

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 33 Número 1

Enero-junio 2023

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México
Karla Suárez y Alan E. Kazdin

Características de las intervenciones en diabetes tipo 1 de 2003 a 2021:
una revisión bibliográfica
Martha Patricia Maldonado Espinoza y Marisela Gutiérrez Vega

Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica
en tratamiento de hemodiálisis en México
Irma María Niebla Guzmán, Xolyanetzin Montero Pardo y María Elena Rivera Heredia

Programa psicoeducativo personalizado para la adherencia dietética
de pacientes con diabetes y obesidad: un estudio piloto
*Fernando Octavio Hernández Valles, Ma. de los Ángeles Vacío Muro,
Ricardo Pérez Almonacid y Martha Leticia Salazar Garza*

Evaluación de un programa multimedia para promover estilos de vida saludables
y reducir el riesgo de obesidad infantil en escuelas de Ciudad de México
*Georgina Cárdenas López, Rosa M. Baños, Cristina Botella, Elia Oliver,
Emmanuel Castillo, Raúl Durón Figueroa y Jaime M. González Perellón*

Evaluación de problemas de alimentación y conductas de rechazo al alimento
en menores con trastorno del espectro autista
*Varsovia Hernández Eslava, Diana Alejandra González García,
Ángeles Velásquez Carrasco y Rosa Carré Valdez*

Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención
e hiperactividad: a partir del KIDSCREEN-52
*Stefano Vinaccia, Luvy Barrera, Mayra Sánchez, María Alejandra Zuluaga, Mariana Arjana,
Shirley Franco, Soraya Bernal y Cristina Isabel Guerrero*

Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo
Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz y Rosalía Vázquez Arévalo

Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015
*Julio Cesar Campuzano Rincón, Anaí Hernández Álvarez, Marcela Sánchez Estrada,
Rubén Chávez Ayala, Evangelina Morales Carmona, Jorge Cabrales Arreola y Carlos Hernández Girán*

Aportes a la comprensión y prevención del suicidio
en población indígena: una revisión sistemática narrativa
S'aya Ramos Camayo y Constanza Londoño Pérezo

Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social
en adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia)
*Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbelóez Caro, Andrés Ahumada Trejos,
Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín y Julián Andrés Velasco Gómez*

Intervención basada en atención plena compasiva
en estudiantes de música con sintomatología ansiosa
*Nova Lucero Cortés-Hernández, Isaac González-Santoya,
Alejandro López-Tello y Ana Beatriz Moreno-Coutiño*

Rendimiento académico y conducta sexual
de hombres y mujeres de reciente ingreso a la universidad
Diana Moreno Rodríguez y Susana Robles Montijo

Factores familiares asociados a la salud sexual
de jóvenes universitarios de Sonora, México
*Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez,
Sandra Elvia Domínguez Ibáñez, María Ángeles Bilbao Ramírez
y María José Mera Lemp*

Malestar emocional, ansiedad y depresión
en pacientes con cáncer de mama
identificadas por el equipo de la salud de oncología
*Oscar Galindo Vázquez, Enrique Bargalló Rocha,
Abel Lerma, Rosario Costas Muñiz,
Nancy Ariadna Acosta Santos y Abelardo Meneses García*

Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento
en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina
*Mariel Yasneith Téllez Teodoro, Carlos Ibáñez Bernal,
María Amelia Reyes Sedáñez y Raúl Mireles Delgado*

Medición del bienestar psicológico mediante la utilización
de Cuestionarios de Autorreporte. Una revisión sistemática
*Silvia Isela Ramírez Enríquez, Perla Jannet Jurado García,
Humberto Blanco Vega y Juan Cristóbal Barrón Luján*

Propiedades psicométricas de la Escala
de Autocompasión (SCS) en México
*Alejandro López Tello, Raquel Mondragón Gómez,
Rodrigo Sánchez Ramos y Ana Beatriz Moreno Coutiño*

Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés: análisis
de sus propiedades psicométricas con pacientes oncológicos
Roberto Miguel Corona, Cynthia Zaira Vega Valero y David Ruiz Méndez

Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento
Criminal y Violento en el Aula en adolescentes
del sureste mexicano
*Lizeth Alonso Matías, Ricardo Saracco Álvarez,
Mireya Chávez Oliveros y Francisco Paz Rodríguez*

Propiedades psicométricas de la Escala
de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios
de pacientes con cáncer
*María Xóchitl Santos Vega, Patricia Ortega Andeane
y Óscar Galindo Vázquez*

ISSN: 1405-1109

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez
Rector

Juan Ortiz Escamilla
Secretario Académico

Lizbeth Margarita Viveros Cancino
Secretaria de Administración y Finanzas

Jaqueline del Carmen Jongitud Zamora
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 33, Número 1 • Enero-junio de 2023

Psicología y Salud es una publicación semestral,

editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México.

Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14, correos electrónicos: psicologiaysalud@uv.mx y rbulle@uv.mx.

Editor responsable: Rafael Bullé-Goyri Minter.

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

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

Responsable de la publicación de este número: Laila Meseguer Posadas,

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

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 33, Número 1
Enero-junio de 2023

Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México <i>Karla Suárez y Alan E. Kazdin</i>	5
Características de las intervenciones en diabetes tipo 1 de 2003 a 2021: una revisión bibliográfica <i>Martha Patricia Maldonado Espinoza y Marisela Gutiérrez Vega</i>	19
Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México <i>Irma María Niebla Guzmán, Xolyanetzin Montero Pardo y María Elena Rivera Heredia</i>	31
Programa psicoeducativo personalizado para la adherencia dietética de pacientes con diabetes y obesidad: un estudio piloto <i>Fernando Octavio Hernández Valles, Ma. de los Angeles Vacio Muro, Ricardo Pérez Almonacid y Martha Leticia Salazar Garza</i>	43
Evaluación de un programa multimedia para promover estilos de vida saludables y reducir el riesgo de obesidad infantil en escuelas de Ciudad de México <i>Georgina Cárdenas López, Rosa M. Baños, Cristina Botella, Elia Oliver, Emmanuel Castillo, Raúl Durón Figueroa y Jaime M. González Perellón</i>	57
Evaluación de problemas de alimentación y conductas de rechazo al alimento en menores con trastorno del espectro autista <i>Varsovia Hernández Eslava, Diana Alejandra González García, Ángeles Velásquez Carrasco y Rosa Carré Valdez</i>	69
Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52 <i>Stefano Vinaccia, Luvy Barrera, Mayra Sánchez, María Alejandra Zuluaga, Mariana Arjona, Shirley Franco, Soraya Bernal y Cristina Isabel Guerrero</i>	81
Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo <i>Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz y Rosalía Vázquez Arévalo</i>	89
Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015 <i>Julio Cesar Campuzano Rincón, Anaíd Hernández Álvarez, Marcela Sánchez Estrada, Rubén Chávez Ayala, Evangelina Morales Carmona, Jorge Cabrales Arreola y Carlos Hernández Girón</i>	97
Aportes a la comprensión y prevención del suicidio en población indígena: una revisión sistemática narrativa <i>S'aya Ramos Camayo y Constanza Londoño Pérez</i>	109
Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia) <i>Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbeláez Caro, Andrés Ahumada Trejos, Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín y Julián Andrés Velasco Gómez</i>	119
Intervención basada en atención plena compasiva en estudiantes de música con sintomatología ansiosa <i>Nova Lucero Cortés-Hernández, Isaac González-Santoyo, Alejandro López-Tello y Ana Beatriz Moreno-Coutiño</i>	131
Rendimiento académico y conducta sexual de hombres y mujeres de reciente ingreso a la universidad <i>Diana Moreno Rodríguez y Susana Robles Montijo</i>	147
Factores familiares asociados a la salud sexual de jóvenes universitarios de Sonora, México <i>Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Domínguez Ibáñez, María Ángeles Bilbao Ramírez y María José Mera Lemp</i>	159
Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología <i>Oscar Galindo Vázquez, Enrique Bargalló Rocha, Abel Lerma, Rosario Costas Muñiz, Nancy Ariadna Acosta Santos y Abelardo Meneses García</i>	171
Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina <i>Mariel Yasneth Téllez Teodoro, Carlos Ibáñez Bernal, María Amelia Reyes Sedáñez y Raúl Mireles Delgado</i>	187
Medición del bienestar psicológico mediante la utilización de Cuestionarios de Autorreporte. Una revisión sistemática <i>Silvia Isela Ramírez Enriquez, Perla Jannet Jurado García, Humberto Blanco Vega y Juan Cristóbal Barrón Luján</i>	209
Propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (SCS) en México <i>Alejandro López Tello, Raquel Mondragón Gómez, Rodrigo Sánchez Ramos y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	217
Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés: análisis de sus propiedades psicométricas con pacientes oncológicos <i>Roberto Miguel Corona, Cynthia Zaira Vega Valero y David Ruiz Méndez</i>	229
Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula en adolescentes del sureste mexicano <i>Lizeth Alonso Matías, Ricardo Saracco Álvarez, Mireya Chávez Oliveros y Francisco Paz Rodríguez</i>	241
Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer <i>María Xóchitl Santos Vega, Patricia Ortega Andeane y Oscar Galindo Vázquez</i>	253

SUMMARY

Volume 33, Number 1
January-June 2023

Child mental health and the treatment gap in Mexico <i>Karla Suárez and Alan E. Kazdin</i>	5
Type 1 diabetes interventions featured from 2003 to 2021: A bibliographic review <i>Martha Patricia Maldonado Espinoza and Marisela Gutiérrez Vega</i>	19
<i>Psychiatric symptoms in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment in Mexico</i> <i>Irma María Niebla Guzmán, Xolyanetzin Montero Pardo and María Elena Rivera Heredia</i>	31
Personalized psycho-educational program for diet adherence of patients with diabetes and obesity: A pilot study <i>Fernando Octavio Hernández Valles, Ma. de los Ángeles Vacio Muro,</i> <i>Ricardo Pérez Almonacid and Martha Leticia Salazar Garza</i>	43
Evaluation of an e-program to promote healthy lifestyles and reduce risk of childhood obesity in Mexico City schools <i>Georgina Cárdenas López, Rosa M. Baños, Cristina Botella, Elia Oliver,</i> <i>Emmanuel Castillo, Raúl Durón Figueroa and Jaime M. González Perellón</i>	57
Evaluation of feeding problems and food-refusal behavior in children with autism spectrum disorders <i>Varsovia Hernández Eslava, Diana Alejandra González García, Ángeles Velásquez Carrasco and Rosa Carré Valdez</i>	69
Quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder: From the Kidscreen-52 <i>Stefano Vinaccia, Luvy Barrera, Mayra Sánchez, María Alejandra Zuluaga, Mariana Arjona,</i> <i>Shirley Franco, Soraya Bernal and Cristina Isabel Guerrero</i>	81
Suicidal risk: Influence of self-harm, eating behavior, and subjective pain <i>Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz and Rosalia Vázquez Arévalo</i>	89
Suicide mortality trend in Mexico: Epidemiological panorama 1980-2015 <i>Julio Cesar Campuzano Rincón, Anaíd Hernández Alvarez, Marcela Sánchez Estrada,</i> <i>Rubén Chávez Ayala, Evangelina Morales Carmona, Jorge Cabrales Arreola and Carlos Hernández Girón</i>	97
Contributions to the understanding and prevention of suicide in the indigenous population. A narrative systemic revision <i>S'aya Ramos Camayo and Constanza Londoño Pérez</i>	109
Vulnerability factors associated to the perception of social loneliness in older adults from the department of Quindío (Colombia) <i>Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbeláez Caro, Andrés Ahumada Trejos,</i> <i>Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín and Julián Andrés Velasco Gómez</i>	119
Compassionate mindfulness-based intervention in music students with anxious symptomatology <i>Nova Lucero Cortés-Hernández, Isaac González-Santoyo, Alejandro López-Tello and Ana Beatriz Moreno-Coutiño</i>	131
Academic achievement and sexual behavior of men and women recently entering college <i>Diana Moreno Rodríguez and Susana Robles Montijo</i>	147
Family factors associated with sexual health in university students of Sonora, Mexico <i>Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez, Sandra Elvia Domínguez Ibáñez,</i> <i>María Ángeles Bilbao Ramírez and María José Mera Lemp</i>	159
Emotional distress, anxiety, and depression in breast cancer patients identified by the health oncology team <i>Oscar Galindo Vázquez, Enrique Bargalló Rocha, Abel Lerma, Rosario Costas Muñiz,</i> <i>Nancy Ariadna Acosta Santos and Abelardo Meneses García</i>	171
Differential effects of a communication skills training workshop for Medicine students <i>Mariel Yasneth Téllez Teodoro, Carlos Ibáñez Bernal, María Amelia Reyes Seáñez and Raúl Mireles Delgado</i>	187
Measurement of psychological well-being through the use of self-support questionnaires. A systematic review <i>Silvia Isela Ramírez Enríquez, Perla Jannet Jurado García, Humberto Blanco Vega and Juan Cristóbal Barrón Luján</i>	209
Psychometric properties of the Self-compassion Scale (SCS) in Mexico <i>Alejandro López Tello, Raquel Mondragón Gómez, Rodrigo Sánchez Ramos and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	217
Cognitive Appraisal and Stress Scale: Analysis of its psychometric properties with cancer patients <i>Roberto Miguel Corona, Cynthia Zaira Vega Valero and David Ruiz Méndez</i>	229
Psychometric properties of the Scale of Criminal and Violent Behavior in the Classroom in adolescents from southeast Mexico <i>Lizeth Alonso Matías, Ricardo Saracco Álvarez, Mireya Chávez Oliveros and Francisco Paz Rodríguez</i>	241
Psychometric properties of the Psychological Distress Scale (K-10) in primary caregivers of cancer patients <i>María Xóchitl Santos Vega, Patricia Ortega Andeane and Oscar Galindo Vázquez</i>	253

Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México

Child mental health and the treatment gap in Mexico

Karla Suárez¹ y Alan E. Kazdin²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Yale University²

Autor para correspondencia: Karla Suárez, suarilez@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

El presente artículo se centra en la brecha de tratamiento, que se refiere a la discrepancia entre la proporción de la población que necesita servicios y la que los recibe. Actualmente, en México, pero también en el mundo, la mayoría de las personas que necesitan servicios de salud mental no reciben tratamiento. Los autores se centran en el tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes porque en su mayoría tales trastornos surgen durante estos periodos de vida. Se discuten las barreras para recibir y prestar servicios de las personas que lo necesitan, y se subraya la importancia de proporcionar tratamientos que sean escalables (o sea, que puedan llegar a un gran número de personas) y que tengan alcance (es decir, que puedan extenderse a los grupos que a menudo se descuidan en la atención de la salud mental). Se identifican múltiples modelos de prestación de tratamiento y se ilustran tres de ellos en detalle: el cambio de tareas, el entretenimiento educativo y las intervenciones de mejor-compra. Estos y otros modelos permiten que los servicios de salud mental lleguen a más personas que los necesitan, y reducir así la brecha de tratamiento en México.

Palabras clave: Salud mental en niños y adolescentes; Brecha de tratamiento; Modelos de prestación de tratamiento.

ABSTRACT

This article focuses on the treatment gap, which refers to the discrepancy in the proportion of the population in need of services and the proportion that receives them. Currently, in Mexico, but also worldwide, most individuals in need of mental health services receive no treatment. The authors focus on the treatment of mental disorders among children and adolescents because most mental disorders arise during these periods of life. The article discusses barriers to receiving and delivering services among people in need. The paper underscores the importance of providing treatments that are scalable (can reach large numbers of people) and have reach (can extend to groups that are often neglected in mental health care). Multiple treatment delivery models are identified and three of them are illustrated in detail: task shifting, edutainment and best-buy interventions. These and other models permit reaching more individuals in need of mental health services and reducing the treatment gap in Mexico.

Key words: Child and adolescent mental health; Treatment gap; Models of treatment delivery.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

² Department of Psychology, 2 Hillhouse Avenue, New Haven, CT, 06520-8205, USA, correo electrónico: alan.kazdin@yale.edu.



Recibido: 28/03/2022

Aceptado: 22/04/2022

La investigación y el tratamiento de los trastornos mentales han tenido grandes avances en los últimos años, dos de los cuales son especialmente relevantes. En primer lugar, hemos aprendido que los trastornos mentales son muy frecuentes en todo el mundo. Por ejemplo, el trastorno depresivo mayor se encuentra entre los trastornos psiquiátricos más comunes y afecta aproximadamente a 4% de la población mundial (Cipriani *et al.*, 2018; World Health Organization [WHO], 2017). Las consecuencias de tal condición son enormes. La depresión aumenta la morbilidad y mortalidad y es el factor individual que más contribuye a la discapacidad en todo el orbe (*e.g.*, Berenzon-Gorn, *et al.*, 2013; Goldstein *et al.*, 2020; Lépine y Briley, 2011; Wang *et al.*, 2020). Por supuesto, la depresión es solo uno de muchos trastornos, y sus tasas de prevalencia son elevadas en todo el espectro de tales alteraciones.

En segundo lugar, se cuenta ahora con muchos tratamientos efectivos para los trastornos mentales (Barkham *et al.*, 2021; Zilcha-Mano, 2019). Existen ahora muchas técnicas psicológicas que han sido bien estudiadas mediante ensayos controlados y revisadas en metanálisis. La gama de técnicas es amplia. Por ejemplo, las intervenciones cognitivas conductuales, las terapias familiares, la meditación y la atención plena, la autoayuda, los tratamientos en línea y muchos otros cuentan ahora con una amplia evidencia en su favor. No hace falta decir que no todos los tratamientos disponibles se han estudiado en ensayos controlados mostrando ser eficaces, pero cientos de estos sí muestran serlo (*e.g.*, Barkham y Lambert, 2021; Kazdin, 2018).

El estudio de los trastornos mentales ha tenido otros avances, y los dos que se han mencionado parecen proporcionar un matrimonio perfecto. Por un lado, los trastornos mentales son prevalentes y representan una carga enorme en todo el mundo. Por otro lado, se dispone ahora de tratamientos muy efectivos. A primera vista, la tarea parece sencilla: difundamos simplemente esos tratamientos a los millones de personas que necesitan los

servicios. Lo anterior sigue siendo, no obstante, una meta o un ideal incumplido.

El propósito de este artículo es discutir los desafíos que implican los trastornos mentales y su tratamiento en México. Los presentes autores se centran en el tratamiento de los niños y adolescentes por tres razones. En primer lugar, este grupo ha sido relativamente desatendido en el estudio y tratamiento de las citadas enfermedades. La vasta literatura se concentra por lo regular en los trastornos que se observan en los adultos. En segundo lugar, la mayoría de los trastornos mentales surgen o se desarrollan en la niñez y la adolescencia. Por consiguiente, un desafío clave es brindar servicios en las etapas tempranas de la vida y no tanto en las tardías, haciendo un esfuerzo por intervenir lo antes posible. Finalmente, la carga de la enfermedad mental es especialmente grande entre los niños y adolescentes porque esa carga y el costo que trae consigo suelen perdurar toda la vida.

Se describe aquí el alcance del problema de llegar a las personas que necesitan servicios y se destacan las cargas clave. También se discute cómo los modelos de atención tradicionales para la prestación de los servicios de psicoterapia obstaculizan o impiden en realidad tal prestación a quienes más los requieren.

En este artículo se hace énfasis en las soluciones que ayudan a proporcionar los servicios necesarios a la población. Se presentan así varias formas novedosas para la prestación del tratamiento. No son nuevas técnicas de terapia *per se*, sino formas mejoradas de brindar intervenciones efectivas a las personas necesitadas de los servicios. Este enfoque se centra en la prestación de servicios psicosociales y no en los medicamentos psicotrópicos o la estimulación cerebral profunda.

La brecha de tratamiento

La brecha de tratamiento se refiere a la diferencia que hay entre la proporción de las personas que padecen un trastorno o que requieren servicios psicológicos, y la proporción que los recibe (Kohn *et al.*, 2004). Para comprender la brecha de tratamiento en la salud mental en México es necesaria la revisión de las investigaciones hechas en adultos respecto a la prevalencia de los trastornos mentales y

la carga mundial de enfermedad. El análisis de estos estudios sirve de punto de partida para abordar la brecha de tratamiento en la población infantil.

Las investigaciones epidemiológicas efectuadas en todo el mundo han mostrado las tasas relativamente altas de las enfermedades mentales. El estudio más completo hecho en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina-Mora *et al.*, 2003). De acuerdo con esta indagación, 29% de la población mexicana padeció trastornos mentales alguna vez en su vida, 14% en los últimos doce meses y 6% los últimos 30 días, quienes reportan haber sufrido alguna vez trastornos de ansiedad (14%), y además trastornos por uso de sustancias (9%) y trastornos afectivos (9%). Los datos de esa encuesta proveen información importante respecto a la salud mental infantil; por ejemplo, se reportó que las fobias específicas fueron las más comunes (7% alguna vez en la vida), seguidas de los trastornos de conducta (6%) y fobia social (5%).

Entre los estudios acerca de la salud mental en niños se encuentra el de Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, López y Martínez (1995), en el que se estimó una prevalencia de entre 16 y 20% de trastornos psiquiátricos en menores de 3 a 12 años. En un estudio posterior (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002) se encontró que más de la mitad de los padres de menores con probabilidad de sufrir un problema de salud mental no habían considerado la necesidad de buscar ayuda, a diferencia de 13% de los participantes. Otra investigación enfocada en esta población es la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México (Benjet *et al.*, 2009), realizada en la población de la Ciudad de México, la cual indicó que casi 40% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad sufrieron algún trastorno psiquiátrico en el último año, aunque menos de 14% recibió tratamiento en el mismo año. Respecto a la carga de la enfermedad, se han reportado datos más actuales. Así, el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) sobre la carga de los trastornos mentales en la región de las Américas señala los porcentajes de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), de la que 19% corresponde a los trastornos mentales. En dicha región, la carga de los trastornos mentales, neurológicos, los debidos

al consumo de sustancias y el suicidio (TMNS) es de 16% de AVAD. Los que afectan principalmente a los niños y adolescentes representan 2.2% de los años perdidos por discapacidad totales (APD). México muestra una carga alta de 3% en comparación con países de altos ingresos, como Estados Unidos y Canadá, que tienen cargas de solo 2% en ambos países. En otro estudio reciente se encontró que la carga de la enfermedad en México para la depresión es de 2% del total de los AVAD y de 1% para la ansiedad en todas las edades. Los datos de niños y adolescentes de entre 5 y 14 años de edad son de 1 y 4%, respectivamente (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

A partir de los estudios efectuados en adultos y jóvenes en México y las Américas, es claro que la prevalencia de los trastornos mentales es elevada. Lo que es necesario señalar es que muy probablemente esos datos se hayan subestimado. La razón es que los investigadores suelen omitir los trastornos subclínicos, esto es, los problemas que no cumplen los criterios estrictos de un diagnóstico psiquiátrico. Las personas que los padecen pueden seguir teniendo tales problemas en su vida cotidiana, aunque corren el riesgo de satisfacer a futuro los criterios de un trastorno psiquiátrico. Además, los datos de las encuestas suelen pasar por alto a quienes se hallan en las cárceles o en los hospitales psiquiátricos, grupos con tasas muy altas de enfermedades mentales.

Dado que las tasas de los trastornos mentales son elevadas, es de considerable interés conocer hasta qué punto las personas que necesitan servicios reciben algún tipo de tratamiento. Un estudio acerca de la brecha de tratamiento en las Américas la calculó, con base en estudios previos –incluida la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México–, de 77% para los trastornos graves y de 79% para los severos y moderados en Mesoamérica, brechas que se consideran altas en comparación, por ejemplo, con Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), que son de 41% y 53%, respectivamente. Además, se reportó que los trastornos mentales son sumamente prevalentes en niños y adolescentes, con tasas de 39% en México y con una brecha de tratamiento por arriba de 86%, lo que resulta alarmante (Kohn, 2018).

Barreras para recibir tratamiento

Es comprensible que la mayoría de las personas que necesitan los servicios no los reciban. Obtenlos para sí mismo o para un hijo para atender una disfunción psicológica abarca múltiples pasos, que incluyen experimentar alguna forma de trastorno o ciertos síntomas, identificarlos como tales, decidir si es necesario actuar al respecto, analizar las posibles opciones de intervención (por ejemplo, un “tratamiento” psicosocial, medicación

o alguna otra), buscar y obtener realmente el tratamiento si es esa la opción elegida, comenzarlo y permanecer en él el tiempo que sea necesario; en el caso de los trastornos recurrentes, recorrer nuevamente el proceso u optar por las variantes abreviadas. En cualquiera de estos pasos hay obstáculos, los que suelen denominarse “barreras” para la atención o el tratamiento (Andrade *et al.*, 2014; Corrigan *et al.*, 2014; Sarikhani *et al.*, 2021), las que se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Barreras del cuidado de la salud mental.

Tipo de barrera	Breve descripción
Factores del sistema	
Costo de los servicios de salud mental	Los tratamientos no son accesibles porque los servicios son limitados, tanto en los hospitales de primer nivel de atención como en los hospitales psiquiátricos, y son muy costosos en hospitales o servicios particulares. En México, 80% de la distribución de los recursos para la salud mental se destina a la sola manutención de los hospitales psiquiátricos (Berenzón-Gorn <i>et al.</i> , 2013).
Restricciones políticas y legales	Son pocos los servicios en los hospitales de primer nivel de atención, lo que da como resultado un menor acceso a los mismos. Los servicios de salud pública en México tienen ciertas restricciones; por ejemplo, que la mayoría de los mismos se brindan en hospitales psiquiátricos, lo que aumenta el costo de respuesta para el ingreso ya que estos se encuentran en zonas urbanas. En la ciudad de México los pacientes han referido que son escasas las opciones o están sobresaturadas, que los servicios se encuentran alejados y que no en todos los casos les hacían válido el seguro popular (cuando aún existía) o que los servicios no eran gratuitos (Berenzón-Gorn <i>et al.</i> , 2018).
Escasez de proveedores de los servicios	Los profesionales en salud mental no están disponibles en cantidad suficiente para brindar los servicios. En México, los profesionales con entrenamiento y posgrado son poco accesibles, además de que se concentran en las zonas urbanas. El Atlas de Salud Mental de las Américas 2017 reporta que hay siete psicólogos profesionales por cada 100 000 habitantes, y ningún psiquiatra infantil para esa misma población.
Factores actitudinales	
Estigma	El estigma se refiere a las creencias y prácticas negativas de un grupo sobre una condición, en este caso los trastornos mentales, así como preocupaciones o inquietudes acerca de pacientes potenciales han recibido una etiqueta (diagnóstico) con un trastorno mental, o bien por estar asociados con el tratamiento del mismo. El estigma puede conducir a prácticas discriminatorias y rechazo. Además, las personas pueden percibir su propia disfunción por el estigma (autoestigma), esto es, la identificación de sí mismos con un trastorno mental, e interferir con la búsqueda de un tratamiento. En un estudio en el que se evaluó el estigma en la salud mental en 16 países, se encontró que, en México, la prevalencia del estigma percibido era de 32%, siendo así el segundo país con mayor prevalencia después de Estados Unidos, con 36% (Alonso <i>et al.</i> , 2008). El estereotipo y la creencia de los pacientes de que los demás los supongan “locos” es un obstáculo para buscar ayuda y tratamiento de salud mental (Martínez <i>et al.</i> , 2017).
Conocimiento sobre la salud mental	Es muy escasa la información que tienen las personas y lo que saben en realidad sobre los trastornos mentales (presencia de síntomas de un trastorno que requiere tratamiento, opciones de tratamiento y formas de buscarlo y obtenerlo). En México, se halló, por ejemplo, que los síntomas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no eran considerados como un motivo de atención por los padres de los niños debido a su desconocimiento del trastorno y de sus síntomas (Caraveo <i>et al.</i> , 2002).

Continúa...

Influencias culturales	Las minorías culturales y étnicas tienen menos acceso a los servicios de atención médica y de salud mental. También se refiere a las opiniones sobre si los problemas psicológicos ameritan tratamiento. En efecto, problemas como la depresión o la ansiedad pueden no ser vistos como una razón para buscar tratamiento, lo que no es lo mismo que la falta de conocimientos sobre la salud mental, sino es que está más arraigado en las prácticas y creencias culturales. En México, el tipo de creencias como que es posible que la persona lo solucione por sí misma, o bien que el problema se resolverá de inmediato o en pocas sesiones, son algunas de las opiniones que se han reportado (Andrade <i>et al.</i> , 2014; Martínez <i>et al.</i> , 2017). En México hay 6'695,228 personas de 5 años de edad o más que hablan alguna lengua indígena, y un total de 68 lenguas originarias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).
Otros factores	
Identificación de casos	No identificar a tiempo a personas que se hallan en riesgo de una disfunción es otra barrera para el tratamiento. Ello incluye la falta de evaluaciones sistemáticas tempranas que podrían identificar los individuos en riesgo y la falta de un seguimiento con acciones que podrían ayudarlos y prevenir dicho riesgo.
Modelos de prestación de los servicios tradicionales	Las intervenciones psicosociales de los trastornos mentales generalmente se llevan a cabo de uno a uno, en persona, de forma presencial y con un profesional de la salud mental, lo que limita de suyo el número de personas que pueden recibir tratamiento y el alcance de tales intervenciones a la población que las necesita.

A menudo se definen dos amplias categorías basadas en el origen de la barrera: factores propios del sistema (por ejemplo, costos financieros, disponibilidad del servicio y cuestiones políticas) y factores actitudinales (como el estigma, el conocimiento práctico en salud mental o la opinión de que el tratamiento no será de mucha ayuda). Cualquier nuevo tratamiento o modelo de prestación seguirá teniendo un alcance limitado si estas barreras no se superan de alguna manera o se les ignora.

Las barreras enlistadas en la Tabla 1 son bien conocidas y han sido ampliamente estudiadas. Las que se discuten con menos frecuencia son las relacionadas con la práctica clínica habitual, la supervisión de los profesionales de salud mental y las políticas y leyes locales.

Las referidas a la práctica clínica aluden a la forma en que se suele administrar el tratamiento a quienes reciben los servicios. La forma estándar o más común en que se proporcionan las intervenciones psicológicas tiene tres características interrelacionadas:

1. Las sesiones de tratamiento se proporcionan de modo personal, uno a uno, con el paciente (terapia individual, de pareja, familiar);
2. El tratamiento es administrado por un profesional de salud mental altamente capacitado

(por ejemplo, con nivel de maestría o doctorado), y

3. Las sesiones se llevan a cabo en una clínica, un consultorio privado o un centro de salud.

Este modelo de prestación puede aplicarse a las muchas formas de terapia, como los tratamientos tradicionales orientados a la charla y el *insight*, los que se centran en el comportamiento y la cognición, o los que están o no basados en evidencia. Ello supone una enorme barrera para llegar a las personas que los necesitan debido al escaso número de profesionales de salud mental que hay en formación respecto al alcance del tratamiento que se requiere, la especialización de los proveedores del tratamiento (para niños, adolescentes o adultos), la localización geográfica de la mayoría de tales proveedores, que en su mayoría residen en zonas urbanas, y la falta de representación étnica y cultural de los mismos en relación con los clientes que necesitan atención.

Modelos novedosos de prestación de servicios de salud

Una cuestión clave de la intervención es que hay ya tratamientos eficaces (basados en evidencia) para muchos de los trastornos que sufren niños,

adolescentes y adultos (*e.g.*, Barkham y Lambert, 2021; David *et al.*, 2018; Weisz y Kazdin, 2017). Así, el problema no radica tanto en la falta de tratamientos, sino más bien en la imposibilidad de llegar a la mayor parte de las personas que necesitan los servicios. Resulta útil distinguir el tratamiento (la intervención real que se proporciona) de la forma de administrarlo (quién lo proporciona, en qué circunstancias y dónde). Deben, pues,

considerarse los modelos de prestación del tratamiento. Ya se ha mencionado un modelo en el que las personas que necesitan tratamiento son atendidas en terapia individual por un profesional de salud mental. Este modelo es muy útil, pero es precisamente el que es muy improbable que llegue a las personas que lo necesitan. Para llegar a ellas, se requiere que el tratamiento tenga características como las que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Características principales de los modelos de prestación de tratamiento para llegar a las personas que necesitan los servicios.

Características	Definición
Escalabilidad	Tener la capacidad de aplicar la intervención de una manera tal que alcance a un gran número de personas.
Alcance	Tener la capacidad para extender el tratamiento a las personas que no suelen recibirlo, o bien que reciben el modelo de prestación de servicios tradicional dominante.
Asequibilidad	Hacer que la intervención tenga un costo relativamente bajo, en comparación con el modelo habitual basado en el tratamiento individual por parte de profesionales altamente capacitados.
Expansión de la fuerza laboral no profesional	Incrementar el número de proveedores que pueden brindar intervenciones.
Expansión de los entornos en que se proporcionan las intervenciones	Llevar las intervenciones a los lugares y entornos cotidianos en los que es probable que participen o acudan las personas necesitadas.
Viabilidad	Garantizar que las intervenciones puedan aplicarse y adaptarse a las distintas condiciones locales a fin de que lleguen a los diversos grupos que las necesitan.

Dos de tales características son esenciales y merecen ser destacadas. En primer lugar, la escalabilidad, que es la más crítica. Se refiere a una intervención que puede difundirse a un gran número de personas que por ahora no tienen acceso a los servicios. Es necesario recordar que la mayoría de quienes necesitan los servicios no reciben ningún tratamiento. La escalabilidad aborda este punto directamente.

En segundo lugar, el alcance, que es una característica independiente y que se refiere a garantizar que los grupos con menos probabilidades de recibir tratamiento tengan acceso al mismo. La escalabilidad es, pues, un aumento de la proporción de personas necesitadas; por sí misma, no atiende necesariamente a los que tienen más probabilidades de quedar excluidos de la atención de salud mental (y física). Hay muchos grupos que tienen una escasa probabilidad de recibir tratamiento, y

entre ellos se encuentran los niños, los ancianos, los indígenas, los que residen en zonas rurales, los individuos sin seguro médico y los que viven en la pobreza. Es necesario garantizar que las intervenciones puedan llegar a estos y otros grupos.

Si bien se enlistan otras características en la Tabla 2 que también son importantes, se hace hincapié en la escalabilidad y el alcance porque son fundamentales y reflejan las principales limitaciones de los tratamientos actuales.

Hay diferentes modelos novedosos de prestación de los servicios de atención de la salud física y mental que son viables en la población mexicana. Tales modelos cumplen en mayor o menor medida las características señaladas en la Tabla 2. La Tabla 3 muestra estos modelos, sus principales características y algunos ejemplos para su implementación.

Tabla 3. Ilustración de modelos novedosos de prestación de servicios de salud para ampliar el alcance de las intervenciones.

Modelo	Características	Ejemplos y aplicaciones en México	Referencia
Cambio de tareas	Expansión de la fuerza laboral al utilizar personas que administran las intervenciones con diferente o nulo entrenamiento.	Organizaciones sin fines de lucro que capacitan personal no profesional con el objetivo de disminuir la carga de los servicios de salud en zonas rurales.	Ortega <i>et al.</i> , (2021)
Innovaciones disruptivas	Proceso en el cual los servicios o productos que son costosos, complicados y difíciles de ofrecer adquieren formas novedosas para alterar esas características. En el cuidado de la salud, los servicios se llevan a las personas, más que llevar a las personas a los servicios.	Uso de <i>chatbots</i> en redes sociales para identificar la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en estudiantes universitarios.	Espinosa, <i>et al.</i> (2018)
Intervenciones en ambientes escasamente convencionales (del día a día)	Expansión del cuidado de la salud más allá de las clínicas y escenarios tradicionales, a lugares en los que la gente normalmente acude por otras razones. Entornos como escuelas, lugares de trabajo, iglesias, salones de belleza o peluquerías, entre otros.	Aplicación de programas preventivos de salud mental en las escuelas, como es el caso del programa Amistad para Siempre, adaptación en español del programa <i>Friends for Life</i> (Barrett, 2005), enfocado a la prevención e intervención de síntomas internalizantes y de mejoramiento de resiliencia en niños de siete a doce años.	Barret (2005); Gallegos <i>et al.</i> (2013)
Intervenciones Mejor-Compra	Intervenciones seleccionadas en función de su costo, efectividad, asequibilidad y viabilidad del entorno. Se concibe como una herramienta económica para ayudar a los países a seleccionar las opciones disponibles.	El aumento de impuestos como la intervención con mayor costo-efectividad para prevenir y controlar el abuso de alcohol, así como intervenciones breves como alternativas de costo-beneficio en mujeres indígenas con sintomatología depresiva causada por el consumo excesivo de alcohol por un familiar.	Medina-Mora <i>et al.</i> (2010); Natera <i>et al.</i> (2016)
Cambio de estilo de vida	Variedad de conductas individuales que tienen un impacto en la salud física o mental, incluidas dieta, ejercicio, meditación, interacción con la naturaleza y conservación de buenas relaciones sociales.	Implementación de programas y tratamientos para la prevención, detección e intervención en niños con obesidad.	Amaya <i>et al.</i> (2015); Elizondo <i>et al.</i> (2013); Romero <i>et al.</i> (2020); Safdie <i>et al.</i> (2014); Vite <i>et al.</i> (2020); Zacarías <i>et al.</i> (2019)
Uso de redes sociales	Uso de materiales ampliamente disponibles que incluyen las redes sociales (p. ej. Facebook, Twitter, mensajes de texto, YouTube, Skype) que unen a las personas de formas novedosas y que sirven para presentar información, obtener evaluaciones, proveer retroalimentación y efectuar intervenciones.	El uso de Twitter como una forma de evaluar y detectar ansiedad, depresión y riesgo suicida.	Cabrera <i>et al.</i> (2014); Rodríguez <i>et al.</i> (2019)

Continúa...

Entretimiento educativo	Uso de la televisión o la radio para transmitir mensajes acerca del cuidado de la salud, y modelar conductas promotoras de la misma. Series o programas culturalmente sensibles en las cuales diferentes personajes asumen distintos papeles, enfrentan obstáculos relacionados con el enfoque de la intervención y modelan estrategias adaptativas.	El programa de <i>Plaza Sésamo</i> como medio para transmitir a los cuidadores de los niños una guía para contribuir con el conocimiento global de mejores prácticas para la promoción del aprendizaje por medio del juego.	Foulds y Bucuvalas (2019)
Uso de tecnologías	Uso de intervenciones de prestación de servicios remotos basadas en Internet. Varios procedimientos de autoayuda cuentan con tratamientos en línea y aplicaciones móviles.	Intervenciones cognitivo-conductuales basadas en Internet para tratar fobia social, depresión, abuso de sustancias o estrés postraumático en adolescentes y adultos.	Cárdenas <i>et al.</i> (2014, 2016); Flores <i>et al.</i> (2014); Lara <i>et al.</i> (2014); Tiburcio <i>et al.</i> (2018)
Intervenciones en redes sociales	Análisis de las formas en las que los individuos están conectados a grupos más grandes, su grado de separación y características (creencias, trastornos físicos y mentales) que se propagan o se agrupan entre ellos.	El efecto de las redes sociales en el consumo de tabaco entre adolescentes de preparatoria parece tener un efecto positivo gracias a la influencia de los pares como una estrategia eficiente para diseminar mensajes preventivos.	Ramírez <i>et al.</i> (2012)

Fuente: Kazdin, A.E. (2019a). Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(4), 455-472. Doi: 10.1111/jcp.

Ilustración de algunos modelos novedosos implementados en México

A continuación, se ilustran en detalle tres modelos con el propósito de transmitir su novedad y la manera en que los tratamientos pueden llegar a más personas necesitadas que las formas actuales de proporcionarlos.

Cambio de tareas

Es el nombre que se da a un proceso mediante el cual se asignan tareas específicas de prestación de servicios a personas con poco entrenamiento y escasas habilidades, si se las compara con las que poseen los profesionales de la salud (médicos, enfermeras). Al reorganizar la mano de obra de esta forma, el cambio de tareas puede hacer un uso mucho más eficiente de los recursos humanos existentes y aliviar así la carga que implica la prestación de los servicios (World Health Organization [WHO], 2008). El concepto de este modelo en el cuidado de la salud física no es nuevo; durante años, su práctica se ha llevado a cabo en países desarrollados y subdesarrollados. En México, por ejemplo, se le puede identificar en la partería, es decir, los servicios de salud necesarios para prestar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Aunque las parteras no

son consideradas como profesionales de salud, su trabajo es una genuina opción en las clínicas rurales con atención obstétrica (Walker *et al.*, 2013).

En cuanto al cuidado de la salud mental, un ejemplo es el efectuado por los *Compañeros en Salud* (CES), una organización que proporciona acceso a servicios de salud física y mental en las comunidades rurales. En 2014, CES inició un programa de salud mental en respuesta a la elevada carga de los servicios mentales, el cual se basa en el cambio de tareas, cuidados escalonados y modelos de atención colaborativa. Durante la pandemia de COVID-19, esta organización tuvo como propósito disminuir dicha carga en el área rural del estado de Chiapas, para lo cual psicólogos y psiquiatras profesionales entrenaron y asesoraron voluntarios por para poner en práctica primeros auxilios psicológicos y técnicas como ejercicios de *mindfulness*, psicoeducación orientada a la toma de decisiones respecto a transferencias y altas hospitalarias, cuidados posteriores al COVID-19 y adherencia al tratamiento (Ortega *et al.*, 2021).

Entretimiento educativo

Este modelo proporciona la intervención por medio de la televisión a través de una serie culturalmente sensible en la que los personajes afrontan desafíos relacionados con el enfoque de la inter-

vención, y utilizan la técnica de modelamiento como el medio para enseñar estrategias de adaptación a los televidentes. Tales series transmiten mensajes acerca del cuidado de la salud, y además pueden modificar las conductas del grupo social al que se dirigen. La elaboración de la serie comienza con el estudio de las personas de una cultura determinada por medio de encuestas y grupos focales, entre otros, y el desarrollo de los personajes de la serie refleja la cultura local y las personas en su día a día. Los personajes juegan diferentes roles y enfrentan obstáculos de la vida diaria en la cultura ya analizada, al tiempo que modelan el cambio social en los temas críticos que se desea modificar. El propósito es que el desarrollo de la serie sea atractivo y que la audiencia se identifique con los personajes de la serie, así como con los eventos dramáticos que promoverán el cambio en la conducta de los televidentes (Kazdin, 2019a, 2019b).

En 1975, este modelo fue aplicado en México mediante una trilogía de telenovelas didácticas tituladas *Ven conmigo*, *Acompáñame* y *Vamos juntos*, impulsadas por el poeta y dramaturgo mexicano Miguel Sabido. *Ven conmigo* abordaba el tema de la alfabetización de adultos. Con ella, el Instituto Nacional para la Educación de Adultos (INEA) logró incrementar las cifras de los adultos inscritos en los programas para aprender a leer y escribir. De hecho, de 99 mil adultos registrados en la escuela, un año después de la emisión de la telenovela la población atendida había aumentado a 900 mil (García-Quasimodo, 2015; Moctezuma, 2017).

En las telenovelas *Acompáñame* y *Vamos juntos* se trató la importancia de los valores en la familia; ambas reflejaban la violencia intrafamiliar, la pobreza y el machismo entre las familias pobres mexicanas, además de mostrar los problemas a los que se enfrenta una madre cuando tiene un gran número de hijos (Pérez y Leal, 2017). Dicha serie de telenovelas se diseñó para mejorar la planificación familiar y reducir con ello las tasas de fertilidad. Un resultado fue que las ventas de anticonceptivos (píldoras y condones) aumentaron 23%, en comparación con el aumento de 7% registrado el año anterior, y hubo además un de-

crecimiento de 34% en las tasas de natalidad a lo largo de un periodo de cinco años (Singhal *et al.*, 2003; Singhal y Rogers, 1999). En 1997, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) patrocinó la última telenovela de Sabido: *Los hijos de nadie*, que trataba la cuestión de los niños en situación de calle, con lo que se favoreció una mayor conciencia sobre este fenómeno en México (Singhal y Obregón, 1999).

Intervenciones Mejor-Compra

Tales intervenciones son accesibles, factibles y adecuadas para instrumentarlas con las propias características del sistema local de atención de salud (WHO, 2011, p. 32). Son intervenciones que la OMS considera eficaces en razón de ser “costo-efectivas o de bajo costo, y pueden implementarse en entornos de escasos recursos”. Estas intervenciones están enfocadas en el control del consumo de tabaco y el abuso del alcohol, principalmente, por medio de impuestos selectivos y prohibiciones para su publicidad. Difieren de las intervenciones psicológicas habituales y no requieren el cumplimiento de protocolos con normas específicas por parte del paciente. Por ejemplo, para el consumo de alcohol las intervenciones de mejor-compra incluyen una mayor fiscalización de las bebidas alcohólicas y prohibiciones más rigurosas para su publicidad. El modelo incluye características como la adecuación al entorno, la capacidad del sistema de salud para ofrecer una determinada intervención a la población objetivo, la complejidad técnica de la intervención y la aceptabilidad de la misma basada en la cultura, la religión y las normas sociales (Kazdin, 2018). La forma de decidir cuáles intervenciones son probablemente las mejores opciones es sistemática y se fundamenta en estimaciones referentes a la utilización y efecto de una determinada intervención utilizando modelos matemáticos.

Un ejemplo que evaluó el costo del tratamiento en México fue un análisis de costo-efectividad como herramienta para instaurar políticas públicas de salud para el control del abuso de alcohol.

El aumento de impuestos es en este país una de las intervenciones más costo-efectivas para re-

ducir el consumo de alcohol y la carga que ocasiona. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el gasto del alcohol es mayor entre la población con menos recursos, por lo que un aumento de los precios tiene un impacto mayor en esta población. En este análisis se encontró que el mejor método para reducir la discapacidad asociada con el abuso del alcohol es la combinación de tales intervenciones: el incremento de impuestos, la instrumentación de intervenciones breves para una mayor proporción de personas, el control de la publicidad y la reducción de la disponibilidad de alcohol (Medina-Mora *et al.*, 2010).

Comentarios generales

Los modelos aquí planteados son una buena opción para proporcionar los servicios de salud mental a la mayoría de las personas que los necesitan. Sin embargo, es importante señalar que cada uno tiene sus propios obstáculos, los que deben tenerse en cuenta y administrarse según el contexto y la población específica. Por ejemplo, en el cambio de tareas el uso de consejeros puede estar restringido por leyes y códigos profesionales que solo permitan a los profesionales de salud mental—como grupo exclusivo de proveedores de tratamiento— ponerlo en práctica, a pesar de que se ha demostrado que los consejeros asesorados pueden ser igual de eficaces en la prestación de los servicios. Asimismo, el empleo de las intervenciones que pueden implicar un cambio de leyes y políticas—como es el caso del modelo de mejor-compra (por ejemplo, utilizar los impuestos para el control del uso de sustancias)— puede plantear objeciones tales como que violan la libertad individual.

Hay dos puntos importantes que deben considerarse. Para empezar, los nuevos modelos que aquí se detallan tendrán sus propios obstáculos. En consecuencia, no se sugiere que sustituyan a las formas actuales de administrar el tratamiento. Es necesario contar con una gama más amplia de formas de administrar el tratamiento porque todas encaran diferentes inconvenientes. Algunas formas de administrar el tratamiento pueden ser más eficaces que otras al momento de acceder a un grupo concreto que necesita los servicios. La necesidad de los modelos novedosos se deriva del

segundo punto clave ya mencionado. En segundo lugar, con los tratamientos y métodos de prestación actuales hemos aprendido que la mayoría de las personas que necesitan servicios no reciben ningún tratamiento. Se necesitan nuevos modelos de prestación para ayudar a reducir la prevalencia de los trastornos mentales.

CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo es transmitir a los investigadores y a los proveedores de los servicios de salud mental la importancia de la brecha de tratamiento, que hasta este punto es posible afirmar, sobre la base de evidencias empíricas, que la mayoría de la gente que necesita los servicios no los recibe en absoluto. No cabe duda que la investigación en psicología ha avanzado notablemente en muy distintas áreas. Uno de los principales avances ha sido el desarrollo de los tratamientos basados en evidencia. Hay un flujo constante de excelentes estudios a partir de los cuales se han desarrollado intervenciones que es posible demostrar que mejoran la vida de las personas. Sin embargo, falta atender una prioridad crítica: garantizar que estos tratamientos puedan llegar a la mayoría de las personas que los necesitan. Este artículo se centra en esta brecha, que ha recibido una menor atención en México y en el mundo.

Hay muchas y diferentes razones por las cuales la gente no recibe la atención debido a barreras tales como el costo del tratamiento, la lejanía del servicio, el estigma que significa ir al psicólogo, y muchas más.

Una barrera del mismo tratamiento es el modelo tradicional dominante para proporcionar la atención. Es difícil que el modelo alcance a la mayoría de las personas porque entraña un elevado costo de respuesta, tanto en el aspecto económico, como en el hecho de que es necesario llevar a cabo una serie de pasos para llegar al servicio y mantenerse en el mismo. Pero no solo eso, sino tener la suerte de encontrar a un profesional con las credenciales y la especialidad necesaria que brinde la atención de forma adecuada.

Las personas que buscan ayuda necesitan ser en extremo perseverantes. Aquellas que logran una

ayuda útil han debido recorrer diferentes tipos de servicios (psiquiatra, psicólogo, chaman, sacerdote, etc.). Se ha calculado que podrían ser vistas hasta por diez profesionales para tener 90 por ciento de probabilidades de ser ayudados (Stein *et al.*, 2021). La mayor preocupación de la investigación y la práctica clínica deberá enfocarse en cómo lograr que el servicio sea accesible, rápido y de calidad.

Es necesario que la investigación y la aplicación clínica, pero quizás también las leyes, la política social y las instancias relacionadas con la prestación de servicios de atención de salud, se guíen por tres preguntas:

1. ¿Estamos cerrando la brecha del tratamiento?
2. ¿Estamos llegando a subpoblaciones con menores probabilidades de recibir atención?
3. Cuando las intervenciones se amplían para llegar a más personas y poblaciones especiales, ¿se logra resultados que tengan un efecto positivo en su funcionamiento?

Estas no han sido por lo regular las preguntas habituales que guían la investigación de la intervención psicosocial, pero son preguntas empíricas que deberían estarse haciendo los investigadores. En el trabajo actual sobre las intervenciones en psicología sigue habiendo demasiados ensayos controlados aleatorizados que no se centran en la cuestión del alcance a las personas.

Los modelos novedosos son necesarios para ampliar ese alcance y llegar así a un gran número de personas, en particular a aquellas que reciben

pocos o ningún tipo de servicios, como los niños y adolescentes, que constituyen una población minoritaria que está entre las más desatendidas. En México, el modelo tradicional funciona –según lo ha demostrado la evidencia–, pero solo para unos cuantos. El país puede tener barreras únicas no bien estudiadas, como los diferentes tipos de culturas, el estigma, la centralización de los servicios, las propias necesidades de las familias o la poca o nula adherencia a los tratamientos; sin embargo, los nuevos modelos han sido bien estudiados, y no obstante esas barreras, han funcionado y resultado factibles.

Uno de ellos, ya comentado líneas atrás, es el entretenimiento educativo. Dicho modelo podría llevarse de nuevo a cabo mediante telenovelas, videos, películas, series y programas de radio con contenidos actuales, incluso en las diferentes plataformas virtuales de que ahora se dispone.

El cambio de tareas podría ser otra forma para implementar, por ejemplo, algunas técnicas psicológicas basadas en evidencia, sin requerir necesariamente profesionales altamente calificados para llevar a cabo el aprendizaje de las técnicas.

Se dispone en la actualidad de intervenciones y modelos de prestación basados en evidencia que garantizan, o al menos aumentan, la probabilidad de que la mayoría de quienes necesitan los servicios reciban tratamiento, y que además el mismo esté basado en evidencia. Tal vez se debiera empezar a desarrollar tratamientos teniendo en cuenta la medida en que satisfagan las características mencionadas.

Citación: Suárez, K. y Kazdin, A.E. (2023). Salud mental infantil y la brecha de tratamiento en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 5-18. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2768>.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada V., J., Lepine, J.-P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Tachimori, H., Mneimneh, Z.N., Medina-Mora, M.E., Ormel, J., Scott, K.M., Gureje, O., Haro, J.M., Gluzman, S., Lee, S., Vilagut, G. y World Mental Health Consortium. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x.
- Amaya C., C., Shamah L., T., Escalante I., E., Morales R., M.D.C., Jiménez A., A., Salazar C., A., Uribe C., R. y Amaya C., A. (2015). Development of an educational intervention to promote healthy eating and physical activity in Mexican school-age children. *Evaluation and Program Planning*, 52, 159-168. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2015.05.002.

- Andrade L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V. y Kessler, R.C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303-1317. Doi: 10.1017/s0033291713001943.
- Barkham, M. y Lambert, M.J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. En M. Barkham, W. Lutz y L. Castonguay (Eds.): *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed.) (pp. 135-189). John Wiley & Sons.
- Barkham, M., Lutz, W. y Castonguay, L.G. (2021). *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed). John Wiley & Sons.
- Barrett, P.M. (2005). *Friends for life!* for youth. Participant workbook and leaders manual. Australian Academic Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. y Aguilar G., S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(4), 386-395. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.
- Berenzon G., S., Lara, M., A., Robles, R. y Medina-Mora, M.E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Doi: 10.1590/s0036-36342013000100011.
- Cabrera A., T. C., Frías L., J. A., Hernández F., S., Iniestra A., O. F. y Solís Á., A.M. (2015). Escrutinio de depresión y ansiedad en Twitter a través de un programa de análisis de palabras. *Investigación en Educación Médica*, 4(13), 16-21. Doi: 10.1016/s2007-5057(15)72164-2.
- Caraveo A., J.J., Colmenares B., E. y Martínez V., N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492-498. Doi: 10.1590/s0036-36342002000600001.
- Caraveo A., J.J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López L., E.K. y Martínez V., A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37(5), 446-451.
- Cárdenas L., G., Botella A., C., Quero C., S., De la Rosa G., A. y Baños R., R.M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54. Doi: 10.48102/pi.v22i1.145.
- Cárdenas L., G., De La Rosa, A., Durón, R. y Durán, X. (2016). Virtual reality exposure for trauma and stress-related disorders for city violence crime victims. *International Journal of Child Health and Human Development*, 9(3), 315-322.
- Cipriani, A., Salanti, G., Furukawa, T.A., Egger, M., Leucht, S., Ruhe, H.G. y Geddes, J.R. (2018). Antidepressants might work for people with major depression: where do we go from here? *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 461-463.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G. y Perlick, D.A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. Doi: 10.1177/1529100614531398.
- David, D., Lynn, S.J. y Montgomery, G.H. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. John Wiley & Sons.
- Elizondo M., L., Gutiérrez, N.G., Moreno D., M., Martínez, U., Tamargo, D. y Treviño, M. (2013). School-based individualized lifestyle intervention decreases obesity and the metabolic syndrome in Mexican children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(Suppl. 1), 82-89. Doi: 10.1111/jhn.12070.
- Espinosa R., R., Pérez de Celis, H., C., Lara M., M.C., Somodevilla G., M.J. y Pineda T., I. H. (2018). Chatbots en redes sociales para el apoyo oportuno de estudiantes universitarios con síntomas de trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, 22, e06. Doi: 10.24215/18509959.22.e06.
- Flores P., L.A., Cárdenas L., G., Durán B., X. y De la Rosa G., A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15. Doi: 10.48102/pi.v22i1.139.
- Foulds, K. y Bucuvalas, A. (2019). Playing every day on “Sesame street”: Global learnings from a play-based pilot intervention in India, Mexico, and South Africa. *American Journal of Play*, 12(1), 17-36.
- Gallegos, J., Linan T., S., Stark, K. y Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44. Doi: 10.5093/ed2013a6.
- García-Quismondo G., J. (2015). The edutainment in soap operas. *Revista Internacional de Humanidades*, 4(1). Doi: 10.37467/gka-revhuman.v4.736.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- Goldstein, B.I., Baune, B.T., Bond, D.J., Chen, P.H., Eyler, L., Fagiolini, A. y McElroy, S.L. (2020). Call to action regarding the vascular-bipolar link: A report from the Vascular Task Force of the International Society for Bipolar Disorders. *Bipolar Disorders*, 22, 440-460. Doi: 10.1111/bdi.12921.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Estadística a propósito del Día Internacional de los Pueblos Indígenas (9 de agosto): Datos nacionales*. INEGI.
- Kazdin, A.E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world's mental health*. Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2019a). Annual Research Review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(4), 455-472. Doi: 10.1111/jcpp.12937.
- Kazdin, A.E. (2019b). Llegando a las personas que necesitan servicios de salud mental a través de novedosos modelos de prestación de intervenciones. *Acta Psicológica Peruana*, 4(2), 157-204.
- Kohn, R., Ali, A.A., Puac P., V., Figueroa, C., López S., V., Morgan, K., Saldivia, S. y Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e165. Doi: 10.26633/RPSP.2018.165.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Lara M., A., Tiburcio, M., Aguilar A., A. y Sánchez S., A. (2014). A four-year experience with a Web-based self-help intervention for depressive symptoms in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(5-6), 399-406.
- Lépine, J.P. y Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(Suppl 1), 3.
- Martínez, W., Galván, J., Saavedra, N. y Berenzon, S. (2017). Barriers to integrating mental health services in community-based primary care settings in Mexico City: A qualitative analysis. *Psychiatric Services*, 68(5), 497-502. Doi: 10.1176/appi.ps.201600141.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara M., C., Benjet, C., Blanco Js, J., Fleiz B, C., Villatoro V, J., Rojas G, E., Zambrano R, J., Casanova R, L. y Aguilar G., S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M.E., García T, I., Cortina, D., Orozco, R., Robles, R., Vázquez P, L., Real, T. y Chisholm, D. (2010). Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33(5), 373-378.
- Moctezuma P., S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje vicario. *LiminaR*, 15(2), 169-178. Doi: 10.2536/liminar.v15i2.538.
- Natera R., G., Medina A., P.S., Callejas P., F., Orford, J., Salinas E., G. y Tiburcio S., M. (2016). Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 69-75.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. OPS.
- Ortega A., C., Valtierra, E., Rodríguez C., F.G., Aranda, Z., Preciado, G. y Mohar, S. (2021). Protecting vulnerable communities and health professionals from COVID-19 associated mental health distress: A comprehensive approach led by a public-civil partnership in rural Chiapas, Mexico. *Global Health Action*, 14(1), 1997410. Doi: 10.1080/16549716.2021.1997410.
- Pérez G., M.E. y Leal L., S.A. (2017). Las telenovelas como generadoras de estereotipos de género: el caso de México. *Anagramas: Rumbos y Sentidos de la Comunicación*, 16(31), 167-185. Doi: 10.22395/angr.v16n31a7.
- Ramírez O., G., Caballero H., R., Ramírez L., G. y Valente T., W. (2012). The effects of social networks on tobacco use among high-school adolescents in Mexico. *Salud Pública de México*, 54(4), 433-441. Doi: 10.1590/s0036-36342012000400014.
- Rodríguez E., L.J., Barraza B., D., Salazar I., J. y Vargas P., R.G. (2019). Index of suicide risk in Mexico using Twitter. *Journal of Social Researches*, 5(15), 1-13. Doi: 10.35429/jsr.2019.15.5.1.13R.
- Romero P., E.M., González B., J.J., Soto C., R., González S., J., Tánori T., J.M., Rodríguez F., P., Jiménez B., M., Márquez, S. y De Paz, J.A. (2020). Influence of a physical exercise program in the anxiety and depression in children with obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 46-55. Doi: 10.3390/ijerph17134655.
- Safdie, M., Cargo, M., Richard, L. y Lévesque, L. (2014). An ecological and theoretical deconstruction of a school-based obesity prevention program in Mexico. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 103. Doi: 10.1186/s12966-014-0103-2.
- Sarikhani, Y., Bastani, P., Rafiee, M., Kavosi, Z. y Ravangard, R. (2021). Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income countries: a scope study. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 836-852. Doi: 10.1007/s10597-020-00619-2.
- Singhal, A., Cody, M.J., Rogers, E.M. y Sabido, M. (2003). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. London: Routledge.
- Singhal, A. y Obregón, R. (1999). Social uses of commercial soap operas: a conversation with Miguel Sabido. *The Journal of Development Communication*, 10(1), 68-77.
- Singhal, A. y Rogers, E.M. (1999). *Entertainment-education: A communication strategy for social change*. Lawrence Erlbaum.
- Stein, D.J., Kazdin, A.E., Ruscio, A.M.R., Chiu, W.T., Sampson, N.A., Ziobrowski, H.N. y Kessler, R.C. (2021). Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: A world mental health surveys report. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-14.

- Tiburcio, M., Lara, M.A., Martínez, N., Fernández, M. y Aguilar, A. (2018). Web-based intervention to reduce substance abuse and depression: A three arm randomized trial in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 53(13), 2220-2231. Doi: 10.1080/10826084.2018.1467452.
- Vite S., A., Negrete C., A.J. y Cavita C., C.A. (2020). Promoting self-control in overweight and obese children. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 251-259. Doi: 10.20960/nh.02658.
- Walker, D., DeMaria, L., González H., D., Padrón S., A., Romero Á., M. y Suárez, L. (2013). Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomized controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*, 29(10), 1199-1205. Doi: 10.1016/j.midw.2013.05.005.
- Wang, Y.H., Li, J.Q., Shi, J.F., Que, J.Y., Liu, J.J., Lappin, J.M. y Qiao, Y.L. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 25, 1487-1499. Doi: 10.1038/s41380-019-0595-x.
- Weisz, J.R. y Kazdin, A.E. (Eds.) (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. The Guilford Press.
- World Health Organization (2008). *Task shifting: Global recommendations and guidelines*. WHO.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). WHO.
- Zacarías, G., Shamah L., T., Elton P., E., Garbus, P. y García O., P. (2019). Development of an intervention program to prevent childhood obesity targeted to Mexican mothers of school-aged children using intervention mapping and social cognitive theory. *Evaluation and Program Planning*, 74, 27-37. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2019.02.008.
- Zilcha-Mano, S. (2019). Major developments in methods addressing for whom psychotherapy may work and why. *Psychotherapy Research*, 29(6), 693-708.

Características de las intervenciones en diabetes tipo 1 de 2003 a 2021: una revisión bibliográfica

Type 1 diabetes interventions featured from 2003 to 2021: A bibliographic review

Martha Patricia Maldonado Espinoza y Marisela Gutiérrez Vega

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez¹

Autor para correspondencia: Martha P. Maldonado E., martha.maldonado@uacj.mx.

RESUMEN

Objetivo. Explorar las características de las intervenciones implementadas para afrontar los procesos fisiológicos y psicosociales que atraviesan niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con diabetes tipo 1 (DT1). **Método.** Se efectuó una búsqueda en bases de datos en línea, de la cual se eligieron 45 artículos sobre programas de intervención en todo el mundo entre los años 2003 y 2021. Se encontró que aquellos incluyeron intervenciones, estudios piloto y protocolos con perspectivas terapéutica, psicológica, educativa y física, dirigidos tanto a cuidadores como a personas con DT1, y que se sustentaron en diversos modelos de salud y fueron reportados principalmente por educadores en diabetes, psicólogos y personal médico. **Resultados.** A pesar de que este padecimiento es una condición fisiológica, también posee componentes psicosociales, por lo que su tratamiento considera la salud mental, además del control metabólico. **Discusión.** De acuerdo con los hallazgos, las intervenciones centradas en la salud mental, la inclusión de los cuidadores, la diversidad de programas y modalidades de entrega, el involucramiento de equipos multidisciplinarios y el riguroso diseño de los programas pueden modificar potencialmente los comportamientos de salud-enfermedad y disminuir las secuelas fisiopsicosociales de la DT1. Sin embargo, los programas evaluados y la investigación resultan insuficientes ante la incidencia de los casos que se presentan anualmente.

Palabras clave: Diabetes tipo 1; Intervención; Programa; Terapia; Educación.

ABSTRACT

Objective. To explore the characteristics of interventions implemented to coping the physiological and psychosocial processes that children, adolescents, and young people diagnosed with type 1 diabetes (DT1) go through. Although T1D is a physiological condition, it also has psychosocial components, so its treatment considers mental health in addition to metabolic control. **Method.** Online databases search led to selecting 45 articles on T1D intervention programs worldwide between 2003-2021. Most publications include interventions, pilot studies, and diverse protocols. **Studies' main areas encompassed** therapeutic procedures, psychological techniques, diabetes education, and physical activity. **Results.** Various health theoretical proposals served as a basis for such interventions. Diabetes educators, psychologists, and medical personnel delivered the inter-

¹ Programas de Educación y de Psicología, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Av. Universidad, Av. Heroico Colegio Militar y Chamizal, 32300 Ciudad Juárez, Chih., México, tel. (65)688-38-00, correos electrónicos: martha.maldonado@uacj.mx y marisela.gutiérrez@uacj.mx.



ventions and worked with people with T1D and their caregivers. Most interventions focused on mental health, caregiver inclusion, diversity programs, delivery modalities, multidisciplinary teams, and rigorous design of programs. Discussion. Many interventions can potentially improve health-disease behaviors and reduce physio-psycho-social consequences of T1D, however, programs and research studies seem insufficient in proportion to the annual incidence of cases to attend.

Key words: Type 1 diabetes; Intervention; Program; Therapy; Education.

Recibido: 29/07/2021

Aceptado: 26/10/2021

ANTECEDENTES

La diabetes tipo 1 (DT1 en lo sucesivo) es una enfermedad crónica en la que el sistema inmune ataca las células beta del páncreas, lo que provoca una falta parcial o total de la producción de insulina, lo que deriva en graves complicaciones de la salud. Aunque es la forma menos frecuente de diabetes, el padecimiento avanza a pasos acelerados. Se calcula que 1'110,100 niños y adolescentes menores de 20 años la padecen en todo el mundo y que hay anualmente un aumento aproximado de 3% (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

Aunque la DT1 puede aparecer a cualquier edad, afecta principalmente a los niños y adultos jóvenes (IDF, 2015, 2019 las personas con esta condición podrían llevar una vida saludable y gratificante con el tratamiento adecuado (IDF, 2019); no obstante, la gestión del tratamiento es una labor sumamente compleja. Según Alvarado *et al.* (2015) consiste en tareas diarias que demandan una considerable participación y una continua toma constante de decisiones, como las repetidas mediciones de glucosa en sangre, la administración de múltiples inyecciones de insulina, el conteo cuidadoso de los carbohidratos en los alimentos que se van a ingerir y la planificación de la actividad física.

Las tareas anteriores requieren importantes ajustes en los estilos de vida (Martínez, Lastra y Luzuriaga, 2002); en consecuencia, el estrés pro-

ducido por las exigencias del tratamiento trastoca el funcionamiento fisiológico, interpersonal y psicológico de quienes padecen la enfermedad (Gómez, Pérez y Montoya, 2014). Al respecto, diversas investigaciones corroboran que los niños que padecen enfermedades crónicas presentan más problemas emocionales que los sanos (Grey, Whitemore y Tamborlane, 2002; Hysing, Elgen, Gillberg y Lundervold, 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016; Rajesh, Krishnakumar y Mathews, 2008).

Los trastornos más comunes en DT1 suelen ser la depresión, la ansiedad y problemas de conducta (Cho, 2014; Gendelman *et al.*, 2009; Kovacs, Ho y Pollock, 1995; Naruboina, Kulkarni y Nagaraj, 2017; Wang *et al.*, 2017; Whitemore, Jasser, Guo y Grey, 2010) y pueden afectar el control glucémico, como han corroborado datos recientes (Buchberger *et al.*, 2016; Harrington *et al.*, 2021).

El objetivo en el manejo de la diabetes trasciende el mantener un buen control metabólico; antes bien, es el desarrollo óptimo del sujeto en todas las áreas de su vida: física, psicológica, social y académica (Delamater, 2000). Martínez *et al.* (2002) sugieren incluir en el tratamiento los aspectos sociales, psicológicos y psiquiátricos si se desea alcanzar el bienestar del paciente y prevenir las complicaciones.

Al respecto, diversos son los trabajos que evidencian la preocupación generada por esta problemática y el esfuerzo por atender a través de diversas intervenciones y la cantidad alarmante de niños y adolescentes diagnosticados. Tales estudios dejan ver la manera en que se han abordado integralmente los citados aspectos en la enfermedad crónica y muestran los promisorios resultados alcanzados.

Así, el objetivo central de la presente revisión fue obtener una perspectiva general de las características de los programas instrumentados en niños, adolescentes y jóvenes diagnosticados con DT1, así como responder a diversas interrogantes en torno a los diseños, desarrollo, entrega e impacto en sus destinatarios.

Algunos otros propósitos fueron identificar las características de los programas de intervención no farmacológicos efectuados en los últimos 18 años acerca del proceso de adaptación a la en-

fermedad de las personas con DT1; describir las características de las poblaciones a las que se han destinado los programas; categorizar la naturaleza de los mismos (tipo de programa, enfoque, modalidad de entrega, profesionales facilitadores y cantidad de sesiones programadas), y especificar la sistematización de los programas, los modelos de salud que los sustentan, el diseño metodológico y sus resultados.

MÉTODO

Materiales

Para tales efectos, se llevó a cabo una búsqueda de publicaciones que incluyeran intervenciones en DT1, efectuadas entre los años 2003 y 2021 en todo el mundo. Las bases de datos consultadas fueron EBSCOhost, Scopus y Web of Science, utilizando para ello las palabras clave “diabetes tipo 1”, “intervención”, “programa” y “terapia”.

Se seleccionaron estudios que en su mayoría: *a)* indicaran la población a la que se dirigían; *b)* se hubieran realizado en diversos países; *c)* señalaran el tamaño de la muestra; *d)* delimitaran los rangos de edad de los participantes; *e)* especificaran el tipo de programa implementado; *f)* precisaran el enfoque o aspecto de la salud que inter-

vendrían; *g)* definieran la modalidad de entrega; *h)* especificaran los perfiles profesionales de los facilitadores; *i)* indicaran el número de sesiones programadas; *j)* detallaran los modelos en que se sustentaban; *k)* puntualizaran el diseño del estudio, y *l)* evaluaran su impacto.

Se excluyeron las investigaciones exclusivamente farmacológicas. Una vez establecidos los criterios de inclusión y exclusión se eligieron 45 publicaciones (Tabla 1).

Población y muestra

La muestra se compuso de 4,199 individuos: 1,609 adolescentes, 1,393 individuos que se agruparon en díadas padre/hijo, 775 adultos, 328 padres y/o cuidadores, 52 individuos en rangos de edad diversos y 42 maestros. La muestra se dividió en tres secciones: en la primera se registró el número de participantes explícito en las publicaciones; la segunda se creó para unificar criterios, particularmente, para las publicaciones que consideraban las díadas padre/hijo como unidad, se calculó entonces, cada unidad como dos participantes; en la tercera, se incluyeron a los participantes requeridos en los protocolos, pese a no haber sido reclutados, e igual que en la sección 2, se calculó cada díada como dos participantes (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Datos de los criterios de inclusión de las intervenciones en diabetes tipo 1 (los datos de los autores se localizan en la lista de Referencias con un asterisco *).

Grupo	Autor(es) ¹	Año	Lugar	Muestra	Edad	Diseño	Tipo de programas	Enfoque	Modelos/técnicas	Modalidad	Facilitador	Sesiones	Efecto
Adolescentes	Silverman <i>et al.</i>	2003	EE.UU.	6	11 a 19	Ct.	In.	E.T.	CC.	Pr.	Psic.	6	Sí
	Knight <i>et al.</i>	2003	UK	20	13 a 16	Cl.	In.	Ps.	Otro	Pr.	P.Med	6	Sí
	Viner, Taylor y Hey	2003	UK	67	10 a 17	Ct.	PyV.	E.T.	CC.	Pr.	P.Med	6	Sí
	Nansel <i>et al.</i>	2007	EE.UU.	81	11 a 16	Ct.	In.	E.T.	Otro	Pr.	Otros	6	Sí
	Nansel <i>et al.</i>	2009	EE.UU.	81	11 a 16	Ct.	In.	E.T.	CC.	Pr.	Otros	6	Sí
	Mulvaney <i>et al.</i>	2010	EE.UU.	72	13 a 17	Ct.	In.	E.T.	CS.	N.P.	Ed.D.	11	Sí
	Whittemore <i>et al.</i>	2010	EE.UU.	12	13 a 17	Mi.	PyV.	E.T.	Otro	N.P.	Psic.	9	Sí
	Mulvaney <i>et al.</i>	2011	EE.UU.	41	13 a 17	Ct.	In.	E.T.	CC.	N.P.	Ed.D.	6	Sí
	Nicholas <i>et al.</i>	2012	Canadá	47	12 a 17	Mi.	In.	E.T.	Otro	N.P.	Ed.D.	8	Sí
	Whittemore <i>et al.</i>	2012	EE.UU.	320	11 a 14	Ct.	In.	E.T.	CS.	N.P.	P.Med	5	Sí
	Murphy <i>et al.</i>	2012	UK	305	11 a 18	Ct.	In.	E.T.	Otro	Pr.	M.D.	6	No
	Grey <i>et al.</i>	2013	EE.UU.	320	11 a 14	Ct.	In.	E.T.	CS.	N.P.	Otros	10	Sí
	Newton y Ashley	2013	EE.UU.	59	13 a 18	Ct.	PyV.	E.T.	CS.	N.P.	M.D.	10	Sí
	Coates <i>et al.</i>	2013	UK	135	13 a 19	Ct.	In.	E.D.	Otro	N.P.	Ed.D.	4	Sí
	Cumba-Avilés	2016	EE.UU.	5	11 a 15	Cl.	In.	Ps.	CC.	Pr.	Ed.D y Psic.	14	Sí
Joubert <i>et al.</i>	2016	Francia	38	11 a 18	Ct.	PyV.	E.D.	Otro	N.P.	Ed.D.	15	Sí	

Continúa...

Grupo	Autor(es) ¹	Año	Lugar	Muestra	Edad	Diseño	Tipo de programas	Enfoque	Modelos/técnicas	Modalidad	Facilitador	Sesiones	Efecto
Diada Padre/ hijo	Povlsen <i>et al.</i>	2005	Dinamarca	74	14 a 17	Ct.	In.	E.D.	Md.	Pr.	Ed.D.	17	Sí
	Streisand y Mednick	2006	EE.UU.	114	9 a 11	Ct.	PyV.	E.T.	CS.	Pr.	Ed.D y Psic.	3	Sí
	Quirk <i>et al.</i>	2006	UK	26	9 a 11	Mi.	PyV.	A.F.	CS. y CC.	Pr.	P.Med	6	Sí
	Ybarra <i>et al.</i>	2012	México	16	11 a 18	Ct.	In.	E.T.	CC.	Pr.	Ed.D y Psic.	16	Sí
	Hackworth <i>et al.</i>	2013	Australia	240	13 a 18	Ct.	Pt.	Ps.	CC.	N.P.	P.Med	5	s/r
	Sullivan-Bolyai <i>et al.</i>	2016	EE.UU.	44	9 a 12	Mi.	PyV.	E.T.	CS.	Pr.	Psic.	2	Sí
	Christie <i>et al.</i>	2016	UK	686	8 a 16	Ct.	PyV.	E.T.	Otro	Pr.	P.Med	4	No
	Blake <i>et al.</i>	2016	UK	100	9 a 12	Mi.	Pt.	A.F.	CS.	N.P.	P.Med	8	s/r
	Gupta <i>et al.</i>	2017	EE.UU.	34	3 a 5	Ct.	PyV.	E.T.	Otro	Pr.	Ed.D y Psic.	8	Sí
Jaser <i>et al.</i>	2021	EE.UU.	39	5 a 9	Ct.	PyV.	E.T.	Otro	N.P.	Psic.	3	Sí	
Adultos	George <i>et al.</i>	2008	UK	114	≥ 18	Ct.	In.	E.T.	CC.	Pr.	Ed.D y Psic.	14	Sí
	Amsberg <i>et al.</i>	2009a	Suecia	94	≥ 18	Ct.	In.	E.T.	Otro	Pr.	Ed.D y Psic.	8	No
	Amsberg <i>et al.</i>	2009b	Suecia	94	≥ 18	Ct.	In.	E.T.	CC.	Pr.	Ed.D y Psic.	8	Sí
	Menting <i>et al.</i>	2015	P. Bajos	120	≥ 18	Ct.	Pt.	Ps.	CC.	P.I.	Ed.D.	13	s/r
	Lindholm-Olin-der <i>et al.</i>	2015	Suecia	80	≥ 18	Ct.	Pt.	Ps.	CC.	Pr.	Ed.D y Psic.	10	s/r
	Menting <i>et al.</i>	2017	P. Bajos	120	≥ 18	Ct.	PyV.	Ps.	CC.	P.I.	Psic.	8	Sí
	Weigensberg	2018	EE.UU.	51	18 a 19	Mi.	PyV.	Ps.	Otro	Pr.	Otros	12	Sí
	Ellis <i>et al.</i>	2019	EE.UU.	48	16-20	Ct.	PyV.	Ps.	Otro	Pr.	M.D.	9	Sí
	Sap <i>et al.</i>	2019	Africa	54	17-21	Ct.	In.	E.D.	Otro	N.P.	P.Med	4	Sí
Padres/ cuidadores	Hoff <i>et al.</i>	2005	EE.UU.	59	2 a 14	Ct.	PyV.	Ps.	Otro	Pr.	Otros	2	Sí
	Nansel <i>et al.</i>	2008	EE.UU.	62	9 a 14	Ct.	PyV.	E.T.	CS. y CC.	N.P.	Otros	3	Sí
	García <i>et al.</i>	2010	España	37	-	Ct.	In.	E.D.	CS.	Pr.	Psic.	7	Sí
	Monaghan <i>et al.</i>	2011	EE.UU.	12	1 a 6	Cl.	In.	Ps.	CS.	Pr.	P.Med	5	Sí
	Grey <i>et al.</i>	2011	EE.UU.	123	8 a 12	Ct.	In.	Ps.	CS.	Pr.	Psic.	6	Sí
	Ridge <i>et al.</i>	2013	UK	31	10 a 18	Mi.	PyV.	E.T.	Otro	Pr.	Ed.D.	6	No
	Tully <i>et al.</i>	2020	EE.UU.	4	2 a 12	Ct.	PyV.	Ps.	CS. y CC.	Pr.	M.D.	12	Sí
Rangos extensos de edad	Navarro <i>et al.</i>	2014	Africa	32	1 a 14	Ct.	In.	E.D.	Md.	Pr.	Ed.D.	8	Sí
	Mitchell	2017	UK	20	1 a 16	Mi.	In.	A.F.	CS.	Pr.	Otros	4	Sí
Maestros	Bechara	2018	Brasil	42	6 a 12	Cl.	PyV.	Ed.D.	Otro	Pr.	Ed.D y Psic.	2	Sí

Fuente: Elaboración propia.

Nota: En la columna **Tipo de programa**, *In.* significa intervención, *PyV.* piloto y viabilidad, y *Pt.* protocolo. En la columna **Enfoque**, *E.T.* significa educación terapéutica, *Ps.* psicológico, *E.D.* educación en diabetes y *A.F.* Actividad Física. En la columna **Modalidad**, *Pr.* significa presencial, *N.P.* no presencial (internet y redes) y *P.I.* presencial e internet. En la columna **Facilitador**, *Ed.D.* es educador en diabetes, *Psic.* es psicólogo, *P.Med.* es personal médico, *M.D.* multidisciplinario, *Ed.D y Psic.* es Educador en diabetes y Psicólogo. En la columna **Modelos/técnicas**, *CC.* significa Cognitivo-Conductual, *CS.* Cognitivo Social; *CS. y CC.* Cognitivo-Conductual y Cognitivo Social. En la columna **Diseño**, la abreviatura *Ct.* significa cuantitativo, *Cl.* cualitativo, *Mi.* mixto. En la columna **Efecto**, *Sí*, significa efectivo; *No*, inefectivo y *s/r* sin reporte.

Delimitación del tipo de programa

Se revisó la metodología de los artículos, identificándose tres tipos de programas: *a)* los *protocolos*, documentos que hacían una propuesta de intervención e incluían un plan completo de actividades y estrategias (Hernández, Fernández y Baptista, 2014); *b)* los *estudios pilotos o de viabilidad*, que realizaban diagnósticos previos a pequeña es-

cala para explorar la pertinencia de implementar el programa a mayor escala (Nansel *et al.*, 2008; Sullivan-Bolyai *et al.*, 2016), y *c)* las *intervenciones*, que sugerían un proceso estructurado y sistemático por medio del cual se pretendía producir cambios comportamentales en la relación de la persona con la situación (Consuegra, 2010).

Los protocolos y los estudios piloto o de viabilidad mostraron objetivos congruentes entre ellos;

sin embargo, las intervenciones difirieron en sus puntos de vista en cuanto a qué aspecto de la diabetes intervendrían, por lo que se procedió a delimitar su perspectiva.

En la Tabla 1 se puntualizan los datos más relevantes de cada texto revisado, mismos que constituyeron los criterios de inclusión; en esta, se especifican los grupos a los que se dirigieron los programas de intervención, el año de la publicación, la ubicación geográfica en la que se desarrollaron, el número de participantes y sus rangos de

edad, los diseños metodológicos empleados, los tipos de programas y el enfoque que adoptaron, los modelos de salud en que se sustentaron, la modalidad en que se entregaron, el perfil de los profesionales de salud que los impartieron, el número de sesiones de cada programa y el impacto que tuvieron en los participantes.

La Tabla 2 indica el procedimiento utilizado para unificar la muestra en virtud de los diferentes criterios para cuantificar las díadas padre-hijo en los artículos revisados.

Tabla 2. Muestra de las intervenciones.

Población	Sección 1. Individuos	Sección 2. Diadas	Sección 3. Protocolos	Total
	Cantidad explícita de participantes	Cantidad calculada de participantes	Cantidad requerida de participantes	
Adolescentes	1,609			1,609
Díada Padre/hijo	823	230	340	1,393
Adultos con DT1	575		200	775
Padres y cuidadores	328			328
Rangos extensos	52			52
Maestros y padres	42			42
Total	3,429	230	540	4,199

Nota: En la sección 1, la díada conservó el número original de participantes del manuscrito (Christie *et al.*, 2016; Streisand y Mednick, 2006; Sullivan-Bolyai *et al.*, 2016). En la sección 2, se duplicó la cantidad de participantes del manuscrito (Gupta *et al.*, 2017; Jaser *et al.*, 2021; Povlsen *et al.*, 2005; Quirk *et al.*, 2018; Ybarra *et al.*, 2012). En la sección 3, se procedió igual que en la sección 2 (Blacke *et al.*, 2016; Hackworth *et al.*, 2013).

Delimitación de la perspectiva

Para esta delimitación, se exploraron los objetivos de cada estudio, se identificaron términos claves y se empataron con sus definiciones conceptuales. Tal procedimiento posibilitó su asignación a una categoría. Se pudieron distinguir cuatro perspectivas desde las que se abordaron los programas: *a)* la de educación terapéutica, entendida como un proceso que comprende actividades de sensibilización, información, aprendizaje, acompañamiento psicosocial, adherencia, cuidados, comportamientos de salud y enfermedad para dotar al paciente de habilidades para gestionar su enfermedad (Diario Oficial de la Federación, 2018); *b)* la psicológica, que abarcó intervenciones emocionales que consideraban la relación existente entre diabetes-estrés-depresión (Peyrot y Rubin, 2007); *c)* de educación en diabetes, que consideró el desarrollo

de habilidades de autocuidado y ajustes del tratamiento (FDI, 2007), y *d)* la de actividad física, que comprendió programas que impulsaban el uso de energía a través del movimiento corporal voluntario, lo que tiene como resultado un gasto energético (American Diabetes Association [ADA], 2017).

Otras delimitaciones

En este rubro, “lugar” se refiere al espacio geográfico donde se realizaron las investigaciones; “enfoque”, es el punto de vista cuantitativo, cualitativo o mixto que toma una investigación para encarar problemas y generar conocimientos (Hernández *et al.*, 2014); “modalidad” especifica la forma en que se impartieron las intervenciones, y “equipo” considera a los profesionales que de manera individual o en grupo facilitaron los programas.

RESULTADOS

En este apartado se exponen los hallazgos del estudio expresados en categorías, porcentajes y fre-

cuencias en las poblaciones atendidas. La Tabla 3 detalla los datos encontrados.

Tabla 3. Categorías, frecuencias y porcentajes de intervenciones por población.

Categorías	Población	Adolesc.	Adultos	Díada Padre/hijo	Padres/cuidadores	Maestros	Varias edades	%	Frec.
	% población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100%	45
Lugar	EE.UU.	22.2	4.4	8.9	11.1	–	–	46.7	21
	UK (Reino Unido)	8.9	2.2	6.7	2.2	–	2.2	22.2	10
	Suecia	–	6.7	–	–	–	–	6.7	3
	Países Bajos	–	4.4	–	–	–	–	4.4	2
	África	–	2.2	–	–	–	2.2	4.4	2
	Dinamarca	–	–	2.2	–	–	–	2.2	1
	España	–	–	–	2.2	–	–	2.2	1
	México	–	–	2.2	–	–	–	2.2	1
	Canadá	2.2	–	–	–	–	–	2.2	1
	Francia	2.2	–	–	–	–	–	2.2	1
	Brasil	–	–	–	–	2.2	–	2.2	1
	Australia	–	–	2.2	–	–	–	2.2	1
	% país/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Tipo de programa	Intervención	26.7	8.9	4.4	6.7	–	4.4	51.1	23
	Piloto/viabilidad	8.9	6.7	13.4	8.9	2.2	–	40.0	18
	Protocolo	–	4.4	4.4	–	–	–	8.9	4
	% t. progr/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Enfoque	Educación terapéutica	26.7	6.7	13.3	4.4	–	–	51.1	23
	Psicológica	4.4	11.1	2.2	8.9	–	–	26.7	12
	Educación en diabetes	4.4	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	15.5	7
	Actividad física	–	–	4.4	–	–	2.2	6.7	3
	% persp/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Modalidad	Presencial	15.6	13.3	15.6	13.3	2.2	4.4	64.5	29
	No presencial	20.0	2.2	6.7	2.2	–	–	31.1	14
	Presencial/no presencial	–	4.4	–	–	–	–	4.4	2
	% modo/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Equipo facilitador	Especialista en diabetes	11.1	2.2	2.2	2.2	–	2.2	20.0	9
	E. diabetes y Psicólogo	2.2	8.9	6.7	–	2.2	–	20.0	9
	Personal médico	6.7	2.2	8.9	2.2	–	–	20.0	9
	Otros	6.7	2.2	–	4.4	–	2.2	15.5	7
	Psicólogo	4.4	2.2	4.4	4.4	–	–	15.5	7
	Multidisciplinario	4.5	2.2	–	2.2	–	–	8.9	4
	% equipo/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Modelos	Otros	15.6	8.9	8.9	4.4	2.2	2.2	42.2	19
	Cognitivo-Conductual	11.1	11.1	4.4	–	–	–	26.7	12
	Cognitivo-Social	8.9	–	6.7	6.7	–	2.2	24.5	11
	MCC y MCS	–	–	2.2	4.4	–	–	6.7	3
	% modelo/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45

Continúa...

Diseño	Cuantitativo	26.7	17.8	15.6	11.2	–	2.2	73.3	33
	Mixto	4.5	2.2	6.6	2.2	–	2.2	17.8	8
	Cualitativo	4.5	–	–	2.2	2.2	–	8.9	4
	% enfoque/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100.0	45
Efecto	Efectivo	33.3	13.3	15.6	13.3	2.2	4.4	82.2	37
	No efectivo	2.2	2.2	2.2	2.2	–	–	8.9	4
	Sin reporte	–	4.4	4.4	–	–	–	8.9	4
	% efecto/población	35.6	20.0	22.2	15.6	2.2	4.4	100	45

Población

De acuerdo con la procedencia, se encontró que los programas publicados se habían realizado en doce países de tres continentes: África (4.5%), Europa (42%) y América (53%). En este último, Estados Unidos fue el país con más intervenciones (46.7%). Los destinatarios de los programas se organizaron en seis grupos: adolescentes (35.6%), díada padre/hijo (22.2%), jóvenes adultos (20%), padres o cuidadores (15.6%), colectivos con rangos extensos de edad (4.4%) y maestros de niños diagnosticados (2.2%).

Naturaleza de los programas

Las líneas de intervención fueron de tres tipos: programas de intervención (51.1%), programas de intervención a pequeña escala (pilotos/viabilidad) (40%), propuestas de intervención (protocolos) (8.9%). Específicamente, los programas de intervención se definieron por tener cuatro enfoques: educación terapéutica (51.1%), psicológica (26.7%), educación en diabetes (15.5%) y actividad física (6.7%).

La modalidad de entrega comprendió la presencial (64.5%), no presencial (en línea y redes sociales) (31.1%) y mixta (4.4%); el máximo de sesiones fue de 17 y el mínimo de 2, calculándose un promedio de ocho sesiones por programa, facilitados principalmente por profesionales de la salud física y mental, como educadores en diabetes individuales (20%), educadores en diabetes en colaboración con psicólogos (20%) y personal médico (20%).

Sistematización de los programas

Todas las intervenciones, pilotajes y protocolos se apoyaron en diversos modelos de salud o utilizaron técnicas derivadas de estos, predominando los

modelos cognitivo-conductual (26.7%) y cognitivo-social (24.5%). Los diseños se fundamentaron en enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos, siendo más recurrido el cuantitativo (73.3%). Se consideraron efectivos los que reportaban una mejora en por lo menos una de las variables (estudios cualitativos), evidencia de factibilidad (estudios de viabilidad) y tamaño de efecto (estudios cuantitativos). Bajo esta perspectiva, un 2.2% reportó resultados favorables.

DISCUSIÓN

Un aspecto a destacar sobre los programas es que no se han orientado exclusivamente hacia las personas con DT1, como pudiera esperarse, sino también a sus cuidadores, lo que ha beneficiado a todas las partes. La inclusión de la familia de manera individual o integrando díadas ha demostrado favorecer la distribución de responsabilidades en el manejo de la enfermedad, el comportamiento padre/hijo (Grey, Jaser, Whittemore, Jeon y Lindemann, 2011; Gupta *et al.*, 2017; Hoff *et al.*, 2005; Ybarra, Orozco, De León y Vargas, 2012) y los resultados de salud (Gupta *et al.*, 2017; Lohan, Morawska y Mitchell, 2015; Povlsen, Olsen y Ladelund, 2005). No obstante ser inclusiva, la atención se ha concentrado mayormente en la adolescencia, tal como lo indican los resultados de esta búsqueda y los estudios de las últimas décadas (Grey *et al.*, 1999).

En lo concerniente al tipo de programa, los de intervención predominaron apenas sobre los pilotajes. Considerando que aproximadamente la mitad del total de las intervenciones lo constituyen estudios pilotos dirigidos a la díada padre/hijo, los resultados en este grupo en particular no pueden considerarse concluyentes.

Otra característica es que se han concentrado mayormente en educación terapéutica, concordando con la propuesta que en las últimas décadas ha reportado más efectividad (Grey *et al.*, 1999; Lohan *et al.*, 2015). Este enfoque dota al paciente de habilidades para gestionar su enfermedad y se ha concentrado principalmente en el grupo de adolescentes, población señalada en la literatura como un grupo particularmente complicado en lo que a la adherencia al tratamiento se refiere (Ortiz, 2006; Quittner *et al.*, 2008).

Respecto a la impartición, a pesar de que la presencial ha sido por excelencia la modalidad de entrega más socorrida, la tecnología ha propiciado su asignación en línea esta última década. Dada su frecuencia, efectividad, potencial de alcance y enfoque en conductas de salud (Grey *et al.*, 2013; Whittemore *et al.*, 2012); los programas en línea mejoraron diversos síntomas (Whittemore *et al.*, 2012) optimizaron la autogestión (Coates *et al.*, 2013; Mulvaney *et al.*, 2010; Mulvaney *et al.*, 2011; Newton y Ashley, 2013) e incrementaron la autoeficacia (Newton y Ashley, 2013; Whittemore *et al.*, 2010; Whittemore *et al.*, 2012), como se corrobora en revisiones recientes (Knox *et al.*, 2019).

Se destaca que esta modalidad fue la más utilizada en los adolescentes, comparada con otros grupos en los que predominó el modo presencial; la literatura afirma que Internet tiene un gran potencial para llegar a los adolescentes con DT1 (Whittemore *et al.*, 2012; Grey *et al.*, 2013), y que las intervenciones en línea han demostrado ser eficaces en la mejoría de diversos síntomas y conductas de salud (Whittemore *et al.*, 2012).

Otro aspecto importante de esta modalidad es que ha propiciado que los equipos de trabajo se diversifiquen e incluyan a profesionales más especializados en el problema, como programadores y artistas gráficos, adicionalmente a los equipos encargados de la salud psicofisiológica.

Una cualidad adicional de los programas fue su sustento en los diversos modelos de salud, entre los que predominó el cognitivo-conductual. Al respecto, varias investigaciones ratifican su efectividad en el tratamiento de la salud mental en DT1 y reportan mejoras en algunas psicopatologías asociadas, como la depresión, ansiedad, estrés y angustia (Amsberg *et al.*, 2009a; Cumba, 2016;

Viner *et al.*, 2003; Ybarra *et al.*, 2012), progresos en los comportamientos de autocuidado (Nansel, 2009; Silverman *et al.*, 2003) y el mejoramiento de la HbA1C, una prueba de hemoglobina glucosilada que mide el promedio de la glucosa en la sangre (Amsberg *et al.*, 2009; Cumba, 2016; Nansel, 2009; Viner *et al.*, 2003).

Se destaca también la rigurosidad científica de la mayoría de los programas puestos en práctica, lo que refleja el desarrollo de las prácticas basadas en la evidencia. La elección de diseños cuantitativos hace posible evaluar y conocer la efectividad de las intervenciones, la mayoría de las cuales fueron eficaces. Se analizaron las coincidencias de cuatro intervenciones que reportaron no tener efectividad, observándose que incluían muestras que superaban los 300 participantes (Christie *et al.*, 2016; Murphy *et al.*, 2012), reportaban tasas bajas de asistencia (Amsberg *et al.*, 2009a; Ridge *et al.*, 2013) y concluían que especialistas en la disciplina debían impartir las intervenciones si se incluían elementos psicológicos (Christie *et al.*, 2016; Ridge *et al.*, 2013).

Por un lado, el presente trabajo muestra el efecto que diversos programas han tenido en el tratamiento de la diabetes tipo 1 en los últimos 18 años en el mundo, y por otro, de manera implícita pone en evidencia la necesidad apremiante de diseñar, implementar y evaluar más intervenciones. La realidad es que la cantidad de programas y de investigación es aún escasa en comparación con la incidencia de los casos que surgen cada año.

La DT1 puede considerarse como un padecimiento fisiológico con componentes psicológicos y sociales en el que la intervención centrada la salud mental podría tener el potencial de modificar los comportamientos y actitudes en los procesos de salud-enfermedad, así como a disminuir el impacto fisiológico que los acompañan. La atención integral de la DT1 constituye una prioridad para disminuir sus complicaciones y reducir la presión económica que ejerce sobre los sistemas de salud y los familiares.

