a distancia (Lundgren *et al.*, 2016; Moon *et al.*, 2018).

Un segundo hallazgo es el efecto de la intervención para reducir la sintomatología ansiosa, con un tamaño del efecto que, aunque fue entre moderado y bajo (Parker y Vannest, 2009), mostró una tendencia general hacia la mejoría. Es de destacarse que la naturaleza del diseño utilizado hizo posible observar que la sintomatología física derivada de la IC exacerba directamente la sintomatología ansiosa de los participantes, lo que muy probablemente limitó el efecto del tratamiento en los pacientes con síntomas físicos más intensos y con complicaciones de la IC.

El manejo o la modificación de creencias disfuncionales asociadas al desempeño físico y el riesgo de un evento cardiaco pueden haber proporcionado a los pacientes herramientas para entender o aceptar pensamientos sobre su malestar emocional, y probablemente un afrontamiento más eficaz (Hawley *et al.*, 2017).

Finalmente, si bien el deterioro general en calidad de vida de los participantes no mostró una mejoría estadísticamente significativa, sus valores, ya en el seguimiento, mostraron notoriamente un menor deterioro. Es probable que la adopción a mediano y largo plazo de las estrategias derivadas del tratamiento y una incorporación gradual a las rutinas cotidianas del paciente y sus familiares inmediatos haya facilitado tal tendencia. Adicionalmente, es probable que haya habido un efecto restrictivo de las mejorías por el deterioro físico de la propia IC y por otras variables distales que probablemente mitigaron los efectos del tratamiento,

como barreras económicas, acceso al tratamiento farmacológico y desempleo, entre otras, factores todos ellos que no hubieran podido ser objeto de intervención en prácticamente ningún programa de atención psicológica, ya fuera presencial o a distancia. En general, los presentes resultados extienden los hallazgos de varios estudios (Lundgren *et al.*, 2016; Martin *et al.*, 2013) para su aplicación en los servicios públicos de salud de México, así como los descritos en las revisiones de Jeyantham *et al.* (2017) y Peng *et al.*, (2019).

La satisfacción expresada al final por los participantes sugiere que la intervención por vía telefónica en pacientes con IC es un formato de atención viable, de fácil acceso y muy aceptable para los pacientes porque, en efecto, elimina barreras como la distancia, el tiempo y el esfuerzo de traslado al centro de atención, entre muchos más. Una contribución clínica adicional radica en la exploración viable de los efectos de la aplicación remota de diversas técnicas clínicas para el cambio de emociones, conductas y pensamientos poco útiles para el cuidado de la IC.

La instrumentación a distancia de procedimientos clínicos en una población con las características propias de la IC (frecuentes hospitalizaciones, signos de alarma, síntomas de malestar y sufrimiento general) permite identificar a los pacientes que pueden beneficiarse en mayor grado de programas como el aquí presentado, en contraste con quienes requieren una atención y seguimiento aún más estrechos, los que sin embargo pueden lograrse mediante intervenciones mixtas (presencial y a distancia), conservando siempre la relación entre la detección de necesidades específicas y el ajuste de las intervenciones psicológicas.

## AGRADECIMIENTOS

Estudio requisito parcial del Doctorado del primer autor bajo la dirección del último, financiado por el CONACYT, beca 728960, CVU: 919658. Los autores agradecen muy especialmente a los doctores Ariel Vite S., Laura Acuña M., Eduardo Chuquiure V., Gerardo Vieyra H. y Lic. Psic. Brenda Carbajal G. por su apoyo a este trabajo y la retroalimentación acerca de las versiones preliminares del presente artículo.

*Citación:* Silva-Ruz, C., Robles-García, R., Martínez-Ríos, M.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2022). Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardiaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica. *Psicología y Salud*, 32(2), 375-388. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2757>.