Finalmente, debe subrayarse que los resultados son exclusivos de esta revisión y no pretenden generalizarse, pero brindan elementos que bien pudieran aportar consideraciones importantes en la toma de decisiones al momento de diseñar e implementar programas de intervención.

Citación: Maldonado E., M.P. y Gutiérrez V., M. (2023). Características de las intervenciones en diabetes tipo 1 de 2003 a 2021: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud*, 33(1), 19-30. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2769>.

REFERENCIAS

- Alvarado M., D., Velasco, R., Sánchez H., R.M., Carrillo, A., Novoa, F.J. y Wagner, A.M. (2015). Quality of life and type 1 diabetes: A study assessing patients' perceptions and self-management needs. *Patient Prefer Adherence*, 9, 1315-1323. Doi: 10.2147/PPA.S87310.
- American Diabetes Association [ADA] (2017). Standard of medical care in diabetes 2017. *Diabetes Care*, 40(1), s4-s128. Doi: 10.2337/dc17-s003.
- *Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P.E., Adamson, U. y Johansson, U.B. (2009a). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patient: A randomized controlled trial. *Education and Counseling Patient*, 77, 72-80. Doi: 10.1016/j.pec.2009.01.015.
- *Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P.E., Adamson, U. y Johansson, U.B. (2009b). Experience from a behavioural medicine intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84, 76-83. Doi: 10.1016/j.diabres.2008.12.011.
- *Bechara, G.M., Castelo B., F., Rodrigues, A.L., Chinnici, D., Chaney, D., Calliari, L.E.P. y Franco, D.R. (2018). Kids and Diabetes in Schools Project: Experience with an international educational intervention among parents and school professionals. *Pediatric Diabetes*, 19(4), 756-760. Doi: 10.1111/pedi.12647.
- *Blake, H., Quirk, H., Leighton, P., Randell, T., Greening, J., Guo, B. y Glazebrook, C. (2016). Feasibility of an online intervention (STAK-D) to promote physical activity in children with type 1 diabetes: Protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(583), 1-14. Doi: 10.1186/s13063-016-1719-0.
- Buchberger, B., Huppertz, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J.T. y Sifarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 70, 70-84. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.04.019.
- Cho, Y.G. (2014). The interrelationship between diabetes and depression. *Korean Journal of Family*, 35(3), 109-110. Doi: 10.4082/kjfm.2014.35.3.109.
- *Christie, D., Thompson, R., Sawtell, M., Allen, E., Cairns, J., Smith, F. y Viner, R.M. (2016). Effectiveness of a structured educational intervention using psychological delivery methods in children and adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: A cluster-randomized controlled trial of the CASCADE intervention. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 4(1), 1-14. Doi: 10.1136/bmjdr-2015-000165.
- *Coates, V., Chaney, D., Bunting, B., Shorter, G.W., Shevlin, M., McDougall, A. y Long, A. (2013). Evaluation of the effectiveness of a structured diabetes education programme (CHOICE) on clinical outcomes for adolescents with type 1 diabetes: A randomised controlled trial. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 4(6), 280-287. Doi: 10.4172/2155-6156.1000280.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2ª ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- *Cumba A., E. (2016). Cognitive-behavioral group therapy for Latino youth with type 1 diabetes and depression. *Clinical Case Studies*, 16(1), 58-75. Doi: 10.1177/1534650116668270.
- Delamater, A.M. (2000). Quality of life in youths with diabetes. *Diabetes Spectrum*, 13(2000), 42-52. <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg42.htm>.
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (2018). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018.
- *Ellis, D.A., Carcone, A.I., Slatcher, R., Naar-King, S., Hains, A., Graham, A. y Sibinga, E. (2019). Efficacy of mindfulness-based stress reduction in emerging adults with poorly controlled type 1 diabetes: A pilot randomized and controlled trial. *Pediatric Diabetes*, 20(2), 226-234. Doi: 10.1111/pedi.12807.
- Federación Internacional de Diabetes [FID] (2007). Educación para la diabetes. *Diabetes Voice*, 52, 1-48. Recuperado de <http://studylib.es/doc/5838014/educación-para-la-diabetes---international-diabetes-feder>.
- *García, L.A., González E., C.S. y Pérez, M.A. (2010). Intervención educativa en familiares de niños diabéticos. *Medi Ciego*, 2(61), 1-8.
- Gendelman, N., Snell-Bergeon, J.K., McFann, K., Kinney, G., Paul, R., Bishop, F. y Maahs, D.M. (2009). Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32(4), 575-579. Doi: 10.2337/dc08-1835.
- *George, J.T., Valdovinos, A.P., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgerson, D.J., Wells, T. y Thow, J.C. (2008). Clinical effectiveness of a brief educational intervention in type 1 diabetes: Results from the BITES (Brief Intervention in Type 1 diabetes, Education for Self-efficacy) trial. *Diabetic Medicine*, 25(12), 1447-1453. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02607.x.

- Gómez R., I., Pérez M., M. y Montoya C., I. (2014). Diabetes mellitus tipo 1: Breve revisión de los principales factores psicológicos asociados. *Anales de Pediatría*, 82(1), e143-e146. Doi: 10.1016/j.anpedi.2014.04.003.
- *Grey, M., Jaser, S.S., Whittemore, R., Jeon, S. y Lindemann, E. (2011). Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nursing Research*, 60(3), 73-181. Doi: 0.1097/NNR.0b013e3182159c8f.
- Grey, M., Kanner, S. y Lacey, K.O. (1999). Characteristics of the learner: children and adolescents. *The Diabetes Educator*, 25(6 Suppl), 25-33. Doi: 10.1177/014572179902500620.
- *Grey, M., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Faulkner, M.S. y Delamater, A. (2013). Internet psycho-education programs improve outcomes in youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 36(9), 2475-2482. Doi: 10.2337/dc12-2199.
- Grey, M., Whittemore, R. y Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 907-911. Doi: 10.1016/s0022-3999(02)00312-4.
- *Gupta, O.T., MacKenzie, M., Burris, A., Jenkins, B.B., Collins, N., Shade, M., Santa-Sosa, E., Stewart, S.M. y White, P.C. (2018). Camp-based multi-component intervention for families of young children with type 1 diabetes: A pilot and feasibility study. *Pediatric Diabetes*, 19(4), 761-768. Doi: 10.1111/pedi.12624.
- *Hackworth, N.J., Matews, J., Burke, K., Petrovic, Z., Klein, B., Northam, E.A. y Cameron, F.J. (2013). Improving mental health of adolescents with type 1 diabetes: Protocol for a randomized controlled trial of the "Nothing ventured, nothing Gained" online adolescent and parenting support intervention. *BMC Public Health*, 17(13), 1185-1186. Doi: 10.1186/1471-2458-13-1185.
- Harrington, K.R., Shapira, A., Volkening, L.K., Butler, D.A., Anderson, B.J., Wasserman, R.M. y Laffel, L.M. (2021). Associations of diabetes self-management characteristics, HbA1c, and psychosocial outcomes with depressive symptoms in a contemporary sample of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(3), 107838. Doi: 10.1016/j.jdiacomp.2020.107838.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México: McGraw-Hill.
- *Hoff, A.L., Mullins, L.L., Gillaspay, S.R., Page, M.C., Van Pelt, J.C. y Chaney, J.M. (2005). An intervention to decrease uncertainty and distress among parents of children newly diagnosed with diabetes: A pilot study. *Families, Systems & Health*, 23(3), 329-342. Doi: 10.1037/1091-7527.23.3.329.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C. y Lundervold, A. (2009). Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child Care, Health and Development*, 35(4), 527-533. Doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00967.x.
- International Diabetes Federation [IDF] (2015). *IDF Diabetes Atlas* (7th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation [IDF] (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.
- *Jaser, S.S., Bergner, E.M., Hamburger, E.R., Bhatia, S., Lyttle, M., Bell, G.E., Slaughter, J.C., Malow, B.A. y Simmons, J.H. (2021). Pilot trial of a sleep-promoting intervention for children with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(3), 304-313. Doi: 10.1093/jpepsy/jsaa105.
- *Joubert, M., Armand, C., Morera, J., Tokayeva, L., Guillaume, A. y Reznik, Y. (2016). Impact of a serious videogame designed for flexible insulin therapy on the knowledge and behaviors of children with type 1 diabetes: The LUDIDIAB pilot study. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 18(2), 1-7. Doi: 10.1089/dia.2015.0227.
- *Knight, K.M., Bundy, C., Morris, R., Higgs, J.F., Jameson, R.A., Unsworth, P. y Jayson, D. (2003). The effects of group motivational interviewing and externalizing conversations for adolescents with Type-1 diabetes. *Psychology, Health and Medicine*, 8(2), 49-157. Doi: 10.1080/1354850031000087528.
- Knox, E.C.L., Quirk, H., Glazebrook, C., Randell, T. y Blake, H. (2019). Impact of technology-based interventions for children and young people with type 1 diabetes on key diabetes self-management behaviours and prerequisites: A systematic review. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1), 7. Doi: 10.1186/s12902-018-0331-6.
- Kovacs, M., Ho, V. y Pollock, M.H. (1995). Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: A prospective study of youths with new-onset insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 523-528. Doi: 10.1176/ajp.152.4.523.
- *Lindholm-Olinder, A., Fischier, J., Fries, J., Alfnsson, S., Elvingson, V., Eriksson, J.W. y Leksell, J. (2015). A randomised wait-list controlled clinical trial of the effects of acceptance and commitment therapy in patients with type 1 diabetes: A study protocol. *BMC Nursing*, 14(61), 1-5. Doi: 10.1186/s12912-015-0101-y.
- Lohan, A., Morawska, A. y Mitchell, A. (2015). A systematic review of parenting interventions for parents of children with type 1 diabetes. *Child Care, Health and Development*, 41(6), 803-817. Doi: 10.1111/cch.12278.
- Martínez, M., Lastra, I. y Luzuriaga, C. (2002). Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 42, 114-119. Recuperado de http://www.sccalp.org/boletín/180/BolPediatr2002_42_114-119.pdf.
- *Menting, J., Nikolaus, S., Wiborg, J.F., Bazelmans, E., Goedendorp, M.M., C.van Bon, A. y Knoop, H. (2015). A web-based cognitive behaviour therapy for chronic fatigue in type 1 diabetes (Dia-Fit): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(262), 1-9. Doi: 10.1186/s13063-015-0764-4.

- *Menting, J., Tack, C.J., van Bon, A.C., Jansen, H.J., van den Bergh, J.P., Mol, M.J.T.M. y Knoop, H. (2017). Web-based cognitive behavioural therapy blended with face-to-face sessions for chronic fatigue in type 1 diabetes: A multicentre randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 5(6), 448-456. Doi: 10.1016/s2213-8587(17)30098-0.
- *Mitchell, F., Wilkie, L., Robertson, K., Reilly, J.J. y Kirk, A. (2017). Feasibility and pilot study of an intervention to support active lifestyles in youth with type 1 diabetes: The ActivPals study. *Pediatric Diabetes*, 19(3), 443-449. Doi: 10.1111/pedi.12615.
- *Monaghan, M., Sanders, R.E., Patterson K.K., Coge, F.R. y Streisand, R. (2011). Using qualitative methods to guide clinical trial design: Parent recommendations for intervention modification in type 1 diabetes. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 868-872. Doi: 10.1037/a0024178.
- *Mulvaney, S.A., Rothman, R.L., Osborn, C.Y., Lybarger, C., Dietrich, M.S. y Wallston, K.A. (2011). Self-management problem solving for adolescents with type 1 diabetes: Intervention processes associated with an internet program. *Patient Education and Counseling*, 85(2), 140-142. Doi: 10.1016/j.pec.2010.09.018.
- *Mulvaney, S., Rothman, R.L., Wallston, K.A., Lybarger, C. y Dietrich, M.S. (2010). An internet-based program to improve self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 33(3), 602-604. Doi: 10.2337/dc09-1881.
- *Murphy, H.R., Wadham, C., Hassler-Hurst, J., Rayman, G. y Skinner, T.C. (2012). Randomized trial of a diabetes self-management education and family teamwork intervention in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(8), e249-e254. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03683.x.
- *Nansel, T.R., Anderson, B.J., Laffel, L.M., Simons-Morton, B.G., Weissberg-Benchell, J., Wysocki, T. y Lochrie, A.S. (2008). A multisite trial of a clinic-integrated intervention for promoting family management of pediatric type 1 diabetes: Feasibility and design. *Pediatric Diabetes*, 10(2), 105-115. Doi: 10.1111/j.1399-5448.2008.00448.x.
- *Nansel, T.R., Lannotti, R.J., Simons-Morton, B.G., Cox, C., Plotnick, L.P., Clark, L.M. y Zeitzoff, L. (2007). Diabetes personal trainer outcomes: Short-term and 1-year outcomes of a diabetes personal trainer intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(10), 2471-2477. Doi: 10.2337/dc06-2621.
- *Nansel, T.R., Lannotti, R.J., Simons-Morton, B.G., Plotnick, L.P., Clark, L.M. y Zeitzoff, L. (2009). Long-term maintenance of treatment outcomes: Diabetes personal trainer intervention for youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32(5), 807-809. Doi: 10.2337/dc08-1968.
- Naruboina, B., Kulkarni, P. y Nagaraj, R. (2017). Prevalence and factors influencing depression among adolescents with type-1 diabetes. A cross-sectional study. *International Journal of Medicine & Public Health*, 7(3), 162-165. Doi: 10.5530/ijmedph.2017.3.33.
- *Navarro, S., González J., E., Yus, L., Tovar, M.I. y Montero A., M.A. (2014). Análisis de conocimientos, hábitos y destrezas en una población diabética infantil: Intervención de enfermería. *Nutrición Hospitalaria*, 3(3), 585-593. Doi: 10.3305/nh.2014.30.3.7357.
- *Newton, K.T. y Ashley, A. (2013). Pilot study of a web-based intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(8), 443-449. Doi: 10.1177/1357633x13512069.
- *Nicholas, D.B., Fellner, K.D., Frank, M., Small, M., Hetherington, R., Slater, R. y Daneman, D. (2012). Evaluation of an online education and support intervention for adolescents with diabetes. *Social Work in Health Care*, 51(9), 815-827. Doi: 10.1080/00981389.2012.699507.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>.
- Ortiz, M. (2006). Estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1: terapia psicológica. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 24(2), 139-147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>.
- Peyrot, M. y Rubin, R.R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes a conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440. Doi: 10.2337/dc07-1222.
- *Povlsen, L., Olsen, B. y Ladelund, S. (2005). Educating families from ethnic minorities in type 1 diabetes: experiences from a Danish intervention study. *Patient Education and Counseling*, 59(2), 164-170. Doi: 10.1016/j.pec.2004.10.014.
- *Quirk, H., Blake, H., Tennyson, R., Randell, T.L. y Glazebrook, C. (2014). Physical activity interventions in children and young people with Type 1 diabetes mellitus: A systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 31(10), 1163-1173. Doi: 10.1111/dme.12531.
- Quittner, A.L., Modi, A.C., Lemanek, K.L., Ievers-Landis, C.E. y Rapoff, M.A. (2008). Evidence based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 916-936.
- Rajesh, T.V., Krishnakumar, P. y Mathews, L. (2008). Temperamental traits and psychological problems of children with bronchial asthma. *Indian Pediatrics*, 45(9), 772-774.
- *Ridge, K., Thomas, S., Jackson, P., Pender, S., Heller, S., Treasure, J. e Ismail, K. (2013). Diabetes-oriented learning family intervention (DOLFIN): A feasibility study evaluating an intervention for caregivers of young persons with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 31(1), 55-50. Doi: 10.1111/dme.12333.

- *Sap, S., Kondo, E., Sobngwi, E., Mbono, R., Tatah, S., Dehayem, M., Koki, P.O. y Mbanya, J.C. (2019). Effect of patient education through a social network in young patients with type 1 diabetes in a sub-Saharan context. *Pediatric Diabetes*, 20(3), 361-365. Doi: 10.1111/pedi.12835.
- *Silverman, A.H., Hains, A.A., Davies, W.H. y Parton, E. (2003). A cognitive behavioral adherence intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(2), 119-127. Doi: 10.1023/A: 1023346222153.
- *Streisand, R. y Mednick, L. (2006). Development of the diabetes education, counseling, information delivery and evaluation (DECIDE) program: A health promotion intervention for preadolescents with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(2), 189-199. Doi: 10.1007/s10880-006-9019-6.
- *Sullivan-Bolyai, S., Crawford, S., Johnson, K., Ramchandani, N., Quinn, D., D'Alessandro, B. y Streisand, R. (2016). PREP-T1 (preteen re-education with parents-type 1 diabetes) feasibility intervention results. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 579-605. Doi: 10.1177/1074840716676589.
- *Tully, C., Clary, L., Monaghan, M., Levy, W., Hilliard, M.E. y Streisand, R. (2020). Implementation and preliminary feasibility of an individualized, supportive approach to behavioral care for parents of young children newly diagnosed with Type 1 Diabetes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 293-308. Doi: 10.1016/j.cbpra.2020.06.006.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: El Manual Moderno.
- *Viner, R.M., Christie, D., Taylor, V. y Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with type 1 diabetes: A pilot study. *Diabetic Medicine*, 20(9), 739-742. Doi: 10.1046/j.1464-5491.2003.00995.x.
- Wang, Z., Xia, Y., Zhao, Y. y Chen, L. (2017). Cognitive behavioural therapy on improving the depression symptoms in patients with diabetes: A meta-analysis of randomized control trials. *Bioscience Reports*, 37(2), 1-19. Doi: 10.1042/BSR20160557.
- *Weigensberg, M.J., Vigen, C., Sequeira, P., Spruijt-Metz, D., Juarez, M., Florindez, D. y Pyatak, E.A. (2018). Diabetes empowerment council: Integrative pilot intervention for transitioning young adults with type 1 diabetes. *Global Advances in Health and Medicine*, 7, 1-15. Doi: 10.1177/2164956118761808.
- *Whittemore, R., Jaser, S., Guo, J. y Grey, M. (2010). A conceptual model of childhood adaptation to type 1 diabetes. *Nursing Outlook*, 58(5), 242-51. Doi: 10.1016/j.outlook.2010.05.001.
- *Whittemore, R., Jaser, S.S., Jeon, S., Liberti, L., Delamater, A., Murphy, K. y Grey, M. (2012). An internet coping skills training program for youth with type 1 diabetes. Six-month outcomes. *Nursing Research*, 61(6), 395-404. Doi: 10.1097/NNR.0b013e3182690a29.
- *Ybarra, J.L., Orozco, L.A., De León, A.E. y Vargas, A.C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autocuidado y la calidad de vida en adolescentes con diabetes tipo 1 y sus familias. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 96-102. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/46844>.

Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México

Psychiatric symptoms in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment in Mexico

Irma María Niebla Guzmán¹, Xolyanetzin Montero Pardo¹
y María Elena Rivera Heredia²

Universidad Autónoma de Sinaloa¹

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo²

Autor para correspondencia: Xolyanetzin Montero Pardo, xolyanetzin_m@hotmail.com.

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica, se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento, esta enfermedad se caracteriza por causar daño irreversible de la función renal y una evolución lenta y progresiva que avanza hasta el estado de uremia terminal. *Objetivo.* El objetivo principal del presente trabajo fue identificar las variables que predicen los síntomas psiquiátricos en pacientes con dicha insuficiencia en tratamiento de hemodiálisis. La muestra constó de treinta participantes con una edad media de 60 años, quienes contestaron las Escalas de Funcionamiento Psicosocial, Recursos Psicológicos, Relaciones Intrafamiliares y Afrontamiento del estrés, así como el Inventario de Síntomas. Treinta cuidadores primarios informales, con una edad media de 47 años, respondieron la Escala de Carga en el Cuidador de Zarit. Los resultados mostraron que los principales síntomas psiquiátricos identificados fueron la depresión y las somatizaciones; en estos se observó mediante los modelos de predicción que el mayor porcentaje de varianza explicada se obtuvo en somatización y ansiedad. Se concluye que es necesario realizar intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica; Síntomas psiquiátricos; Cuidador; Afrontamiento; Recursos psicológicos.

ABSTRACT

Chronic kidney failure is characterized by irreversible kidney function damage, with a slow and progressive evolution until reaching terminal uremia. Epidemiologically, this disease has become an increasing public health problem due to its increasing numbers. Objective. To identify variables predicting psychiatric symptoms in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis treatment. *Method.* The sample consisted of thirty participants, with a mean age of 60 years, who completed the Psychosocial Functioning, Psychological resources, Family relations, Coping with

¹ Av. San Miguel y Av. Eje 2A, Fracc. Pradera Dorada, 82139 Mazatlán, Sin., México, correos: irmaa.nieblaa@gmail.com y xolyanetzin_m@hotmail.com.

² Av. Francisco J. Múgica s/n, Ciudad Universitaria, 58060 Morelia, Mich., México, correo: maelenarivera@gmail.com.



stress scales and a Symptom Inventory. Additionally, thirty informal primary caregivers, with a mean age of 47 years, answered the Zarit Caregiver Burden Scale. Results. The main identified psychiatric symptoms were depression and somatization. Regarding psychiatric symptoms, the prediction models revealed that the highest percentages of explained variance occurred in somatization and anxiety. Discussion. It is necessary to carry out and further evaluate psychological interventions to improve patients' and caregivers' quality of life.

Key words: Chronic renal insufficiency; Psychiatric symptoms; Chronic renal failure; Caregiver; Coping; Psychological resources.

Recibido: 02/02/2021

Aceptado: 14/08/2021

En los últimos años, la esperanza de vida ha aumentado a 75 años por los progresos en la medicina y la mejora del acceso a los servicios de prevención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a, 2020b); sin embargo, las enfermedades no transmisibles han aumentado debido a factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables y el envejecimiento de la población, lo que ha causado la muerte de aproximadamente 41 millones de personas cada año, es decir, 71% de las que acaecen en el mundo (OMS, 2021). Entre estas enfermedades se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), misma que se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento (Jha *et al.*, 2013).

La IRC consiste en una pérdida progresiva y global de la función renal, y se clasifica en función de su aparición en días, semanas, meses o años, y sobre todo depende de la recuperación o no de la lesión, la que se clasifica como aguda o crónica (Vinaccia y Quiceno, 2012). Este padecimiento hace referencia al proceso de disminución irreversible del número de nefronas, tiene un curso progresivo de por lo menos tres meses y una disminución severa de la tasa de filtración glomerular, lo que provoca la acumulación de toxinas, líquidos y electrolitos que tienen como consecuencia la

aparición de un síndrome urémico para el que es necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal para que quien lo padece pueda conservar la vida (Bargman y Skorecki, 2012; Fundación Mexicana del riñón, 2016).

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de padecer IRC son ciertas enfermedades autoinmunitarias, hipertensión, diabetes mellitus, antecedentes hereditarios familiares, episodio previo de insuficiencia renal aguda o anomalías en las vías urinarias (OMS, 2020b; Bargman y Skorecki, 2012).

En México no se cuenta con un registro nacional de datos de pacientes renales, por lo que se desconoce su número preciso en cualesquiera de sus estadios y los grupos de edad y sexo más afectados, así como el resultado de los programas para atacar la IRC. Se estima una incidencia de 377 casos por cada millón de habitantes, de los cuales alrededor de 65 mil se encuentran en terapias sustitutivas, y alrededor de 75 mil no son atendidos correctamente, por lo que se prevé que la enfermedad habrá de alcanzar un incremento máximo del número de casos en el año 2043 (Fundación Mexicana del Riñón, 2016; Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar, 2010).

Las enfermedades crónicas, como es el caso de la IRC, se caracterizan por ser de larga duración y de progresión lenta, lo que afecta gravemente el estilo de vida del paciente; asimismo, implican vivir toda la vida con el padecimiento y los tratamientos (OMS, 2020b). Es por ello que el proceso de sustitución renal genera cambios en el estado de salud que pueden ocasionar falta de sueño y de energía, cambios de humor, alteraciones del peso, el apetito y el interés sexual, fatiga e incluso alteraciones de la imagen corporal. Todo lo anterior complica las numerosas actividades diarias, las que deben modificarse y restringirse, lo que trae como consecuencia diversos estresores potenciales que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, pues implican un desajuste en las diferentes áreas de su vida (Cabada, Cruz y Emmanuel, 2016).

Todas las necesidades de la persona enferma son cubiertas por otra, que es generalmente un familiar o un amigo que, aunque no pertenece al

equipo de salud institucional ni se ha capacitado como tal, es el responsable directo del cuidado y la atención del paciente. A la persona que acompaña y atiende al enfermo se le denomina explícita o implícitamente cuidador primario informal (CPI) (Ramos, 2008).

El CPI se desenvuelve de acuerdo a las necesidades del enfermo y el médico, lo que altera su ritmo de vida habitual debido a la serie de cambios que debe asumir la familia y para los que pocas veces se encuentra preparada: las contradicciones y la incertidumbre ante el futuro del paciente, por lo que pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre el cuidador y otros familiares; el comportamiento, las decisiones y actitudes hacia la persona que se cuida o la forma en que se proporcionan los cuidados y como consecuencia estas situaciones pueden provocar alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación, aumenta la tensión de los miembros de la familia y hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad. Todo ello provoca sentimientos y emociones negativas que pueden repercutir en la carga del cuidador (Espín, 2012).

Benjet *et al.* (2016) señalan que padecer una enfermedad crónica como la IRC puede ser experimentada como un evento traumático que tiene gran repercusión en la salud mental. Es por ello que ante un suceso de vida estresante como dicha enfermedad los individuos evalúan los recursos psicológicos tangibles e intangibles de que disponen para afrontar dicho suceso, los que pueden ser personales, materiales, familiares y del entorno inmediato. Si tales recursos son suficientes, se considerarán capaces para resolver la situación fácilmente; si son escasos, o si se han visto deteriorados, entonces la percepción de dicha situación podrá apreciarse como crítica. En este sentido, el afrontamiento consiste en todas las estrategias cognitivas o conductuales que los individuos utilizan para resolver los problemas (Lazarus y Folkman, 1984; Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012). Los pacientes diagnosticados con IRC que muestran un desajuste psicológico utilizan estrategias de afrontamiento con un bajo enfoque en la solución de problemas, una alta expresividad emocional abierta y una autofocalización negativa (Rivera,

Montero y Sandoval, 2012), en tanto que otros pacientes se enfocan en estrategias relacionadas con su religión (Sierra y Julio, 2012; Valcanti, López, Mesquita, Alves y Campos, 2012).

El desajuste psicológico significativamente elevado en esta población está asociado a la aparición de diferentes síntomas psiquiátricos (Cabriles, Sánchez, Ojeda, Monterrubio y Hernández, 2017; Rivera *et al.*, 2012), los cuales son definidos por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) como la percepción de malestar psicológico o estrés, referido por el sujeto que lo ha experimentado durante cierto tiempo, en la forma de síntomas físicos, afectivos, cognitivos y del comportamiento, o bien como ciertas alteraciones perceptivas.

En la literatura científica hay estudios que señalan la presencia de depresión en esta población (Millán, 2009; Millán, Gómez, Gil, Oviedo y Villegas, 2009); así como distimia, ansiedad y ataques de pánico, ansiedad ante la muerte, desesperanza e ideación suicida, y algunos otros coinciden en que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Cabada *et al.*, 2016; Cuesta y Vertedor, 2016; Fischer *et al.*, 2012; Gómez, 2012; Gutiérrez, Leiva, Sánchez y Gómez, 2015; Rivera-Ledesma, Montero y Sandoval, 2012; Vázquez, Ortega y Cervantes, 2016). Por su parte, Scott *et al.* (2016) encontraron que, además de los síntomas del estado de ánimo, algunos pacientes recurrían al uso de sustancias y presentaban trastornos relacionados con el control de impulsos. De igual modo, se han encontrado síntomas somáticos y repercusiones de carácter inmunológico, cardiovascular, gastrointestinal y de piel-alergia, los cuales dan cuenta de las complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales (Kupper, Widdershoven y Pedersen 2012; Perales *et al.*, 2013). Además, se ha reportado la presencia de obsesiones y compulsiones (Hernández, 2014) y, con menor prevalencia, estrés postraumático (Gómez, 2012).

Se ha visto asimismo que los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis padecen trastornos del sueño, como insomnio (con dificultades en el inicio, mantenimiento y finalización), somnolencia diurna, síndrome de piernas inquietas, apnea y pobre calidad subjetiva del mismo, y latencia, dura-

ción y eficiencia (Retrespo, Hidalgo, Gómez, Gil y Cardeño, 2012).

Los síntomas psiquiátricos y los trastornos antes citados afectan el curso de la IRC, y además están asociados a cierta discapacidad, a repercusiones en el estado general de la salud, y también pueden aumentar el riesgo de mortalidad, retardar el alta hospitalaria, promover las reinternaciones, disminuir la funcionalidad, el autocuidado y la adopción de cambios necesarios para modificar el estilo de vida, lo que afecta significativamente la adhesión al tratamiento, e incluso puede ocasionar que el paciente perciba un escaso apoyo social y una menor calidad de vida (Gonzales *et al.*, 2016; Medina-Mora, Sarti y Real, 2015; Rivera-Ledema *et al.*, 2012).

Por lo antes descrito, el objetivo del presente estudio fue predecir las variables que explican la aparición de los síntomas psiquiátricos a partir del estrés percibido del paciente, los recursos psicológicos y familiares y los estilos de afrontamiento, ya que hay pocos estudios que relacionan estas variables con las características de cuidado del cuidador y la sobrecarga en la aparición de los síntomas psiquiátricos, lo que parece ser importante para promover líneas de investigación futuras y desarrollar estrategias de intervención biopsicosociales que mejoren la calidad de vida de los pacientes con IRC y de los cuidadores primarios informales.

MÉTODO

Participantes

La muestra no probabilística constó de 60 participantes: 30 pacientes con IRC y sus cuidadores primarios informales que los acompañaban mientras recibían tratamiento de hemodiálisis en un hospital público de la ciudad de Mazatlán (México). En el estudio, transversal y no experimental, se incluyeron únicamente participantes que fueran mayores de edad, que aceptaran participar voluntariamente y que firmaran el formato de consentimiento informado autorizado por la institución.

Instrumentos

Aplicados a los pacientes con IRC

Cuestionario ad hoc de datos sociodemográficos y médicos para los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis.

Elaborado para este estudio, e incluye la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación, el tipo de enfermedad y el tiempo de estar recibiendo hemodiálisis.

Escala de Funcionamiento Psicosocial (Ramírez, Cortés, Vaquero y Arraiga, 2003).

Este instrumento evalúa el funcionamiento integral de la salud en población mexicana. Consta de 56 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco opciones, que van de “Nada” a “Mucho”, con los que se valoran cuatro áreas de funcionamiento psicosocial: Estrés de vida ($\alpha = .84$), Afrontamiento ($\alpha = .80$), Apoyo social ($\alpha = .82$) y Salud psicológica ($\alpha = .83$). Sin embargo, para los fines de esta investigación solamente se empleó la subescala de Estrés de vida, en la que se consideran tres aspectos: el número de eventos estresantes durante el año anterior, el estrés percibido y el estrés global. Esta subescala consta de 18 reactivos con respuesta dicotómica. Si la respuesta indica que ha ocurrido el evento, se debe indicar el grado de tensión percibido en una escala de “Nada tenso” a “Totalmente tenso”.

Escala de Recursos Psicológicos (Rivera-Heredia, Andrade-Palos y Figueroa, 2006).

En una versión adaptada y modificada para jóvenes y adultos de baja escolaridad por Rivera-Heredia y Pérez-Padilla (2012), es una escala autoaplicable y contiene 64 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “Casi siempre” a “Casi nunca”. Está integrada por cinco dimensiones: Recursos afectivos ($\alpha = .80$, varianza explicada [v.e.] de 52%), Recursos cognitivos ($\alpha = .75$, v.e. de 42%), Recursos instrumentales ($\alpha = .78$, v.e. de 22%), Recursos sociales ($\alpha = .77$, v.e. de 42%) y Recursos materiales ($\alpha = .67$, v.e. de 48%).

Escala para la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (Rivera y Andrade, 2010).

Se utilizó este instrumento en su versión corta, conformada por doce reactivos, para medir los recursos familiares; con cinco opciones de respuesta que varían de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”. Dicha escala explica 45.5% de la varianza, con una confiabilidad interna que fluctúa entre .90 y .95, y tiene tres dimensiones: Unión y apoyo ($\alpha = .81$), Expresión ($\alpha = .88$) y Dificultades ($\alpha = .78$).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín y Chorot, 2003).

Esta escala autoaplicable fue adaptada a la población mexicana por González y Landero (2007), y está integrada por 21 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de “Siempre” a “Nunca”. Con una consistencia interna de .83, se compone de dos factores. El primer factor explica 43.3% de la varianza y está conformado por Búsqueda de apoyo social ($\alpha = .86$), Religión ($\alpha = .87$), Focalización en la solución del problema ($\alpha = .82$) y Reevaluación positiva ($\alpha = .70$). El segundo factor explica 40.7% de la varianza y está integrado por Expresión emocional abierta ($\alpha = .80$), Religión ($\alpha = .87$), Evitación ($\alpha = .74$) y Autofocalización negativa ($\alpha = .64$).

Inventario de Síntomas

(Derogatis, Lipman y Covi, 1973).

Escala autoaplicable para valorar y detectar psicopatología a partir de la intensidad del diestrés referido por el sujeto en un periodo de tiempo que abarca la semana previa al día de la aplicación. Adaptada en México por Cruz *et al.* (2005), se pide al participante que responda en función de cómo se ha sentido en los últimos siete días, incluido el día de administración del inventario. Está formada por 90 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de “Nunca” a “Siempre”. Tiene una consistencia interna α de .70, que explica 72% de la varianza. El inventario evalúa nueve síntomas: Somatizaciones ($\alpha = .85$), Obsesiones y compulsiones ($\alpha = .78$), Sensibilidad interpersonal ($\alpha = .76$), Depresión ($\alpha = .83$), Ansiedad ($\alpha = .80$), Hostilidad ($\alpha = .66$), Ansiedad

fóbica ($\alpha = .71$), Ideación paranoide ($\alpha = .79$) y Psicoticismo ($\alpha = .76$).

Aplicados a los cuidadores primarios informales

Cuestionario de datos sociodemográficos.

Elaborado *ex profeso* para este estudio, incluyó sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Cuestionario para evaluar las características del cuidado.

Diseñado asimismo para este trabajo, incluye la edad y el sexo del cuidador, el parentesco con el paciente, el tiempo que tiene ejerciendo ese rol, el nivel de dependencia del paciente, las horas diarias de cuidado del paciente y las actividades que realiza.

Escala de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Adaptada en población mexicana por Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008), es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos que miden la carga percibida por el cuidador mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, que van de “Nunca” a “Siempre”. Este instrumento explica 50.39% de la varianza y tiene una confiabilidad de .90. Está compuesta por tres dimensiones: Impacto de cuidado ($\alpha = .88$), Relación interpersonal cuidador-paciente ($\alpha = .77$) y Expectativas de autoeficacia ($\alpha = .74$).

Procedimiento

Se integró una batería conformada por los instrumentos descritos para aplicarla en el área de hemodiálisis de un hospital público de la citada ciudad de Mazatlán durante un periodo de cuatro meses. Para ello, se acudía con el paciente mientras estaba en la sala de espera y se hablaba con la persona que estuviera acompañándolo. Si esta era el cuidador primario, se le invitaba a participar en el estudio. En caso de aceptar, leía el consentimiento informado, se aclaraban sus dudas y se le pedía que lo firmara; luego se le explicaba cómo responder los instrumentos. Hay que resaltar que esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética del hospital.

Análisis estadísticos

Para describir la muestra, las características de cuidado de los CPI y las características sociodemográficas de los pacientes y cuidadores se elaboraron estadísticos descriptivos de frecuencias, porcentajes y medias, y para identificar las variables que predicen la aparición de los síntomas psiquiátricos se efectuó un análisis estadístico mediante el cálculo de una regresión lineal por pasos, considerándose un nivel de significancia de 0.05%. Se tomaron como variables dependientes los síntomas psiquiátricos (depresión, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad, psicoticismo, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, ansiedad fóbica y hostilidad) y las dimensiones de estrés, los estilos afrontamiento, la carga del cuidador, las características del cuidado y los recursos afectivos, cognitivos, familiares, sociales, materiales e instrumentales como variables independientes.

Para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico SPSS Statistics, v. 26.

RESULTADOS

La Tabla 1 concentra las características sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

Pacientes	
Características	%
Hombres	70.0
Mujeres	30.0
Casados o en unión libre	54.0
Solteros	26.0
Divorciados o separados	13.0
Viudos	7.0
Sin escolaridad	10.0
Primaria	40.0
Secundaria	27.0
Preparatoria	10.0
Nivel técnico	3.0
Licenciatura	7.0
Posgrado	3.0

Continúa...

Empleados	50.0
Amas de casa	30.0
Desempleados	7.0
Estudiantes	7.0
Jubilados	6.0

En cuanto a su padecimiento, 73% de los pacientes sufría diabetes tipo II y el resto otras enfermedades que requerían hemodiálisis. En cuanto al tiempo de estar recibiendo este tratamiento, 20% tenía entre uno y seis meses, 17% entre siete meses y un año, 37% entre uno y dos años, 23% entre dos y tres años y 3% más de tres años.

Los cuidadores primarios informales fueron 17 mujeres y 13 hombres, con un rango de edad de 18 a 75 años ($M = 47$ D.E. = 15). Quienes generalmente cuidaban a los pacientes eran los padres (42%), cónyuges (24%), otros familiares (suegros, tíos o primos) (14%), hijos (11%), hermanos (6%) o amigos (3%). Respecto al nivel de dependencia del paciente, 48% consideraba que era totalmente dependiente, 38% parcialmente dependiente y 14% independiente.

De la muestra, 60% de los cuidadores vivía en la misma casa de su paciente. Respecto al tiempo que tenían ejerciendo el rol de cuidador, esta fue de uno a tres meses (10%), de cuatro a seis meses (3%), de seis a doce meses (21%), de uno a tres años (31%), de cuatro a seis años (14%), de siete a diez años (7%) y once años o más (14%). En cuanto a las horas diarias que cuidaban al paciente, la mayoría le dedicaba alrededor de 1 a 5 horas ($n = 9$), de 12 a 24 horas y de 6 a 8 horas ($n = 7$), y en menor número, de 9 a 12 horas ($n = 4$). Los cuidadores efectuaban de una a diez de las siguientes actividades: acompañarlo, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, realizar terapia, llevarlo al médico y realizar trámites diversos; así, llevaban a cabo un promedio de seis de tales actividades diariamente (D.E. = 2.5), siendo las más frecuentes llevarlo al médico ($n = 25$), acompañarlo ($n = 22$), administrar medicamentos ($n = 19$), y realizar trámites, cargarlo y transportarlo ($n = 18$, en cada caso).

Se encontró que los síntomas psiquiátricos más frecuentes presentados en la muestra fueron depresión ($M = 17.32$, D.E. = 9.62) y somatizaciones ($M = 16.24$, D.E. = 7.87), tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Medias de los síntomas psiquiátricos evaluados en la muestra (n = 30).

Síntomas psiquiátricos	M	D.E.
Depresión	17.32	9.62
Somatizaciones	16.24	7.87
Obsesiones y compulsiones	11.25	6.09
Ansiedad	9.24	5.33
Psicoticismo	7.46	6.09
Sensitividad interpersonal	6.35	4.69
Ideación paranoide	4.79	4.18
Ansiedad fóbica	4.76	4.42
Hostilidad	2.62	3.75

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple por pasos para identificar las variables que predicen los síntomas psiquiátricos en los pacientes con IRC, utilizando como variable dependiente cada síntoma, y como predictores las dimensiones de estrés; los estilos de afrontamiento; la carga del cuidador; las características del cuidado, y los recursos afectivos, cognitivos, familiares, sociales, materiales e instrumentales. Al analizar cada uno de los síntomas se encontraron las variables predictoras que se muestran en la Tabla 3, en la que asimismo se aprecia que el mayor porcentaje de varianza explicada se obtuvo en los síntomas de somatización (65%) y ansiedad (62%).

Tabla 3. Modelos de predicción de los síntomas psiquiátricos a partir del estrés, los estilos de afrontamiento, la carga del cuidador, las características del cuidado y los recursos psicológicos en pacientes con IRC (n = 30).

Síntomas	Variable predictora	β	Sig.	Cambio de la F	Sig. del cambio de la F	R2
Somatizaciones	Nivel de dependencia del paciente	-0.539	0.000	6.698	0.016	0.659
	Recursos familiares: Expresión	-0.993	0.000			
	Afrontamiento: Reevaluación positiva	0.455	0.001			
	Recursos familiares: Dificultades	0.568	0.016			
Obsesiones y compulsiones	Recursos sociales: Incapacidad para buscar apoyo	0.483	0.011	7.587	0.011	0.233
Sensitividad interpersonal	Recursos afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.728	0.000	5.261	0.030	0.495
Depresión	Afrontamiento: Religión	0.328	0.030			
	Recursos sociales: Incapacidad para buscar apoyo	0.631	0.009	4.271	0.049	0.474
	Horas de cuidado del CPI	-1.623	0.014			
Ansiedad	Recursos familiares: Expresión	-0.410	0.049			
	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo de la tristeza	0.555	0.000	5.368	0.029	0.623
	Recursos familiares: Expresión	-0.356	0.009			
	Estrés percibido	0.289	0.029			
Hostilidad	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.276	0.048	4.210	0.047	0.316
Ansiedad fóbica	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo del enojo	0.377	0.038	4.330	0.047	0.418
	Recursos Afectivos: Dificultades con el manejo de la tristeza	0.361	0.047			
Ideación paranoide	Recursos cognitivos: Autorreproches	0.461	0.016	6.743	0.016	0.181
Psicoticismo	Recursos cognitivos: Autorreproches	0.380	0.035	4.779	0.039	0.256
	Horas de cuidado del CPI	-0.372	0.039			

DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró una mayor prevalencia de IRC en mujeres, lo que coincide con lo reportado en otros estudios (Heras, García, Fernández, Guerrero y Sánchez, 2011; Hill *et al.*, 2016). No obstante, los resultados no son concluyentes en virtud de que hay trabajos que señalan una mayor prevalencia y más muertes registradas entre los hombres (García, Hernández, Rosa y Domínguez, 2016; Moya, 2017; Rodríguez, Badilla y Cruz, 2019). En cuanto a la edad, se encontró que la media de 60 años de los participantes coincide con lo reportado en otros análisis y puede explicarse por factores relacionados al envejecimiento y a las complicaciones generadas por otras enfermedades, como diabetes mellitus, hipertensión o enfermedades autoinmunitarias (Chipi y Fernandini, 2019; Méndez *et al.*, 2010), lo que coincide con los resultados del presente estudio, en que la mayor parte de los pacientes con IRC padecía a la vez diabetes tipo II.

Respecto a los CPI, la mayoría fueron mujeres, con un promedio de edad de 47 años, datos coincidentes con lo encontrado en la literatura (Ballesteros, Rodríguez, Cantor, Peñalosa y Valcárcer, 2015; Carrillo, Chaparro y Sánchez, 2014; Flores *et al.*, 2016), hallazgo que se explica mediante los roles de género, pues es a la mujer a quien se ha atribuido socialmente este rol; aun así, en este estudio un gran porcentaje de los CPI lo conforman hombres, pues en los últimos años estos se han acercado más al ámbito de cuidado, tal como señalan Sánchez, Carrillo y Corredor (2014).

Las actividades más frecuentes que realizan los CPI fueron las de llevar a su familiar al médico, proporcionarle acompañamiento, administrarle medicamentos, realizar trámites diversos, cargar y transportar al paciente, todo lo cual coincide con otras investigaciones (Montero y Jurado, 2015; Romero, Rodríguez y Pereira, 2015).

Factores como edad, sexo, número de hijos del CPI, horas diarias dedicadas al cuidado, estado de salud, abandono o disminución de actividades a causa del cuidado, así como el grado de dependencia del paciente, se han asociado a la aparición de la sobrecarga en el CPI (Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo, 2013; Espín, 2012; Pinzón y Ca-

rillo, 2016); pese a que en este trabajo se encontró que la mayoría de los pacientes con IRC tenían un nivel de dependencia total, los CPI manifestaron un nivel de sobrecarga regular.

Los síntomas psiquiátricos con mayor prevalencia fueron depresión, somatizaciones obsesiones y compulsiones y ansiedad, lo cual coincide asimismo con lo hallado por Fischer *et al.* (2012); Kupper, Widdershoven y Pedersen (2012); Perales, Duschek y Reyes (2013); Hernández (2014); Gutiérrez, Leiva, Sánchez y Gómez (2015); Cabada *et al.* (2016); Cuesta y Vertedor (2016); Vázquez *et al.* (2016), y Rojas, Ruiz y González (2017). En lo referente al surgimiento de los síntomas, se reporta que el tiempo de tratamiento influye de manera significativa. De acuerdo a Zamora *et al.* (2016), la aparición de síntomas tanto físicos como psicológicos en el paciente ocurre desde el inicio de la IRC, lo que implica que dicha aparición tiene relación con el efecto que la enfermedad trae consigo y con el tratamiento. Sin embargo, mientras más tiempo pasa el paciente en el tratamiento, más se intensifican los síntomas (Villalobos y De León, 2017), y además se ven afectadas diversas áreas en la vida del individuo, como lo apuntan Ruiz *et al.* (2009), quienes han encontrado que los pacientes con IRC que llevan más tiempo en tratamiento muestran una mayor percepción del estrés y un menor apoyo social, menos comprensión e intimidad; comparten en menor medida sus emociones con los cercanos, y se esfuerzan menos por buscar apoyo al no querer preocupar o sobrecargar al CPI. También puede ocurrir que los pacientes, al sentirse reprimidos e inhibidos, exploten emocionalmente, provocando el alejamiento del cuidador o haciendo más difícil la tarea de cuidado, lo que repercute en la calidad del mismo, en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y de los CPI y se sufren mayores consecuencias emocionales, tal como lo indica este estudio.

En cuanto a los modelos de predicción, la somatización y ansiedad se explicaron por una mayor varianza. El síntoma de somatización se predice por el nivel de dependencia del paciente, por la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento y expresión y por las dificultades familiares, resaltando la capacidad predictiva de algunas variables psicológicas, como ansiedad, depresión,

apoyo social, autoeficacia y estrategias de afrontamiento, en la aparición de este síntoma (Perales *et al.*, 2013), mientras que la ansiedad se predice por las dificultades en el manejo de la tristeza, la expresión familiar y el estrés percibido.

Los resultados anteriores permiten puntualizar que los recursos afectivos son indispensables, pues la regulación de las emociones contribuye al manejo del dolor, los estados de ánimo depresivos y el aumento de la capacidad funcional. En esta misma línea, es importante señalar que algunos estudios han encontrado que las estrategias de afrontamiento encaminadas al optimismo, la autoeficacia, la esperanza y la espiritualidad inducen una mejor calidad de vida relacionada con la salud y un afrontamiento más efectivo de la enfermedad y el tratamiento (Ottaviani *et al.*, 2014; Perales, García y Reyes, 2012), a diferencia de lo encontrado en esta investigación, pues la estrategia de reevaluación positiva contribuye a que el síntoma de somatización aparezca en mayor medida.

Otro factor que influye en el bienestar del paciente son los recursos instrumentales, sociales y familiares (Torres, Reyes, Ortega y Garrido, 2015); en efecto, contar con una red de apoyo social y familiar puede ayudar a resolver las tareas o las crisis que enfrentan las personas, por lo que la

comunicación, la afectividad y el apoyo social y económico son sumamente importantes para superar las dificultades cuando se padece una enfermedad como la IRC.

Los hallazgos encontrados señalan algunas variables que predicen los síntomas psiquiátricos, lo que ofrece una pauta para futuras líneas de investigación dado el gran impacto que la IRC genera en los pacientes, en la red social que la acompaña y en el sistema de salud, por lo que la intervención biopsicosocial en esta población es imprescindible. Es por ello que es importante priorizar la prevención para que tanto los pacientes como sus cuidadores conozcan el proceso de la enfermedad, fortalezcan sus recursos psicológicos y adquieran estrategias de afrontamiento más adaptativas, a fin de lograr un mejor ajuste a la enfermedad y un mayor bienestar psicológico y calidad de vida.

Finalmente, las limitaciones del presente análisis son el tamaño de la muestra, por lo cual se recomienda aumentarla en futuras investigaciones; asimismo, considerando que esta forma parte de un contexto específico y en un solo momento del tiempo, para generalizar los resultados sería importante que se consideraran diversos contextos y un seguimiento más efectivo mediante estudios longitudinales.

Citación: Niebla G., I.M., Montero P., X. y Rivera-Heredia, M.E. (2023). Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 31-42. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2770>.

REFERENCIAS

- Alegria F., B., Basabe B., N., Fernández P., E., Baños B., C., Nogales R., M., Echavarrí E., M. y Moraza E., M. (2009). Calidad de vida y afrontamiento: diferencias entre los pacientes de diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 19(2), 61-68.
- Alpuche, R., Ramos, R., Rojas, R., Figueroa, L. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-45.
- Ballesteros, J., Rodríguez Q., A., Cantor C., M., Peñalosa G., G. y Valcárcer, D. (2015). Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*, 19(1), 100-105.
- Bargman, J. y Skorecki, K. (2012). Nefropatía crónica. En D. Longo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, J. Jamenson y J. Lozcalzo (Eds.): *Harrison Principios de Medicina Interna* (pp. 526-586). México: McGraw-Hill.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A., Shahly, V., Stein, D., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, Bunting, Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Shalev, A., Slade, T., Ten Have, M., Torres, Y., Viana, M., Zarkov, Z. y Koenen, K. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343.
- Cabada R., E., Cruz G., I. y Emanuel Q., A. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 21(3), 93-99.

- Cabrales A., J., Sánchez, E., Ojeda, V., Monterrubio, F. y Hernández, G. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
- Cardona, A., Segura, C., Berbesí, F. y Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga en el cuidador primario de ancianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39.
- Carrillo, G., Chaparro, L. y Sánchez, B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. *Medicina UPB*, 33(1) 26-37.
- Chipi, J. y Fernandini, E. (2019). Enfermedad renal crónica presuntiva en adultos mayores. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 138-151.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCR-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-78.
- Cuesta V., A. y Vertedor, C. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 16(61), 99-111.
- Derogatis, L., Lipman, R. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402.
- Fischer, M., Xie, D., Jordan, N., Kop, W., Krousel-Wood, M., Tamura, M., Kusek, J., Ford, V., Rosen, L., Strauss, L., Teal, V., Yaffee, K., Powell, N. y Lash, J. (2012). Factors associated with depressive symptoms and use of antidepressant medications among participants in the chronic renal insufficiency cohort (CRIC) and Hispanic-CRIC studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 60(1), 27-38.
- Flores, M., Fuentes, H., González, G., Vega, M., Flores, I. y Valle., M. (2016). Compendio de Investigación Academia Journals. En: *Academia Journals: El perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado* (pp. 585-595). México: Academia Journals.
- Fundación Mexicana del Riñón (2016). *Tu salud renal*. Recuperado de <http://www.fundrenal.org.mx/erc.html>.
- García, T., Hernández, C., Rosa, A. y Domínguez, J. (2016). Incidencia, mortalidad y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en la región del Bajo Lempa, El Salvador: 10 años de registro comunitario. *Nefrología*, 36(5), 465-582.
- Gómez, R. (2012). *Prevalencia de trastornos psiquiátricos y su relación con la calidad de vida en pacientes hemodializados con enfermedad renal terminal*. Tesis de especialidad no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gonzales, I., Dos Santos, E., Paiva, L., Aparecida, L., Aparecida, R. y Alcalá, D. (2016). Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 1-10.
- González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Gutiérrez, D., Leiva S., J., Sánchez H., R. y Gómez G., R. (2015). Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 228-236.
- Heras, M., García C., P., Fernández R., M., Guerrero, M. y Sánchez, R. (2012). Enfermedad renal crónica en el anciano: influencia del género. *Nefrología*, 32(1), 1-132. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2011.Dec.11249.
- Hernández, J. (2014). *Trastorno de somatización en pacientes con diabetes mellitus 2*. Tesis de Maestría no publicada. Monterrey, N.L. (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Hill, N., Fatoba, S., Oke, J., Hirst, J., Callaghan, C., Lasserson, D. y Richard, F. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(7). 1-14. Doi: 10.1371/journal.pone.0158765.
- Jha, V., Garcia G., G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A.Y. y Yang, C.W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260-262. Doi: 10.1016/s0140-6736(13)60687-x.
- Kupper, N., Widdershoven, J. y Pedersen, S. (2012). Cognitive/affective and somatic/affective symptom dimensions of depression are associated with current and future inflammation in heart failure patients. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 567-576. Doi: 10.1016/j.jad.2011.10.029.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Medina-Mora, M., Sarti, E. y Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Intersistemas.
- Méndez D., A., Méndez B., J., Tapia Y., T., Muñoz, A. y Aguilar S., L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. Doi: 10.1016/s1886-2845(10)70004-7.
- Millán G., R., Gómez R., C., Gil, F., Oviedo, G. y Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis en seis unidades renales de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 622-634.
- Millán, R. (2009). Una entidad polimorfa y multifactorial: Depresión en pacientes que reciben diálisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 522-533.

- Montero, X. y Jurado, S. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 67-86.
- Moya, M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *Las personas viven más tiempo y en mejor estado de salud, pero la COVID-19 puede «tirar por la borda» los avances logrados*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/13-05-2020-people-living-longer-and-healthier-lives-but-covid-19-threatens-to-throw-progress-off-track>.
- Organización Mundial de la Salud (2020b). *Enfermedad crónica del riñón*. Ginebra; OMS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Ottaviani, A., Souza, E., Drago, N., Mendiondo, M., Pavarini, S. y Orlandi, F. (2014). Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 248-254.
- Perales M., C., Duschek, S. y Reyes P., G. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Nefrología*, 33(6), 816-825.
- Perales M., C., García L., A. y Reyes P., G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-630
- Pérez P., M. y Rivera H., M. (2012). Recursos psicológicos y experiencias migratorias en comunidades rurales con actividades agropecuarias en la región de los Altos de Jalisco: un estudio comparativo. En L. López, G. Aboites y F. Martínez (Eds.: *Globalización y agricultura. Nuevas perspectivas en la sociología rural*. Saltillo /México: Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro-UADEC.
- Pinzón, E. y Carrillo, G. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201.
- Ramírez, M., Cortés, E., Vaquero, J. y Arraiga, E. (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en población mexicana. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 68-75.
- Ramos, R. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Porrúa.
- Restrepo, D., Hidalgo, P., Gómez R., C., Gil, F. y Cardeño, C. (2011). Trastornos del sueño en pacientes en hemodiálisis: prevalencia y características clínicas y epidemiológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 433-445.
- Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Palos, P. (2010). Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha, Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rivera-Heredia, M.E. y Andrade-Palos, P. y Figueroa, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas. *La Psicología Social en México*, 11, 414-420.
- Rivera-Heredia, M.E. y Pérez-Padilla, M.L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha, Revista de Psicología*, 9(19), 1-19.
- Rivera-Ledesma, A., Montero L., M. y Sandoval Á., R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35(4), 329-337.
- Rodríguez, M., Badilla, E. y Cruz, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(1), 79-93. Doi: 10.22235/ech.v8i1.1801.
- Rojas V., Y., Ruiz M., A. y González S., R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. Doi: 10.5354/0719-0581.2017.46859.
- Romero, E., Rodríguez, J. y Pereira, D. (2015). Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4), 1-24.
- Ruiz de A., F.R.B., Basabe B., N., Fernández P., E., Baños B., C., Nogales R., M.Á., Echebarri E., M., San Vicente S., J. y Bejarano G., A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1), 11-17.
- Sánchez H., B., Carrillo G., G.M. y Corredor L., R. (2014). Caracterización y carga del cuidado en hombres cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Archivos de Medicina*, 14(2), 219-230.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Scott, K., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Ameida, J., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C., De Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y. y Kessler, R. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150-158. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2688.
- Sierra, C. y Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13(23), 27-41.

- Torres, L., Reyes, A., Ortega, P. y Garrido, A. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 48-55.
- Valcanti, C., Lopes, E., Mesquita, A., Alves, D. y Campos, E. (2012). Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 837-843. Doi: 10.1590/s0080-62342012000400008.
- Vázquez M., V., Ortega P., M. y Cervantes V., D. (2016). Factores asociados a la depresión en pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis. *Atención Familiar*, 23(1), 29-33.
- Villalobos, W. y De León, P. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 156(1), 43-46. Doi: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842015000200006>.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.
- Zamora M., A., Nabal V., M., Zamora C., A., García F., R., Calderero A., V., Aubí C., O. y Lostalé L., F. (2017). Declive funcional y presencia de síntomas en cuidados paliativos: ¿causa o consecuencia? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(3), 142-145.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Programa psicoeducativo personalizado para la adherencia dietética de pacientes con diabetes y obesidad: un estudio piloto

Personalized psycho-educational program for diet adherence of patients with diabetes and obesity: A pilot study

Fernando Octavio Hernández Valles¹, Ma. de los Ángeles Vacio Muro¹, Ricardo Pérez Almonacid² y Martha Leticia Salazar Garza¹

Universidad Autónoma de Aguascalientes¹
Universidad de Antioquia²

Autor para correspondencia: Ma. de los Ángeles Vacio Muro, angeles.vacio@edu.uaa.mx.

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública mundial generalmente asociado a la obesidad y el sobrepeso. La dieta estricta es parte fundamental del tratamiento, pero es común que los pacientes reporten que les cuesta mucho suscribirse a esta. La literatura reporta una variedad de técnicas que aumentan la adherencia, pero no parece haber un factor común a ellas. En el presente estudio se evaluó si había diferencias entre dos modalidades de un programa psicoeducativo que difieren en su nivel de personalización; es decir, si se diseña en función de necesidades específicas y se avanza solo si se registra un aprendizaje efectivo. Se asignaron al azar once personas a la condición personalizada y diez a la no personalizada, de las cuales culminaron el programa siete y cinco, respectivamente, en un diseño pretest-postest. Se midió el índice de adherencia y se llevaron a cabo otros registros corporales relacionados con el peso. Los resultados sugieren que la diferencia en el post-test entre ambas modalidades no fue estadísticamente significativa en ningún indicador, pero sí lo fue solamente entre el pretest y el postest de la intervención personalizada, con tamaños del efecto grandes en la mayoría de los indicadores. Los hallazgos se discuten en términos de los factores del programa que hicieron la diferencia, la bondad de las medidas y los diseños utilizados, así como de las recomendaciones sobre el nivel de entrada de la adherencia.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2; Conductas instrumentales; Adultos; Salud.

ABSTRACT

Type 2 diabetes mellitus is a worldwide public health problem associated with obesity and overweight. A strict diet is a critical part of the treatment, but it is common for patients to have difficulty adhering to it. The literature reports a variety of techniques increasing adherence, but there is not an evident a common factor among them. Objective. The present study sought to assess possible differences between two modalities of psycho-educational programs with differing levels of personalization. Method. The modalities were designed according to specific patients' needs

¹ Maestría en Investigación en Psicología, Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20131 Aguascalientes, Ags., México, tel. (449)910-74-90.

² Departamento de Psicología, Cl. 62 # 52-59, Medellín, Antioquia, Colombia.



and led to advancement along materials only when participants showed effective learning in each step. Eleven, randomly-assigned patients composed a personalized condition and ten a non-personalized one. Seven and five participants respectively completed the program, through a pretest-posttest design. Data collection included an adherence index scale and other physical records related to weight. Results. The main findings revealed that the difference between both modalities in the post-test was not statistically significant in any indicator. However, differences resulted significant between pre-test and post-test measures of the personalized intervention, with large effect sizes for most indicators. Discussion. Findings are discussed in terms of the program components likely to have made the difference, the benefits of the measures used, the experimental design, and the recommendations for entry-level diet adherence.

Key words: Type 2 diabetes mellitus; Instrumental behaviors; Adult; Health.

Recibido: 28/06/2021

Aceptado: 19/10/2021

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo, lo que ha traído consigo un número elevado de muertes. Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) revelan que la prevalencia de la enfermedad ha ido en aumento. Actualmente, México ocupa uno de los primeros lugares dentro de los diez países con mayor incidencia, con una prevalencia estimada de 22% para el año 2050 (Meza *et al.*, 2015).

La DM2 es un conjunto de trastornos metabólicos causados por un aumento de la resistencia a la insulina, lo que genera niveles altos de glucosa en sangre (DeFronzo, 2004; Powers, 2012). Los pacientes con DM2 suelen presentar sobrepeso u obesidad, factor que propicia una mayor resistencia a la insulina en virtud de que la grasa corporal provoca una disminución de la adiponectina, que es una proteína insulinosensibilizante. De ahí la importancia de disminuir la grasa corporal del individuo mediante la prescripción de una

dieta (Franz, 2017), pues esta disminuye el peso corporal, aporta los nutrimentos necesarios para el día, regula los niveles de glucosa en sangre y evita complicaciones tales como cardiopatías, neuropatías y nefropatías, entre otras. No obstante, aun conociendo los beneficios de una sana alimentación, los pacientes con DM2 manifiestan dificultades para apegarse a la dieta prescrita por especialistas (DeFronzo, 2004; Powers, 2012).

Desde el año 2003, la OMS ha definido la adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento de una persona se dirige a la toma de medicamentos, cambios de estilos de vida y seguimiento de un plan alimenticio, en conjunto con las recomendaciones del equipo de salud. La adherencia al tratamiento trae consigo beneficios a la salud y a la economía de los pacientes y de las naciones (OMS, 2003); por ello, ha incentivado la investigación e implementación de tratamientos para aumentar la adherencia, al tiempo que recomienda que se consideren las necesidades individuales de los pacientes.

Tras una revisión de intervenciones personalizadas enfocadas en aumentar la adherencia dietética en las enfermedades crónico-degenerativas, se encontró que la psicoeducación, el registro de alimentos y el establecimiento de metas con retroalimentación son componentes eficaces para ese propósito. La psicoeducación se caracteriza por involucrar activamente a los participantes en la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, la alimentación, la lectura de etiquetas y el conteo de porciones y calorías. Las actividades empleadas suelen ser los foros de preguntas y respuestas, el entrenamiento de habilidades y los juegos de rol (Esden y Nichols 2013; French *et al.*, 2008; Lynch *et al.*, 2019; Osborn *et al.*, 2010). Por su parte, el registro de alimentos consiste en llevar un control del consumo durante el día para favorecer ciertos cambios en la alimentación (Nieves, 2019) y suele consistir en el conteo de porciones de frutas y verduras (Clark *et al.*, 2019; Walker *et al.*, 2010) a través de determinadas aplicaciones en los teléfonos inteligentes (Popp *et al.*, 2019), de escalas como el Food Frequency Questionary (Rodríguez *et al.*, 2019; Steinberg, Kay, Burrou-

ghs, Svetkey y Bennett, 2019) y el recordatorio de 24 horas (Lynch *et al.*, 2019).

El establecimiento de metas y retroalimentación es un doble componente caracterizado por delimitar los criterios de cumplimiento del tratamiento y la corrección del desempeño ejecutado por el participante, y se ha enfocado en mejorar las conductas de autocuidado (Clark *et al.*, 2019; Esden y Nichols, 2013; French *et al.*, 2008; Lynch *et al.*, 2019; Osborn *et al.*, 2010; Steinberg *et al.*, 2019; Walker *et al.*, 2010) y las mediciones que reflejan la dieta, como la cantidad de porciones y calorías ingeridas y los resultados de laboratorio (French *et al.*, 2008; Osborn *et al.*, 2010). Por último, la retroalimentación se ha centrado en revisar la evolución de los resultados de laboratorio (Esden y Nichols, 2013; French *et al.*, 2008; Popp *et al.*, 2019), sugerir al paciente que cumpla con las metas de autocuidado (Clark *et al.*, 2019; Osborn *et al.*, 2010; Walker *et al.*, 2010), revisar su ingesta de porciones y calorías (Clark *et al.*, 2019; Popp *et al.*, 2019) y automonitorear el cumplimiento de las metas (Steinberg *et al.*, 2019).

La diversidad de aproximaciones personalizadas ha dificultado identificar un factor común que permita valorar si la personalización es una variable que afecta la adherencia dietética. La justificación de la personalización como un elemento relevante para la eficacia de las intervenciones destinadas a aumentar la adherencia dietética reside en la concepción de que la salud de una persona es el resultado parcial de lo que hace. Si los programas se diseñan y se aplican en función del desempeño individual, en lugar de hacerlo con contenidos y tiempos homogéneos a un grupo, el comportamiento cambiará, redundando en beneficio de la salud. A ese proceder que permite evitar, recuperar, alterar o frenar el curso de una enfermedad en buena parte de los casos, es lo que Ribes (2018) denominó “conductas instrumentales preventivas y meliorativas”. El establecimiento de tales conductas requiere que las personas interactúen en situaciones pertinentes a esa adquisición, así como que desarrollen estrategias que involucren activamente el comportamiento de la persona (Ribes, 2018). Se propone entonces que solo esta-

bleciendo criterios de logro especificando las formas de actuar, retroalimentando el modo en que se hizo y lo que hay que cambiar, y avanzando en función de la satisfacción de tales criterios, es que podría lograrse un cambio efectivo que redunde positivamente en la salud de las personas.

Así, el propósito de esta investigación fue comparar el efecto de un programa personalizado con el de un programa no personalizado sobre el índice de adherencia dietética e indicadores corporales relevantes al peso de los pacientes con DM2, con el fin de reconocer si la personalización es una variable que afecta la adherencia dietética. La hipótesis es que la modalidad personalizada mostrará un mayor efecto sobre la adherencia dietética que el programa no personalizado, ya que el primero asegura el cumplimiento de los criterios de logro y la adquisición de los aprendizajes del programa, a diferencia del segundo.

MÉTODO

Participantes

Se reclutó a 69 participantes, de los cuales solo 21 cumplieron con los criterios de inclusión, esto es, tener un diagnóstico de DM2 de un año como mínimo; ser adulto con edad de entre 30 y 65 años; presentar sobrepeso u obesidad; no reportar complicaciones derivadas de la enfermedad, y no recibir tratamiento con insulina. Los participantes que satisficieron dichos criterios fueron asignados aleatoriamente a cada modalidad del programa: once a la personalizada y diez a la no personalizada. Por distintas razones, terminaron el programa siete y cinco personas, respectivamente. Participaron diez mujeres y dos varones, con una edad promedio de 49 años (D.E. = ± 10.55). El promedio del tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue de 4.7 años (D.E. = ± 4.10). Las ocupaciones de los participantes fueron, a saber: cuatro empleados, tres jubilados, dos comerciantes y tres amas de casa. En cuanto al nivel educativo: cuatro completaron la secundaria, cuatro la preparatoria y cinco la universidad.

Diseño

Se empleó un diseño experimental pretest-postest con dos grupos independientes, definidos por las dos modalidades del programa. En cada fase se midió la adherencia dietética por medio de un índice que integra los elementos del patrón de consumo (tipo de alimento, cantidad ingerida y hora de ingesta). Además, se emplearon varias medidas corporales, como peso, índice de masa corporal (IMC), edad metabólica, porcentaje de grasa, grasa visceral, porcentaje de músculo y circunferencia de cintura y cadera.

$$I_T \sum_{i=1}^n \left\{ \frac{T_o}{T_e} \text{ si } T_o \geq T_e \right. \\ \left. \frac{T_o}{T_e} \text{ si } T_o < T_e \right\} + I_C \sum_{i=1}^n \left\{ \frac{C_o}{C_e} \text{ si } C_o \geq C_e \right. \\ \left. \frac{C_o}{C_e} \text{ si } C_o < C_e \right\} + I_H \sum_{i=1}^n \left\{ \begin{matrix} 1 \text{ si } |H_o - H_e| \leq Rng \\ 0 \text{ si } H_o = 0 \end{matrix} \right\} - I_{NP} \sum_{i=1}^n \left\{ \begin{matrix} 0 \text{ si } C_e = 0 \text{ y } C_o = [0, 1] \\ C_e \text{ si } C_e = 0, C_o > 1 \end{matrix} \right\} = 1$$

Donde I_T : Índice de adherencia al tiempo; T_o : Tiempo observado; T_e : Tiempo esperado; I_C : Índice de adherencia a la cantidad; C_o : Cantidad observada; C_e : Cantidad esperada; I_H : Índice de adherencia a la hora de ingesta; H_e : Hora esperada; H_o : Hora observada; I_{NP} : Índice de alimentos no prescritos; Rng : rango de tolerancia para la alimentación.

Protocolo de la Entrevista del Recordatorio de 24 Horas

Se diseñó asimismo una entrevista estructurada que hizo posible obtener la información del patrón de consumo de todo el día. La entrevista se compone de las siguientes características: hora de ingesta de los alimentos, ingredientes, cantidades y descripción de la preparación de cada platillo. Un investigador fue entrenado en la implementación de dicha herramienta para asegurar la confiabilidad de las mediciones.

Programa Psicoeducativo para incrementar la Adherencia a la Dieta en Pacientes con Diabetes y Obesidad

Este programa fue diseñado a partir de los componentes característicos de la adherencia a la dieta: psicoeducación, autorregistros y establecimiento de metas con retroalimentación. Se compuso de tres sesiones, cada una con tres actividades, y fue sometido a un proceso de validación previa a su aplicación, según la propuesta de Hernández (2012), en el que participaron tres jueces con conocimientos sobre educación en diabetes y nutrición. Se efectuaron modificaciones al programa

Instrumentos

Índice de Adherencia a la Dieta (IAD).

Se diseñó un índice que permitió evaluar el grado de adherencia dietética de cada participante integrando los elementos del patrón de consumo (tipo de alimento, cantidad ingerida y hora de ingesta), el de consumo esperado y el de consumo observado. El valor del índice puede oscilar entre 0 (adherencia nula) y 1 (adherencia total). Para probar la sensibilidad del índice diseñado a todos los posibles casos, se realizaron diversas simulaciones de patrones de ingesta.

con base en las sugerencias de los jueces, obteniéndose un coeficiente de validez interna de 0.96, considerado como excelente. La Tabla 1 detalla el objetivo de las sesiones, las actividades de cada una y lo que aprendió cada participante de la condición personalizada³.

Materiales

Se contó con la dieta de cada participante, que fueron prescritas por especialistas en nutrición, las cuales incluyeron los tiempos de comida, horas de alimentación, tipos y cantidades de alimentos prescritos, que se emplearon para reconocer el patrón de consumo esperado de cada integrante. Para facilitar la entrevista del recordatorio de 24 horas, se utilizaron tazas medidoras e ilustraciones cuyas medidas fueron 1 taza, $\frac{3}{4}$ de taza, $\frac{1}{2}$ taza, $\frac{1}{4}$ de taza, una cucharada y una cucharadita. Por otro lado, las ilustraciones fueron de carne de res, pescado y pollo, aguacate y queso. Para evaluar las mediciones corporales, se empleó una balanza de control corporal (OMRON, modelo HBF-514C), una cinta antropométrica y un estadímetro.

³ La información detallada sobre el programa está a disposición del lector por correo electrónico.

Tabla 1. Estructura del Programa Psicoeducativo Personalizado para incrementar la Adherencia a la Dieta en Pacientes con Diabetes y Obesidad.

Número de sesión	Objetivo	Actividad	Participantes						
			1	2	3	4	5	6	7
1	El participante identificará el funcionamiento normal y anormal del páncreas por medio de actividades lúdicas. De igual forma, reconocerá la importancia del tratamiento nutrimental para la diabetes, e identificará y cuestionará algunos de los mitos relacionados con las dietas.	1. El doctor me dijo que tengo diabetes, ¿qué hago ahora?	X	–	X	X	–	X	–
		2. La glucosa y los platos.	X	–	X	X	–	X	–
		3. Estar a dieta no es como te lo han contado.	–	–	–	–	–	–	–
2	El participante reconocerá los distintos tipos de alimentos y sus propiedades nutricionales. Asimismo, se habilitará en el registro de los alimentos mediante el empleo del recordatorio de 24 horas.	1. Conoce y clasifica tus alimentos.	X	X	X	X	X	X	X
		2. ¿Realmente es importante lo que coma?	X	X	X	X	X	X	X
		3. Mi diario alimenticio.	X	X	X	X	X	X	X
3	El participante se habilitará en el conteo y equivalencia de porciones de los distintos alimentos. De igual manera, identificará las situaciones que perjudican el seguimiento de la dieta con el fin de elaborar un plan de acción.	1. Tú eliges qué y cuánto comer.	X	X	X	X	X	X	X
		2. Todo es cuestión de tipos y equivalencias.	X	X	X	X	X	X	X
		3. Reuniones, compañías y festejos, ¿dónde es más difícil?	X	X	X	X	X	X	X

Procedimiento

Prescripción de la dieta de los participantes

Los 21 participantes reclutados fueron canalizados a una nutrióloga con el fin de que les prescribiera un plan de alimentación, no así los que ya contaban con uno.

Asignación aleatoria de los participantes a la modalidad del programa

Se utilizó la función de Excel para aleatorizar la asignación de los participantes, y después se agendaron las citas según la disponibilidad de cada participante.

Fase de pretest

Tuvo el objetivo de evaluar el IAD y obtener las medidas corporales de los participantes. La fase fue implementada en tres sesiones. En la primera, se pidió a los participantes que firmaran una carta de consentimiento informado, se tomaron sus medidas corporales y se implementó la entrevista del recordatorio de 24 horas para calcular el IAD. Se agendó una cita con cada participante para realizar

el recordatorio de 24 horas de forma telefónica, y se les proporcionaron tazas medidoras e ilustraciones para facilitar la aplicación. En la segunda sesión se efectuó la entrevista del recordatorio de 24 horas por vía telefónica y se agendó la tercera sesión, en la cual se implementó la entrevista del recordatorio de 24 horas por vía telefónica con la modalidad no personalizada, y presencial en la modalidad personalizada a fin de realizar las actividades requeridas para la personalización del programa.

Fase de aplicación del programa

Ambas modalidades del programa se aplicaron individualmente. Los participantes de la modalidad no personalizada recibieron el programa previamente diseñado y validado; por su parte los de la personalizada tomaron el programa conforme a sus necesidades individuales identificadas durante la fase pretest e indicadas en la Tabla 1. Cabe mencionar que además debían cubrir los principios de logro establecidos en cada sesión para lograr

avanzar en el programa, lo que se verificaba con una lista de chequeo. Se necesitaron entre una y cuatro evaluaciones hasta que cumplieran el criterio.

Fase de postest

Tuvo el objetivo de obtener la información sobre el patrón de consumo alimentario para calcular el IAD y realizar las mediciones corporales para evaluar el cambio tras la implementación del programa. Al igual que en la fase de pretest, se emplearon tres sesiones para llevarla a cabo. En las dos primeras se instrumentó el recordatorio de 24 horas para obtener el IAD por vía telefónica; en la tercera se puso en práctica presencialmente y se realizaron las mediciones corporales.

Análisis estadístico

El cálculo del IAD se realizó mediante el programa Excel. Para comparar el efecto de las dos modalidades del programa psicoeducativo sobre el IAD y de las mediciones corporales antes y después de la intervención, se efectuó un análisis descriptivo sobre la mediana y el rango intercuartilar del IAD. De igual forma, se empleó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Wilcoxon para identificar la importancia en las diferencias de dicho índice y de las mediciones corporales antes y después de cada modalidad del programa. Los análisis se hicieron con el software SPSS, versión 25.

Consideraciones éticas

El estudio fue llevado a cabo en espacio equipado para cubrir con todas las necesidades. Debido a la contingencia del coronavirus, el riesgo de participación de la investigación fue moderado. No obstante, para salvaguardar la salud de cada participante se siguieron los protocolos de sanidad: lavado de manos, uso de tapete sanitizante, sana distancia, toma de temperatura al ingresar al lugar de aplicación y uso obligatorio de cubrebocas (Organización Panamericana de la Salud, s.f).

El resto de los factores relacionados con la investigación fueron de riesgo mínimo. Cada participante firmó un formato de consentimiento informado en la primera sesión de la fase pretest en el que se le expresaron el propósito de la investigación, los beneficios de su participación, su derecho a negarse, explicándole que no habría más repercusiones que la pérdida de los beneficios del tratamiento (Estrada, 2017).

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los participantes, las mediciones empleadas y el cambio individual a partir de la diferencia de los valores del pretest y el postest. Los cambios mostrados se consideran buenos o deseables si se observa un incremento en el IAD y en el porcentaje de músculo, mientras que en los demás lo serán si sus valores disminuyen.

Tabla 2. Cambio individual tras el programa psicoeducativo para la adherencia dietética en modalidad personalizada y no personalizada.

Participantes Programa personalizado	Medición	Pretest	Postest	Cambio	Participantes Programa no personalizado	Pretest	Postest	Cambio
1	IAD	0.36	0.75	0.39	1	0.60	0.68	0.08
	Peso (Kg)	94.70	86.60	-8.10		75.70	75.20	-0.50
	IMC	37.50	32.20	-5.30		24.70	24.60	-0.10
	Edad metabólica	66.00	60.00	-6.00		45.00	45.00	0.00
	Grasa (%)	54.30	47.90	-6.40		20.40	19.90	-0.50
	Grasa visceral (%)	10.00	9.00	-1.00		8.00	8.00	0.00
	Cintura (Cm)	110.00	97.00	-13.00		94.00	95.00	1.00
	Cadera (Cm)	120.00	114.00	-6.00		96.00	95.00	-1.00
	Músculo (%)	19.80	22.60	2.80		37.60	37.90	0.30

Continúa...

2	IAD	0.75	0.72	-0.03	2	0.55	0.87	0.32
	Peso (Kg)	86.60	82.10	-4.50		57.10	55.00	-2.10
	IMC	32.20	30.50	-1.70		25.40	24.40	-1.00
	Edad metabólica	60.00	57.00	-3.00		62.00	59.00	-3.00
	Grasa (%)	47.90	45.80	-2.10		40.00	38.70	-1.30
	Grasa visceral (%)	9.00	9.00	0.00		9.00	8.00	-1.00
	Cintura (Cm)	97.00	89.00	-8.00		83.00	80.00	-3.00
	Cadera (Cm)	114.00	108.00	-6.00		90.00	88.00	-2.00
	Músculo (%)	22.60	23.50	0.90		28.00	24.00	-4.00
3	IAD	0.51	0.87	0.36	3	0.33	0.50	0.17
	Peso (Kg)	82.10	81.80	-0.30		78.90	77.00	-1.90
	IMC	31.30	31.20	-0.10		34.10	33.30	-0.80
	Edad metabólica	66.00	65.00	-1.00		78.00	77.00	-1.00
	Grasa (%)	44.30	42.80	-1.50		51.20	50.80	-0.40
	Grasa visceral (%)	11.00	11.00	0.00		14.00	13.00	-1.00
	Cintura (Cm)	102.00	96.00	-6.00		112.00	104.00	-8.00
	Cadera (Cm)	110.00	109.00	-1.00		121.00	116.00	-5.00
	Músculo (%)	24.40	25.30	0.90		20.50	20.50	0.00
4	IAD	0.48	0.64	0.16	4	0.67	0.56	-0.11
	Peso (Kg)	69.70	68.30	-1.40		85.20	86.70	1.50
	IMC	26.20	25.70	-0.50		35.90	36.60	0.70
	Edad metabólica	44.00	41.00	-3.00		76.00	78.00	2.00
	Grasa (%)	43.60	43.70	0.10		53.50	54.70	1.20
	Grasa visceral (%)	6.00	6.00	0.00		13.00	12.00	-1.00
	Cintura (Cm)	94.00	91.00	-3.00		111.00	113.00	2.00
	Cadera (Cm)	101.00	96.00	-5.00		120.00	122.00	2.00
	Músculo (%)	22.60	21.70	-0.90		19.60	17.90	-1.70
5	IAD	0.26	0.60	0.34	5	0.37	0.41	0.04
	Peso (Kg)	115.20	114.00	-1.20		84.60	85.30	0.70
	IMC	38.50	38.10	-0.40		35.20	35.50	0.30
	Edad metabólica	80.00	80.00	0.00		70.00	70.00	0.00
	Grasa (%)	38.60	39.70	1.10		51.60	53.20	1.60
	Grasa visceral (%)	23.00	23.00	0.00		11.00	11.00	0.00
	Cintura (Cm)	127.00	122.00	-5.00		106.50	107.00	0.50
	Cadera (Cm)	117.00	116.00	-1.00		124.00	126.00	2.00
	Músculo (%)	27.40	26.70	-0.70		20.90	19.70	-1.20
6	IAD	0.54	0.79	0.25				
	Peso (Kg)	76.50	75.00	-1.50				
	IMC	33.60	33.20	-0.40				
	Edad metabólica	66.00	64.00	-2.00				
	Grasa (%)	46.10	49.10	3.00				
	Grasa visceral (%)	10.00	10.00	0.00				
	Cintura (Cm)	92.00	83.00	-9.00				
	Cadera (Cm)	106.00	98.00	-8.00				
	Músculo (%)	24.10	22.00	-2.10				

Continúa...

7	IAD	0.10	0.53	0.43
	Peso (Kg)	69.10	66.30	-2.80
	IMC	30.30	29.10	-1.20
	Edad metabólica	69.00	67.00	-2.00
	Grasa (%)	44.80	42.20	-2.60
	Grasa visceral (%)	11.00	10.00	-1.00
	Cintura (Cm)	95.00	95.00	0.00
	Cadera (Cm)	106.00	106.00	0.00
	Músculo (%)	23.60	25.00	1.40

Nota: Se muestran las mediciones empleadas y el cambio de cada participante. El signo (-) indica disminución.

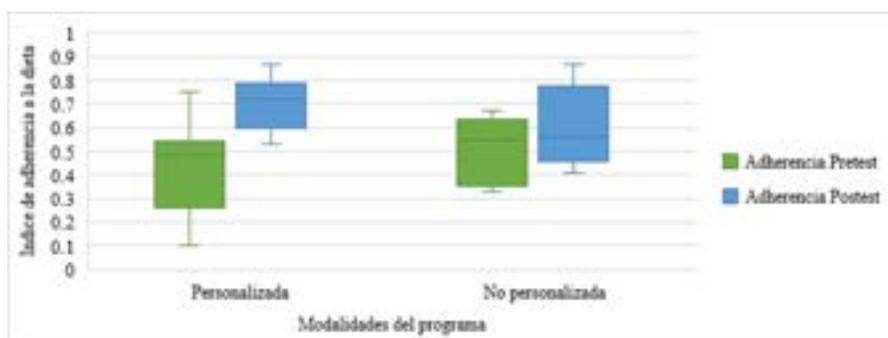
Como es posible apreciar, los participantes de la modalidad personalizada mostraron un aumento en el IAD, a excepción del participante 2. También hubo cambios en las mediciones antropométricas, aunque no en el mismo grado. Los participantes 1, 2, 3 y 7 presentaron mejorías en las medidas de grasa, porcentaje de músculo, circunferencia de cintura y cadera, IMC y edad metabólica. En cuanto a la grasa visceral, solamente se apreciaron cambios en los participantes 1 y 7. Los participantes 4, 5 y 6 manifestaron cambios en la circunferencia de cintura y cadera, peso, IMC y edad metabólica; no obstante, presentaron un aumento en el porcentaje de grasa, una disminución en el porcentaje del músculo, manteniéndose igual el porcentaje de la grasa visceral.

Respecto a los participantes de la modalidad no personalizada, mostraron un incremento en el

IAD, pero en menor medida que los participantes de la modalidad personalizada. Los participantes 1 y 3 presentaron mejorías en porcentaje de grasa, peso, edad metabólica, IMC y circunferencia de cintura y cadera. Respecto al porcentaje de músculo, no se observaron variaciones. Por otro lado, el participante 2 presentó una disminución en el porcentaje de grasa y grasa visceral, circunferencia de cintura y cadera, peso, IMC y edad metabólica; sin embargo, presentó una disminución en el porcentaje de músculo. En cuanto a los participantes 4 y 5, no mostraron cambios benéficos en ninguna de las mediciones señaladas.

La Figura 1 compara los IAD de ambas modalidades durante las fases pretest y postest. Se observó una diferencia aritmética entre las medianas de la modalidad personalizada, más no en las de la no personalizada.

Figura 1. Comparación de la adherencia a la dieta en las modalidades personalizada y no personalizada.



Asimismo, el rango intercuartil de la modalidad personalizada fue menor que el de la modalidad no personalizada en el postest. Por medio de una prueba U de Mann-Whitney, con una significancia de 0.05, se verificó que las diferencias entre las medianas del IAD no fueron estadísticamente significativas entre las dos modalidades en el pretest ni en el postest.

Los valores de los estadísticos y la probabilidad de cometer el error Tipo I, tanto del IAD como de las demás medidas, se indican en las Tabla 3 y 4. Se esperaba una semejanza en las mediciones del pretest para garantizar la homogeneidad de las condiciones antes del programa.

Tabla 3. Diferencias entre las modalidades personalizada y no personalizada en fase pretest con U de Mann-Whitney.

Medición	Mediana personalizada	Mediana no personalizada	U	Z	p
IAD	0.5	0.6	23.0	0.890	0.372
Peso	82.1	78.9	13.0	0.731	0.465
IMC	32.2	34.1	15.0	-0.410	0.685
Edad metabólica	66.0	70.0	21.0	0.572	0.567
Grasa	44.0	51.2	19.0	0.244	0.808
Grasa visceral	10.0	11.0	19.5	0.328	0.743
Cintura	97.0	106.0	18.5	0.163	0.871
Cadera	110.0	120.0	20.5	0.489	0.625
Músculo	23.6	20.9	16.0	-0.240	0.807

Tabla 4. Diferencias entre las modalidades personalizada y no personalizada en fase posttest con la U de Mann-Whitney.

Medición	Mediana personalizada	Mediana no personalizada	U	Z	p
IAD	0.72	0.56	10.5	-1.139	0.255
Peso	81.8	77.0	16.0	-0.244	0.808
IMC	31.2	33.3	17.0	-0.081	0.935
Edad metabólica	64.0	70.0	21.0	0.569	0.569
Grasa	43.7	50.8	20.0	0.406	0.685
Grasa visceral	10.0	11.0	19.5	0.327	0.744
Cintura	95.0	104.0	19.5	0.325	0.745
Cadera	108.0	116.0	20.0	0.409	0.683
Músculo	23.5	20.5	12.0	-0.893	0.372

Para evaluar si hubo diferencias significativas en el IAD y en las medidas corporales tras la implementación del programa en ambas modalidades, se empleó la prueba Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0.05, y además se calculó el tamaño del efecto (r). Los resultados de la prueba en la modalidad personalizada mostraron diferencias

significativas entre las medianas del IAD y las medidas corporales de peso, IMC, edad metabólica, circunferencia de cintura y cadera. Por otro lado, no hubo diferencias significativas en los porcentajes de grasa, grasa visceral y porcentaje de músculo. Los valores de p , Z y r se indican en la Tabla 5.

Tabla 5. Tamaños del efecto de la modalidad personalizada del programa psicoeducativo con la prueba de Wilcoxon.

Medida	p	Z	r	Interpretación
IAD	0.028	2.197	0.83	Grande
Peso	0.018	-2.366	0.89	Grande
IMC	0.018	-2.371	0.90	Grande
Edad metabólica	0.026	-2.232	-0.84	Grande
Grasa	0.499	-0.676	0.26	Pequeño
Grasa visceral	0.157	-1.414	-0.53	Grande
Cintura	0.043	-2.023	-0.76	Grande
Cadera	0.027	-2.207	-0.83	Grande
Músculo	0.865	0.170	0.06	Pequeño

Nota. De izquierda a derecha se muestran las mediciones, p es el nivel de significancia obtenido. Z es el valor en el estadístico Z , r es el tamaño del efecto, y su interpretación según Cohen (1992).

En cuanto a los resultados de la modalidad no personalizada, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el IAD ni en las medicio-

nes corporales (valores de p , Z y r , indicados en la Tabla 6).

Tabla 6. Tamaño del efecto de la modalidad no personalizada del programa psicoeducativo con la prueba Wilcoxon.

Medida	p	Z	r	Interpretación
IAD	0.225	1.214	0.54	Grande
Peso	0.500	-0.674	0.30	Mediano
IMC	0.500	-0.674	-0.30	Mediano
Edad metabólica	0.593	-0.535	-0.24	Bajo
Grasa	0.893	0.135	0.06	Bajo
Grasa visceral	0.083	-1.732	-0.77	Grande
Cintura	0.686	-0.405	-0.18	Bajo
Cadera	0.680	-0.412	0.18	Bajo
Músculo	0.144	-1.461	-0.65	Grande

De izquierda a derecha se muestran las mediciones: p es el nivel de importancia obtenido, Z es el valor en el estadístico Z , r es el tamaño del efecto, y su interpretación según Cohen (1992).

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó evaluar si había diferencias en la adherencia dietética y en algunas medidas corporales relacionadas con el peso en función de la personalización de un programa diseñado para pacientes con diabetes y obesidad. Se esperaba una diferencia en favor de la modalidad personalizada, toda vez que esta se diseña en función de las necesidades propias de cada paciente y regula su avance en función de la demostración efectiva del aprendizaje. Los resultados apoyan solo parcialmente esta hipótesis. Se encontró un incremento de la adherencia dietética en ambas modalidades, sin diferencias entre ellas en el postest. Aun así, únicamente en el caso de la modalidad personalizada se presentó un cambio intraindividual significativo y una disminución de la dispersión de los datos. Con relación a los cambios de las medidas corporales, se apreció que la modalidad personalizada presentó cambios significativos en varias mediciones, a diferencia de la modalidad no personalizada.

El hallazgo relativo a que no hubo diferencias en el postest entre las dos modalidades se interpreta como debido a que tres de los cinco participantes de la modalidad no personalizada ya mostraban un índice superior a 0.50 antes de participar en el

programa, lo que sugiere que no tenían necesidad de una intervención sobre la adherencia dietética, por lo que solamente se logró un aumento leve de la misma. Por su parte, en la condición personalizada el número absoluto de participantes con un índice superior a 0.5 fue el mismo (tres), pero proporcionalmente menor que la de la otra condición, lo que podría sugerir que la ausencia de diferencias se debe a las condiciones de entrada de los participantes respecto a la variable dependiente y su representación proporcional dentro de la condición.

El número restringido de medidas pudo ser otro elemento que condujo a que no hubiese diferencias entre ambas condiciones en el postest. Al tener solamente dos momentos de evaluación, no fue posible identificar las variaciones en las mediciones ni reconocer los momentos de la intervención que presentaron cambios. Es probable que si se hubieran registrado los indicadores en cada sesión, se habrían advertido cambios interesantes entre ambas condiciones.

Los cambios estadísticamente significativos entre el pretest y el postest en la condición personalizada pueden aportar evidencia a favor de la justificación que orientó la inclusión de la personalización, tal y como fue hecha en la investigación. A diferencia de otros estudios reportados en el

área (Esden y Nichols, 2013; French *et al.*, 2008; Osborn *et al.*, 2010; Rodríguez *et al.*, 2019), en esta la personalización se midió conductualmente, es decir, por medio de un indicador directo de que la persona sabía hacer aquello para lo que el programa le entrenaba, y que realmente necesitaba. La evidencia obtenida, por lo menos, permite concluir que este modo de entender la personalización hizo más contrastante la diferencia entre el nivel inicial de adherencia y el nivel final en la otra modalidad. La falta de pertinencia de la inclusión de información irrelevante o innecesaria en la condición no personalizada puede documentarse anecdóticamente por medio de expresiones de inconformismo e insatisfacción por parte de algunos participantes en esta condición.

En la misma dirección, un aporte del presente estudio es la forma de medir la adherencia dietética. Usualmente se mide por medio de instrumentos psicométricos basados en el autorreporte (Esden y Nichols, 2013; French *et al.*, 2008; Osborn *et al.*, 2010). En cambio, el IAD propuesto en este trabajo se basa directamente en el consumo de las personas, lo que le añade un valor a su validez de constructo. También se encuentran medidas fisiológicas (Clark *et al.*, 2019) y de calorías ingeridas (Lynch *et al.*, 2019; Popp *et al.*, 2019; Rodríguez *et al.*, 2019), que si bien representan datos más directos, no informan sobre el patrón de consumo en términos de cantidad, tipo y momento, que son psicológicamente relevantes. Las ventajas de usar el IAD fueron evidentes: 1) conjugó esos tres parámetros en una escala fácilmente interpretable; 2) fue sensible al grupo de alimentos prescritos y consumidos, lo cual contrasta con lo que se reporta en la literatura (Lynch *et al.*, 2019; Osborn *et al.*, 2010; Rodríguez *et al.*, 2019; Steinberg *et al.*, 2019); 3) detectó la diferencia entre el horario prescrito y el utilizado, dato relevante en la DM2 para evitar hipo e hiperglucemias (Franz, 2017; Powers, 2012), y una novedad en la literatura.

En la condición personalizada fueron más evidentes los cambios en las medidas corporales realizadas. Tal relación entre la adherencia dietética y las medidas relacionadas con la disminución de peso fue reportada por Steinberg *et al.* (2019), pero no por Clark *et al.* (2019). Una aportación

que esta investigación hace es que esa relación no se encontró en la modalidad no personalizada, lo que abre una hipótesis interesante de indagación sobre el efecto de la personalización de la enseñanza y la verificación del aprendizaje efectivo en la disminución de esas medidas. No se trata solamente de que se dirija un programa de adherencia dietética, sino que este cumpla con determinadas características de desarrollo.

El comportamiento de las medidas corporales y la relación entre sí merecería un análisis más detallado del que la pregunta de investigación permite. Sin embargo, bastaría con interpretar que los casos en los que las personas disminuyeron su peso, IMC, circunferencia de cintura y cadera, y a la par una disminución del porcentaje de músculo y un aumento del porcentaje de grasa, puede deberse a un desbalance entre el consumo de los macronutrientes, ya que un bajo consumo de proteína acompañado de alto consumo de grasa acarrea dicho efecto (Franz, 2017).

Entre las limitaciones del estudio se reconoce el tamaño de la muestra que resultó tras la aplicación de los criterios de inclusión y las condiciones del desarrollo del programa. La pandemia por COVID-19 impidió en cierta medida que la muestra fuera mayor; no obstante, la información recabada es útil para notar tendencias en una población con características tan definidas y con programas de esta naturaleza que requieren la asistencia en por lo menos seis sesiones. Un dato interesante es que quienes finalmente continuaron se caracterizaron por tener bastantes complicaciones médicas debido a su condición, lo cual podría sugerir una motivación mayor a seguir en el programa.

A diferencia de varios estudios en el área, en el presente no se hicieron mediciones de control glicémico. La razón fue que dicho control no estaba relacionado con la pregunta de investigación, dirigida a la adherencia dietética. Podría argumentarse que es conveniente incluir tales mediciones por ser una característica de los procesos biológicos en los pacientes con DM2. En ese sentido, podría considerarse su inclusión en futuros trabajos para indagar si se relaciona de forma significativa con la adherencia dietética.

La entrevista del recordatorio de 24 horas fue útil para recoger los datos del patrón de consumo,

a pesar de que la confiabilidad del reporte pudo comprometerse por la subingesta de los alimentos. De igual forma, su empleo por vía telefónica representa problemas para su aplicación debido a que fue común que los participantes olvidaran las citas telefónicas o que no contaran con el material necesario para su aplicación. A pesar de eso, sus ventajas son mayores, en particular en lo referente a su sensibilidad cultural, el fácil aprendizaje del procedimiento y a que se centra progresivamente en lo que es relevante.