## REFERENCIAS

- Alosco, M.L., Spitznagel, M.B., Miller, L., Raz, N., Cohen, R., Sweet, L.H. y Gunstad, J. (2012). Depression is associated with reduced physical activity in persons with heart failure. *Health Psychology, 31*(6), 754-762. Doi: 10.1037/a0028711.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184-200. Doi: 10.1016/s0005-7894(70)80030-2.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Boivin, A., Green, J., van der Meulen, J., Légaré, F. y Nolte, E. (2009). Why consider patients' preferences?: A discourse analysis of clinical practice guideline developers. *Medical Care, 47*(8), 908-915. Doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a81158.
- Celano, C.M., Villegas, A.C., Albanese, A.M., Gaggin, H.K. y Huffman, J.C. (2018). Depression and anxiety in heart failure: a review. *Harvard Review of Psychiatry, 26*(4), 175-184. Doi: 10.1097/HRP.0000000000000162.
- Chaudhry, S.P. y Stewart, G.C. (2016). Advanced heart failure: prevalence, natural history, and prognosis. *Heart Failure Clinics, 12*(3), 323-333. Doi: 10.1016/j.hfc.2016.03.001.
- Cirelli, M.A., Lacerda, M.S., Lopes, C.T., de Lima Lopes, J. y de Barros, A.L.B.L. (2018). Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(2), 235-241. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.008.
- Cohen, B.E., Edmondson, D. y Kronish, I.M. (2015). State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American Journal of Hypertension, 28*(11), 1295-1302. Doi: 10.1093/ajh/hpv047.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37-46. Doi: 10.1177/001316446002000104.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R.F. y Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*(1), 1-38. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalzing, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658-670. Doi: 10.1037/0022-006x.74.4.658.
- Fahrion, S.L. y Norris, P.A. (1990). Self regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic, 54*(2), 217-231.
- Fienup, D.M. y Brodsky, J. (2017). Effects of mastery criterion on the emergence of derived equivalence relations. *Journal of Applied Behavior Analysis, 50*(4), 843-848. Doi: 10.1002/jaba.416.
- Freedland, K.E., Carney, R.M., Rich, M.W., Brian, C. y Rubin, E.H. (2016). Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 175*(11), 1773-1782. Doi: 10.1001/jamainternmed.2015.5220.Cognitive.
- Gary, R.A., Dunbar, S.B., Higgins, M.K., Musselman, D.L. y Smith, A.L. (2010). Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(2), 119-131. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.013.
- Graham, J.E., Karmarkar, A.M. y Ottenbacher, K.J. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: issues and methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(8 Suppl.), s111-s116. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.017.
- Graven, L.J., Gordon, G., Keltner, J.G., Abbott, L. y Bahorski, J. (2018). Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: A pilot study. *Patient Education and Counseling, 101*(2), 266-275. Doi: 10.1016/j.pec.2017.09.008.
- Graven, L.J., Martorella, G., Gordon, G., Grant Keltner, J.S. y Higgins, M.K. (2017). Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *International Journal of Nursing Studies, 69*, 57-65. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.014.
- Hawley, L.L., Padesky, C.A., Hollon, S.D., Mancuso, E., Lapos, J.M., Brozina, K. y Segal, Z.V. (2017). Cognitive-behavioral therapy for depression using mind over mood: CBT skill use and differential symptom alleviation. *Behavior Therapy, 48*(1), 29-44. Doi: 10.1016/j.beth.2016.09.003.
- Herrera N., B., Vázquez G., O. y Lerma T., A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud, 28*(1), 121-130. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2544>.
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Luttik, M.L., Sanderman, R., Veldhuisen, D.J.V. y Jaarsma, T. (2012). Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart, 98*(22), 1647-1652. Doi: 10.1136/heartjnl-2012-302305.