Para futuras investigaciones se recomienda homogenizar la muestra e incluir solamente a los participantes que presenten un IAD menor a 0.50, lo que facilitaría descartar el que la varianza de las medidas en el postest se explique por factores distintos a la manipulación. La limitación de la muestra y la posibilidad de medir un cambio—cualquiera que este fuese—, llevó a la decisión de incluirlos a todos, pero ello podría ser distinto en los subsiguientes estudios. De igual manera, se recomienda incluir medidas repetidas para alcanzar una mayor representatividad de los datos. Un proceso de intervención de tres sesiones y nueve actividades merece un seguimiento más detallado de la dinámica de esas medidas corporales. En esta

investigación se decidió hacerlo así, en correspondencia con las medidas de la adherencia dietética.

En conclusión, la evidencia obtenida sugiere que la personalización de un programa para la adherencia dietética en pacientes diagnosticados con DM2 y con obesidad, basada en la selección individual del contenido por aprender y la verificación de que en efecto se aprendió, produce una diferencia mayor entre una medición previa y una posterior, comparada con la de una intervención no personalizada. Esto ocurrió a pesar de que la adherencia final no fue significativamente diferente entre ambos tipos de intervención. La razón de tal semejanza podría atribuirse a que la adherencia inicial en algunos de los participantes no era baja y, por ende, no se permitió que la variable medida fuera más contrastante antes y después de la implementación del programa. Se sugiere asimismo para próximos estudios tener esta medición inicial en cuenta, así como registrar los cambios en las mediciones de interés en varios momentos durante el proceso. No obstante lo anterior, se concluye que el diseño del programa y la medida del IAD son aportes relevantes en el estudio de la adherencia dietética en este tipo de pacientes.

Citación: Hernández V., F.O., Vacío M., M.A., Pérez A., R. y Salazar G., M.L. (2023). Programa psicoeducativo personalizado para la adherencia dietética de pacientes con diabetes y obesidad: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 33(1), 43-55. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2771>.

REFERENCIAS

- Clark, R.L., Famodu, O.A., Holásková, I., Infante, A.M., Murray, P.J., Olfert, I.M., McFadden, J.W., Downes, M.T., Chantler, P.D., Duespohl, M.W., Cuff, C.F. y Olfert, M.D. (2019). Educational intervention improves fruit and vegetable intake in young adults with metabolic syndrome components. *Nutrition Research*, 62, 89-100. Doi: 10.1016/j.nutres.2018.11.010.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.
- DeFronzo, R.A. (2004). Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *Medical Clinics of North America*, 88(4), 787-835. Doi: 10.1016/j.mcna.2004.04.013.
- Esden, J.L. y Nichols, M.R. (2013). Patient-centered group diabetes care: A practice innovation. *The Nurse Practitioner*, 38(4), 42-48. Doi: 10.1097/01.NPR.0000427608.99141.04.
- Estrada, C. (2017). Evaluación de riesgos en investigaciones en psicología y disciplinas afines. *Sophia Austral*, 19, 93-101. Doi: 10.4067/S0719-56052017000100093.
- Franz, M. (2017). Tratamiento nutricional médico en la diabetes mellitus y la hipoglucemia de origen no diabético. En M. L. Kathleen (Ed.): *Krause Dietoterapia* (14a ed.) (pp. 675-710). Amsterdam: Elsevier.
- French, D.P., Wade, A.N., Yudkin, P., Neil, H.A.W., Kinmonth, A.L. y Farmer, A.J. (2008). Self-monitoring of blood glucose changed non-insulin-treated Type 2 diabetes patients' beliefs about diabetes and self-monitoring in a randomized trial. *Diabetic Medicine*, 25(10), 1218-1228. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02569.x.
- Hernández N., R. (2012). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Scotts Valley, CA: Createspace Independent Publishing Platform.

- Lynch, E.B., Mack, L., Avery, E., Wang, Y., Dawar, R., Richardson, D., Keim, K., Ventrelle, J., Appelhans, B.M., Tahsin, B. y Fogelfeld, L. (2019). Randomized trial of a lifestyle intervention for urban low-income African Americans with type 2 diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1174-1183. Doi: 10.1007/s11606-019-04894-y.
- Meza, R., Barrientos G., T., Rojas M., R., Reynoso N., N., Palacio M., L.S., Lazcano P., E. y Hernández Á., M. (2015). Burden of type 2 diabetes in Mexico: Past, current and future prevalence and incidence rates. *Preventive Medicine*, 81, 445-450. Doi: 10.1016/j.ypmed.2015.10.015.
- Nieves, R. (2019). Observación y autoobservación. En F. J. Labrador E. (Coord.): *Técnicas de modificación de conducta* (pp.121-137). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2003, 1 de julio). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Pacto mundial contra la diabetes*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Protocolo de limpieza y desinfección de ambientes - Covid-19 (excluidos los establecimientos de atención de salud)*. Washington; OPS. Recuperado de <https://covid19evidence.paho.org/handle/20.500.12663/506?locale-attribute=es>.
- Osborn, C., Amico, K.R., Cruz, N., O'Connell, A.A., Perez-Escamilla, R., Kalichman, S.C., Wolf, S.A. y Fisher, J.D. (2010). A brief culturally tailored intervention for Puerto Ricans with type 2 diabetes. *Health Education & Behavior*, 37(6), 849-862. Doi: 10.1177/1090198110366004.
- Popp, C., Butler, M., St-Jules, D., Hu, L., Illiano, P., Curran, M., Schoenthaler, A. y Sevvick, M.A. (2019). Adherence to self-monitoring of dietary intake during a weight loss intervention: Does a personalized approach maintain adherence? *Current Developments in Nutrition*, 3(Supplement_1), nzz037, FS11-04-19. Doi: 10.1093/cdn/nzz037.FS11-04-19.
- Powers, A.C. (2012). Diabetes mellitus. En J. Jameson et al. (Eds.): *Harrison Principios de medicina interna*. (pp. 2968-3002). New York: McGraw-Hill.
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. México: El Manual Moderno.
- Rodriguez, M.A., Friedberg, J.P., DiGiovanni, A., Wang, B., Wylie-Rosett, J., Hyoun, S. y Natarajan, S. (2019). A tailored behavioral intervention to promote adherence to the DASH diet. *American Journal of Health Behavior*, 43(4), 659-670. Doi: 10.5993/AJHB.43.4.1.
- Steinberg, D., Kay, M., Burroughs, J., Svetkey, L.P. y Bennett, G.G. (2019). The effect of a digital behavioral weight loss intervention on adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) dietary pattern in medically vulnerable primary care patients: Results from a randomized controlled trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(4), 574-584. Doi: 10.1016/j.jand.2018.12.011.
- Walker, S.N., Pullen, C.H., Hageman, P.A., Boeckner, L.S., Hertzog, M., Oberdorfer, M.K. y Rutledge, M.J. (2010). Maintenance of activity and eating change after a clinical trial of tailored newsletters with older rural women. *Nursing Research*, 59(5), 311-321. Doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ed6695.

Evaluación de un programa multimedia para promover estilos de vida saludables y reducir el riesgo de obesidad infantil en escuelas de Ciudad de México

Evaluation of an e-program to promote healthy lifestyles and reduce risk of childhood obesity in Mexico City schools

Georgina Cárdenas López¹, Rosa M. Baños², Cristina Botella³,
Elia Oliver², Emmanuel Castillo¹, Raúl Durón Figueroa¹
y Jaime M. González Perellón¹

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Universidad de Valencia²

Universidad Jaume I³

Autor para correspondencia: Georgina Cárdenas López, cardenas.georgina@gmail.com.

RESUMEN

El uso de estrategias multimedia para programas de prevención de la obesidad y los trastornos alimentarios en niños es un enfoque prometedor que ha mostrado buenos resultados. El desafío actual para su difusión es instrumentar y evaluar estos programas para asegurar su validez en diferentes países. Recientemente, un grupo de investigadores de España ha desarrollado y evaluado un sistema de e-terapia inteligente (ETIOBE). El programa involucra el aprendizaje a través de un sistema de capacitación multimedia sobre hábitos nutricionales, actividad física y estilos de vida. El presente estudio tiene como objetivo validar los resultados dentro del componente psicoeducativo del sistema ETIOBE en población mexicana. Una muestra de 149 niñas y niños de la Ciudad de México participó en un diseño cuasiexperimental con pretest y postest. Los resultados muestran diferencias en las puntuaciones medias de conocimiento nutricional sobre alimentos. Los resultados de esta investigación indican cambios significativos en los conocimientos sobre la salud y la promoción de estilos de vida saludables.

Palabras clave: Obesidad infantil; Intervención; E-terapia; Hábitos nutricionales.

ABSTRACT

Using multimedia strategies to decrease obesity and eating disorders in prevention programs for children is a promising approach that has shown good results. The current challenge for their dissemination is implementing and evaluating these programs to ensure their validity in different countries. Recently, a group of researchers from Spain developed and evaluated an "intelligent e-therapy system" (ETIOBE). The program involves learning through a multimedia training system on

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510, Ciudad de México, México, tel. (55)56-22-22-92, correo: raulduro7@gmail.com.

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia, España.

³ Laboratorio de Psicología y Tecnología, Edificio Investigación II. Despacho NB2107DL, Av. Vicente Sos Baynat s/n, 12.071 Castellón de la Plana, España.



nutritional habits, physical activity and lifestyles. Objective. The present study aims to validate the psycho-educational component results of the ETIOBE system in Mexican population. Method. A sample of 149 children from Mexico City participated in a quasi-experimental pretest-posttest design study. Results. The results show significant improvement in the mean scores of nutritional knowledge about foods. Discussion. The results of this study indicate effective changes in health knowledge and the promotion of healthy lifestyles.

Key words: Childhood obesity; Intervention; E-therapy; Nutritional habits.

Recibido: 22/02/2021

Aceptado: 28/06/2021

El problema de la obesidad afecta gravemente a la población infantil y adolescente en todo el mundo (A.A., 2017; Bentham *et al.*, 2017). De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (2021), se estima que podría haber más de 213 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años con sobrepeso, y 124 millones de niños y adolescentes con obesidad. Dicha condición en este grupo poblacional se ha multiplicado por diez en los cuatro últimos decenios.

Respecto a México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018) indica que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años de edad aumentó de 34.4% en 2012 a 35.6% en 2018, un aumento de 1.2 puntos porcentuales, lo que significa que se deben hacer mayores esfuerzos en el país para generar programas efectivos para su prevención e intervención.

La obesidad infantil está asociada a una amplia gama de complicaciones de salud graves y a un creciente riesgo de contraer prematuramente enfermedades como la diabetes y las cardiopatías. También representa un problema que tiene consecuencias sociales y psicológicas, tales como afectaciones del estado de ánimo, trastornos de la conducta e insatisfacción corporal. Wang (2017) señala que las principales causas de esta prevalencia pueden ser el aumento en el consumo de bebidas y alimentos con un alto contenido de calorías

que promueven el “consumo excesivo pasivo”, así como un estado sedentario casi universal, principalmente en países que no disponen de oportunidades para llevar a cabo actividades físicas.

Los episodios recurrentes de atracones y conductas poco saludables son comunes en adolescentes con sobrepeso y obesidad (Zeiler *et al.*, 2016), quienes en ocasiones incurren en otras conductas de riesgo (como las purgas) al verse afectados por la presión social para reducir su peso. En efecto, los estereotipos sobre la autoimagen corporal se encuentran entre los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios que perjudican sensiblemente a la población en general (Hay, Mond, Buttner y Darby, 2008; Jacobi, Hütter y Fittig, 2017), en tanto que otros, como la anorexia y la bulimia nerviosas, afectan especialmente a las niñas y mujeres jóvenes.

Dados los factores de riesgo compartidos por los trastornos alimentarios y el sobrepeso, se han planteado, por ejemplo, algunos enfoques integrados para su prevención (Haines y Neumark-Sztainer, 2006) que tienen el potencial no solo de reducir el estigma, sino también de enseñar hábitos nutricionales adecuados, motivar la realización de las actividades físicas y promover estilos de vida diversos.

Aunque no existe un enfoque universal sobre cuál es el mejor programa para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil (Luttikhuis *et al.*, 2009; Summerbell *et al.*, 2005), la evidencia señala que los programas más eficaces son aquellos que se orientan a modificar el estilo de vida mediante la mejora de los hábitos alimentarios y el aumento de la actividad física, combinados con diversos componentes de modificación comportamental y ambiental. Más específicamente, autores como Cole *et al.* (2019) han encontrado que los programas centrados en componentes que involucran el entorno social de los niños y adolescentes, compuestos por conocimientos nutricionales, actividad física y control de alimentación, tienen un efecto positivo en las conductas saludables y la mejora de hábitos alimenticios; sin embargo, la evidencia también señala la gran dificultad de modificar hábitos fuertemente arraigados en la población en general, y sobre todo en los niños y adolescentes.

Considerando lo anterior, junto con las demandas técnicas existentes en cuanto al manejo de la obesidad, se han hecho diversas recomendaciones para el tratamiento del problema, como la necesidad de contar con programas educativos para los especialistas en el manejo de la obesidad, en cuidados primarios y en programas individuales y personalizados basados en evidencia (Cardel, Jastreboff y Kelly, 2019).

Actualmente, el uso extendido de dispositivos que facilitan la reproducción de contenidos multimedia permite combinar los métodos de enseñanza tradicionales con otros más interactivos y entretenidos, como los llamados “juegos serios”; dicho término utilizado para referirse a videojuegos digitales diseñados con fines educativos, persuasivos y, en este campo, para la educación para la salud. La literatura al respecto muestra que los videojuegos son efectivos también para enseñar habilidades de autocontrol, entrenamiento atencional y habilidades espaciales (Garris, Ahlers y Driskell, 2002).

A pesar de lo anterior, aún existen algunas limitaciones importantes para la puesta en práctica de este tipo de intervenciones, como la adherencia del participante a dichos programas, por ejemplo. Considerando este problema, se han propuesto algunos aspectos importantes a tomar en cuenta para el uso de recursos multimedia para la intervención terapéutica, como los siguientes: 1) un enfoque en programas centrados en los usuarios, es decir, que exista una mayor personalización para estos; 2) el aumento del compromiso o motivación hacia los programas de intervención, lo cual tiene que ver con el uso de programas especializados para que se logre una mayor adherencia, así como componentes de telepresencia y tecnología persuasiva; 3) una rápida evaluación e implementación de los programas, lo que resulta esencial para mejorar los programas según los avances tecnológicos y los resultados obtenidos en el desarrollo inicial, y 4) una colaboración multidisciplinaria más estrecha en la que se involucren diversos campos, como terapeutas, usuarios, ingenieros, diseñadores y demás especialistas, esto con el objetivo de conocer y adaptar diversas metodologías y técnicas, y además que dicha colaboración pueda llevarse a cabo en el

ámbito internacional para acrecentar el efecto de dichas herramientas (Fleming *et al.*, 2016).

Descripción de la plataforma ETIOBE para niños

Los esfuerzos por desarrollar estrategias de intervención tecnológicas han mostrado una considerable eficacia para abordar algunas de las dimensiones relacionadas con la obesidad infantil (Baños, Cebolla, Oliver, Alcañiz y Botella, 2013; Hermans *et al.*, 2018); por ejemplo, un grupo de investigadores españoles desarrolló el programa ETIOBE (Baños *et al.*, 2013), una plataforma de e-salud diseñada para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil que ha mostrado importantes resultados. El sistema se ha asociado con mejoras en la motivación, el compromiso y la adherencia al tratamiento mediante la capitalización de la familiaridad de los niños y adolescentes con la tecnología, y la adaptación de los objetivos del tratamiento con la supervisión en tiempo real del progreso.

Para probar la eficacia de este tipo de sistemas tecnológicos para la salud, investigadores de la Universidad Jaume I, la Universidad de Valencia y la Universidad Politécnica de Valencia en España, en colaboración con investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), instrumentaron un sistema de terapia inteligente para el tratamiento de dicha condición y el incremento de actividad física con el objetivo de mejorar, mediante las nuevas tecnologías, la adherencia al tratamiento y los mecanismos de autocontrol en niños y adolescentes a fin de instaurar hábitos de vida saludables.

El Sistema de Apoyo a los Tratamientos de la Obesidad Infantil (ETIOBE en lo sucesivo) consiste en un protocolo de terapia cognitivo-conductual apoyado en un sistema de e-terapia que tiene tres aplicaciones fundamentales:

- 1) *Aplicación de apoyo para el clínico.* Facilita a los terapeutas personalizar el protocolo de intervención, adecuándolo a las características concretas de cada paciente, y ayuda a supervisar, monitorizar y controlar el segui-

miento del tratamiento, pudiendo modificarlo y actualizarlo de acuerdo con la evolución del paciente.

- 2) *Aplicación de apoyo en el hogar.* Permite la comunicación del niño con el terapeuta desde su hogar. Además, mediante esta aplicación el niño puede acceder a los contenidos terapéuticos planteados por el terapeuta y efectuar algunas de las tareas encomendadas, y enviar los resultados al clínico para que conozca en todo momento su evolución.
- 3) *Aplicación de apoyo móvil.* Hace posible que el niño, mediante dispositivos móviles, realice autorregistros en el contexto y el tiempo reales, así como acceder a los consejos e instrucciones terapéuticas mediante un "agente virtual".

El desarrollo de esta plataforma se apoyó en diferentes tecnologías que pueden transferir, interpretar y reaccionar a la información registrada, así

como adaptar las estrategias del tratamiento a las características personales de cada paciente.

Se estableció con el programa la convergencia de cuatro ejes tecnológicos: Inteligencia ambiental, Computación persuasiva, Computación ubicua y Terapia virtual. Con estas premisas, se evaluó el programa proporcionando una comunicación fluida, continua y amigable a través de dispositivos móviles, facilitando así la implementación y cumplimiento de tareas y actividades.

La plataforma principal de ETIOBE dispone de información acerca de los tópicos que se presentan en las sesiones, así como de actividades y videojuegos para el niño. Los resultados de las tareas realizadas en esta plataforma se envían al sistema, lo que hace posible que se pueda conocer en todo momento la evolución de cada usuario en cada una de las actividades.

Para acceder a los juegos y actividades el niño debe contestar primero los cuestionarios y las tareas que se administran al inicio del programa.

Figura 1. Interfaz de entrada a la plataforma del hogar.



Figura 2. Pantalla de la plataforma del paciente.



ETIOBE Mates es parte del sistema e incluye un sitio web educativo con juegos serios diseñados para enseñar varios aspectos del conocimiento nutricional y para atraer a los niños mientras aprenden materiales nuevos de manera efectiva y divertida, y cubre los dominios de contenido identificados por Parmenter y Wardle (1999): términos nutricionales, conocimiento de las recomendaciones

dietéticas, nutrientes contenidos en los alimentos, opciones prácticas de alimentos y conciencia de las asociaciones de enfermedades con los estilos de vida. Este componente fue diseñado en formato autoaplicado para la enseñanza del conocimiento nutricional que no requiere la asistencia de un adulto (Baños *et al.* 2013).

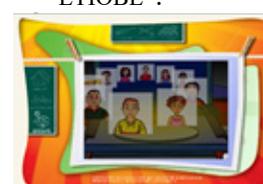
Figura 3. Imagen del juego Memory.



Figura 4. Imagen del juego Plato Saludable.



Figura 5. Imagen del juego "Super ETIOBE".



Adaptación de la plataforma al contexto mexicano

En México, el problema de la mala nutrición y la obesidad es grave y está en aumento, lo que significa que muchos niños no reciben tratamientos eficaces o suficientes herramientas preventivas. Dada la falta de estrategias basadas en evidencia para la obesidad infantil, existe la necesidad de priorizar y apoyar el desarrollo de intervenciones adecuadas y eficaces, diseñadas también para niños con sobrepeso, que puedan ajustarse a las características de esta población para incrementar la motivación y la adherencia a las prescripciones clínicas, y así lograr que el cambio en el comportamiento no sea percibido como una tarea específica aislada, sino como un proceso de adaptación y funcionamiento de un modo diferente y más saludable, lo que permite además el control y la supervisión continua de la evolución de cada niño.

Actualmente, los dispositivos electrónicos de comunicación y las tecnologías de la información tienen cualidades que mucho favorecen los programas de prevención y enseñanza, toda vez que proporcionan una comunicación fluida y continua y facilitan la instrumentación y el cumplimiento de diversas tareas y actividades (Nguyen, Kornman y Baur, 2011; Tate, 2008). Lo anterior se debe a que la mayoría de niños y adolescentes consideran que dichas tecnologías los ayudan a aprender (Gross, 2004).

En colaboración con el equipo de desarrolladores del sistema ETIOBE, el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la UNAM adaptó algunos recursos del programa para instrumentarlo en escuelas secundarias de la Ciudad de México, a modo de una intervención psicoeducativa, e incluyendo algunos de los materiales de apoyo del sistema para este fin.

Para abordar la oportunidad de diseminar la plataforma, se evaluó el protocolo original y se planteó una propuesta de adaptación para México. Luego, equipos de cada universidad evaluaron y discutieron los cambios propuestos al protocolo para adaptarlo a las citadas escuelas. La adaptación incluyó psicoeducación sobre la alimentación basada en el llamado “Plato del buen comer” (empleado en México en lugar de la “Pirámide

alimenticia” española), actividad física y cambio comportamental, apoyado visualmente en la plataforma original, así como en los videojuegos serios y actividades de ETIOBE. Asimismo, debido a que algunos de los niños no tienen acceso a Internet, se excluyeron algunas de las actividades originales de la plataforma, como correo electrónico, chat y mensajería instantánea. El protocolo adaptado al contexto mexicano se instrumentó para tener una duración de cinco sesiones y una aplicación en papel de los instrumentos de evaluación.

El objetivo de esta adaptación fue proporcionar herramientas y ayudar a niños de primer año de secundaria de la capital del país, brindando componentes de educación para la salud que aumentara su motivación para mantener un peso saludable y fortalecer un entorno que favoreciera el mantenimiento de hábitos más saludables.

La plataforma adaptada empleó fundamentalmente los videojuegos serios y las actividades de los tres componentes citados de la plataforma ETIOBE, quedando conformada por tres módulos: Memoria, Capitán ETIOBE y Plato saludable.

Considerando lo anterior, el propósito del presente estudio fue evaluar la eficacia y utilidad de la intervención para la prevención de la obesidad en la población infantil y adolescente de México mediante la plataforma ETIOBE, esperando que el programa fuese eficaz en cuanto al incremento del nivel de conocimientos nutricionales saludables, así como a través de cambios en los factores psicológicos asociados al riesgo de trastornos alimenticios y, además, que mostrase una calificación favorable de los usuarios respecto a su uso, funcionalidad y satisfacción.

MÉTODO

Participantes

El total de participantes para este trabajo fueron 149 niñas y niños de primer año de secundaria. Para obtener la muestra se solicitó el apoyo de dos escuelas secundarias de la Ciudad de México para llevar a cabo la intervención con los alumnos que aceptaran participar en el programa de prevención y que contaran con el permiso manifiesto de sus

padres. A este efecto, los responsables de las escuelas, en conjunto con los familiares, firmaron una carta de consentimiento informado.

Como criterios de inclusión se requería ser estudiante del primer año de secundaria, tener de 11 a 13 años, contar con el permiso explícito de sus padres o tutores y contar con el apoyo de al menos un padre o tutor.

El protocolo para el estudio fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Diseño

En esta investigación se implementó un diseño cuasiexperimental con pretest y postest, donde se formaron grupos para que los participantes recibieran la intervención para la prevención de la obesidad apoyada en los recursos psicoeducativos de la plataforma ETIOBE.

Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre Nutrición (Parmenter y Wardle, 1999).

Adaptado a México al “Plato del buen comer” por el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología para esta investigación, es un cuestionario basado en el original y compuesto por 16 reactivos con tres opciones de respuesta.

Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ-C) (Van Strien y Oosterveld, 2007).

Este cuestionario está conformado por 20 reactivos con tres opciones de respuesta (1, “No”; 2, “A veces”, y 3, “Sí”) que evalúan tres estilos diferentes de ingesta: el comer emocional, el comer restrictivo y el comer externo. La escala de Comer emocional consta de siete ítems (números 2, 3, 9, 12, 15, 17, 19). La de Comer restrictivo incluye otros siete (números 4, 6, 8, 11, 14, 16, 18), y la de Comer externo incorpora seis ítems (números 1, 5, 7, 10, 13, 20). La adaptación al español para niños presenta una adecuada consistencia interna (0.70) y un apropiado ajuste factorial (Baños *et al.*, 2011).

Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP) (Spitzer, Yanovsky y Marcus, 1992).

Este instrumento está compuesto por doce reactivos que se evalúan en una escala de dos puntos: “Sí” o “No”. Otros de los reactivos se califican en una escala de cinco puntos. En el caso de la frecuencia de las conductas, las opciones de respuesta son las siguientes: “Menos de un día a la semana”, “Un día a la semana”, “Dos o tres días a la semana”, “Cuatro o cinco días a la semana” y “Casi todos los días”. Los reactivos que evalúan cómo se siente la persona en ese momento se responden con “No mal del todo”, “Solo un poco mal”, “Bastante mal”, “Muy mal” y “Muy, muy mal”.

Acceptability-Playability Questionnaire (APC) (Baños *et al.*, 2013).

Es un cuestionario desarrollado para la evaluación del programa español ETIOBE, conformado por 26 reactivos que miden la aceptación y el nivel de juego de la plataforma, los cuales se valúan mediante una escala Likert de cinco puntos: de 1, “Nada en absoluto”, a 5, “Completamente”. El cuestionario está formado por dos subescalas: Jugabilidad y Aceptabilidad. La escala muestra una consistencia interna de 0.80 (0.80 en la subescala de Jugabilidad) y 0.76 en la de Aceptabilidad).

Procedimiento

Una vez que se obtuvo el permiso de las autoridades escolares para aplicar el programa en sus instalaciones, se llevó a cabo una plática con los alumnos y sus padres para solicitar su participación voluntaria en el estudio; dicha plática se consideró como la sesión 0, momento en el cual se solicitó la firma de las cartas de consentimiento informado.

Se realizaron sesiones semanales con los participantes y con los profesores presentes, proporcionando el programa mediante tabletas electrónicas en el salón de clases. En la sesión 1 se presentó el grupo de trabajo y se aplicaron los instrumentos de preevaluación con la finalidad de explorar los conocimientos que tenían sobre la alimentación. En la sesión 2 se presentó el programa, la forma

de utilizar la plataforma ETIOBE como herramienta de apoyo al programa educativo, la manera de navegar en ella y la resolución de las dudas que tuviesen.

Durante las sesiones 2, 3 y 4 se trabajó con psicoeducación en tres áreas específicas: psicoeducación nutricional (grupos alimenticios, cantidades y forma de prepararlos), actividad física (beneficios, desventajas y sugerencias de actividad física) y cambio comportamental (barreras para cambiar de hábitos, autoestima y autoeficacia). En la sesión 5 se evaluaron nuevamente los conocimientos, la usabilidad de la plataforma y los videojuegos, tras de lo cual se procedió al cierre del programa.

RESULTADOS

Un total de 149 participantes completaron el programa. Según lo presentado en la Tabla 1, los par-

ticipantes del estudio fueron un número equivalente de niñas y niños, con edades de 11 a 13 años.

Tabla 1. Porcentaje de participantes por sexo y edad.

Sexo	%
Niñas	50.3
Niños	49.7
Edad	%
11	13.7
12	83.0
13	3.3

En el análisis descriptivo de los resultados antes y después de la intervención se encontraron diferencias en las respuestas de los participantes entre el pretest y el posttest, diferencias que indican cambios relacionados con la intervención. Pueden apreciarse discrepancias significativas en las puntuaciones obtenidas en los conocimientos nutricionales de la muestra ($p < 0.05$, $d = 1.15$) (Tabla 2).

Tabla 2. Descriptivos para las puntuaciones de los participantes (Conocimientos nutricionales, DEBQ-C, QEWP) ($n = 149$).

	Preintervención	Postintervención
	M	M (D.E.)
Conocimientos nutricionales	13.07 (3.72)	16.34 (1.48)
DEBQ-C Externo	11.45 (3.95)	9.87 (2.99)
DEBQ-C Restrictivo	10.82 (3.07)	9.98 (2.98)
DEBQ-C Emocional	11.49 (4.15)	11.49 (3.57)
QEWP	8.45 (1.58)	8.45 (2.58)

Como se muestra en la Tabla 3, la intervención produjo mejoras en las calificaciones logradas en cuanto a los conocimientos nutricionales; la intervención también tuvo efectos en algunas medidas relacionadas con dos factores del DEBQ-C en el factor de alimentación externa ($p < 0.05$, $d = 0.45$)

y en algunas situaciones en el factor de restricción al comer. La intervención disminuyó el efecto de las situaciones externas en la alimentación, a veces reduciendo también el factor restrictivo de la alimentación.

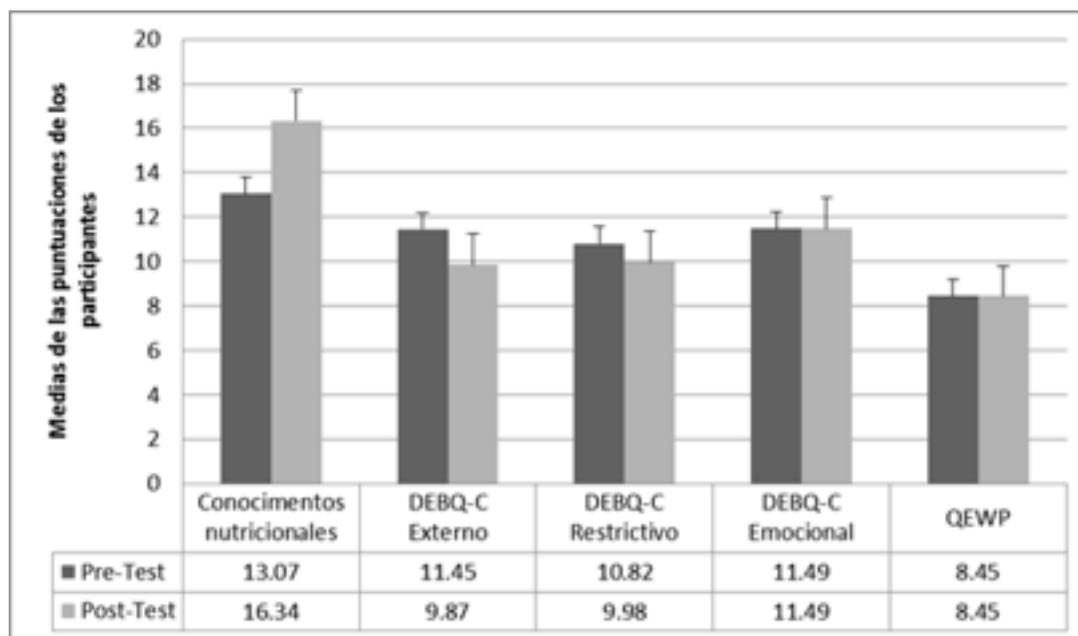
Tabla 3. Resultados de efectividad (puntuación del cambio desde el pretest) ($n = 149$).

	Posttest (después de la intervención)					
	Posttest-Pretest	IC 95%	<i>t</i>	gl	Sig.	<i>d</i> de Cohen
Conocimientos nutricionales	-3.27(4.07)	(-3.93, -2.61)	-9.80	148	0.000	1.15
DEBQ-C Externo	1.41(5.08)	(0.53, 2.29)	3.16	129	0.002	0.45
DEBQ-C Restrictivo	0.68(4.05)	(-0.03, 1.40)	1.91	126	0.059	0.28
DEBQ-C Emocional	-0.13(2.51)	(-1.07, 0.84)	-0.26	108	0.800	0.05
QEWP	0.02(2.89)	(-0.79, 0.83)	0.05	50	0.960	0.09

En la distribución de las puntuaciones después de la intervención con la plataforma ETIOBE puede apreciarse un incremento de las puntuaciones re-

lativas a los conocimientos nutricionales y variaciones en factores que pueden afectar el comportamiento de alimentación (Figura 6).

Figura 6. Cambios en las medias de puntuaciones de conocimientos de nutrición y en las puntuaciones de los factores del DEBQ-C y el QEWP en el pretest y el postest de los participantes (n = 149).



Lo anterior, por ejemplo, puede apreciarse en los cambios en las puntuaciones de la inhibición de factores externos que afectan la alimentación, así como en los resultados relacionados con la activación del factor de restricción alimenticia después de la intervención.

Los resultados en las puntuaciones del QEWP indican que no se trabajó con muestras con conductas alimenticias anormales de abuso de ingesta (véase Tabla 2), lo que también se expresa en la comparación de los resultados de la variable antes y después de la intervención ($p < 0.96$, $d = 0.09$).

El programa fue valorado por los participantes para conocer su nivel de usabilidad, para lo que se aplicó una escala comparativa a fin de que los participantes describieran su interacción con la plataforma. La escala se conformó para calificar en un rango de 1 a 7 las opiniones sobre las ventajas de utilizar la plataforma, el qué tan compatible era con otros usos de tecnologías de la

información y comunicación, y en qué medida se le supone ser un recurso a considerar para su uso habitual.

Todos los ítems superan el valor medio en la calificación de la experiencia que tienen los usuarios con el programa. Las puntuaciones están relacionadas generalmente con criterios positivos para la evaluación de ventajas, compatibilidad y visibilidad al ser usada la plataforma (Tabla 5).

Otra medida de usabilidad se elaboró considerando la experiencia individual de los participantes con los componentes interactivos en la plataforma. Para ello, se elaboró una escala de calificación de 1 a 5 para conocer como responderían los usuarios en los criterios de jugabilidad, absorción y aceptación. Al analizar los resultados de la escala APQ (Tabla 6), los participantes calificaron generalmente por arriba de puntuaciones de 2.5, que es considerado el punto medio para las citadas dimensiones.

Tabla 5. Puntuaciones de ventajas, compatibilidad y visibilidad de la plataforma.

Valoración de la plataforma ETIOBE de acuerdo con los ítems de la escala CBTD		
Ventaja relativa	Rango de las puntuaciones	Puntuación media
1. Me permite aprender con mayor facilidad una gran cantidad de contenidos relacionados con la educación nutricional.	1-7	5.2
2. Es un método mucho más efectivo al estar basado en tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en comparación con los métodos tradicionales, como manuales, folletos o clases.	1-7	5.7
3. Me ayuda a revisar las veces que haga falta los contenidos sobre los que puedo tener dudas.	1-7	5.4
4. Es una forma estimulante de aprender educación nutricional y actividad física.	1-7	5.6
5. Mejora mi nivel de educación nutricional y actividad física.	1-7	5.6
6. Contribuye a reducir la falta de conocimientos nutricionales en mis compañeros.	1-7	5.2
7. Permite que los jóvenes se involucren en las TIC para aprender a cuidar su salud a través de ellas.	1-7	5.9
Compatibilidad		
8. Utilizo las TIC para aprender diversos contenidos, y me gustaría que mis compañeros también las emplearan con este objetivo.	1-7	5.5
9. Es bueno para los jóvenes aprender a usar y actualizarse en el uso de las TIC.	1-7	5.3
10. Considero que tanto los jóvenes como los profesores de esta y otras escuelas se podrían beneficiar de la plataforma ETIOBE.	1-7	5.9
Visibilidad		
11. Recomendaría utilizar la plataforma ETIOBE a otros compañeros, e incluso a profesores.	1-7	5.8
12. Veo en la plataforma ETIOBE muchas ventajas.	1-7	5.6
13. A través de la plataforma ETIOBE veo como posible que haya un mayor interés por parte de mis compañeros para aprender educación nutricional.	1-7	5.2
14. Las ventajas que ofrece la plataforma de ETIOBE me resultan evidentes.	1-7	5.2
Intención de uso		
15. Si el sistema de ETIOBE estuviera disponible en la web, lo probaría.	1-7	5.4
16. Creo que tanto los jóvenes como los profesores utilizarían frecuentemente las herramientas disponibles en la plataforma de ETIOBE.	1-7	5.4

Tabla 6. Puntuaciones de jugabilidad, absorción y aceptación.

Valoración de la plataforma ETIOBE de acuerdo con los ítems de la escala APQ		
Jugabilidad	Rango de las puntuaciones	Puntuación media
1. ¿Te gustó el juego?	1-5	3.3
2. ¿Te resultó entretenido?	1-5	3.5
3. ¿Te pareció divertido?	1-5	3.2
4. ¿Te gustó la música utilizada en el juego?	1-5	3.0
5. ¿Te gustaron los colores usados en el juego?	1-5	3.7
6. ¿Te gustaron los efectos de sonido que aparecen en el juego?	1-5	3.7
7. ¿Crees correcto el ritmo o velocidad con el que se desarrolla el juego?	1-5	3.4
8. ¿Te gustó la calidad de los gráficos del juego?	1-5	3.3
9. Si es así, ¿con qué frecuencia?	1-5	2.7

Continúa..

Absorción		
10. ¿El juego te atrapó?	1-5	2.7
11. ¿Te costó meterte en el juego?	1-5	3.9
Aceptación		
12. ¿Te pareció fácil el nivel exigido en el juego?	1-5	3.4
13. ¿Crees que es útil para aprender sobre nutrición y alimentos?	1-5	4.1
14. ¿Aprendiste algo sobre nutrición y alimentos jugando con él?	1-5	3.8
15. ¿Crees que jugar con él puede ser útil al cambiar nuestros hábitos de alimentación?	1-5	3.9
16. ¿Te pareció complicado aprender a jugar?	1-5	2.2
17. ¿Se te hizo complicado de manejar?	1-5	2.3
18. ¿Crees que el juego te atrapa a jugar?	1-5	3.1

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue evaluar la validez, eficacia y usabilidad de la intervención para la prevención de la obesidad de la plataforma ETIOBE, dirigida a la población infantil de México. De acuerdo a los resultados obtenidos, es posible identificar que las propuestas de e-salud –como el programa ETIOBE para la prevención de la obesidad–, ofrecen una solución para prevenir la obesidad infantil si se utilizan de manera adecuada, además de que tienen una buena aceptación por parte de las personas que reciben atención a través de estos recursos en población mexicana, lo cual es consistente con algunos estudios previos referentes al uso de tecnologías en este tipo de problemas (Ajie y Chapman-Novakofski, 2014; Cole *et al.*, 2019).

El alcance de este tipo de programas puede variar (Baños *et al.*, 2019); sin embargo, también es cierto que la intervención mediante la plataforma ETIOBE tiene un importante efecto en diferentes aspectos, por ejemplo, al analizar los resultados de los estilos de ingesta, la intervención mediada por dicha plataforma resultó ser eficaz para reducir el factor psicológico de apreciación externa que induce el comer.

Los resultados de los participantes en las puntuaciones relacionadas con su experiencia como usuarios apoyan las suposiciones iniciales de este estudio. Los participantes evaluaron positivamente su interacción con las tareas y los contenidos. Los resultados de la evaluación de usabilidad de la plataforma ETIOBE permiten suponer que este

tipo de herramientas pueden ser fácilmente operadas por niños en edad escolar, siempre y cuando el diseño y desarrollo de tecnología se preocupe por la experiencia del usuario, como se ha reportado en estudios previos (Baños *et al.*, 2013; Nitsch *et al.*, 2016; Nitsch *et al.*, 2019). De acuerdo con esto último, es necesario resaltar la importancia de capacitar a la población, principalmente a los docentes de las escuelas, quienes en muchos casos no pueden aprovechar totalmente estos recursos.

En conclusión, este trabajo permitió brindar un mayor soporte al hecho de que las intervenciones mediadas por tecnologías de la comunicación, como el programa ETIOBE, son factibles en la población infantil mexicana, siempre y cuando se efectúe una cuidadosa revisión de los contenidos a fin de asegurar su aplicabilidad en esta cultura, al igual que el lenguaje o las situaciones sociales, por ejemplo. Los programas como ETIOBE pueden lograr cambios significativos, al igual que aquellos de atención tradicionales, por lo que muchas personas que no pueden acceder fácilmente a los programas presenciales podrán recibir atención mediante el mismo. Cabe destacar que este programa de bajo costo no requiere personal adicional en las escuelas para administrarlo en virtud de que se trata de un programa que tiene las ventajas de la disponibilidad y la accesibilidad.

Los resultados respecto a la jugabilidad, absorción y aceptación de la plataforma ETIOBE también muestran buenos niveles. Los participantes reportaron una alta jugabilidad y aceptabilidad de los videojuegos serios para enseñar información nutricional. La mayoría de los niños manifiesta-

ron que ETIOBE era una buena herramienta y que aprendieron mientras jugaban.

Los recursos tecnológicos representan un considerable beneficio al momento de utilizarse en población infantil y adolescente, pues son recursos de uso popular que pueden aumentar la motivación para lograr sus metas, además de que es uno de los principales medios que utilizan para obtener información. Los resultados de esta investigación confirman la utilidad y la potencialidad de algunas de las estrategias del programa ETIOBE para prevenir el sobrepeso y la obesidad infantiles, estimular y promover cambios en el comportamiento y los estilos de vida saludables.

Cabe hacer notar que el presente estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, la adaptación del programa a la población mexicana fue elaborada considerando aspectos locales, como los

estándares nutricionales que emplea la Secretaría de Salud, sin contar con referentes explícitos sobre la equivalencia de algunos criterios de valores en los contenidos originales. En segundo lugar, se optó por no interferir con las actividades académicas programadas en el ciclo escolar y, por lo tanto, no fue posible agendar un espacio para obtener medidas de seguimiento y conocer más acerca de los efectos temporales del programa. Si bien las características de la muestra y los resultados permiten hacer algunas inferencias preliminares sobre la implementación y la utilidad del programa, es indispensable profundizar en el conocimiento sobre la equivalencia, la efectividad y la posibilidad de generalizar el uso de las herramientas disponibles para combatir las distintas dimensiones y aspectos que forman parte del problema del sobrepeso y la obesidad infantiles.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos los fondos otorgados por la Convocatoria para Atender Problemas Nacionales publicada por el CONACyT, con el número de proyecto 214846.

Citación: Cárdenas L., G., Baños, R.M., Botella, C., Oliver, E., Castillo, E., Durón F., R. y González P., J.M. (2023). Evaluación de un programa multimedia para promover estilos de vida saludables y reducir el riesgo de obesidad infantil en escuelas de Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 33(1), 57-68. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2772>.

REFERENCIAS

- A.A. (2017). *La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>.
- Ajie, W.N. y Chapman-Novakofski, K.M. (2014). Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 631-645). Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.019.
- Baños, R.M., Cebolla, A., Etchemendy, E., Felipe, S., Rasal, P. y Botella, C. (2011). Validación del cuestionario holandés de comportamiento alimentario (DEBQ-C) para su uso en niños españoles. *Nutricion Hospitalaria*, 26(4), 890-898. Doi: 10.3305/nh.2011.26.4.5238.
- Baños, R.M., Cebolla, A., Oliver, E., Alcañiz, M. y Botella, C. (2013). Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: The ETIOBE mates. *Health Education Research*, 28(2), 234-248. Doi: 10.1093/her/cys044.
- Baños, R.M., Oliver, E., Navarro, J., Vara, M.D., Cebolla, A., Lurbe, E., Pitti, J.A., Torró, M.I. y Botella, C. (2019). Efficacy of a cognitive and behavioral treatment for childhood obesity supported by the ETIOBE web platform. *Psychology, Health and Medicine*, 24(6), 703-713. Doi: 10.1080/13548506.2019.1566622.
- Bentham, J., Di Cesare, M., Bilano, V., Bixby, H., Zhou, B., Stevens, G.A., Riley, L.M., Taddei, C., Hajifathalian, K., Lu, Y., Savin, S., Cowan, M.J., Paciorek, C.J., Chirita-Emandi, A., Hayes, A.J., Katz, J., Kelishadi, R., Kengne, A.P., Khang, Y.H. y Cisneros, J.Z. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627-2642. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

- Cardel, M.I., Jastreboff, A.M. y Kelly, A.S. (2019). Treatment of adolescent obesity in 2020. *Journal of the American Medical Association*, 322(17), 1707-1708. Doi: 10.1001/jama.2019.14725.
- Cole, J.M., Weigel, J., Albrecht, S., Ren, D., Reilly, A.K. y Danford, C.A. (2019). Setting Kids Up for Success (SKUFS): Outcomes of an Innovation project for promoting healthy lifestyles in a pediatric patient-centered medical home. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 455-465. Doi: 10.1016/j.pedhc.2019.01.001.
- Fleming, T.M., de Beurs, D., Khazaal, Y., Gaggioli, A., Riva, G., Botella, C., Baños, R.M., Aschieri, F., Bavin, L.M., Kleiboer, A., Merry, S., Lau, H.M. y Riper, H. (2016). Maximizing the impact of e-therapy and serious gaming: Time for a paradigm shift. *Frontiers in Psychiatry*, 7(Apr.), 65. Doi: 10.3389/fpsyt.2016.00065.
- Garris, R., Ahlers, R. y Driskell, J.E. (2002). Games, motivation, and learning: a research and practice model. *Simulation & Gaming*, 33(4), 441-467. Doi: 10.1177/1046878102238607.
- Gross, E.F. (2004). Adolescent internet use: What we expect, what teens report. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(Special Issue 6), 633-649. Doi: 10.1016/j.appdev.2004.09.005.
- Haines, J. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770-782). Doi: 10.1093/her/cyl094.
- Hay, P.J., Mond, J., Buttner, P. y Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLOS ONE*, 3(2), e1541. Doi: 10.1371/journal.pone.0001541.
- Hermans, R.C.J., Van Den Broek, N., Nederkoorn, C., Otten, R., Ruiters, E.L.M. y Johnson-Glenberg, M.C. (2018). Feed the Alien! The effects of a nutrition instruction game on children's nutritional knowledge and food intake. *Games for Health Journal*, 7(3), 164-174. Doi: 10.1089/g4h.2017.0055.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Cuernavaca (México): INSP. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>.
- Jacobi, C., Hütter, K. y Fittig, E. (2017). Psychosocial risk factors for eating disorders. En W. Stewart Agras (Ed.): *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 106-125). Oxford, UK: Oxford University Press. Doi: 10.1093/oxford-hb/9780190620998.013.6.
- Luttikhuis, H.O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. y Summerbell, C.D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 1). John Wiley & Sons Ltd. Doi: 10.1002/14651858.cd001872.pub2.
- Nguyen, B., Kornman, K.P. y Baur, L.A. (2011). A review of electronic interventions for prevention and treatment of overweight and obesity in young people. *Obesity Reviews*, 12(5). Doi: 10.1111/j.1467-789x.2010.00830.x.
- Nitsch, M., Adamcik, T., Kuso, S., Zeiler, M. y Waldherr, K. (2019a). Usability and engagement evaluation of an unguided online program for promoting a healthy lifestyle and reducing the risk for eating disorders and obesity in the school setting. *Nutrients*, 11(4), 713. Doi: 10.3390/nu11040713.
- Nitsch, M., Dimopoulos, C.N., Flaschberger, E., Saffran, K., Kruger, J.F., Garlock, L., Wilfley, D.E., Taylor, C.B. y Jones, M. (2016). A guided online and mobile self-help program for individuals with eating disorders: An iterative engagement and usability study. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e7. Doi: 10.2196/jmir.4972.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: OMS.
- Parmenter, K. y Wardle, J. (1999). Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53(4), 298-308. Doi: 10.1038/sj.ejcn.1600726.
- Spitzer, R.L., Yanovsky, S.Z. y Marcus M.D. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight Pattern-revised (QEWP-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S.A., Brown, T. y Campbell, K.J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3). New York: John Wiley & Sons, Ltd. Doi: 10.1002/14651858.cd001871.pub2.
- Tate, D.F. (2008). Application of innovative technologies in the prevention and treatment of overweight in children and adolescents. En E. Jelalian y R. G. Steele (Eds.): *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity* (pp. 387-404). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-0-387-76924-0_23.
- Van Strien, T. y Oosterveld, P. (2007). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7-to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 72-81.
- Wang, Y. (2017). Global perspectives of childhood obesity: Prevalence, contributing factors, and prevention. En Michael I. Goran (Ed.): *Childhood obesity causes, consequences, and intervention approaches* (pp. 28-31). CRC Press. Oxfordshire, UK: Francis and Taylor Group. Doi: 10.1201/9781315370958.
- Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Nitsch, M., Dür, W., Karwautz, A. y Wagner, G. (2016). Prevalence of eating disorder risk and associations with health-related quality of life: results from a large school-based population screening. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 9-18. Doi: 10.1002/erv.2368.

Evaluación de problemas de alimentación y conductas de rechazo al alimento en menores con trastorno del espectro autista

Evaluation of feeding problems and food-refusal behavior in children with autism spectrum disorders

Varsovia Hernández Eslava¹, Diana Alejandra González García²,
Ángeles Velásquez Carrasco³ y Rosa Carré Valdez⁴

Universidad Veracruzana¹

Universidad Autónoma de Baja California²

Subdirección Estatal para la Detección y Atención del Autismo³

Universidad de Xalapa⁴

Autor para correspondencia: Varsovia Hernández Eslava, arahernandez02@uv.mx.

RESUMEN

Un problema que reportan con frecuencia los cuidadores de menores es su rechazo a la ingesta de alimentos. Existe evidencia de que dicho problema se exacerba en aquellos con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). En México se desconoce la existencia de esos problemas en dicha población, por lo que el propósito del presente estudio fue realizar un análisis exploratorio y descriptivo de la prevalencia y características de la conducta alimentaria en niños autistas. Los padres contestaron un cuestionario para obtener datos sociodemográficos, conductas problemáticas observadas al momento de comer, prácticas de alimentación, preferencias de alimentos, información médica y consumo de alimentos por parte de la familia y de los menores, hallándose que dos tercios de estos mostraban conductas problemáticas, siendo las más frecuentes el abandonar la mesa y rechazar comer. Los menores con problemas de conducta consumían menos alimentos que aquellos sin problemas. Adicionalmente, se encontró que hay una relación positiva entre el número de alimentos consumidos por los menores y por su familia. Los resultados de esta investigación representan una aproximación inicial a la evaluación de problemas pediátricos de la alimentación en menores con diagnóstico de TEA en población mexicana.

Palabras clave: Problemas de conducta; Alimentación; Trastorno del espectro autista; Selectividad alimentaria.

¹ Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano, Agustín Melgar s/n, Araucarias esq. 21 de Marzo, 91010 Xalapa, Ver., México, tel. (228)890-34-65. Autor de correspondencia: arahernandez02@uv.mx.

² Facultad de Medicina y Psicología, Universidad 14418, Parque Internacional Industrial Tijuana, 22390 Tijuana, B.C., México, tel. (664)682-1233, correo: alejandra.gonzalez@uabc.edu.mx.

³ Blvd. Culturas Veracruzanas 24, Col. Nuevo Xalapa, 91097 Xalapa, Ver., México, tel. (228)819-46-77 y (228)819-14-05, correo: angeles_2790@hotmail.com.

⁴ Carretera Veracruz-Xalapa No. 341-Km 2, Dos Vistas Las Ánimas, Acueducto Animas, 91190 Xalapa-Enríquez, Ver., México, tel. (228)841-72-85, correo: roulette_3609@hotmail.com.



ABSTRACT

A problem frequently reported by caregivers of children is food-refusal behavior. Evidence shows that this problem worsens in children diagnosed with Autism Spectrum Disorders (ASD). In Mexico, the prevalence of these problems in this population is unknown. Objective. To conduct an exploratory and descriptive study of the prevalence and characteristics of eating behavior in children diagnosed with ASD. Method. Caregivers of children diagnosed with ASD answered a questionnaire expressly designed to collect information on difficult and problematic behaviors during mealtime, feeding practices, food preferences, medical information, food consumption by the family and children and socio-demographic data. Results. Showed that 62.2% of children presented eating behavior problems at mealtime. The most frequent were leaving the table and food refusal. Children with behavior problems ate less food than children without behavior problems. Results also revealed a correlation between the number of foods consumed by the family and the child. Discussion. The main findings of this study represent an initial approximation to the evaluation of pediatric feeding problems in children with ASD in a Mexican population.

Key words: Behavior problems; Feeding; Autism spectrum disorder; Food selectivity.

Recibido: 26/03/2021

Aceptado: 26/10/2021

Los trastornos del espectro autista (TEA en lo sucesivo) se caracterizan por un conjunto de alteraciones en tres dominios principales: habilidades de comunicación, habilidades sociales y conductas repetitivas y estereotipadas (American Psychiatric Association, 2013). En Estados Unidos se estima que la prevalencia de menores con este diagnóstico es de 1 por cada 54, siendo cuatro veces más probable que se diagnostique en hombres que en mujeres (Maenner *et al.*, 2020), mientras que en México se estima una prevalencia de 0.87% (Fombonne *et al.*, 2016). Las conductas repetitivas y estereotipadas se observan en diferentes áreas, como el lenguaje, las conductas de juego y la ingesta de alimentos. Además, en la población de tales menores se reporta una elevada prevalencia de problemas conductuales en dife-

rentes ámbitos, y en particular al momento de comer. Diferentes estudios han reportado que dicha población muestra un elevado número de conductas de rechazo al alimento y que tiene un repertorio de alimentación más restringido que los menores con desarrollo típico (Bandini *et al.*, 2010; Collins *et al.*, 2003; Nadon, Feldman, Dunn y Gisel, 2010). En cuanto a los problemas de alimentación, estos pueden ir de la ingesta selectiva de comida (rechazo a ciertos alimentos con base en sus propiedades), hasta casos extremos de rechazo total al alimento (Bandini *et al.*, 2010). Asimismo, tal rechazo está acompañado generalmente de conductas inapropiadas, como vocalizaciones negativas, agresión o autolesiones (Laud, Girolami, Boscoe y Gulotta, 2009). De volverse persistentes los problemas de alimentación, pueden ocasionar una ingesta deficiente de nutrientes (Bandini *et al.*, 2010), lo que aumenta el riesgo de complicaciones médicas o de retardo en el desarrollo físico e intelectual de los niños.

Diversos estudios que han evaluado la prevalencia de los problemas de alimentación en menores con diagnóstico de TEA han reportado resultados muy variables, que van de 13 a 87% (Ahearn, Castine, Nault y Green, 2001; Bandini *et al.*, 2010; Burklow, Phelps, Schultz, McConnell y Rudolph, 1998; Field, Garland y Williams, 2003; Postorino *et al.*, 2015). Una posible explicación respecto a la elevada variabilidad de los reportes es el método con el cual se ha recabado la información (Taylor, Wernimont, Northstone y Emmett, 2015). Por ejemplo, se han utilizado observaciones directas de la ingesta (*e.g.*, Ahearn *et al.*, 2001) o empleado cuestionarios o diarios de alimentación (*e.g.*, Bandini *et al.*, 2010). No obstante, a pesar de la variabilidad en los resultados, es claro que esta problemática tiene una alta incidencia entre la población estudiada.

En cuanto a las causas que inciden en la alta prevalencia de los problemas de alimentación en menores con TEA, Gulotta y Girolami (2014) indican que esto puede deberse a la interacción de factores orgánicos y ambientales y el perfil conductual específico de los menores con este diagnóstico. En cuanto a los factores orgánicos, se ha reportado que aquellos con TEA manifiestan frecuentemente problemas gastrointestinales, como reflujo o es-

treñimiento (Vissocker, Latzer y Gal, 2015) o un desarrollo inadecuado del tracto digestivo. Los elementos ambientales se refieren a su vez a la interacción de los menores con los alimentos y las consecuencias que reciben por su consumo o por el manejo de sus conductas de rechazo al alimento a la hora de comer.

Si bien existen reportes que indican una elevada prevalencia de problemas conductuales en esa hora y preferencias selectivas de comida en tales menores, en México no se hallan datos al respecto, por lo que efectuar un estudio de esta naturaleza es importante ya que si bien los estudios realizados pueden dar un indicio de la prevalencia de la problemática en menores mexicanos, es posible que ciertos factores culturales o de disponibilidad de alimentos incidan en estos (Fombonne *et al.*, 2016) o en la forma en la que son percibidos por los padres o cuidadores.

Debido a lo anterior, el presente trabajo tuvo como propósito realizar un análisis exploratorio y descriptivo de la prevalencia y de las características de la conducta alimentaria en menores con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Para ello, se seleccionó una población mexicana que acudía a un centro especializado para su tratamiento, siendo cuatro los propósitos específicos del estudio: 1) obtener datos iniciales sobre los problemas conductuales de alimentación en menores con diagnóstico de TEA, 2) obtener datos iniciales sobre las prácticas de alimentación, 3) determinar si los menores muestran preferencia por algún grupo alimenticio en particular y 4) comprobar si existe relación entre alimentos que consume la familia y el infante. Dado el carácter exploratorio del estudio, se utilizó un cuestionario *ex profeso* basado en el elaborado por Williams y Foxx (2007) para responder los tres primeros propósitos.

MÉTODO

Participantes

Tras realizar un muestreo por conveniencia, respondieron el cuestionario los padres de 43 menores y el cuidador de uno, quienes eran parte de la población atendida en el Centro Estatal para la

Detección y Atención del Autismo (CEDAA), ubicado en la ciudad de Xalapa, Ver. Los menores habían recibido un diagnóstico de trastorno del espectro autista por parte de médicos particulares o mediante una evaluación realizada en dicho centro por diferentes especialistas. Respecto a las características de los menores, participaron 35 varones y 8 mujeres cuya edad varió entre 1.9 y 15.7 años ($\bar{X} = 8.4$, D.E. = 3.6).

Instrumentos

Cuestionario sobre hábitos y dificultades de alimentación en menores

Tomando como base el cuestionario de Williams y Foxx (2007) y una revisión de la literatura, se construyó un cuestionario *ex profeso* para el estudio, el cual se divide en siete secciones. En la primera, se pidió información relativa a los datos sociodemográficos de los padres, por ejemplo ocupación, ingreso económico mensual y nivel de estudios de ambos. En la segunda, los datos sociodemográficos de los menores, como su fecha de nacimiento, sexo, altura, peso al nacer y actual. En la tercera, la información relativa a conductas problemáticas observadas a la hora de comer. Se preguntó si ocurrían estas y, de ser así, el tipo (por ejemplo, levantarse de la mesa, llorar, agredir). En la cuarta, información relativa a prácticas de alimentación, como el lugar en el que el menor era alimentado, si se preparaban comidas especiales para él y el tipo de utensilios y su habilidad para emplearlos. En la sección cinco se pidió información relativa al consumo de alimentos; por ejemplo, si el menor mostraba preferencias según las características de los alimentos y los alimentos preferidos de éste. La sección seis estuvo constituida por preguntas referidas a su información médica; por ejemplo, si tenía algún diagnóstico de trastorno del desarrollo, problemas médicos o alergias. Finalmente, la última sección del cuestionario consistió en un inventario de alimentos, esto es, una lista de 123 alimentos correspondientes a ocho grupos alimenticios: cereales y papa (18 alimentos), leguminosas y semillas (8 alimentos), alimentos de origen animal (24 alimentos), pescados y mariscos (6 alimentos), botanas y postres (11 alimentos), frutas (26 alimentos), verduras (24 alimentos), y prepa-

raciones mixtas (6 alimentos), solicitando a los padres de los menores que indicaran si tanto el menor como la familia los consumían.

Procedimiento

Los cuestionarios se aplicaron en las instalaciones del Centro Estatal para la Detección y Atención del Autismo (CEDAA), previa autorización de los directivos. La aplicación se realizó durante la asistencia de los padres a los talleres que ahí se imparten. En el taller se solicitó a los padres de los menores que respondieran un cuestionario sobre los hábitos y preferencias alimenticias de sus hijos, así como de las conductas observadas durante los periodos de alimentación. El cuestionario podía responderlo uno o ambos padres en conjunto, y en el caso de que fuera un solo padre se le pidió que diera toda la información posible sobre su hijo y su pareja. No se registró cuántos cuestionarios fueron respondidos por uno o por los dos padres. Se les indicó que sus respuestas serían confidenciales y que solo se utilizarían con fines estadísticos. Todos los padres respondieron el cuestionario.

Análisis de datos

Se revisó la base de datos para identificar los posibles errores en la captura. Se efectuaron análisis de frecuencias para describir las características de los participantes respecto al sexo, edad del infante, prematuridad, lugar de nacimiento, problemas médicos, edad y nivel educativo de los padres. Para facilitar la presentación de los resultados, en el caso de la edad se formaron dos grupos conforme el valor de la mediana, lo que fue cierto para las variables de edad del menor (8.4 años), la edad del padre (40) y la edad de la madre (38). En el caso del lugar que ocupaba el menor entre los hijos, se agrupó a los participantes en dos grupos: el primer hijo o único y el segundo hijo o posterior. En el caso de los problemas médicos, se les clasificó de acuerdo con si habían reportado problemas médicos o no. En relación con su nivel educativo, los padres se agruparon en dos categorías: doce años o menos de educación (*i.e.*, primaria, secun-

daria y preparatoria), y más de doce años de educación (*i.e.*, licenciatura o posgrado)

En relación con las conductas problemáticas a la hora de comer, se obtuvo el porcentaje de participantes que las mostraban en el total de la muestra y en cada una de las categorías conformadas. Por ejemplo, para el sexo se calculó el porcentaje de hombres y de mujeres con tales conductas; luego se compararon los porcentajes utilizando la prueba para contrastar dos proporciones independientes (Vasallo, 2015). Se decidió utilizar estadística no paramétrica debido al número reducido de datos. Además, se calcularon las frecuencias para analizar las siguientes variables: inicio de la conducta problemática y durante los episodios de alimentación, así como lugar en el que ocurrían. Sobre el lugar, dichos comportamientos podían presentarse en el hogar, en la escuela, en restaurantes o en otros lugares, y podía incluso ocurrir en más de un sitio, por lo que la suma de las categorías no es igual a 100.

En relación con las prácticas de alimentación, se calculó la frecuencia y el porcentaje de las respuestas a las opciones de las preguntas que correspondían a los siguientes aspectos: si los menores comían solos, el lugar en que lo hacían, su habilidad en el uso de utensilios, el acceso a juguetes, televisión o dispositivos electrónicos durante el episodio de alimentación, la preparación de comidas especiales, el apetito de los menores y el tiempo que demoraban en consumir una porción de comida.

Las respuestas sobre las comidas preferidas por los menores (respuesta cualitativa) y aquellas sobre el consumo de alimentos por parte del menor y la familia, correspondientes al inventario de alimentos, se clasificaron conforme los grupos alimenticios señalados por una nutrióloga profesional. Para conocer el grupo alimenticio preferido por los menores se procedió a calcular el porcentaje de alimentos consumidos utilizando la sumatoria de estos por grupo sobre el total de posibles alimentos para cada clasificación (cinco posibles alimentos). Las respuestas se analizaron en función de la ocurrencia o no de problemas de conducta; cabe mencionar que para determinar si hubo diferencias en los porcentajes en función de

la incidencia, se llevó a cabo la prueba para comparar dos proporciones independientes (Vasallo, 2015).

Para estudiar la variabilidad en la comida se obtuvo el porcentaje de alimentos consumidos según el grupo alimenticio para los menores y para las familias. Dado que el número fue diferente en cada grupo alimenticio, se calculó el porcentaje utilizando el número obtenido sobre el total de participantes multiplicado por el número de posibles alimentos en cada grupo. Para conocer si había diferencias significativas entre el porcentaje de alimentos consumidos por los menores y por la familia, se aplicaron de ji cuadrada para dos muestras independientes; asimismo, se obtuvo el porcentaje de alimentos consumidos en función de si se manifestaron conductas problemáticas al momento de comer. También se utilizaron las pruebas mencionadas para comparar los porcentajes obtenidos por los menores y por la familia.

Dado que existe evidencia de que la exposición a alimentos eleva su consumo (Birch y Marlin, 1982), y de que existe una correlación positiva entre el consumo de alimento de los padres y de los menores (Yee, Lwin y Ho, 2017), se hicieron análisis de correlación entre el total de alimentos consumidos por los menores y el total consumidos por sus familias. En caso de que los datos se distribuyeran normalmente, se procedió a calcular los coeficientes de correlación de Pearson; en caso contrario, los coeficientes de correlación de Spearman.

RESULTADOS

Características demográficas de los participantes

Se encontró que 81.4% de los participantes fueron varones y 18.6% mujeres. Respecto a la edad, se formaron dos grupos utilizando como punto de referencia la mediana (8.4 años); 51.2% tenía menos de 8.4 años, y 48.8 tenía 8.4 años o más. De los menores, 16.3% había sido prematuro y 65.1% el primer hijo o el único de la familia. Además del diagnóstico de TEA, se reportó que 60.5% de los menores tenía alguno de los siguientes problemas médicos: déficit en habilidades para masticar la

comida (7.0%), dolor abdominal (14.0%), reflujo gastroesofágico (4.7%), cólicos (18.6%), diarreas (11.6%), estreñimiento (23.3%) o alergias (30.2%).

En la Tabla 1 se muestra asimismo la edad de las madres, la de los padres, así como la escolaridad correspondiente a cada uno de ellos.

Conductas problemáticas al momento de comer

Se encontró que 26 (60.5%) de los participantes exhibían conductas problemáticas a la hora de comer. En la Tabla 1 se muestra también el porcentaje de tales conductas en función de las características demográficas de los participantes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de problemas de conducta entre los menores de 8.4 años y los de 8.4 años o más ($Z[1] = -2.31, p < .05$).

Tabla 1. Prevalencia de conductas problemáticas durante la hora de la comida en función de las características demográficas de los participantes.

Características	Total	Con conducta problemática	%
<i>Sexo</i>			
Masculino	35	20	57.1
Femenino	8	6	75.0
<i>Edad</i>			
< 8.4	22	17	77.3*
≥ 8.4	21	9	42.9
<i>Prematuridad</i>			
Sí	7	5	71.4
No	33	19	57.6
Sin datos	3	1	33.3
<i>Lugar de nacimiento</i>			
Primer hijo o hijo único	28	15	53.6
Segundo hijo o posterior	11	7	63.6
Sin datos	4	4	100.0
<i>Problemas médicos</i>			
No	12	6	50.0
Sí	26	17	65.4
Sin datos	3	3	100.0
<i>Edad de la madre</i>			
< 38	19	11	57.9

Continúa...

Características	Total	Con conducta problemática	%
≥ 38	21	12	57.1
Sin datos	3	3	100.0
<i>Edad del padre</i>			
< 38	17	11	64.7
≥ 40	18	10	55.6
Sin datos	8	5	62.5
<i>Nivel educativo de la madre</i>			
Doce años o menos	20	12	60.0
Más de doce años	21	12	57.1
Sin datos	2	2	100.0
<i>Nivel educativo del padre</i>			
Doce años o menos	10	7	70.0
Más de doce años	23	14	60.9
Sin datos	10	5	50.0

* $p < 0.05$.

En relación con el inicio de la conducta problemática, dos (7.7%) menores la había presentado desde el momento de nacer, ocho (30.8%) hacía más de tres años, cinco (19.2%) entre dos y tres años atrás, nueve (34.6%) entre uno y dos años antes y uno (3.8%) hacía menos de un año. En relación con el tipo de conductas problemáticas que presentaban los menores durante la hora de comer, se encontró que las más frecuentes fueron abandonar la mesa antes de terminar, ensuciar mucho, rechazar comer, comer de más, tomar comida de los demás, llorar y empujar la comida lejos de sí (Tabla 2).

Tabla 2. Conductas problemáticas que reportaron los padres y su frecuencia.

Conductas	f	%
Abandona la mesa antes de terminar	15	34.9
Ensucia mucho cuando come	12	27.9
Rechaza comer	12	27.9
Come de más	8	18.6
Toma comida de los demás	8	18.6
Llora	6	14.0
Empuja la comida lejos de sí	6	14.0
Insiste en que la comida se prepare de una forma particular	5	11.6
Insiste en no cambiar de utensilios	5	11.6
Se atraganta o vomita con comidas no familiares	5	11.6

Continúa...

Conductas	f	%
Escoce	4	9.3
Avienta la comida	3	7.0
Se autolesiona	2	4.7
Agrede	2	4.7
Es selectivo	2	4.7
Desmenuza con las manos	1	2.3
Muestra enojo y no come hasta que se le dé	1	2.3
Utiliza las manos	1	2.3
Rechaza las verduras	1	2.3

Nota: El porcentaje de cálculo con base en el número de menores (26) que presentaron conductas problema a la hora de comer. La suma de las frecuencias no es igual a 100 porque podían presentar más de una conducta problema.

Respecto al lugar en el que ocurrían las conductas problemáticas, se encontró que 25 de los menores (96.2%) las mostraba en casa, 14 (53.8%) en la escuela y 15 (46.2%) en restaurantes; en el caso de ocho menores se reportaron otros lugares, como el hogar de familiares o en eventos sociales (30.8%).

Prácticas de alimentación

Se analizaron las prácticas de alimentación de los padres que reportaron que sus hijos exhibían conductas problemáticas durante episodios de alimentación. Respecto a la frecuencia con la que los menores comían solos, 34.6% reportaron que a veces los menores comían solos y 61.6% que nunca lo hacían solos. En cuanto al lugar en que comían, quince indicaron que con mayor frecuencia lo hacían en la mesa (92.3%), dos dijeron que en una silla (11.5%), dos en la sala (7.7%), uno en las piernas (3.8%), uno en una silla especial 1(3.8%) y uno más en la cama (3.8%). Respecto el uso de utensilios, se valoró la habilidad para usarlos de acuerdo con la apreciación de los padres. Dado que la habilidad para usarlos depende en buena medida de la edad del menor, los datos se presentan por separado para los menores de 8.4 años y los de 8.45 años o más. En la Tabla 3 se presentan estos resultados. Se encontró que los menores tenían mayor habilidad con la botella, taza o vaso entrenador, vaso normal y popotes. En cambio, los menores de mayor edad tenían mayor habili-

dad con los utensilios mencionados y con la cuchara y el tenedor. En algunos casos, los padres no

respondieron dicha pregunta, por lo que los datos no suman el 100%.

Tabla 3. Porcentaje de menores respecto su habilidad en el uso de utensilios en función de su edad.

Utensilios	< 8.4 años						≥ 8.4 años					
	Con habilidad		Medianamente hábil		Sin habilidad		Con habilidad		Medianamente hábil		Sin habilidad	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Botella	13	76.5	3	17.6	1	5.9	7	77.8	0	0.0	1	11.1
Taza/vaso entrenador	16	94.1	0	0.0	0	0.0	4	44.4	0	0.0	0	0.0
Taza/vaso normal	12	70.6	4	23.5	0	0.0	8	88.9	0	0.0	0	0.0
Popote	15	88.2	1	5.9	1	5.9	9	100.0	0	0.0	0	0.0
Cuchara	10	58.8	7	41.2	0	0.0	8	88.9	1	11.1	0	0.0
Cuchillo	0	0.0	3	17.6	12	70.6	1	11.1	3	33.3	2	22.2
Tenedor	2	11.8	8	47.1	7	41.2	6	66.7	3	33.3	0	0.0
Biberón	7	41.2	0	0.0	1	5.9	1	11.1	0	0.0	0	0.0

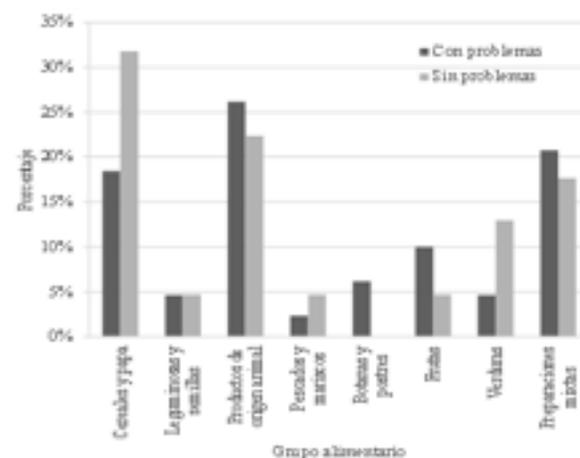
Sobre si los menores tienen acceso a juguetes o dispositivos durante la comida, los padres no reportaron que los menores usaran juguetes durante la comida, aunque diez de ellos (38.5%) mencionaron que estos veían televisión, y tres (11.5%) que jugaban con aparatos electrónicos. Los padres reportaron que en diez de los casos (38.5%) se les preparaba comida especial. Respecto al apetito de los menores, siete de los padres (26.9%) indicaron que era escaso, diez (38.5%) lo juzgaron adecuado, y nueve (34.6%), que era excesivo. En relación con el tiempo que demoraban en consumir una porción de tamaño regular, quince menores (57.7%) tardaban entre 10 y 30 minutos; seis (23.1%), menos de 10 minutos; cuatro (15.4%), entre 30 y 60 minutos, y uno (3.8%), más de 60 minutos.

Variabilidad en el consumo de alimentos

En relación con la preferencia por algún grupo alimenticio, los datos se presentan en la Figura 1. La prueba para las diferencias de dos proporciones mostró que solamente hubo diferencias estadísticamente significativas en el caso de los grupos alimenticios de cereales y papa ($Z = -.24, p < .05$) y verduras ($Z = -2.21, p < .05$); los menores con problemas de alimentación fueron quienes preferían menos dichos alimentos. En el caso de las bo-

tanías y postres ($Z = 2.33, p < .05$), se encontró que los menores con problemas de conducta preferían más estos alimentos.

Figura 1. Frecuencia alimentos señalados preferidos por orden de preferencia y grupo alimenticio.



En relación con la variabilidad en el consumo de alimentos, en la Tabla 4 se muestran los grupos alimenticios y el porcentaje de alimentos consumidos. Así, los menores consumían, porcentualmente, menos alimentos que sus familias, independientemente del grupo alimenticio. Las pruebas de ji cuadrada mostraron que las diferencias entre los porcentajes de consumo por parte de los menores y por parte de sus familias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 4. Número de posibles alimentos a consumir, porcentaje de alimentos consumidos por los menores y por sus familias de cada grupo alimenticio (en porcentajes), y valor de ji cuadrada.

Grupo	Menores	Familia	Ji cuadrada
Cereales y papa	52.58	82.43	157.15*
Legumbres y semillas	40.41	62.79	34.51*
Origen animal	37.50	64.92	155.30*
Pescados y mariscos	37.60	66.28	42.51*
Botanas y postres	42.92	58.99	24.43*
Frutas	52.24	76.92	148.94*
Verduras	37.40	81.59	418.06*
Preparaciones mixtas	34.11	64.73	48.39*
Alimentos	43.13	72.66	946.19*

gl = 1; * $p < .05$.

Para estudiar la variabilidad en el consumo de alimentos por parte de menores y sus familias en función de la presentación de conductas problema durante los episodios de alimentación, también se calculó el porcentaje de dicho consumo correspondiente a cada grupo alimenticio para cada categoría, datos que se presentan en la Tabla 5; en esta se muestra que los menores con problemas alimenticios consumían menos alimentos que aquellos sin problemas, diferencias que fueron estadísticamente significativas en el caso de los siguientes grupos: cereales y papas, productos de origen animal, botanas y postres, verduras y preparaciones mixtas. En el caso del consumo de alimentos por parte de las familias, se encontraron también diferencias estadísticamente significativas para el grupo alimenticio de botanas y postres, siendo mayor el consumo en las familias de los menores con problemas de conducta.

Dado que las variables correspondientes al número total de consumo de alimentos para menores y sus familias se distribuyeron normalmente ($p = .492$ y $p = .302$, respectivamente), se procedió a llevar a cabo una correlación de Pearson, hallándose que, efectivamente, el número de alimentos que consumían los menores era mayor cuando la familia consumía un mayor número de alimentos ($r = 0.370$, $p < .05$). Al analizar dicha relación solamente en el caso de los menores y familias que manifestaban conductas problemáticas durante los

Tabla 5. Porcentaje de consumo de alimento de los menores y sus familias en función de las conductas problemáticas durante los episodios de alimentación (en porcentajes), y valor de ji cuadrada.

Grupo	Con problemas	Sin problemas	Ji cuadrada
<i>Menores</i>			
Cereales y papa	47.22	60.78	13.65 *
Legum. y semillas	36.54	46.32	3.27
Origen animal	33.97	42.89	8.37 *
Pescados y mariscos	29.49	40.20	3.16
Botanas y postres	34.27	56.15	22.10 *
Frutas	51.48	53.39	0.39
Verduras	28.37	51.23	55.06 *
Preparaciones mixtas	26.92	45.10	9.06 *
Alimentos	38.15	50.74	81.74 *
<i>Familias</i>			
Cereales y papa	81.41	83.99	0.85
Legum. y semillas	63.94	61.03	0.30
Origen animal	65.54	63.97	0.27
Pescados y mariscos	67.31	64.71	0.19
Botanas y postres	62.59	53.48	3.88 *
Frutas	76.18	78.05	0.53
Verduras	81.57	81.62	0.00
Preparaciones mixtas	63.46	66.67	0.28
Alimentos	72.86	72.36	0.16

gl = 1; * $p < .05$.

episodios de alimentación (26 parejas), no se encontró que fuera significativa ($r = 0.199$, $p > .05$); no obstante, la relación fue significativa cuando no manifestaban problemas de conducta (17 parejas) ($r = 0.649$, $p < .05$).

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue realizar un análisis descriptivo y exploratorio de la prevalencia y características de la conducta de alimentación en menores con diagnóstico del espectro autista. Para ello, se aplicó un cuestionario a los padres o madres de 43 menores diagnosticados con TEA.

Se encontró que 62.2% de los menores con tal condición exhibían al menos una conducta problemática durante la hora de la comida. El elevado

porcentaje de menores con tal hábito es acorde con lo reportado en otros estudios, que indican una prevalencia de entre 46 y 89% (Ledford y Gast 2006). Respecto a las diferencias en la prevalencia en función de las características socio-demográficas, se halló un nivel elevado entre las mujeres, en los pequeños, en los nacidos prematuramente, en quienes ocupaban el segundo lugar o posterior, en aquellos con problemas médicos y en los que eran hijos de padres jóvenes o de escasa escolaridad. En estudios anteriores se ha encontrado que los menores prematuros y los primeros hijos de una familia son más susceptibles a desarrollar problemas de alimentación (Benjasuwantep, Chaithirayanon y Eiamudomkan, 2013; Ross y Browne, 2002; Thoyre, 2007), por lo que el primero de los hallazgos concuerda con la literatura al respecto. En relación con el sexo, Van 't Hof *et al.* (2020) también identificaron que las niñas mostraban más conductas problemáticas durante el comer.

Un resultado que puede dar cuenta de manera parcial de la alta incidencia de dichos comportamientos en el presente estudio es la alta proporción de menores que presentaban algún problema médico (60.5%), como déficit en habilidades para masticar la comida, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, cólicos, diarrea, estreñimiento o alergias. Este resultado está en correspondencia con otras investigaciones que señalan que los menores con TEA tienen tasas significativamente más elevadas de problemas médicos, como estreñimiento, diarrea y reflujo gastroesofágico (Borowitz y Borowitz, 2018; Schreck, Williams y Smith, 2014; Vissoker *et al.*, 2015; Xu *et al.*, 2018). Este hallazgo es relevante porque algunas condiciones médicas pueden afectar la alimentación; por ejemplo, el estreñimiento y el reflujo ácido pueden causar calambres estomacales, lo que impide querer ingerir el alimento (Chaidez, Hansen y Hertz-Picciotto, 2014). Otra de las condiciones médicas es ser alérgico a algún alimento, lo cual puede provocar dolor estomacal o erupciones en alguna parte del cuerpo que se asocian con la ingesta de comida; además, se ha documentado que las alergias a algunos alimentos son prevalentes en menores con TEA (Xu *et al.*, 2018). Por último, padecer problemas dentales o de deglución pueden ser otra cau-

sa de los problemas en la alimentación (Autism Speaks, 2014). Tales variables pueden a su vez interactuar con otras de tipo ambiental que mantengan el rechazo a la comida, incluso cuando los problemas médicos se atiendan (Hernández, Fernand, Vollmer y Slocum, 2018).

En relación con el tipo de conductas problemáticas presentadas por los menores durante la hora de comer, los padres respondieron que las más frecuentes eran abandonar la mesa antes de terminar, negarse a comer, comer de más, tomar la comida de los demás, ensuciar el lugar, llorar y retirar los platos lejos de sí, conductas que son consistentes con las reportadas en menores con desórdenes de la alimentación. Por ejemplo, Sanders, Patel, Le Grice y Shepherd (1993) identificaron quejas, juego con la comida y bajos niveles de masticación como conductas disruptivas presentes en estos menores. Igualmente, Lewinsohn *et al.* (2005) señalan que los problemas infantiles más comunes reportados por las madres fueron escupir los alimentos durante la alimentación y enojarse cuando los alimentos estaban restringidos. Si bien en este trabajo no se evaluó la afectación de los padres ante los problemas de conducta a la hora de comer de sus hijos, algunos estudios han reportado que los padres de menores con problemas de alimentación sufren niveles elevados de estrés a la hora de la comida (Bandini *et al.*, 2010) y las madres una considerable ansiedad (Zlomke, Rossetti, Murphy, Mallicoat y Swingle, 2020). Debido a esto, es factible suponer que dichas alteraciones también estuvieran presentes en los padres a quienes se les aplicó el cuestionario, pero nuevas investigaciones podrían profundizar en esos efectos.

En relación con las prácticas de alimentación, los problemas de conducta a la hora de comer tienen repercusiones negativas en la dinámica familiar. Benjasuwantep *et al.* (2013) apuntan que los menores con problemas de alimentación tienen prácticas de alimentación significativamente diferentes de aquellos con desarrollo típico; por ejemplo, son alimentados con menos frecuencia y tienen menos probabilidad de ser alimentados en su propia mesa o en la mesa familiar. Asimismo, se ha descrito que 42% de los menores con TEA no tienen un lugar definido para comer, en compa-

ración con 31% de aquellos con desarrollo típico (Martins, Young y Robson, 2008). Si bien en el presente estudio no se hizo una comparación con estos últimos, se identificó en la muestra que un elevado porcentaje (34.6%) de menores a veces comían solos, mientras que fueron pocos los que reportaron practicas especiales para su alimentación, como comer en las piernas de sus padres (3.8%), en una silla especial (3.8%) o en la cama (3.8%). No obstante, futuras pesquisas podrían ampliar el tamaño de la muestra a fin de contar con datos más sólidos.

Otro hallazgo relevante es que los padres reportaron que en 38.5% de los casos se les preparaba a los menores comida especial, debido posiblemente a que un alto porcentaje padecía alergias (30.2%), o bien como una manera de disminuir el malestar producido por los problemas médicos. Otros estudios reportan que es probable que los menores con autismo necesiten alimentos especiales (Schreck *et al.*, 2004), tal vez porque tienden a mostrar conductas de alimentación estereotipadas, que si bien ocurren en menores con desarrollo típico, en aquellos con TEA es más alta su probabilidad (Martins *et al.*, 2008).

Respecto a la variabilidad en el consumo de alimentos, el grupo que en mayores porciones consumen los menores de ambos grupos y sus familias es el de cereales y papa, mientras que el grupo que consumen menos es el de pescados y mariscos, y sus familias el de botanas y postres. Lo anterior coincide con lo hallado en estudios de ingesta selectiva, que han identificado un menor consumo de variedades de proteína, vegetales y lácteos (Horst *et al.*, 2016; Sharp *et al.*, 2018; Schreck *et al.*, 2004).

En cuanto a la relación del consumo de alimentos entre los menores y sus familias, se encontró que los menores consumían una menos variedad de alimentos que sus familias, independientemente del grupo alimenticio. Sin embargo, el número

de tipos de alimentos que consumen los menores es mayor cuando la familia consume también un mayor número de tipos de alimentos. Este hallazgo resulta relevante y apoya la influencia de los padres en la conducta de alimentación de sus hijos en distintos aspectos: como modelos al realizar elecciones de los alimentos que la familia debe ingerir y los patrones de alimentación adecuados (Birch, Savage y Ventura., 2007; Moens, Goossens, Verbeken, Vandeweghe y Braet, 2018; Fisher, Mitchell, Smiciklas-Wright y Birch 2002; Finistrella *et al.*, 2012).

Finalmente, es importante apuntar que los resultados de este trabajo son una aproximación inicial para evaluar la prevalencia y características de la conducta de alimentación en menores con diagnóstico de TEA. Los resultados del presente estudio y otros más muestran que la ocurrencia de las conductas señaladas a la hora de la comida es una dificultad actual y relevante que debe ser atendida por personal capacitado (Fernand, Sutherland y Hernández, 2021) debido a las implicaciones que tiene en el desarrollo físico y cognitivo de los menores con diagnóstico de TEA. Dado que los problemas de alimentación en los pequeños son comunes, conocer más sobre sus condiciones de riesgo puede ayudar a desarrollar medidas de prevención, orientación y seguimiento para los menores y sus cuidadores.

Futuras investigaciones deberán llevarse a cabo contando con muestras más amplias que permitan determinar algunas características individuales o de la familia que exacerban las conductas problemáticas durante la comida, y harían posible analizar los datos en función de los puntajes de pruebas estandarizadas de diagnóstico (p.e., ADOS-2) o de los subtipos. Asimismo, es necesario emprender análisis que evalúen directamente los patrones de ingesta en los menores y sus cuidadores, además del reporte de los padres.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Subdirección Estatal para la Detección y Atención del Autismo (SEDAA) y a la Mtra. Alicia Muñoz Espinosa por su ayuda en la categorización de los alimentos incluidos en el inventario.

Citación: Hernández E., V., González G., D.A., Velásquez C., A. y Carré V., R. (2022). Evaluación de problemas de alimentación y conductas de rechazo al alimento en menores con trastorno del espectro autista. *Psicología y Salud*, 33(1), 69-80. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2773>.

REFERENCIAS

- Ahearn, W.H., Castine, T., Nault, K. y Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(5), 505-511. Doi: 10.1023/A:1012221026124.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5*. Washington, DC: APA.
- Autism Speaks (2014). *Autism treatment*. Recuperado de <https://www.autismspeaks.org/news/news-item/autism-speaks-launches-guide-exploring-feeding-behavior-autism>.
- Bandini, L., Anderson, S., Curtin, C., Cermak, S., Evans, W., Scampini, R., Maslin, M. y Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264. Doi: 10.1016/j.jpeds.2010.02.013.
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S. y Eiamudomkan, M. (2013). Feeding problems in healthy young children: Prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatric Reports*, 5(10), 44-53. Doi: 10.4081/pr.2013.e10.
- Birch, L. y Marlin, D. (1982). I don't like it; I never tried it: Effects of exposure on two year-old children's food preferences. *Appetite*, 3(4), 353-360. Doi: 10.1016/S0195-6663(82)80053-6.
- Birch, L., Savage, J.S. y Ventura, A. (2007). Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 68(1), s1-s56.
- Borowitz, K.C. y Borowitz, S.M. (2018). Feeding problems in infants and children: Assessment and etiology. *Appetite*, 65(1), 59-72. Doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.021.
- Burklow, K.A., Phelps, A.N., Schultz, J.R., McConnell, K. y Rudolph, C. (1998). Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 27(2), 143-147. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9702643>.
- Chaidez, V., Hansen, R.L. y Hertz-Picciotto, I. (2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1117-1127. Doi: 10.1007/s10803-013-1973-x.
- Collins, M.S., Kyle, R., Smith, S., Laverty, A., Roberts, S. y Eaton Evans, J. (2003). Coping with the unusual family diet: Eating behaviour and food choices of children with Down's syndrome, autistic spectrum disorders or cri du chat syndrome and comparison groups of siblings. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 137-155. Doi: 10.1177/1469004703007002004.
- Fernand, J.K., Sutherland, M. y Hernández, V. (2021). Competency in the assessment and treatment of pediatric feeding disorders: Training and considerations. *Applications of Behavior Analysis to Healthcare and Beyond*. New York: Springer.
- Field, D., Garland, M. y Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 34(4), 299-304. Doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x.
- Finistrella, V., Manco, M., Ferrara, A., Rustico, C., Presaghi, F. y Morino, G. (2012). Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. *Journal of the American College of Nutrition*, 31(3), 152-159. Doi: 10.1080/07315724.2012.10720022.
- Fisher, J., Mitchell, D., Smiciklas-Wright, H. y Birch, L. (2002). Parental influences on young girl's fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 1(102), 58-64. Doi: 10.1016/S0002-8223(02)90017-9.
- Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A., Bruno, R., Díaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K. y Nealy, B. (2016). Prevalence of autism spectrum disorders in Guanajuato, México: The Leon Survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1669-1685. Doi: 10.1007/s10803-016-2696-6.
- Gulotta, C.S. y Girolami, P. (2014). Food selectivity and refusal. En J. K. Luiselli (Ed.): *Children and youth with autism spectrum disorder (ASD): Recent advances and innovations in assessment, education, and intervention* (pp.163-173). New York: Oxford University Press.
- Hernández, V., Fernand, J.K., Vollmer, T.R. y Slocum, S.K. (2018). Retrospective analysis of changes in response topographies of escape-maintained aggressive behavior during functional analyses. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 51(3), 521-527. Doi: 10.1002/jaba.464.
- Horst, K., Deming, D., Lesniauskas, R., Carr, B.T. y Reidy, K.C. (2016). Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake. *Appetite*, 103, 286-293. Doi: 10.1016/j.appet.2016.04.027.
- Laud, R.B., Girolami, P.A., Boscoe, J.H. y Gulotta, C.S. (2009). Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification*, 33(5), 520-536. Doi: 10.1177/0145445509346729.
- Ledford, J.R. y Gast, D.L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 153-166. Doi: 10.1177/10883576060210030401.

- Lewinsohn, P.M., Holm-Denoma, J.M., Gau, J.M., Joiner, T.E., Striegel-Moore, R., Bear, P. y Lamoureux, B. (2005). Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 208-219. Doi: 10.1002/eat.20175.
- Maenner, M., Shaw, K., Baio, J. et al. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. MMWR Surveillance Summaries: Morbidity and mortality weekly report. *Centers for Disease Control*, 69(4), 12. Doi: 10.15585/mmwr.ss6904a1external icon.
- Martins, Y., Young, R.L. y Robson, D.C. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1878-1887. Doi: 10.1007/s10803-008-0583-5.
- Moens, E., Goossens, L., Verbeken, S., Vandeweghe, L. y Braet, C. (2018). Parental feeding behavior in relation to children's tasting behavior: an observational study. *Appetite*, 120, 205-211. Doi: 10.1016/j.appet.2017.08.028.
- Nadon, G., Feldman, D., Dunn, W. y Gisel, E. (2010). Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings: A comparison study. *Autism*, 15(1), 98-114. Doi: 10.1177/1362361309348943.
- Postorino, V., Sanges, V., Giovagnoli, G., Fatta, L., Peppo, L., Armando, M., Vicari, S. y Mazzone, L. (2015). Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. *Appetite*, 92, 126-132. Doi: 10.1016/j.appet.2015.05.016.
- Ross, E. y Browne, J. (2002). Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Seminars in Neonatology*, 7(6), 469-475. Doi: 10.1053/siny.2002.0152.
- Sanders, M.R., Patel, R.K., Le Grice, B. y Shepherd, R.W. (1993). Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychology*, 12(1), 64-73. Doi: 10.1037/0278-6133.12.1.64.
- Schreck, K.A., Williams, K. y Smith, A. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433-438. Doi: 10.1023/B:JADD.0000037419.78531.86.
- Sharp, W.G., Postorino, V., McCracken, C.E., Berry, R.C., Criado, K.K., Burrell, T.L. y Scahill, L. (2018). Dietary intake, nutrient status, and growth parameters in children with autism spectrum disorder and severe food selectivity: An electronic medical record review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(10), 1943-1950. Doi: 10.1016/j.jand.2018.05.005.
- Taylor, C.M., Wernimont, S.M., Northstone, K. y Emmett, P.M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359. Doi: 10.1016/j.appet.2015.07.026.
- Thoyre, S. (2007). Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(4), 366-376. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00158.x.
- Van 't Hof, M., Ester, W.A., Serdarevic, F., van Berckelaer-Onnes, I., Hillegers, M.H.J., Tiemeier, H., Hoek, H.W. y Jansen, P.W. (2020). The sex-specific association between autistic traits and eating behavior in childhood: An exploratory study in the general population. *Appetite*, 147. Doi: 10.1016/j.appet.2019.104519.
- Vasallo, J.M. (2015). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Amsterdam: Elsevier.
- Vissoker, R., Latzer, Y. y Gal, E. (2015). Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 12, 10-21. Doi: 10.1016/j.rasd.2014.12.010.
- Williams, K.E. y Foxx, R.M. (2007). *Treating eating problems of children with autism spectrum disorders and developmental disabilities*. New York: Pro-ed.
- Xu, G., Snetselaar, L.G., Jing, J., Liu, B., Strathearn, L. y Bao, W. (2018). Association of food allergy and other allergic conditions with autism spectrum disorder in children. *JAMA Network Open*, 1(2), e180279. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.0279.
- Yee, A.Z.H., Lwin, M.O. y Ho, S.S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 47. Doi: 10.1186/s12966-017-0501-3.
- Zlomke, K., Rossetti, K., Murphy, J., Mallicoat, K. y Swingle, H. (2020). Feeding problems and maternal anxiety in children with autism spectrum disorder. *Maternal and Child Health Journal*, 24(10), 1278-1287. Doi: 10.1007/s10995-020-02966-8.

Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52

Quality of life in children with attention deficit hyperactivity disorder: From the Kidscreen-52

Stefano Vinaccia¹, Luvy Barrera¹, Mayra Sánchez¹,
María Alejandra Zuluaga¹, Mariana Arjona¹, Shirley Franco¹,
Soraya Bernal² y Cristina Isabel Guerrero³

Universidad del SINU¹
Universidad del Bosque²
Colegio Almirante Colon³

Autor para correspondencia: Stefano Vinaccia Alpi, stefanovinacci@unisinu.edu.co.

RESUMEN

El siguiente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Participantes:* 56 niños y niñas con una edad promedio de 9.4 años de estrato socioeconómico medio-bajo residentes en la ciudad de Montería, Colombia. *Instrumento:* Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Kidscreen-52. *Resultados:* Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) muestran una peor calidad de vida general relacionada con la salud (CVRS) en todas sus dimensiones en comparación con investigaciones de pares de la población infantil colombiana específicamente en estado de ánimo, autopercepción, recursos económicos y *bullying*. Se le da relevancia a la descripción de los resultados alcanzados en cada estudio. Por último, se analizan las perspectivas para trabajos futuros en el área.

Palabras clave: Calidad de vida; Niños; TDAH; Kidscreen-52; Colombia.

ABSTRACT

Objective. *The present study aimed to assess health-related quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Method. A total of 56 boys and girls with an average age of 9.4 years of medium-low socioeconomic status residing in Monteria, Colombia participated. Participants completed the health-related quality of life questionnaire Kidscreen-52. Results. Children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) showed worse general health-related quality of life (HRQoL) in all its dimensions compared to studies on their peers of the Colombian child population. Differences specifically occurred in terms of mood, self-perception, financial resources, and Bullying. Discussion. The results emphasize the types of dimensions in the results of diverse studies. Finally, perspectives for future studies in the area are discussed.*

Key words: Quality of life; Children; ADHD; Kidscreen-52; Colombia.