- Jacobson, E. (1925). Progressive relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100(3/4). (Special Centennial Issue Published by University of Illinois Press Stable. URL: <http://www.jstor.org/stable/1422693>. *The American Journal of Psychology*, 36(1), 73-87.
- Jacobson, E. (1977). The origins and development of progressive relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8(2), 119-123. Doi: 10.1016/0005-7916(77)90031-3.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Javaheri, S. y Redline, S. (2017). Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest*, 152(2), 435-444. Doi: 10.1016/j.chest.2017.01.026.
- Jeyantham, K., Kotecha, D., Thanki, D., Dekker, R. y Lane, D.A. (2017). Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 22(6), 731-741. Doi: 10.1007/s10741-017-9640-5.
- Jiang, Y., Shorey, S., Seah, B., Chan, W.X., Tam, W.W.S. y Wang, W. (2018). The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 16-25. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006.
- Jorm, A.F., Morgan, A. y Hetrick, S.E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). Doi: 10.1002/14651858.cd007142.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kazdin, A.E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1(4), 427-452.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 19-71). New York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A.E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Boston MA: Allyn & Bacon.
- Kazdin, A.E. (2016). *Methodological issues and strategies in clinical research* (4th ed.). Washington, D.C.: APA.
- Keller, F.S. (1974). Ten years of personalized instruction. *Teaching of Psychology*, 1(1), 4-9. Doi: 10.1177/009862837400100102.
- Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J. y Kupper, N. (2016). Psychological determinants of heart failure self-care: Systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(4), 412-431. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000270.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.T., Liu, Z., Hu, S. y Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30077-8.
- Lundgren, J.G., Dahlström, Ö., Andersson, G., Jaarsma, T., Köhler, A.K. y Johansson, P. (2016). The effect of guided web-based cognitive behavioral therapy on patients with depressive symptoms and heart failure: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), 1-13. Doi: 10.2196/jmir.5556.
- Magidson, J.F., Seitz-Brown, C.J. y Safren, S.A.D.S.B. (2014). Implementing behavioral activation and life-steps for depression and HIV medication adherence in a community health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 1-19. Doi: 10.1037/a0032811.Child.
- Martin, C., Hirani, S.P., Rixon, L., Beynon, M., Doll, H., Bower, P. y Newman, S.P. (2013). Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): Nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 346(7897), 1-20. Doi: 10.1136/bmj.f653.
- Moon, M.K., Yim, J.E. y Jeon, M.Y. (2018). The effect of a telephone-based self-management program led by nurses on self-care behavior, biological index for cardiac function, and depression in ambulatory heart failure patients. *Asian Nursing Research*, 12(4), 251-257. Doi: 10.1016/j.anr.2018.10.001.
- Moryś, J.M., Pałchalska, M., Bellwon, J. y Gruchała, M. (2015). Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 230-238. Doi: 10.1016/j.ijchp.2016.03.002.
- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: a problem-solving model. *Psychological Assessment*, 5, 254-263. Doi: 10.1037/1040-3590.5.3.254.
- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 187-205. Doi: 10.1023/A:1016653407338.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y D'Zurilla, T.D. (2012). *Problem solving therapy: a treatment manual* (Ed.: Sheri W.Sussman). New York: Springer Publishing Company.
- Padesky, C.A. y Dennis, G. (2020). *The clinician's guide to CBT using mind over mood* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

- Parker, R.I. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006.
- Peng, Y., Fang, J., Huang, W. y Qin, S. (2019). Efficacy of cognitive behavioral therapy for heart failure. *International Heart Journal*, 60(3), 665-670. Doi: 10.1536/ihj.18-408.
- Ponikowski, P., Voors, A.A., Anker, S.D., Bueno, H., Cleland, J.G.F., Coats, A.J.S. y Van Der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129-2200. Doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.
- Punja, S., Schmid, C.H., Hartling, L., Urichuk, L., Nikles, C.J. y Vohra, S. (2016). To meta-analyze or not to meta-analyze? A combined meta-analysis of N-of-1 trial data with RCT data on amphetamines and methylphenidate for pediatric ADHD. *Journal of Clinical Epidemiology*, 76, 76-81. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.03.021.
- Rector, T.S. y Cohn, J.N. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American Heart Journal*, 124(4), 1017-1025. Doi: 10.1016/0002-8703(92)90986-6.
- Redeker, N.S., Conley, S., Anderson, G., Cline, J., Andrews, L., Mohsenin, V. y Jeon, S. (2018). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep, symptoms, stress, and autonomic function among patients with heart failure. *Behavioral Sleep Medicine*, 00(00), 1-13. Doi: 10.1080/15402002.2018.1546709.
- Rodríguez S., C., Gil C., P. y Martínez A., R. (1996). Presentación de la Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213.
- Ryba, M.M., Lejuez, C.W. y Hopko, D.R. (2014). Behavioral activation for depressed breast cancer patients: The impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 325-335. Doi: 10.1037/a0035363.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1978). Efectos del uso de guías de estudio sobre el rendimiento de generalización en la enseñanza de nivel universitario. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 4(2), 175-190.
- Santiago G., D. y Sánchez-Sosa, J.J. (2018). *Entrenamiento de habilidades sociales y regulación emocional en población universitaria* [Tesis profesional de la primera autora bajo la dirección del segundo]. México: UNAM.
- Sanz, J. y García V., M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26(3), 167-180. Doi: 10.1016/j.clysa.2015.09.004.
- Simpson, R.G., Smith, S., Johnson, T.E. y Halpin, G. (2003). The psychometric effects of altering the ceiling criterion on the passage comprehension test of the Woodcock Reading Mastery Tests-Revised/NU. *Assessment for Effective Intervention*, 28(2), 35-40. Doi: 10.1177/073724770302800204.
- Valle S., H., Robles M., S., Wiebe, J.S. y Sánchez-Sosa, J.J. (2018). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, 29(1), 139-153. Doi: 10.25009/pys.v29i1.2575.
- Wolf, M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11(2), 203-214.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F. y Woo, J. (2007). Effects of relaxation therapy on psychologic distress and symptom status in older Chinese patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 427-437. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.012.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F. y Woo, J. (2010). Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: Effects of relaxation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 392-403. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05198.x.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F., Woo, J. y Hui, E. (2007). Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: Effects of exercise training and relaxation therapy. *Gerontology*, 53(2), 74-81. Doi: 10.1159/000096427.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Escandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



## REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

### ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico [rbulle@uv.mx](mailto:rbulle@uv.mx). Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

### EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

### REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

### CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

*En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.*





UNIVERSIDAD  
VERACRUZANA

## SUMMARY

Declarative memory in older people with dementia, mild cognitive impairment, and controls

*Ferrán Padrós Blázquez, Jesús Alejandro García and Adriana Marcela Meza Calleja*

Anxiety and depression in hospitalized patients in an emergency department

*Juan Luis Murillo Cruz, Eduardo Abraham Vidal Velázquez, Nadia Alejandra Domínguez Vieyra, Antonio López GómeZ and Edgar Landa Ramírez*

Adaptation of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire in a Mexican sample

*Blanca Nevárez Mendoza and Gerardo Ochoa Meza*

HIV: A look under the psycho-social light

*Bernardo Angel Tobón and John Jairo García Peña*

Cognitive functions of children of mothers with kidney transplant exposed to immunosuppressors during prenatal stage

*Roberto Pérez Avendaño, Gabriela Caballero Andrade, Alejandro Angulo Domínguez, Alfonsina Niebla Cárdenas, Josefina Alberú Gómez, Luis E. Morales Buenrostro and Sofía Sánchez Ramón*

Glass wall: reflections on visual disability on the Colombian context

*Javier Augusto Lombo González, Claudia Alejandra Duque Romero and Jhon Elkin Enciso Luna*

Cognitive-behavioral and informative intervention to reduce anxiety before hysterectomy in Mexican women: A comparative study

*María Berenice Bernal Contreras, Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González and Minerva Beatriz Ixida Pérez*

Personality, psychological wellbeing and quality of life associated with health in Colombian women with fibromyalgia

*Jorge Emiro Restrepo, Laura Marcela Delgado, Sandra Milena Dios, Leidy Jahana Mendoza and Vanesa Zuleta Valencia*

Evaluation and benefits of empathy in the medical context: A review

*René Noe Cortés Morán and Ariel Vite Sierra*

Relationship between levels of self-esteem, resilience, suicidal ideation and suicidal risk

in Zenú indigenous youth from Córdoba, Colombia  
*Angie Charloth Yepes Sandoval, Natalia Rubio Gaitán, Stefano Vinaccia Alpi and Soraya Bernal Guerrero*

A comparison of anxiety and depression between three regions of Mexico during the COVID-19 pandemic

*Jesús Antonio Luna Padilla, Jorge Alberto Guzmán Cortés, Ángel Fernando Villalva and Javier Sánchez Betancour*

Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Mexican breast cancer survivors

*Mónica Ramírez Orozco, Oscar Galindo Vázquez, Juan Enrique Bargalló Rocha, Rosario Costas Muñiz, Laura Suchil Bernal and Abelardo Meneses García*

Burnout syndrome, anxiety, depression and reproductive cycle in informal caregivers of cancer patients

*Ernesto Peredo Rivera, Ana G. Gutiérrez García, María Érika Ortega Herrera, Claudia Gutiérrez Sida and Carlos M. Contreras*

The Coping with cyberbullying strategies from the observer's perspective inventory: Confirmatory factor analysis

*Josefina Sandoval Marañez, Alejandra Cesar Antonio Luna Bernal, Rosa Margarita López Aguilar and María Ángela Gómez Pérez*

Level of risk of stress in drivers of the public transportation sector

*Armando David Narváez Chaves, Yesica Meliza Basante Pantoja, Christian Alexander Zambrano Guerrero, Edith de Lourdes Hernández Narváez and Martín Eduardo Salas Ibarra*

Employability and socio-emotional competencies in Business students

*Norma Betanzas Díaz, Victor Manuel Altamira Solís and Francisco Paz Rodríguez*

Treatment of Depression in patients with Heart Failure: Effects of a CBT intervention via telephone

*Carlos Silva-Ruz, Rebeca Robles-García, Marco Antonio Martínez-Ríos and Juan José Sánchez-Sosa*