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera 1W #38-153, Montería, Colombia.

² Ak. 9 #131a-2, Bogotá, Colombia.

³ Diagonal 22 Transversal 3 #22-12, La Granja, Montería, Córdoba, Colombia.



Recibido: 27/04/2021

Aceptado: 05/10/2021

El Manual Estadístico de Diagnóstico de la quinta revisión (DSM-5), define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por niveles perjudiciales de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad (American Psychology Association [APA], 2013).

En el DSM-5, se identifican tres subtipos nominales principales de TDAH que se basan principalmente en la elevación diferencial de dos dimensiones de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad. El primero es el tipo predominantemente inatento (TDAH-I), que describe a individuos con niveles desadaptativos de inatención, pero no de hiperactividad-impulsividad; el segundo es el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H), que se caracteriza por niveles desadaptativos de hiperactividad-impulsividad, pero no de inatención, y, por último, el tipo combinado (TDAH-C), que describe a individuos que presentan síntomas significativos tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad (APA, 2013).

Asimismo, existe otro sistema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado Catálogo Internacional de Enfermedades (CIE), cuya última versión es la CIE-11, que define el TDAH como un grupo de trastornos caracterizados por tener un inicio temprano, mostrar la combinación de un comportamiento hiperactivo y mal modulado con una marcada falta de atención y continuidad en las tareas; estos problemas se presentan en las más variadas situaciones y son persistentes en el tiempo (OMS, 2019).

Diferentes investigaciones han indicado que la prevalencia global del TDAH oscila entre el 4% y el 8% en adultos, y entre el 8% y el 10% en niños (Polanczyk *et al.*, 2014). Un metaanálisis realizado por Polanczyk *et al.*, (2007), analizó un total de 102 estudios en los que participaron más de 170,000 jóvenes menores de 19 años y concluyó que la tasa mundial de TDAH era cercana al 5%. Al

respecto Pineda *et al.* (2001) plantean que en Colombia se presentaría una prevalencia de 17,1%.

Las principales implicaciones de los niños con TDAH son el bajo rendimiento académico, el consumo de sustancias psicoactivas, la obesidad, los problemas de autoestima y las limitaciones en la función ejecutiva. En consecuencia, muchos niños y adolescentes con TDAH podrían tener dificultades para regular su comportamiento a nivel familiar, escolar y en relación con pares lo que podría conducirlos a trastornos emocionales y de conducta (Anastopulos *et al.*, 2018; Gavin y Mc Nicholas, 2018; Portela-Sabari *et al.*, 2016)

En los últimos años, la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los niños se ha visto reflejada en el creciente número de publicaciones científicas sobre el tema y en el desarrollo de herramientas para su evaluación. Cabe mencionar que dicho concepto deriva de la definición de salud de la OMS (2006) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por otro lado, Quiceno (2007) define la calidad de vida infantil (CVI), como “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo con su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales” (p.5).

Basado en esto, Dewey y Volkovinskaia (2018), desarrollaron en EEUU un estudio con 25 adolescentes con TDAH que tenían una menor calidad de vida relacionada con la salud en las escalas de estado de ánimo y emociones, entorno escolar y recursos económicos en comparación de sus pares según Kidscreen-52.

En España, López-Villalobos *et al.*, (2019) desarrollaron un estudio que incluyó una muestra de 228 participantes de entre 8 y 14 años con diagnóstico de TDAH y 114 controles de las mismas edades. La evaluación de la CVRS se realizó mediante el Kidscreen-52, encontrando que los casos de TDAH tienen una calidad de vida significativamente peor que los controles en cuanto a bienestar psíquico, estado de ánimo, relación con los padres y amigos, entorno escolar y aceptación social. Estos mismos autores López-Villalobos *et*

al., (2018), habían comparado una muestra de 228 participantes de entre 8 y 14 años con diagnóstico de TDAH con y sin tratamiento farmacológico (metilfenidato), observando una correlación significativa moderada entre mayor intensidad de síntomas de TDAH y peor calidad de vida, excepto en el bienestar físico. Los casos de TDAH no tratados tenían significativamente peor calidad de vida que los controles en bienestar, autonomía, estado de ánimo, entorno escolar y aceptación social. Los casos tratados observan similares resultados, excepto en el entorno escolar y el bienestar, que no presentan diferencias significativas con los controles; esto es, solo presentan significativamente mejor calidad de vida en el entorno escolar.

Finalmente, en Colombia, Quimbay-Herrera (2012), seleccionó una muestra por conveniencia de 33 niños con diagnóstico de TDAH que asistieron a la consulta externa de psiquiatría infantil del Hospital de la Misericordia de la ciudad de Bogotá. Se les aplicó el instrumento genérico multidimensional para medición de CVRS Kidscreen -52; los resultados evidenciaron que el TDAH afecta la calidad de vida de los niños que lo padecen. El dominio que mayor afectación mostró fue el de tiempo libre y autonomía, seguido del rechazo social; y el que menos impacto mostró fue el bienestar psicológico, seguido del dominio de vida familiar.

Partiendo de la idea de la significativa contribución de variables psico-sociales al TDAH (Vasconcelos *et al.*, 2005) y del escaso número de investigaciones desarrolladas en Colombia sobre la CVRS en este trastorno neuro psiquiátrico infantil el objetivo de este trabajo será describir los niveles la calidad de vida de niños con diagnóstico de TDAH de diferentes colegios privados del departamento de Córdoba, un área geográfica / cultural muy poco estudiada sobre la calidad de vida asociada al TDAH.

MÉTODO

Diseño

La presente es una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo con diseño transversal y una re-

colección de datos tipo encuesta (Hernández-Sampieri *et al.*, 2018).

Participantes

El estudio contó con 56 participantes, de los cuales 36 fueron niños y 20 niñas, todos alumnos de cuarto grado de primaria con diagnóstico TDAH según los criterios del DSM 5 (APA, 2013) elaborado por el área médica y neuropsicología del colegio, con una edad promedio de 9.4 años, de estrato socioeconómico medio-bajo residentes en la ciudad de Montería, Colombia. El muestreo fue no aleatorio basado en los sujetos disponibles.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de salud y bienestar niños(as) y adolescentes (The Kidscreen-52). La versión original fue desarrollada por Herdman, el grupo europeo Kidscreen *et al.* (2002), y se cuenta con la adaptación colombiana (Colombia Kidscreen-52) (Jaimes-Valencia, 2008; Jaimes-Valencia *et al.*, 2019; Reina, 2016). Este cuestionario comprende diez dimensiones y 52 ítems que se responden en una escala tipo Likert, con cinco alternativas de respuesta (“nunca” a “siempre”) e incluye las siguientes dimensiones: bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social. A su vez la dimensión bienestar físico tiene un sistema de respuesta tipo Likert con cinco alternativas que van de “excelente a “mala”.

Procedimiento

Previo permiso de los representantes legales de los colegios que participaron en el estudio se prosiguió con la captación de la muestra. Primero se informó a los padres de familia/acudientes sobre el propósito de la investigación y luego se comunicó de este a los niños cuyos padres autorizaron previamente su participación en la investigación. Por tanto, se realizó la evaluación médica y neuropsicológica a los niños que tanto su padres y maestros indicaban que tenían síntomas relacionados por TDAH y se incluían o no en la investi-

gación. Tanto a los padres de familia/acudientes como a los niños se les aclaró que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran pertinente y que no recibirían ningún tipo de retribución económica. Los niños que de manera libre y voluntaria decidieron participar fueron reunidos por grupos en las instalaciones de cada institución educativa, y se les entregó el instrumento psicométrico Kidscreen-52, así como una ficha de datos sociodemográficos para ser contestada de forma individual, contando con la ayuda del in-

vestigador a cargo en el momento que lo requirieran. El proceso de aplicación tuvo una duración de 20 minutos.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta una síntesis de la información sociodemográfica de la muestra, donde la mayor proporción de encuestados son de sexo masculino (64.29%) y nivel educativo.

Tabla 1. Distribución muestral de proporciones de las variables sociodemográficas de los participantes.

Edad		Escolaridad		Sexo	%
Edad	Porcentaje	Curso	Porcentaje		
6 años	1.8%	Segundo	7.1%	Femenino	35.71%
7 años	3.6%	Tercero	26.8%	Masculino	64.29%
8 años	17.9%	Cuarto	30.4%		
9 años	32.1%	Quinto	33.9%		
10 años	17.9%	Sexto	1.8%		
11 años	26.8%				

Nota: $n=56$

Tabla 2. Variables

Escala de CVRSI (Kidscreen-52)	Media	Mediana	Moda	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo	alpha de Cronbach	No. Ítems
Bienestar Físico	47.95	49.54	52.68	11.15	26	71	0.694	5
Bienestar Psicológico	53.01	55.25	55.25	11.15	28	70	0.703	6
Estado de ánimo	24.13	23.93	17.07 ^a	10.61	-2	54	0.760	7
Autopercepción	37.55	34.29	34.29	8.78	25	71	0.350	5
Autonomía	48.28	49.58	53.87	11.96	22	68	0.709	5
Relación Padres	51.53	52.12	69.22	13.31	16	69	0.823	6
Recursos Económicos	43.00	41.95	48.85	10.51	24	65	0.760	3
Apoyo social e iguales	54.42	55.44	60.37 ^a	11.93	31	73	0.792	6
Escuela	55.29	57.01	57.01	12.59	28	73	0.826	6
<i>Bullying</i>	19.16	16.50	3.22 ^a	13.02	3	59	0.654	3

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos de las variables psicológicas y el alfa de Cronbach del Kidscreen-52, hallándose muy buena fiabilidad en las diferentes dimensiones del instrumento psicométrico utilizado con excepción con la dimensión autopercepción.

DISCUSIÓN

En esta investigación participaron 56 niños con una media de 9.4 años de edad de estrato socioeconómico medio-bajo, residentes de la ciudad de Montería, Colombia, con diagnóstico trastorno por déficit de atención e hiperactividad a los cuales se

les evaluó la calidad de vida relacionada con la salud infantil mediante la versión colombiana de escala Kidscreen-52.

A continuación se desarrollan comparaciones de nuestros puntajes con los de Berra *et al.* (2009) con niños de la población infantil general argentina porque en otros estudios desarrollados en Colombia se habían llevado a cabo con el Kidscreen-52; la población infanto /juvenil tenía medias de edad mayores significativamente a los 9 años véase (Quiceno y Vinaccia, 2013; Quiceno y Vinaccia, 2014). Por otro lado se compararon nuestros resultados con los encontrados por Reina (2016) con él Kidscreen-52 en Colombia con niños de 9 años con diagnóstico de enfermedades crónicas diferentes al TDAH, porque este es también una afección crónica.

Con relación a la primera dimensión del Kidscreen-52, que es bienestar físico, y está relacionado con la actividad física, la sensación de energía y el estar físicamente en forma, los niños del presente estudio tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 47.95 vs. 55.17) y al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 47.95 vs. 53.61).

Respecto a la segunda dimensión, bienestar psicológico, que se refiere a emociones positivas y satisfacción con la vida, los niños de esta investigación tienen una media significativamente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 53.01 vs. 78.07) y tienen cercanía al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 53.01 vs. 56.89). La tercera dimensión, que es estado de ánimo, y que se refiere a experiencias negativas, estados depresivos y las sensaciones de estrés, los niños del presente trabajo tienen una media notablemente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 24.13 vs. 79.67) y tienen puntajes significativamente inferiores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 24.13 vs. 48.30).

Frente a la cuarta dimensión autopercepción, que se refiere a la percepción de la apariencia fisi-

ca e imagen corporal y la satisfacción relacionada con ellas, los niños del presente estudio tienen una media notablemente inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 37.55 vs. 84.72) y tienen puntajes bastante menores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 37.55 vs. 54.10).

En la autonomía que se refiere a oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre y es la quinta dimensión; los niños de este trabajo tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 48.28 vs. 65.56) y tienen puntajes menos menores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 48.28 vs. 53.10).

Con relación a la sexta dimensión relación padres y vida familiar, que se refiere a la atmósfera familiar los niños de esta investigación tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 51.53 vs. 84.07) y tienen puntajes bastante similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 51.53 vs. 53.9).

La séptima dimensión que se refiere a recursos económicos, y que está asociada a la percepción sobre la capacidad financiera de la familia, los niños de este trabajo tienen una media significativamente superior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 43.0 vs. 22.35) y tienen puntajes no tan inferiores respecto al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 43.0 vs. 47.90).

Con relación a la octava dimensión apoyo social e iguales, que se relaciona con los pares y su relación con los/as compañeros/as los niños del estudio tienen una media un poco inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 54.42 vs. 60.82) y tienen puntajes muy similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 54.42 vs. 55.90).

Lo concerniente a la novena dimensión que es la escuela, que se refiere a percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca de la escuela, los niños de esta investigación tienen una media inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 55.29 vs. 78.69) y tienen puntajes muy similares al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 55.29 vs. 56.9).

La última dimensión es el *bullying*, que se refiere a sensación de rechazo de los/las compañeros/as los niños del estudio tienen una media muy inferior al estudio de Reina (2016) con niños colombianos con diagnóstico de enfermedad crónica (media = 19.16 vs. 78.58) y tienen puntajes bastante inferiores al estudio de Berra *et al.*, (2009) con niños de la población infantil general argentina (media = 19.16 vs. 44.70).

Revisando estos datos, se encuentra que los niños del estudio tuvieron puntajes especialmente bajos en las dimensiones Kidscreen-52 estado de ánimo, autopercepción y *bullying*. Respecto a la dimensión estado de ánimo, que indica presencia de emociones negativas como ansiedad, depresión y estrés. Diferentes investigaciones han encontrado que los niños con TDAH con frecuencia experimentan estos síntomas comórbidos de internalización, aunque estas tasas de comorbilidades internalizantes varían según los estudios, debido en parte a las diferencias en los procedimientos de evaluación diagnóstica (Xia *et al.* 2015). Los niños con TDAH en general son más propensos que sus compañeros de desarrollo típico a tener un diagnóstico de ansiedad y/o depresión (Biederman, *et al.*, 1991; Becker *et al.*, 2019; Xia *et al.* 2015). De igual modo frente a la dimensión autopercepción, diversas investigaciones han encontrado que TDAH se asoció con peores resultados de autoestima y función social; los niños presentan déficits significativos en múltiples ámbitos de la vida con posible repercusión en su autoestima y el autoconcepto. Según este modelo, que establece que los niños que experimentan fallos frecuentes, tienen más probabilidades de desarrollar niveles bajos de autoconcepto si obtuvieran una percepción negativa percepción negativa de sus competencias, so-

bre todo en las áreas de mayor dificultad (Harpin *et al.*, 2016).

Finalmente, en la dimensión *bullying* que tuvo el puntaje más bajo en el trabajo, podría llevar a pensar que hay menos aceptación social de estos niños dentro de su grupo de pares; al respecto diferentes investigaciones plantean que los niños con TDAH presentan tasas generales más altas de victimización por parte de los compañeros y de comportamiento de acoso escolar mucho más altas que los niños sin TDAH. Adicionalmente, los niños con TDAH reportaron mayores frecuencias de victimización verbal, física y relacional que los niños sin TDAH (Humphrey *et al.*, 2007; Örengül *et al.*, 2018; Ter-Stepanian, *et al.*, 2019).

En lo que se refiere a las demás dimensiones de calidad de vida, los participantes tienen una percepción adecuada dentro de los límites normales y por encima de la media las dimensiones bienestar psicológico, relación con padres, apoyo social e iguales. Mientras que están por debajo de la media las dimensiones bienestar físico, autonomía, y recursos económicos. Lo anterior no es muy distante de lo encontrado en estudios desarrollados en Europa (Michel *et al.*, 2009) y América Latina (Pinto *et al.*, 2010).

Como limitaciones del estudio se encuentran, en primer lugar, el tamaño limitado de la muestra (57 niños), que estuvo condicionado a las características neuro psicológicas (TDAH) de los participantes del estudio; en segundo lugar, la ausencia de estudios epidemiológicos sólidos sobre esta enfermedad en la ciudad de Montería y tercero, que el estudio fue de tipo transversal.

Por último, sería importante implementar con estos niños programas de intervención terapéuticos basados en atención plena y ejercicio, que se ha planteado como una intervención potencialmente útil en niños con TDAH, destacándose los efectos sobre el desarrollo cognitivo, socio-emocional y motor (Chan *et al.*, 2018; Neudecker *et al.*, 2019; Ng *et al.*, 2017).

Finalmente, es importante describir que con esta investigación se inicia la oportunidad de conocer aspectos emocionales y psicosociales de los niños en los diferentes escenarios por parte no solo de salud mental sino en otros escenarios vitales del menor como es su proceso de aprendizaje, sus

relaciones con sus pares, al igual estimular a los colegios y casa en actividades que puedan psico-orientar la conductas en los sujetos. Para ser más específicos que las intervenciones de psico-educación debe ser entre grupo multi e inter-

disciplinario en las sesiones de rehabilitación al igual que sus profesores y padres puedan establecer un continuo tratamiento en las esferas en las cuales se desarrolla el menor como lo describe varios autores con respecto al tema.

Citación: Vinaccia, S., Barrera, L., Sánchez, M., Zuluaga, M.A., Arjona, M., Franco, S., Bernal, S. y Guerrero, C.I. (2023). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a partir del Kidscreen-52. *Psicología y Salud*, 33(1), 81-88. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2774>.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J.L., Rhoads, L.H., Murphy KR, Gormley, M.J. y Gudmundsdottir, B.G. (2018). Rates and Patterns of Comorbidity among First-Year College Students With ADHD. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*, 47(2), 236-247 <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1105137>.
- Becker, S.P., Schindler, D.N., Holdaway, A.S., Tamm, L., Epstein, J.N. y Luebke, A.M. (2019). The Revised Child Anxiety and Depression Scales (RCADS). *Psychometric Evaluation*, 41(1), 93-106. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9702-6>.
- Berra, S., Bustingorry, V., Henze, C., Díaz, M. del P., Rajmil, L. y Butinof, M. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Archivos Argentinos Pediatría*, 107(4), 307-314. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n4a05.pdf>.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal Psychiatry*, 148(5), 564-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.564>.
- Chan, S.K.C., Zhang, D., Bögels, S.M., Chan, C. S., Lai, K.Y.C., Lo, H.H.M., Yip, B.H.K., Lau, E.N.S., Gao, T.T. y Wong, S.Y.S. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022514>.
- Dewey, D. y Volkovinskaia, A. (2018). Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine Child Neurology*, 60(7), 711-717. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13753>.
- Gavin, B y McNicholas, F. (2018). ADHD: science, stigma and service implications. *Irish Journal Psychological Medicine*, 35(3), 169-172. <https://doi.org/10.1017/ipm.2018.20>.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J.P., Kahle, J., Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal Attentional Disorder*, 20(4), 295-305. Doi: 10.1177/1087054713486516.
- Herdman, M., Rajmil, L., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Power, M., Alonso, J. y the European Kidscreen and Disabkids Groups (2002). Expert consensus in the development of a european health-related quality of life measure for children and adolescents: a Delphi study. *Acta Paediatrica*, 91(12), 1385-1390. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02838.x>.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Humphrey, J.L., Storch, E.A. y Geffken, G.R. (2007). Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal Child Health Care*, 11(3), 248-60. <https://doi.org/10.1177/1367493507079571>.
- Jaimes-Valencia, M.L. (2008). *Adaptación cultural a la población escolar colombiana del Kidscreen y del VSP-A, instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños(as) y adolescentes* [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Alicante, Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68834>.
- Jaimes-Valencia, M.L., Perpiñá-Galvañ, J., Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-Martínez, J. y Richart-Martínez M. (2019). Adjusted linguistic validation and psychometric properties of the Colombian version of Kidscreen-52. *Journal Child Health Care*, 23(1), 20-34. <https://doi.org/10.1177/1367493518777291>.
- López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T., López-Sánchez, M.V., Andrés-De Llano, J.M., Rodríguez-Molinero, L. y Camina-Gutiérrez, A.B. (2018). Percepción de niños y adolescentes sobre la calidad de vida en casos de trastorno por déficit de atención/hiperactividad con y sin tratamiento farmacológico y en controles. *Revista de Neurología*, 67(6), 195-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6706.2017517>.

- López-Villalobos, J.A., Sacristán-Martín, A.M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M.T., López-Sánchez, M.V., Rodríguez-Moliner, L., Camina-Gutiérrez, A.B. y Andrés-De Llano, J. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *Anales Pediatría*, 90(5), 272-279. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C., Abel, T. y Kidscreen group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research*, 18(9), 1147-1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>.
- Neudecker, C., Mewes, N., Reimers, A.K y Woll, A. (2019). Exercise Interventions in Children and Adolescents With ADHD: A Systematic Review. *Journal Attention Disorders*, 23(4), 307-324. <https://doi.org/10.1177/1087054715584053>.
- Ng, Q.X., Ho, C.Y.X., Chan, H.W., Yong, B.Z.J. y Yeo, W.S. (2017) Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complementary Therapy Medicine*, 34,123-128. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.018>.
- Örengül, A.C., Goker, H., Zorlu, A., Gormez, V. y Soyly, N. (2018). Peer Victimization in Preadolescent Children With ADHD in Turkey. *Journal Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260518816321>.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *World Health Assembly update*. <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>.
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista Neurología*, 32(3), 217-222. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3203.2000499>.
- Pinto-Guedes, D., Villagra-Astudillo, H.A., Moya-Morales, J.M., Vecino, J.C. y Pires Jr., R. (2010). *Age and gender differences in healthrelated quality of life of adolescents from Latin American countries*. VII Congreso de la Asociación Internacional de Escuelas Superiores de Educación Física (AIESEP). La Coruña, España. ISBN: 978-84-614-9946-5.
- Polanczyk, G.V., Silva de Lima, M., Lessa-Horta, B., Biederman, J. y Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948 <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>.
- Polanczyk, G.V., Willcutt, E.G., Salum, G.A., Kieling, C. y Rohde, L.A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal Epidemiology*, 43,434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>.
- Portela-Sabari, A., Carbonell-Naranjo, M., Hechavarría-Torres, M. y Jacas-García, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(4), 553-563. <http://www.medis-san.sld.cu/index.php/san/article/view/813>.
- Quiceno, J.M. (2007). *Calidad de vida infantil* [Manuscrito no publicado]. Universidad Autónoma de Madrid.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(2), 263-271.
- Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según estrato y sexo. *International Journal of psychological and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170.
- Quimbay-Herrera, H.D. (2012). *Calidad de vida un indicador de tratamiento en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus familiares, una experiencia en el hospital de la misericordia, 2009- 2010*. [Trabajo de grado]. Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/5596>.
- Reina, N.C. (2016). *Validación de los cuestionarios “disabkids” y “kidscreen” para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños/as y adolescentes colombianos con enfermedad crónica*. [Tesis Doctoral] Universidad de Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=54907>.
- Ter-Stepanian, M., Martin-Storey, A., Bizier-Lacroix, R., Déry, M., Lemelin, J.P. y Temcheff, C.E. (2019). Trajectories of Verbal and Physical Peer Victimization among Children with Comorbid Oppositional Defiant Problems, Conduct Problems and Hyperactive-Attention Problems. *Child Psychiatry Human Development*, 50(6), 1037-1048. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10578-019-00903-7>.
- Vasconcelos, M.M., Malheiros, A.F., Werner Jr., J., Brito, A.R., Barbosa, J.B., Oliveira-Santos, I.S. y Lima, D.F. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(1), 68-74. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2005000100013>.
- Xia, W., Shen, L. y Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives Psychiatry*, 27(6), 356-367. <https://dx.doi.org/10.11919%2Fj.issn.1002-0829.215115>.

Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo

Suicidal risk: influence of self-harm, eating behavior, and subjective pain

Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz
y Rosalía Vázquez Arévalo

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Modesto Solís Espinoza, modesto333@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del presente trabajo fue analizar la influencia de la conducta alimentaria de riesgo (CAR en lo sucesivo), las autolesiones y el dolor subjetivo en el riesgo suicida de adolescentes. *Método.* Se obtuvo por encuesta online una muestra de 423 mujeres, en quienes se evaluaron las CAR, el riesgo suicida, los síntomas depresivos y las autolesiones. Se efectuaron dos análisis de varianza de un factor y pruebas *post hoc* para analizar las diferencias entre grupos sin sintomatología, con autolesión, con CAR y con ambos problemas en riesgo suicida y sintomatología depresiva; asimismo, se verificaron dos análisis de varianza de un factor y pruebas *post hoc* para comparar grupos con diferente grado de dolor subjetivo tras autolesionarse. *Resultados.* El grupo comórbido y el de habituación al dolor reportaron puntuaciones más altas, pero no difirieron significativamente de los demás grupos. *Conclusiones.* Requieren especial atención los casos con comorbilidad, así como aquellos adolescentes con autolesión que pueden llegar a habituarse al dolor.

Palabras clave: Autolesiones; Conducta alimentaria de riesgo; Suicidio; Dolor subjetivo; Capacidad adquirida de suicidio.

ABSTRACT

Objective. To explore the acquired capacity to commit suicide, the influence of disordered eating behavior (DEB), self-harm, and subjective pain on the suicidal risk of adolescents. *Method.* An online survey obtained a sample of 423 young women, in which DEB, suicide risk, depressive symptoms, and self-harm were evaluated. Two one-way ANOVA and *post hoc* tests analyzed the differences between control groups, with self-harm, with DEB, and with both problems regarding suicide risk and depressive symptoms. Likewise, two one-way ANOVA and *post hoc* tests compared groups with different degrees of subjective pain after self-injury. *Results.* The comorbid group and the pain habituation group showed higher scores but did not differ significantly in all the groups.

¹ Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext. 3973, correos electrónicos: modesto333@comunidad.unam.mx, jmmd@unam.mx y rvamap@unam.mx.



Conclusions. Cases with comorbidity require special attention, as well as those adolescents with self-injury who may become accustomed to pain.

Key words: Self-harm; Risky eating behavior; Suicide; Subjective pain; Acquired capacity for suicide.

Recibido: 02/07/2021

Aceptado: 15/01/2022

INTRODUCCIÓN

A partir de la pandemia por COVID-19, se ha especulado sobre los efectos que la misma puede tener en la salud mental (Taquet, Luciano, Geddes y Harrison, 2020), pues aún falta información contundente para estimar su magnitud; no obstante, ya hay algunos estudios que aportan ciertas evidencias para entender el panorama que el mundo enfrenta. La revisión sistemática hecha por Prati y Mancini (2021) señala que el aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva ha sido reducido; no obstante, dichos autores no incluyeron investigaciones realizadas en América Latina, por lo que se prevén diversos cambios por parte de las autoridades sanitarias. Se requieren, por ejemplo, más pesquisas que hagan posible dilucidar las consecuencias de la pandemia en la salud de los adolescentes.

Uno de los problemas que se suponen en aumento debido a la pandemia es el suicidio (O'Connor *et al.*, 2020), una cuestión que ha sido objeto de estudio desde hace varios años debido a que hay numerosas interrogantes en torno a su predicción y el tratamiento de los potenciales suicidas (Chung, Ryan, Hadzi-Pavlovic, Stanton y Large, 2017; Hubers *et al.*, 2018). Uno de los intentos por dar respuestas a dicha problemática es la teoría interpersonal de Joiner (2005), que se fundamenta en tres aspectos centrales que explican la conducta suicida: la falta de pertenencia a grupos sociales, el sentimiento de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para suicidarse (alteraciones que resultan de considerar el suicidio como un acto no tan amenazante o indeseado). Con base en esta teoría, se han generado diversas investigaciones cuyos resultados, no obstante, aún

no han sido lo suficientemente contundentes respecto a si los principios establecidos por la misma permiten entender mejor la conducta suicida (Ma, Batterham, Callear y Han, 2016).

De acuerdo con los supuestos sobre la capacidad adquirida para el suicidio, se han explorado la relación de la conducta alimentaria de riesgo (CAR) y las autolesiones con dicho fenómeno; un ejemplo es el trabajo de Witte *et al.* (2016), en el que se analizó a cien mujeres de un centro para la atención de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Mediante el llamado “análisis de senderos” se probó parcialmente la hipótesis a través de una regresión negativa binomial. La restricción alimentaria funcionó como un predictor del intento suicida; sin embargo, al efectuar tal examen, se le asoció significativamente con la ausencia del temor a morir, pero no con la tolerancia al dolor; aun así, al controlar el efecto de otras variables, el acto de vomitar y el uso de laxantes predijeron positivamente la capacidad adquirida, mas no los intentos de suicidio. Así, pareciera que las CAR pueden influir de diferente forma tanto en los intentos suicidas como en la capacidad adquirida para el suicidio.

Smith, Ortiz, Forrest, Velkoff y Dodd (2018) llevaron a cabo un estudio por medio de un análisis de redes con el que identificaron las deficiencias en la interocepción como un factor central en los trastornos alimentarios y en los síntomas de suicidio, lo que coincide con otros trabajos sobre las alteraciones perceptivas.

Uno de los estudios más recientes en esta línea de investigación, el cual retoma la teoría de Joiner (2005), en conjunto con la autolesión y las CAR, es el de Brausch y Perkins (2018), quienes analizaron las CAR y las autolesiones en relación con la capacidad de suicidio, para lo cual examinaron tres grupos: uno con historial de autolesión, otro con puntuación de riesgo en sintomatología de trastornos alimentarios, y uno más con ambas características. Sus resultados indican que el grupo con síntomas de TCA únicamente no mostró un aumento significativo en la capacidad de suicidio, mientras que el grupo comórbido reportó intentos de suicidio más recientes, más frecuentes, con mayor letalidad y con más probabilidad de consumarlo.

Según lo anteriormente señalado, la presente investigación tuvo como propósito analizar cómo influyen los diferentes niveles de percepción del dolor al lesionarse, la presencia y la ausencia de autolesiones y la conducta alimentarias de riesgo en el riesgo suicida y la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres adolescentes.

MÉTODO

Muestra

La muestra fue no probabilística y se integró por 423 mujeres con una edad media de 16.25 años (D.E. = 1.71) y un rango de 11 a 18 años, todas ellas residentes en Ciudad de México y el Estado de México.

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (Garner y Garfinkel, 1979).

Adaptado para mexicanos por Vázquez *et al.*, (2018), consta de 26 ítems que miden conductas alimentarias y síntomas asociados a anorexia y bulimia distribuidos en cuatro factores (Bulimia, Preocupación por la delgadez, Evitación de comida y Presión social para comer), los cuales se evalúan mediante una escala Likert con seis opciones de respuesta que van de menor a mayor intensidad de cada actitud: “Nunca”, “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Bastantes veces”, “Casi siempre” y “Siempre”; contiene además un reactivo de puntuación inversa. Puntuaciones iguales o mayores de 84 implican un riesgo de padecer trastornos alimentarios. Se ha reportado un coeficiente de Cronbach de .87 en mujeres de instituciones educativas del área metropolitana de la Ciudad de México.

Cuestionario de Autolesión (CRA) (Solís y Gómez-Peresmitré, 2020).

Conformado por doce reactivos dicotómicos y politómicos correspondientes a tres dimensiones: Frecuencia de autolesión, Efecto adictivo de la autolesión y Contagio social. Ha mostrado tener consistencia interna adecuada (alfa y omega) de .94 en adolescentes mexicanos. A este instrumen-

to se le agregaron preguntas sobre el dolor subjetivo tras lastimarse en varias ocasiones en una escala de 1 a 10, a partir de la que se estimaron tres niveles: Sensibilización al dolor, Sin alteración y Habitación al dolor.

Escala de Riesgo Suicida (Plutchik y Van Praag, 1989).

Adaptada por Rubio *et al.* (1998), consta de quince ítems con respuestas dicotómicas de sí/no. Se ha reportado para este instrumento un coeficiente alfa de Cronbach de .74. Se utilizó la modificación de dos ítems implementada en el estudio de Suárez, Palacio, Caballero y Pineda (2019); así, el reactivo “¿Toma drogas o aspirina para dormir regularmente?” se cambió por “¿Toma de forma habitual algún medicamento o sustancia psicoactiva?”, y el ítem “¿Está usted separado/divorciado/viudo?” se ajustó para adolescentes con la pregunta: “¿Te sientes solo?”.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996).

Adaptado por Jurado *et al.* (1998) en población mexicana, y con un coeficiente alfa de Cronbach de alrededor de .89, está compuesto por 21 ítems conformados cada uno por una escala descriptiva de cuatro afirmaciones, en las que a mayor puntuación, mayor sintomatología depresiva en las últimas dos semanas.

Procedimiento

Para la aplicación de instrumentos se elaboró un formulario en la plataforma Google Forms. En la primera sección se mostraba un formato de consentimiento informado (objetivos, actividades y derechos de los participantes). Se dispuso una casilla de verificación para indicar si se aceptaba participar o no, así como espacios para colocar los nombres de la participante y el tutor en el caso de que aquella fuera menor de edad. Al señalar “de acuerdo” en la casilla de verificación, y en la de “siguiente” se procedía a desplegar la pantalla en que se mostraban los campos para llenar los datos generales y los instrumentos.

Se distribuyó la encuesta con el formulario a través de Facebook por medio de publicidad res-

tringida a adolescentes de 13 a 18 años de Ciudad de México y del Estado de México (parámetros establecidos mediante la segmentación de la zona geográfica). La publicación invitaba a participar en un estudio en el que se obtendría la evaluación de cuestionarios cuya finalidad era valorar los indicios de sintomatología depresiva y si el encuestado estaba en riesgo de cometer suicidio. Una vez seleccionado el enlace de la publicación, se redirigía al formulario de Google previamente descrito.

Tras recuperar la información y analizar las puntuaciones recibidas, se enviaba una respuesta vía correo electrónico a cada participante. Con una explicación previa, se devolvieron los resultados de sus respuestas a fin de sugerir y ofrecer un directorio de apoyo psicológico para quienes lo requirieran (puntuaciones por encima del punto de corte en los cuestionarios). La recolección de datos fue de carácter no invasivo y se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007).

Análisis de datos

Para analizar la influencia de la presencia o ausencia de autolesiones, CAR y dolor subjetivo en riesgo suicida y sintomatología depresiva se efectuaron cuatro análisis de varianza (ANOVA) de un factor, además de análisis *post hoc* de Tukey y T3 de Dunnett, para establecer comparaciones múltiples entre grupos según la distribución de las variables. Todos los análisis se realizaron utilizando el programa SPSS, v. 21.

RESULTADOS

Diferencias entre grupos con CAR y autolesión en riesgo suicida y síntomas depresivos

Para comparar el riesgo suicida, la sintomatología depresiva en adolescentes, la presencia o ausencia de CAR (puntuación igual o mayor a 84) y las autolesiones (con un antecedente de al menos una autolesión) se formaron cuatro subgrupos:

- GC = Sin puntuación de riesgo de CAR ni autolesión.
- GCAR = Con CAR y sin autolesión.
- GA = Con autolesión y sin CAR.
- GCAR+A = Con CAR y autolesión.

Se realizaron dos ANOVA simple que tuvieron efecto significativo, uno en riesgo suicida ($F[1, 423] = 83.27, p < .001$) y otro en sintomatología depresiva $F[1, 423] = 63.25, p < .001$).

En la Tabla 1 se pueden observar las comparaciones entre grupos. Los análisis *post hoc* T3 de Dunnett mostraron que el promedio de riesgo suicida del grupo comórbido fue mayor ($M = 25.74$) al riesgo suicida de los grupos control ($M = 20.30$) y de solo autolesión ($M = 24.59$), con una diferencia marginal ($p < .059$) con el grupo de solo CAR ($M = 23.81$), mientras que los grupos de autolesión y de CAR no difirieron entre sí, aunque ambos obtuvieron un promedio de riesgo suicida mayor que el grupo control.

Tabla 1. Comparación de riesgo suicida y sintomatología depresiva entre grupos de acuerdo con la presencia de autolesión y/o CAR mediante ANOVA de un factor y T3 de Dunnett y Tukey.

Variable	Grupo Control M (D.E.) n = 129	Grupo CAR M (D.E.) n = 16	Grupo Autolesión M (D.E.) n = 188	Grupo CAR + Autolesión M (D.E.) n = 90	ANOVA	
					F	Test <i>post hoc</i>
Riesgo suicida	20.30 (3.44)	23.81 (23.81)	24.59 (2.55)	25.74 (2.26)	83.27***	C < CAR*** C < A*** C < CARYA*** A < CARYA***
Sintomatología depresiva	34.67 (10.74)	45.93 (14.18)	48.48 (11.39)	54.85 (11.80)	63.25***	C < CAR* C < A*** C < CARYA*** A < CARYA***

Nota: C = grupo control; CAR = grupo de conducta alimentaria de riesgo; A = grupo de autolesión; CARYA = grupo conducta alimentaria de riesgo y autolesión. *** $p < .001$.

Las comparaciones *post hoc* de Tukey en sintomatología depresiva mostraron que el grupo comórbido obtuvo un puntaje significativamente mayor ($M = 54.85$) que los de solo autolesión ($M = 48.48$) y control ($M = 34.67$), pero no significativamente mayor que el grupo de CAR ($M = 45.93$). A su vez, los grupos de autolesión y de CAR no difirieron entre sí, pese a que obtuvieron promedios mayores que el grupo control.

Diferencias entre grupos de autolesión con diferente nivel de dolor subjetivo en riesgo suicida y síntomas depresivos

Para comparar el riesgo suicida y la sintomatología depresiva de cuatro niveles de alteración del dolor subjetivo tras autolesionarse los grupos quedaron de la manera siguiente:

G Control = grupo control (sin autolesión).

G Sensibilización = más dolor tras lastimarse.

G Sin alteración = sin cambios en el dolor percibido.

G Habitación = menos dolor tras lastimarse.

En el ANOVA simple, el primero mostró un efecto significativo en riesgo suicida ($F[1, 423] = 71.59$, $p < .001$), y el segundo un efecto significativo en sintomatología depresiva ($F[1, 423] = 54.82$, $p < .001$).

En la Tabla 2 se muestran las comparaciones múltiples entre grupos. Los análisis *post hoc* de Tukey mostraron que el promedio de riesgo suicida del grupo de habituación al dolor ($M = 25.46$) no difirió significativamente del grupo sin alteración ($M = 24.76$), pero sí fue mayor al promedio del grupo de sensibilización ($M = 23.76$) y del grupo control ($M = 20.74$). Mientras que los grupos sin alteración y de sensibilización no difirieron entre sí, ambos fueron mayores que el grupo control.

Tabla 2. Comparación de riesgo suicida y sintomatología depresiva entre grupos de acuerdo con el dolor subjetivo tras autolesionarse, a través de ANOVAS de un factor y Tukey.

Variable	Grupo Control M (D.E.) n = 147	Grupo Sensibilización M (D.E.) n = 42	Grupo sin alteración M (D.E.) n = 94	Grupo Habitación M (D.E.) n = 140	ANOVA	
					F	Test <i>post hoc</i>
Riesgo suicida	20.74 (3.59)	23.76 (2.68)	24.76 (2.43)	25.46 (2.40)	71.59***	C < S *** C < SA *** C < H *** S < H ***
Sintomatología depresiva	36.17 (11.80)	44.38 (10.85)	49.45 (11.11)	53.06 (12.04)	54.82***	C < S *** C < SA *** C < H *** S < H ***

Nota: C = grupo control; S = grupo sensibilización; SA = grupo sin alteración; H = grupo habituación.

*** = $p < .001$.

Las comparaciones *post hoc* de Tukey en las medidas de sintomatología depresiva mostraron puntajes significativamente mayores en el grupo de habituación al dolor ($M = 53.06$) que en los grupos de sensibilización ($M = 44.38$) y control ($M = 36.17$), pero no significativamente distintos del grupo sin alteración ($M = 49.45$). Por otra parte, el grupo sin alteración obtuvo un promedio mayor de sintomatología depresiva que el grupo de sensibilización; sin embargo, tal diferencia no fue significativa; el grupo control obtuvo signifi-

cativamente menos sintomatología depresiva que los otros tres grupos.

DISCUSIÓN

Fue propósito del presente estudio explorar la influencia de las autolesiones, las CAR y el dolor subjetivo en el riesgo suicida y la sintomatología depresiva en adolescentes. Los análisis mostraron que el grupo comórbido (con CAR y autolesión)

tuvo significativamente un mayor riesgo suicida y más síntomas depresivos en comparación con los grupos control y de autolesión. Al comparar los grupos con antecedentes de autolesión que reportaron diferentes niveles de dolor subjetivo, no se hallaron diferencias entre cada grupo, pero la tendencia de los resultados apuntó a un mayor riesgo suicida y más sintomatología depresiva al haber habituación al dolor.

Uno de los resultados a destacar es la alta prevalencia de CAR en conjunto con antecedentes de autolesiones, aunque Svirko y Hawton (2007) y Kostro, Lerman y Attia (2014) reportan una alta comorbilidad de trastorno alimentario con conductas autolesivas, que llegan a variar de 25.4 a 55.2%. En esta investigación 84.91% de quienes obtuvieron una puntuación alta en CAR también reportaron haberse autolesionado anteriormente, un porcentaje elevado aun considerando que no se trató de pacientes con diagnóstico de trastorno alimentario. Este hecho podría explicarse mediante la función de evitación de experiencias que comparten ambas problemáticas. Se sugiere realizar entrevistas en futuros proyectos para dilucidar esta cuestión.

En contraste con los resultados del estudio de Brausch y Perkins (2018), en el que también se compararon grupos de universitarios estadounidenses con CAR, con autolesión y con ambas condiciones, en este trabajo los adolescentes con únicamente CAR no difirieron significativamente del grupo comórbido en las variables relacionadas al suicidio (riesgo suicida y sintomatología depresiva), aunque la tendencia general fue que el grupo comórbido obtuvo medias más altas que los demás grupos. Por otro lado, hubo diferencias con el estudio de Brausch y Perkins (2018) derivadas de la muestra, dado que esta investigación se realizó únicamente con mujeres, aproximadamente tres años más jóvenes en promedio y de nacionalidad mexicana.

En consonancia con otros trabajos, como el de Islam *et al.* (2015), la tendencia en los resultados muestra un mayor riesgo suicida y más síntomas depresivos al presentarse ambas conductas; no obstante, la manera en que interactúan para aumentar la probabilidad de cometer suicidio todavía

no es clara: si es que dicha asociación se explica por los síntomas depresivos como antecedente del suicidio, o modo por medio de la capacidad adquirida de suicidio y un menor miedo a la muerte, tal como se ha explorado en otras investigaciones.

Los hallazgos de la influencia de la habituación al dolor y la capacidad adquirida de suicidio ya se han analizado antes; sin embargo, los resultados reportados no han sido concluyentes (Ammerman, Burke, Alloy y McCloskey, 2016). Lo encontrado en la presente investigación no permite esclarecer cabalmente su efecto como antecedente del suicidio, aunque se identifica una tendencia de riesgo más elevado cuando hay habituación al dolor provocado por las autolesiones. Cabe destacar que este estudio es de los primeros en explorar la asociación entre la habituación al dolor y el suicidio en población mexicana; además, los resultados parecen confirmar que el antecedente de autolesión tiende a influir en el riesgo de suicidio, independientemente de la cantidad de aquellas.

Se puede concluir que la presencia en conjunto de CAR y autolesiones puede implicar cuadros más psicopatológicos (más sintomatología depresiva y mayor riesgo suicida) a que si solo se tiene uno, por lo que sería recomendable indagar sobre la ocurrencia de autolesiones al detectarse CAR, y viceversa. Por otro lado, sentir menos dolor tras lastimarse en diferentes ocasiones mostró que se genera una tendencia a una sintomatología depresiva más aguda y un mayor riesgo suicida, lo que puede ser relevante al detectar adolescentes con conductas autolesivas, especialmente en la valoración de riesgos y su posible nexos con las conductas suicidas.

Entre las limitaciones del presente estudio debe señalarse que la muestra se obtuvo de forma no probabilística y por medio de una encuesta *online*, lo que implica que no se pueden generalizar los resultados al limitarse al sector de la población con acceso a internet y a las redes sociales, que fueron las vías por las que más se distribuyó la encuesta. En contraste con dicha limitación, también se puede señalar la aportación de este tipo de encuestas, lo que, debido a la contingencia por COVID-19, puede ser una alternativa viable para

detectar adolescentes en riesgo, los cuales, además de las dificultades propias de la pandemia, han sufrido la falta de redes de apoyo y de los factores protectores de sus entornos educativos (Hasking *et al.*, 2021).

Este trabajo se realizó a un año de surgida la pandemia, por lo que es posible que algunos de los resultados estén influidos por dicha situación; aun si lo encontrado es válido y confiable, lo reportado por los participantes puede haber sido alterado por los incrementos de ansiedad, depresión

y otras variables asociadas a la pandemia (Hernández, 2020).

Por último, una limitación importante a superar en próximos estudios es la que se refiere a los instrumentos de evaluación, por lo que se sugiere desarrollar instrumentos afines a la teoría interpersonal de suicidio mediante los cuales se evalúe la capacidad adquirida de suicidio y el temor a la muerte, lo que permitiría efectuar estimaciones más precisas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial al Programa de Becas Posdoctorales, por el financiamiento concedido al presente proyecto.

Citación: Solís E., M., Mancilla D., J.M. y Vázquez A., R. (2023). Riesgo suicida: influencia de las autolesiones, la conducta alimentaria y el dolor subjetivo. *Psicología y Salud*, 33(1), 89-96. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2775>.

REFERENCIAS

- Ammerman, B.A., Burke, T.A., Alloy, L.B. y McCloskey, M.S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80-85. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.12.028.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597. Doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13.
- Brausch, A.M. y Perkins, N.M. (2018). Nonsuicidal self-injury and disordered eating: Differences in acquired capability and suicide attempt severity. *Psychiatry Research*, 266, 72-78. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.021.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Stanton, C. y Large, M.M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. Doi: 10.1017/s0033291700030762.
- Hasking, P., Lewis, S.P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, M. y Robinson, K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources. *School Psychology International*, 42(1), 57-78. Doi: 10.1177/2045796016001049.
- Hernández R., J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3).
- Hubers, A., Moaddine, S., Peersmann, S., Stijnen, T., van Duijn, E., van der Mast, R.C., Dekkers, O.M. y Giltay, E.J. (2018). Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 186-198. Doi: 10.1017/s2045796016001049.
- Islam, M.A., Steiger, H., Jiménez M., S., Israel, M., Granero, R., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Riesco, N., Menchón, J.M. y Fernández A., F. (2015). Non-suicidal self-injury in different eating disorder types: relevance of personality traits and gender. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 553-560. Doi: 10.1002/erv.2374.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 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.
- Kostro, K., Lerman, J.B. y Attia, E. (2014). The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 2(19), 1-9. Doi: 10.1186/s40337-014-0019-x.

- Ma, J., Batterham, P.J., Callear, A.L. y Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.008.
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C. y Robb, K. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health y Wellbeing study. *The British Journal of Psychiatry*, 218(6), 326-333. Doi: 10.1192/bjp.2020.212.
- Plutchick, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology, Biology and Psychiatry*, 6(13), 523-534. Doi: 10.1016/0278-5846(89)90107-3.
- Prati, G. y Mancini, A.D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201-211. Doi: 10.1017/s0033291721000015.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M., Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.
- Smith, A.R., Ortiz, S.N., Forrest, L.N., Velkoff, E.A. y Dodd, D.R. (2018). Which comes first? An examination of associations and shared risk factors for eating disorders and suicidality. *Current Psychiatry Reports*, 20, 77. Doi: 10.1007/s11920-018-0931-x.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a. ed.). México: Trillas.
- Solís E., M. y Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1). Doi: 10.22402/j.rdi.2020.206.123-141.
- Suárez C., Y., Palacio S., J., Caballero D., C.C. y Pineda R., C.A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. Doi: 10.14349/rlp.2019.v51.n3.1.
- Svirko, E. y Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 37(4), 409-421. Doi: 10.1521/suli.2007.37.4.409.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J.R. y Harrison, P.J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30462-4.
- Witte, T.K., Zuromski, K.L., Gauthier, J.M., Smith, A.R., Bartlett, M., Siegfried, N., Bodell, L. y Goodwin, N. (2016). Restrictive eating: Associated with suicide attempts, but not acquired capability in residential patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 235, 90-96. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.043.

Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015

Suicide mortality trend in Mexico: Epidemiological panorama 1980-2015

Julio Cesar Campuzano Rincón¹, Anaïd Hernández Álvarez¹,
Marcela Sánchez Estrada¹, Rubén Chávez Ayala¹,
Evangelina Morales Carmona¹, Jorge Cabrales Arreola²
y Carlos Hernández Girón¹

Instituto Nacional de Salud Pública¹
Secretaría de Salud del Estado de Nayarit²

Autor para correspondencia: Carlos Hernández-Girón, chernand@insp.mx.

RESUMEN

En el continente americano, el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, lo que lo ha convertido en una grave preocupación en materia de salud pública. El presente estudio epidemiológico longitudinal de series temporales, que cubre un periodo de 35 años, analiza la tendencia de muertes por suicidios en México de 1980 a 2015, enfocándose en los aspectos epidemiológicos y sociodemográficos. Si en 1980 se registraron 973 muertes, en 2015 fueron 6,421, siendo similar el porcentaje que se mantuvo entre hombres (80%) y mujeres (20%). Se observó un cambio en los principales métodos utilizados para ello, con un aumento de muertes por ahorcamiento y una disminución en el uso de armas de fuego y envenenamiento. Se identificó una mayor proporción de suicidio entre los 15 y 29 años en ambos sexos, y un cambio en las entidades federativas con mayor prevalencia, que en 1980 fueron Tabasco, Veracruz y Estado de México, y en 2015 Estado de México, Jalisco y Guanajuato. Se pudo apreciar un significativo crecimiento de suicidios en el país en los últimos 36 años entre los grupos de menores de 20 años y mayores de 65, al igual que entre los varones. Se recomienda seguir observando el comportamiento suicida, sobre todo entre los jóvenes en las referidas edades.

Palabras clave: Suicidios; Tendencia de mortalidad; Estadística; Epidemiología; México.

ABSTRACT

Antecedents. In the American Continent, suicide has reached epidemic proportions in recent decades, becoming a serious public health concern. Objective. To analyze the death trend due to suicide in Mexico from 1980 to 2015, focusing on epidemiological and socio-demographic variables. Method. A longitudinal epidemiological time-series study collected data over 35 years (1980-2015). Results. In contrast to 1980, when 973 deaths occurred, in 2015, there were 6,421. In both periods, the percentage was similar; 80% in men and 20% in women. The main methods changed, with more hangings and less use of firearms and poisoning. Age-wise, a higher proportion occurred between 15 and 29 years, for both men and women. The states with the highest prevalence in 1980

¹ Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatlán, 62100 Cuernavaca, Mor., México, tels. (777)329-30-00 y (777)329-30-20.

² Departamento de Salud Mental, Gustavo Baz 34, Col. Fracc. Fray Junípero Serra, Tepic, Nay., México.



were Tabasco and Veracruz; in 2015, they were the state of Mexico, Jalisco, and Guanajuato. Discussion. Significantly more suicides have been occurring in Mexico in the last 36 years, related to age group (under 20 and over 65) and sex (men), as well as changing methods to achieve it (hanging). These findings lead to recommend continuing to observe suicidal behavior, especially in young people between 15 and 29 years of age.

Key words: Suicide; Mortality trends; Statistics; Epidemiology; Mexico.

Recibido: 12/04/2021

Aceptado: 16/06/2021

INTRODUCCIÓN

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud [WHO], (2014) estimó que 788 mil personas se suicidaron en todo el mundo, lo que convierte el suicidio en la decimotava causa de muerte al contribuir al 1.4% de muertes globales y una tasa ajustada por edad de 10.7 por cada 100,000 habitantes. En el continente americano, el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas en los últimos decenios, lo que lo ha vuelto una grave preocupación en materia de salud pública (Cabildo y Elorriaga, 1972).

En México, entre los años 1954 y 1963, las tasas de mortalidad fluctuaron entre 1.5 y 1.7 por cada 100,000 habitantes, incrementándose a 2.1 hacia 1969. Al comienzo de la década de 1970 se observó una disminución de su ocurrencia, hasta estabilizarse en 1.5 hacia el año de 1980; mientras que en 1994 hubo un incremento hasta alcanzar la cifra de 2.8 (Cabildo y Elorriaga, 1996; Elorriaga, 1972; Gerstner y Lara, 2019; Saltijeral y Terroba, 1987).

En cuanto a la relación por sexo, en México las tasas crudas de suicidios consumados siempre han sido mayores en los hombres. En la década de 1950 la razón hombre-mujer de suicidio consumado fue de 4.0, la que se redujo a 3.9 en la década siguiente y se mantuvo en 4.1 en 1970, pero incre-

mentándose hasta 5.6 en 1980 y 1990 (Saltijeral y Terroba, 1987).

Referente a la edad, entre 1954 y 1963 los grupos con mayor tasa de suicidio consumado en orden decreciente fueron los de 20 a 24 años, de 40 a 49, de 25 a 29, mayores de 60 y los de 15 a 19 años (Cabildo y Elorriaga, 1996). Hacia 1969, los grupos fueron, en ese orden, el de 20 a 24, de 25 a 29 y los mayores de 60 (Gerstner y Lara, 2019). En la década de 1970 se reportó al grupo de 15 a 24, de 25 a 34 y de 35 a 49 años (Elorriaga, 1972). En 1980 se apreció un aumento en suicidios en todos los grupos de edad, siendo los más altos las personas mayores de 70 y los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años (Saltijeral y Terroba, 1987).

Sobre el método empleado para quitarse la vida, los estudios históricos en México en la década de 1960 señalan, en orden decreciente, las armas de fuego, el ahorcamiento, el envenenamiento y la precipitación (salto al vacío) (Cabildo y Elorriaga, 1996; Gerstner y Lara, 2019). En la década de 1970, fueron las armas de fuego, el ahorcamiento, el envenenamiento, el empleo de armas blancas y la precipitación. Finalmente, en 1980 y 1990 fueron el envenenamiento, el ahorcamiento y las armas de fuego (Saltijeral y Terroba, 1987).

En cuanto a la distribución geográfica del suicidio consumado en México, en 62,5% de los 32 estados se han incrementado las tasas de mortalidad por esta causa desde 1960, concentrándose en las zonas urbanas, como la Ciudad de México (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). En 2020, con la aparición del Covid-19, ha aumentado la importancia de observar el comportamiento suicida por el desencadenamiento de diversas psicopatologías.

Por lo anterior, el presente estudio epidemiológico, del tipo de series temporales, tuvo como propósito actualizar el análisis de la tendencia de muertes por suicidios en México de 1980 a 2015, enfocándose para ello en aspectos epidemiológicos e incluyendo la descripción del suicidio consumado por grupos de edad, sexo, métodos empleados y región de la República Mexicana.

MÉTODO

En esta investigación se utilizaron las muertes debidas por suicidio ocurridas en la República Mexicana durante un periodo de 36 años, y se compararon los datos de 1980 a 2015 a partir de variables básicas de los certificados de defunción, como sexo, edad, modalidad de la defunción, localidad, municipio y entidad. La información está concentrada en el Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud, a partir de las bases de datos y registros de mortalidad validados por la Dirección General de Epidemiología de México.

Para el análisis se consideraron como fuente de información los certificados de defunción, y como suicidio se consideró la causa básica de la defunción registrada en el certificado. Para el periodo de 1980 a 1997 se emplearon los códigos de causa básica de defunción, registrados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), versión No. 9 (CIE 9), y a partir de 1998 y hasta 2015 la versión 10 (CIE 10) (OPS, 1995). Para el primer periodo se utilizaron los códigos E950-E958 (CIE 9), y para el segundo periodo los códigos X60-X84 (CIE 10) (Secretaría de Salud, 2012; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1978).

La tasa de mortalidad se calculó considerando como numerador la cifra de muertes especificadas por sexo y grupos de edad, y como denominador la población específica por sexo y grupo de edad en el país y en cada uno de los estados. La tasa estandarizada solo se tomó en cuenta para el análisis nacional y se ajustó con la población mundial (WHO, 2000) según hombres, mujeres y grupos de edad. Para explorar estos últimos se construyó una variable, edad, constituida por 16 categorías en quintiles: desde 0 a 4 años, y hasta 75 años y más.

Para analizar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad y asegurar la comparabilidad entre periodos, se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por cada cien mil habi-

tantes, considerando como la población estándar (estimado de población mundial), la propuesta por la OMS (*cf.* OPS, 1978).

A fin de determinar cuántos más hombres morían en relación a las mujeres, se calculó el indicador epidemiológico: razón de tasas estandarizada hombre-mujer, donde se utilizó en el numerador la tasa de mortalidad cruda para los hombres, y en el denominador la tasa de mortalidad cruda para las mujeres, ajustados a la población mundial estimada por la OMS (2017).

Para determinar el crecimiento de cualesquiera de los indicadores utilizados se tuvieron en cuenta las diferencias de estos (tasa de mortalidad o medias de edad) entre el periodo (indicador 2015–indicador 1980). Finalmente, se efectuó un análisis de regresión lineal en cada una de las categorías de edad, mostrando su pendiente de crecimiento y significancia estadística.

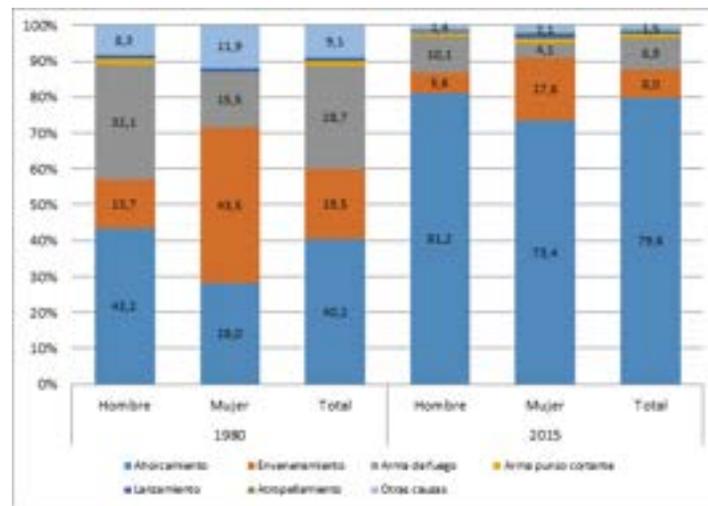
El análisis estadístico se realizó mediante el programa Stata, v. 10.0 (Stata Corporation, 2005), y las gráficas y mapas utilizando el software Arc-Map, v. 10.0, de ESRI Support (Environmental Systems Research Institute, 2011).

RESULTADOS

En el año 1980 se registraron 973 suicidios, de los cuales 80.1% fueron consumados por hombres y 19.9% por mujeres. El promedio de edad de la muerte por esta causa en la población general fue de 33.7, años, con una desviación estándar (D.E.) de 17.0, siendo menor en las mujeres (M: 28.7 años, D.E.: 13.55) que en los hombres (M: 34.85 años, D.E.: 17.59).

En relación a los métodos empleados para consumir el suicidio, los principales fueron, en los hombres, el ahorcamiento (43.2%), las armas de fuego (32.1%) y el envenenamiento (13.7); mientras que, en las mujeres, el envenenamiento (43.5%), seguido por el ahorcamiento (28%) y el uso de armas de fuego (15.5%) (Figura 1).

Figura 1. Proporción de muertes registradas en México por suicidio, según sexo y método empleado, de 1980 a 2015.

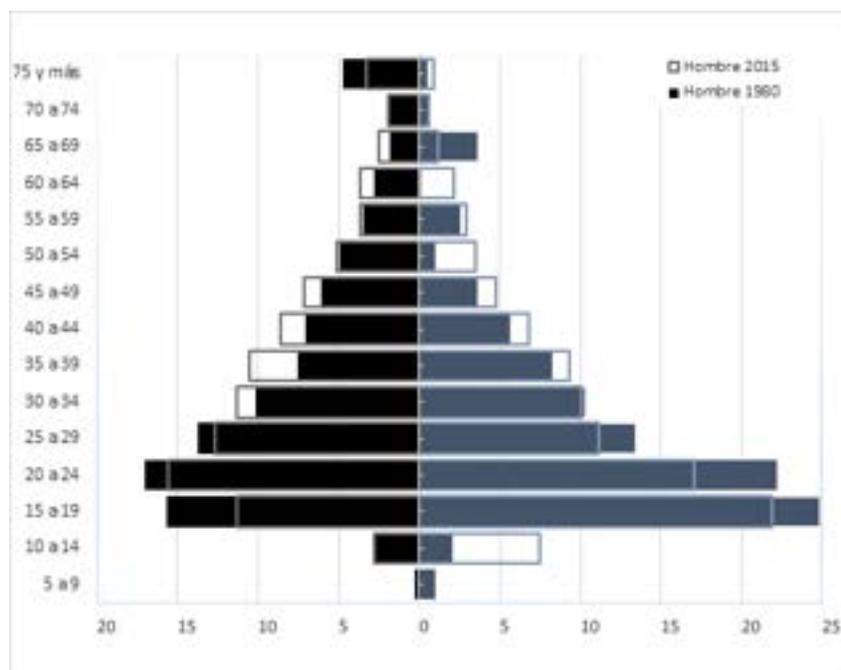


En el año 2015 se registraron 6,421 suicidios, de los cuales 80.1% fueron consumados por hombres y 19.9% por mujeres; el promedio de edad de las víctimas por esta causa en la población general fue de 35.0 años (D.E. 16.5), menor en las mujeres (M: 30.0 años, D.E. 14.6) que en los varones (M: 36.3 años, D.E. 16.8). En relación con el método utilizado para consumar el evento de suicidio entre los hombres, los principales fueron el ahorcamiento (81.2%), seguido por las armas de fuego (10.1%) y el envenenamiento (5.6%);

en las mujeres, el ahorcamiento (73.4%), el envenenamiento (17.6%) y las armas de fuego (4.1%) (véase Figura 1).

Analizando la proporción de mortalidad según el sexo por grupos de edad, resalta que la mayor proporción de muertes entre los hombres por esta causa se manifestó en 2015 en los de 20 a 24 años, de 25 y 29 y de 15 a 19 años, y en las mujeres de 15 a 19, de 20 a 24 y de 25 a 29 años (Figura 2).

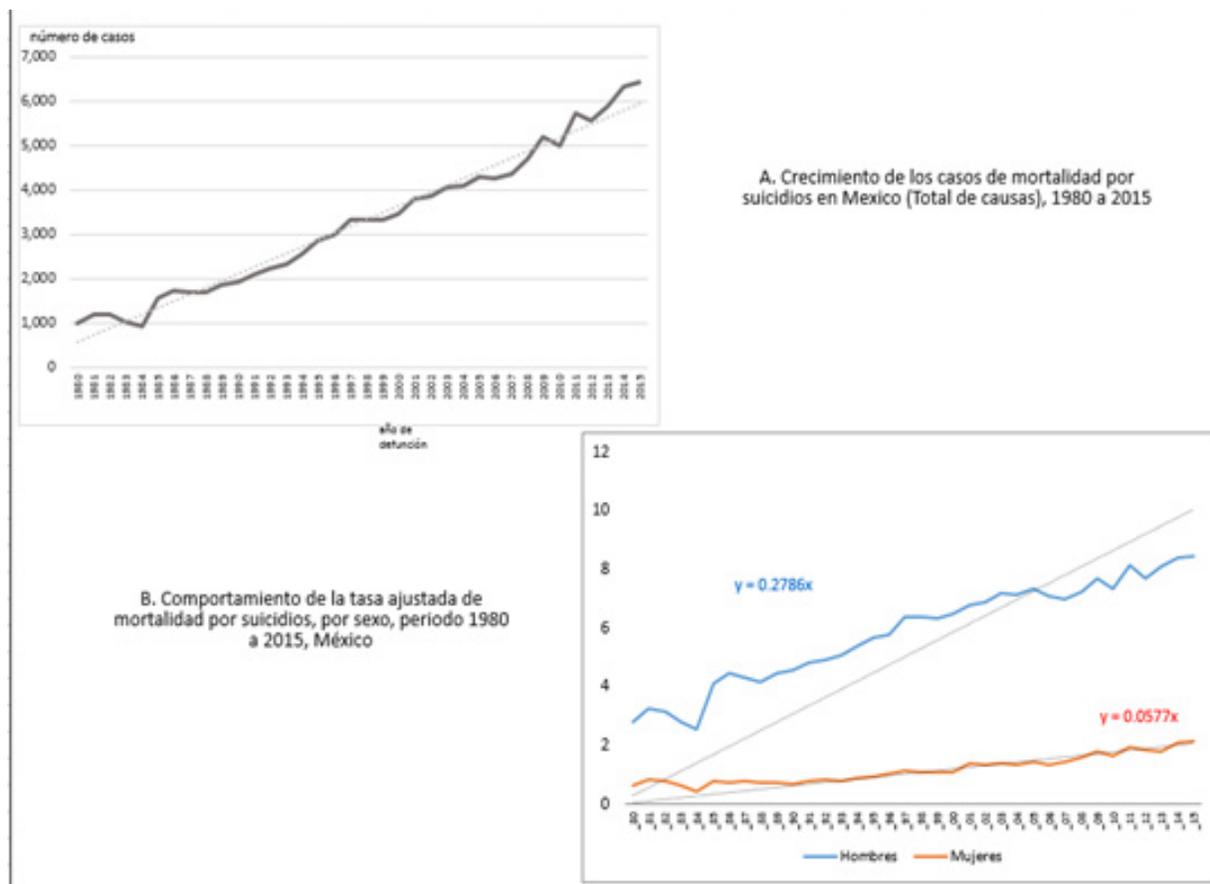
Figura 2. Tendencia de mortalidad en México por suicidio de 1980 y 2015. Proporción de casos según grupos de edad.



Al revisar las tasas crudas y ajustadas por edad se aprecia una tendencia creciente de la mortalidad por suicidio en el periodo observado. En los hombres, las tasas ajustadas aumentaron de 2.8 por

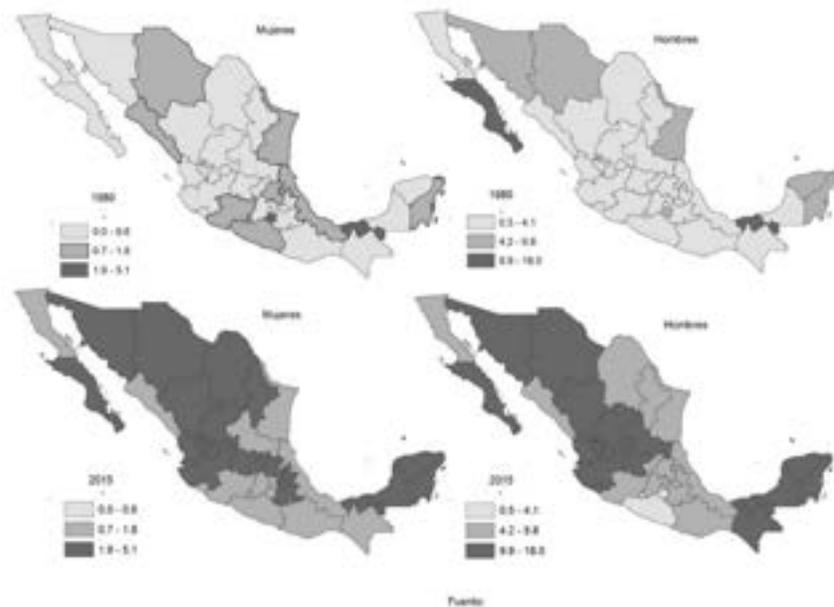
cada 100,000 en 1980, a 8.4 en 2015. En las mujeres, dicho aumento fue de 0.6 a 2.2 en el mismo periodo. La razón de tasas hombre-mujer pasó de 4.66 en 1980 a 3.81 en 2015 (Figura 3).

Figura 3. Tendencia de mortalidad por suicidios, tasa ajustada, general y por sexo en México de 1980 a 2015.



El comportamiento de la mortalidad por suicidios por entidad federativa mostró que en 1980 la mayor ocurrencia de muerte por esta causa fue en los estados de Tabasco, Veracruz y Estado de México, con 12%, 11.7 %, 7.6%, respectivamente, en tanto que Tlaxcala presentó el porcentaje más bajo, con 0.2%. Por otra parte, en 2015 las entidades con mayor ocurrencia de suicidios fueron Estado de México, Jalisco y Guanajuato, con 10.1%, 8.2% y 7.2%, en cada caso, y con la más baja Morelos y Tlaxcala (0.6% y 0.7%, respectivamente). En el caso de los hombres, en 1980 la mayor proporción de mortalidad por suicidios se concentró en la región centro-sur del país, en los estados de Tabasco

(11.7%), Veracruz (10.5%) y Estado de México (7.8%), pero en 2015 se muestra más definido el patrón en las grandes urbes del país: Estado de México (9.6%), Jalisco (8.1%) y Guanajuato (7.5%). Entre las mujeres el comportamiento es similar: en 1980 la mayor proporción de mortalidad por suicidio se concentró en la región centro-sur del país, en los estados de Veracruz (16.6%) y Tabasco (13%), así como en Michoacán (10.3%). En 2015, se observa más definido el patrón en las grandes zonas urbanas del país, como el Estado de México (12.3%), Jalisco (8.6%) y Chihuahua (7.5%), aunque también extendido a Ciudad de México, Guanajuato y Puebla (Figura 4).

Figura 4. Comparación de tasas crudas de mortalidad por suicidios en México de 1980 a 2015.

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye el análisis de mortalidad por suicidio más actualizado que se haya realizado en México y explora 36 años como el mayor periodo investigado. Al analizar por sexo, se observa un crecimiento del suicidio, sobre todo en hombres, entre 1980 y 2015. Esta tendencia ya había sido reportada desde mediados del siglo XX por Cabildo y Elorriaga (1966), pero en este trabajo la razón de tasas por sexo mostró el nivel más alto en 1980, para después, en 2015, retroceder a valores cercanos a los de décadas anteriores, si bien se observó un incremento de suicidios en ambos sexos. Tal tendencia se aprecia también en países como Chile y Colombia (Otzen, Sanhueza, Manterola y Escamilla, 2014).

Desde hace varias décadas diversos autores han señalado que las tasas de mortalidad por suicidio son mayores en los hombres que en las mujeres, por lo que al parecer están asociadas a los roles y estereotipos de género, como el mayor consumo de alcohol por los hombres, y una religiosidad más acendrada y una mayor habilidad para demandar atención médica entre las mujeres. En cuanto a aquellos, también se encontró que se atienden en menor proporción los trastornos men-

tales (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, 2007; Payne, Swami y Stanistreet, 2008; Stack, 2000).

En cuanto a los grupos de edad, la tasa de suicidio en esta investigación presenta sendas crestas en los grupos de 15 a 35 y de más de 75 años, con un aumento en todo el país de 150% entre 1990 y 2000 (Benatar, 2012; Rodrigues, De Souza, Rodrigues y Konstantyner, 2019). En cuanto al primer grupo, se ha señalado que los jóvenes se están suicidando a edades cada vez más tempranas, teniendo como factores de riesgo las alteraciones emocionales, la exposición temprana a la violencia y los antecedentes de suicidio en la familia (Borges, Saltijeral, Bimbela y Mondragón, 2000; Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010; Quinlan-Davidson, Sanhueza, Espinosa, Escamilla y Maddaleno, 2014; Borges *et al.*, 2008; Dias, Stuckler, Yip y Gunnell, 2014). También se ha apreciado un aumento en el grupo económicamente activo debido al desempleo (Nordt, Warnke, Seifritz y Kawohl, 2015; Páramo y Chávez, 2007). Por lo tanto, es fundamental, la detección y atención temprana de ciertos factores individuales, como trastornos mentales, exposición a la violencia, adicciones, falta de redes sociales de apoyo y escasas alternativas económicas en esta población.

Respecto a la regionalización del suicidio en el territorio mexicano, que los casos de suicidio sean mayores en entidades como el Estado de México, Jalisco y Ciudad de México se puede relacionar con las condiciones de vida propias de las grandes ciudades, la disminución del empleo, las escasas oportunidades para estudiar, las dificultades económicas y la violencia (Borges *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2014). La prevalencia de los estados

del sureste observada en 2015 no se mantuvo como en 1980 (Saltijeral y Terroba, 1987; Chang *et al.*, 2013; Dias *et al.*, 2014). La mayor incidencia de suicidios se observa en grandes ciudades en las que se espera un mayor acceso a los servicios profesionales de salud y una mejor atención a los problemas individuales y sociales considerados como factores de riesgo (Cuadro 1).

Cuadro 1. Mortalidad por suicidios 1980 y 2015. Comparación de tasas crudas por estado de la República Mexicana.

Entidad	1980	Entidad	1980	Entidad	2015	Entidad	2015
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres
Baja California Sur	0.000	Ciudad de México	0.543	Colima	0.818	Guerrero	2.834
Colima	0.000	Jalisco	0.703	Morelos	0.906	Morelos	3.562
Querétaro	0.000	Tlaxcala	0.721	Veracruz	1.084	Veracruz	5.239
Tlaxcala	0.000	Guerrero	0.762	Sinaloa	1.125	Tlaxcala	5.661
Zacatecas	0.000	Aguascalientes	0.785	Baja California	1.153	Hidalgo	5.898
Jalisco	0.089	Baja California	0.861	Michoacán	1.262	México	6.031
Nuevo León	0.159	Hidalgo	1.031	Tamaulipas	1.280	Michoacán	6.039
Ciudad de México	0.196	Querétaro	1.086	Guerrero	1.414	Puebla	6.494
San Luis Potosí	0.238	Nuevo León	1.199	Oaxaca	1.434	Oaxaca	6.720
Nayarit	0.277	Puebla	1.214	San Luis Potosí	1.699	Ciudad de México	6.813
Chiapas	0.291	San Luis Potosí	1.318	Ciudad de México	1.815	Tamaulipas	7.216
Baja California	0.335	Nayarit	1.372	México	1.819	Baja California	7.716
Oaxaca	0.335	Oaxaca	1.445	Chiapas	1.829	Nuevo León	8.184
México	0.341	México	1.624	Querétaro	1.940	Sinaloa	8.485
Aguascalientes	0.378	Guanajuato	1.751	Nuevo León	1.956	Querétaro	9.450
Coahuila	0.383	Campeche	1.906	Zacatecas	2.097	Coahuila	9.755
Guanajuato	0.460	Durango	2.034	Tlaxcala	2.121	Nayarit	10.200
Puebla	0.471	Colima	2.319	Sonora	2.186	Chiapas	10.336
Campeche	0.475	Chiapas	2.468	Durango	2.341	San Luis Potosí	10.515
Durango	0.506	Zacatecas	2.495	Puebla	2.359	Durango	10.602
Sonora	0.531	Veracruz	3.060	Baja California Sur	2.395	Jalisco	10.777
Yucatán	0.562	Coahuila	3.230	Hidalgo	2.419	Zacatecas	11.499
Tamaulipas	0.616	Michoacán	3.537	Nayarit	2.435	Tabasco	11.607
Guerrero	0.661	Sinaloa	4.074	Coahuila	2.475	Baja California Sur	12.367
Hidalgo	0.778	Tamaulipas	4.632	Guanajuato	2.682	Yucatán	13.694
Quintana Roo	0.912	Morelos	4.912	Jalisco	2.721	Guanajuato	13.762
Sinaloa	0.981	Chihuahua	5.140	Campeche	3.051	Quintana Roo	14.301
Chihuahua	0.987	Yucatán	5.286	Tabasco	3.052	Sonora	14.838
Veracruz	1.182	Sonora	6.044	Aguascalientes	3.334	Colima	14.855
Michoacán	1.374	Quintana Roo	6.875	Yucatán	4.095	Campeche	16.034
Morelos	1.880	Baja California Sur	10.041	Quintana Roo	4.115	Aguascalientes	16.565
Tabasco	4.733	Tabasco	17.203	Chihuahua	5.097	Chihuahua	17.955

Por otra parte, en todo el mundo se ha notado un cambio en el método empleado para cometer el suicidio, lo que se ha relacionado con la mayor accesibilidad y letalidad del mismo por ciertos factores sociales y culturales que influyen en la elección del recurso. La OMS ha sugerido como una medida preventiva restringir el acceso a los principales medios, como el control de armas y de sustancias identificadas en cada país. En años recientes se ha observado que determinados métodos se popularizan por los medios de comunicación; así, en México tanto hombres como mujeres en los años 80 empleaban el envenenamiento en casi 20% y el empleo de arma de fuego en 29%, pero en 2015 ambos métodos mostraron una reducción importante, a cerca de 9% cada uno. En tanto, el ahorcamiento ha aumentado en 38%, método que tiene una letalidad de 60 a 85%. En otros países se ha destacado que es un método más accesible para diferentes estratos sociales (Chang *et al.*, 2013; Dias *et al.*, 2014).

Se ha discutido también que el acceso y la elección de la forma de suicidio está influida por los estereotipos y roles de género, tanto por las posibilidades de obtención del arma o recurso suicida, como por el propósito de evitar la supervivencia mediante ciertos impactos en el cuerpo físico, lo que es importante porque el fracaso suicida tiene una connotación social diferente en hombres que en mujeres. Para un hombre, desde el estereotipo de género, es más aflictivo sobrevivir al suicidio, por lo que elige métodos más eficaces para asegurar el éxito, mientras que los elegidos por mujeres son menos destructivos del cuerpo físico. En general, las tasas de suicidio varían entre los sexos, mientras que los métodos difieren según los países (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Bachmann, 2018; Sullivan, Anest, Simon, Luo y Dahlberg, 2015).

Los hallazgos del presente estudio muestran que las tasas de mortalidad por suicidio en la población mexicana se incrementaron entre los años 1980 y 2015, en comparación con décadas anteriores, lo que mostró una exacerbación de este problema y su mayor contribución a las causas de mortalidad, lo que hace necesario crear intervenciones preventivas para disminuir la influencia de

factores psicosociales e individuales mediante la atención de la salud mental y el desarrollo de habilidades en la comunidad para afrontar las situaciones estresantes, e incorporando a los tomadores de decisiones en los distintos contextos institucionales para el desarrollo de políticas públicas que se traduzcan en programas de prevención y atención dirigidos a grupos específicos de la población y en las zonas de la república con mayor riesgo, los cuales, según este análisis, son hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad; los primeros, varones, habitantes del Estado de México, Jalisco y Guanajuato, y los segundos, mujeres, habitantes de Jalisco, Estado de México, Chihuahua, Ciudad de México, Guanajuato y Puebla, que son entidades con un mayor desarrollo urbano. Así también, es importante el mayor control de armas, principalmente en hombres, y de sustancias venenosas en la población en general (Saltijeral y Terroba, 1987; Borges *et al.*, 1996).

Como parte de la atención para prevenir los suicidios se deben considerar, como se ha señalado líneas arriba, los factores psicosociales de riesgo con una perspectiva incluyente de la problemática de las mujeres y la de los hombres en la atención del suicidio que han sido señalados en la literatura, tales como alteraciones del estado del ánimo, adicciones, secuelas de experiencias de violencia, trastornos por problemas académicos, conflictos psicosociales asociados al consumo de sustancias, carencia de apoyo emocional, desempleo mayor a seis meses, separación de la pareja, cambios en el estatus social, antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado y escaso o nulo apoyo social y familiar (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Benjet *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2000; Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, 2008; Borges *et al.*, 2010; Chang *et al.*, 2013; Dias, Mendonça, Real, Vieira y Teixeira, 2014; Diniz, Gomes, Antunes, Meneses y Nunes, 2011; Hui-kari, Miettunen y Korhonen, 2019; Keyes, Gary, O'Malley, Hamilton y Schulenberg, 2019; Miller, Esposito-Smythers y Leichtweis, 2015; Nordt *et al.*, 2015; OPS, 2011; Páramo y Chávez, 2007; Quinlan-Davidson *et al.*, 2014; Saltijeral y Terroba, 1987; Sullivan *et al.*, 2015; Villalonga, Bayona y Robledo, 2014).

En cuanto a los factores individuales, se deben atender trastornos mentales como depresión, perturbaciones de la personalidad y aquellos asociados a toxicomanías, ansiedad social, ideación e intentos previos de suicidio, ocurrencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa y consecuencias emocionales de las enfermedades crónicas o incapacitantes. Se ha observado que, en lo referente a los medios para brindar la atención, es importante que la población identifique a los grupos de apoyo, gubernamentales o no, que estén disponibles (Keyes *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2015). Además, los servicios de salud deben contar con personal capacitado que ofrezca un servicio oportuno, pues es un elemento clave para prevenir el suicidio asociado a los trastornos mentales.

El modelo para la atención del suicidio desde la salud pública establece una relación entre los servicios del sector salud y los recursos individuales y sociales necesarios para hacer frente a las dificultades, por lo que su atención requiere de una participación multisectorial e interdisciplinaria. La información sobre la epidemiología de tal comportamiento es importante para formular políticas apropiadas de prevención. No obstante, la investigación sobre las terapias destinadas a reducir el riesgo de suicidio y la mortalidad por todas las causas entre los pacientes psiquiátricos sigue siendo insuficiente (Baldessarini, 2019; Diniz *et al.*, 2011; Huikari *et al.*, 2019; Keyes *et al.*, 2019; Kiadaliri, Saadat, Shahnavazi y Haghparast-Bidgoli, 2014; Miller *et al.*, 2015; Nock *et al.*, 2008; Saltijeral y Terroba, 1987; Villalonga *et al.*, 2014).

Un ejemplo de lo anterior puede ser la atención a la prevención del suicidio adolescente y la de los factores de riesgo, para la que los escenarios escolares y médicos pueden ser espacios adecuados para su identificación, tanto a través de la participación de los pares en las escuelas para detectar probables casos de intento, como directamente por los docentes, trabajadores educativos y los profesionales de salud mental en las propias instituciones escolares. Esta estrategia es importante si no se tiene acceso a una atención inmediata de los servicios de salud, por lo que se sugiere promover el apoyo social a través de la capacitación para identificar los factores de riesgo por los pares, de

tal manera que los adolescentes puedan identificar otras fuentes de apoyo disponibles, como amigos, familia y educadores. La capacitación en esta área promovería el apoyo social y el reconocimiento de dichos fenómenos en diferentes etapas de su vida, previniendo así el evento suicida desde edades tempranas.

Muchas personas han aumentado el consumo de alcohol o de drogas y sufren problemas crecientes de insomnio y ansiedad. Asimismo, trastornos como la reciente pandemia de COVID-19 pueden traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación y accidentes cerebro-vasculares. Diversos países señalaron un incremento de 67% de perturbaciones en los servicios de orientación psicológica y de psicoterapia; de 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos, y de 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a los opiáceos. Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de emergencia, y 30% señaló alteraciones en el acceso a medicamentos destinados a atender trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas (Diniz *et al.*, 2011; Huikari *et al.*, 2019; Keyes *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2015; OMS, 2020; Villalonga *et al.*, 2014).

Como limitaciones de este trabajo, se puede considerar el subregistro y la incorrecta clasificación de las causas de defunción según las CIE 9 y CIE 10, magnitud no estimada; además, la causa de muerte descrita en el certificado y el método empleado son muy concisos. Por el diseño de estudio epidemiológico, ecológico, podría considerarse la “falacia ecológica”, generada por el diseño ecológico, de inferir la causalidad individual con datos grupales. En esta investigación tal artefacto no aplica, y los hallazgos son consistentes con los de otros estudios efectuados en la región de las Américas (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Benjet *et al.*, 2009; Gerstner y Lara, 2019; Sullivan *et al.*, 2015).

Como conclusión, se sugiere considerar la propuesta de vincular los servicios de salud para la detección y atención de la conducta suicida, así como llevar a cabo intervenciones en el ámbito escolar para promover el apoyo profesional.

Citación: Campuzano R., J.C., Hernández Á., A., Sanchez E., M., Chávez A., R., Morales C., E., Cabrales A., J. y Hernández G., C. (2023). Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015. *Psicología y Salud*, 33(1), 97-107. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2776>.

REFERENCIAS

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. y Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86,726-732.
- 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.
- Baldessarini, R. (2019). Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 7(29), e71. Doi: 10.1017/s2045796019000672.
- Benatar, D. (2012). *The Second Sexism*. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. y Aguilar G., S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. y Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52. Doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiology of suicide in Mexico, 1970-1984. *Salud Pública de México*, 38(3), 197-206.
- Borges, G., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. y Mondragón, L. (2000). Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Archives of Medical Research*, 31(4), 366-72. Doi: 10.1016/s0188-4409(00)00079-5.
- Cabildo, A. y Elorriaga, M. (1996). El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8(3), 441-451.
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(4), 231-238. Doi: 10.1590/s1020-49892007000900002.
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P. y Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 17(347), f5239. Doi: 10.1136/bmj.f5239.
- Dias, D., Mendonça, M.C., Real, F.C., Vieira, D.N. y Teixeira, H. (2014). Suicides in the Centre of Portugal: a seven years analysis. *Forensic Science International*, 234, 22-28. Doi: 10.1016/j.forsciint.2013.10.034.
- Diniz, C.P., Gomes, B., Antunes, L.R., Meneses, S.C. y Nunes, M.E. (2011). Health risk behavior and psychosocial distress indicators in high school students. *Cadernos de Saude Publica*, 27(11), 2095-2105.
- Elorriaga, M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*, 14(4), 487-498.
- Environmental Systems Research Institute (2011). *ArcMap* (Version 10.0 software). West Redlands, CA: ESRI.
- Gerstner, R. y Lara, F. (2019). Trend analysis of suicide among children, adolescent and young adults in Ecuador between 1990 and 2017. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 42(1), 9-18.
- Huikari, S., Miettunen, J. y Korhonen, M. (2019). Economic crises and suicides between 1970 and 2011: Time trend study in 21 developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(4), 311-316. Doi: 10.1136/jech-2018-210781.
- Keyes, K.M., Gary, D., O'Malley, P.M., Hamilton, A. y Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 987-996. Doi: 10.1007/s00127-019-01697-8.
- Kiadaliri, A.A., Saadat, S., Shahnavazi, H. y Haghparast-Bidgoli, H. (2014). Overall, gender and social inequalities in suicide mortality in Iran, 2006-2010: a time trend province-level study. *BMJ*, 19, 4(8), e005227.
- Miller, A.B., Esposito-Smythers, C. y Leichtweis, R.N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286-292.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-54. Doi: 10.1093/epirev/mxn002.
- Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E. y Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry*, 2(3), 239-245. Doi: 10.1016/s2215-0366(14)00118-7.

- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (9ª rev.). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión*. Publicación Científica 554. Washington, D.C., OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Suicidio en Centroamérica y República Dominicana. 1988-2008*. Washington, D.C.: OPS.
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C. y Escamilla C., J.A. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, 142(3). Doi: 10.4067/s0034-98872014000300004.
- Páramo, C.D. y Chávez H., A.M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59-67.
- Payne, S., Swami, V. y Stanistreet, D., L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. Doi: 10.1016/j.jomh.2007.11.002.
- Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla C., J.A. y Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 262-268. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.012.
- Rodrigues, C., De Souza D.S., Rodrigues, H.M. y Konstantyner, T. (2019). Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 18, 41(5), 380-388.
- Saltijeral M., T. y Terroba G., G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29(4), 345-360.
- Secretaría de Salud (2012). *Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones*. México: SSA.
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162. Doi: 10.1111/j.1943-278x.2000.tb01073.x.
- Stata Corporation (2005). *Stata reference manual: Stata release 9.1* (9th ed.). College Station TX: Author.
- Sullivan, E.M., Anest, J.L., Simon, T.R., Luo, F. y Dahlberg, L. (2015). Suicide trends among persons aged 10-24 years. United States, 1994-2012. *The Morbidity and Mortality Weekly Report*, 6, 64(8), 201-205.
- Villalonga, C.L., Bayona, S.R. y Robledo, Q.K. (2014). Suicide by loop knot strangulation. Presentation of an atypical case. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 875-882.
- World Health Organization (2000). *Global Health Estimates 2000 b-2015 Summary Tables: death by cause, age and sex*. Geneva; WHO. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

Aportes a la comprensión y prevención del suicidio en población indígena: una revisión sistemática narrativa

Contributions to the understanding and prevention of suicide in the indigenous population. A narrative systemic revision

S'aya Ramos Camayo y Constanza Londoño Pérez

Pontificia Universidad Javeriana¹

Autor para correspondencia: Constanza Londoño Pérez, constanzalc@gmail.com.

RESUMEN

El suicidio es uno de los más importantes problemas de salud pública mundial que afecta a los hombres, en especial a aquellos que forman parte de una minoría. El objetivo de la presente revisión analítica es aportar datos para la comprensión y el abordaje del suicidio de personas indígenas, para lo cual se hizo una revisión sistemática narrativa de documentos científicos publicados entre los años 2010 y 2021 en Science Direct, Medline, Dialnet y Scielo. De las publicaciones y documentos formales con palabras clave como "Suicide" AND "Indigenous Population" AND "Prevention" en inglés y en español, combinadas con nombres de países, se ubicaron 63 artículos y documentos institucionales, de los cuales se eligieron 42 que cumplían con los requisitos de inclusión. Se elaboró una síntesis narrativa analítica a fin de identificar los principales hallazgos respecto a la prevención del suicidio en dicha población. Los resultados indican que existe una alta vulnerabilidad y riesgo suicida en los varones aborígenes de diferentes pueblos indígenas de diversos países en el mundo en virtud de que son propensos a manifestar conductas autolesivas que pueden provocar su muerte. Por lo anterior, se sugiere el diseño de programas de prevención y de búsqueda del bienestar integral, así como intervenciones interdisciplinarias que involucren tradiciones, creencias propias, saberes culturales y condiciones sociales. Finalmente, se reconoce que es necesario efectuar nuevas investigaciones conducidas por equipos conformados por personal indígena.

Palabras clave: Indígenas; Suicidio; Prevención; Bienestar integral.

ABSTRACT

Antecedents. *Suicide is one of the most critical global public health problems affecting men, especially those who are part of a minority.* Objective. *To contribute to the understanding and approach to the suicide of indigenous people.* Method. *A systematic narrative review included scientific documents published between 2010 and 2021, collected from Science Direct, Medline, Dialnet, and Scielo databases. Other sources included published research reports and formal papers. Search keywords/strategy included "Suicide" AND "Indigenous Population" AND "Prevention" in English and Spanish combined with country names in which 63 articles and institutional documents resulted. A total of 42 met the inclusion requirements. An analytical narrative synthesis sought to identify the main findings regarding suicide prevention in indigenous people.* Results. *The main findings indicate that there is high vulnerability and suicidal risk in aboriginal men from different*

¹ Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Calle 18 No. 118-250, Cali, Colombia.



indigenous peoples in several countries worldwide since they are prone to the emission of self-injuring behaviors and death. Discussion. Preventive programs searching for integral wellbeing and interdisciplinary interventions are required. Interventions must understand and involve traditions, beliefs, cultural knowledge, and social conditions. Finally, it is necessary to carry out further investigations conducted with and by teams made up of indigenous personnel.

Key words: Indigenous people; Suicide; Prevention; Wellbeing.

Recibido: 05/05/2021

Aceptado: 03/02/2022

El suicidio ha aumentado en los últimos años en todo el mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) lo ha declarado como un problema de salud pública; además, ha sido reportado como la segunda causa de muerte en los varones, en especial en indígenas jóvenes de Norteamérica (National Alliance of Mental Illness [NAMI], 2021; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2020; Yu *et al.*, 2019; Iron, 2016). Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012) afirma que cada caso de suicidio en indígenas registrado debe ser multiplicado por 30 si se pretende hacer un cálculo realista de su incidencia y prevalencia. Es claro entonces que se ha vuelto urgente conocer y comprender el riesgo de suicidio en la población indígena a fin de plantear e instrumentar estrategias efectivas de prevención e intervención oportuna (Montoya, 2015; Vargas *et al.*, 2017; Brown *et al.*, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) señala que las diversas transformaciones culturales y las alteraciones importantes y permanentes pueden llegar a generar desesperanza frente a la vida, trastornos mentales y un mayor riesgo suicida.

En el caso específico de Colombia, se han registrado más de 61 muertes de jóvenes indígenas entre 2010 y 2014, pero no hay una tasa de suicidio calculada para este tipo de muertes ya que no se realizan análisis específicos (Gobernación del Vaupés, 2016), por lo que la mencionada pobla-

ción requiere de un abordaje especial. Asimismo, los reportes de suicidio en aborígenes de Colombia entre los años 2011 y 2021 muestra que los indígenas que están entre los grupos étnicos más afectados son los que atraviesan ciertos momentos especiales de la vida, como la juventud y la adolescencia, ya que transcurren en medio de procesos de migración y mendicidad (Gómez-Restrepo, Rincón y Castro-Díaz, 2017; Martínez Silva *et al.*, 2018). Por ello, es preciso reconocer las necesidades de las minorías con una alta vulnerabilidad provocada por la interacción de diversos determinantes sociales, culturales, históricos, la discriminación sistemática y la victimización en el marco de los conflictos armados (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2009; Instituto Colombiano de Bienestar Familia [ICBF], 2020; PNUD, 2021).

Es preciso entonces subrayar que si bien se ha desarrollado un amplio número de investigaciones que han permitido avanzar en el conocimiento de los factores personales, sociales y culturales que acrecen el riesgo de que una persona intente o logre quitarse la vida, al parecer no se han desarrollado las suficientes que aporten datos suficientes para la comprensión directa y a fondo del suicidio en los pueblos indígenas; todo esto con el fin de que se desarrollen programas robustos de prevención e intervención que garanticen el alcance intercultural, interdisciplinario y social de las acciones requeridas (Vargas *et al.*, 2017; Burack *et al.*, 2019), y para que estos se lleven a cabo de manera colaborativa, intersectorial e incluyente con dichos grupos culturales, en busca de conocer, reconocer e identificar los elementos clave para el adecuado planteamiento de políticas y programas de prevención e intervención verdaderamente incluyentes. Además, es preciso destacar que tales acciones sanitarias deben seguir las tres R: Reconocer, Responder y Respetar las necesidades específicas de los aborígenes y la expresión de sus tradiciones, creencias propias y saberes culturales.

Con el fin de contribuir al conocimiento de aquellos eventos adversos, internos y externos que amenazan el bienestar de tales pueblos, y en busca de facilitar y promover el intercambio social saludable, el bienestar integral personal, familiar, comunitario y social, sumados a la disminución de

eventos adversos y externos asociados a su condición cultural. Por tanto, objetivo del presente trabajo fue identificar y analizar los principales aspectos abordados en investigaciones publicadas en medios científicos entre los años 2011 y 2021 para contribuir a la comprensión analítica y al conocimiento de la problemática del suicidio en la población indígena.

MÉTODO

Muestra

Se realizó una revisión sistemática narrativa de artículos de investigación publicados y recogidos en Science Direct, Medline, Dialnet y Scielo, así como documentos formales institucionales publicados entre los citados años. La búsqueda se hizo con palabras clave como “Suicide” AND “Indigenous population” AND “Prevention”, tanto en inglés como en español, combinadas con los nombres de los países con mayor población indígena registrada.

Así, se identificaron 63 artículos y documentos institucionales que incluían en su título, resumen o introducción las palabras clave, los que, luego de ser revisados de manera individual, se preseleccionaron 42, para luego, en equipo, reconfirmar la inclusión de solo 34 de ellos.

Así, la muestra final quedó conformada por esos 34 documentos con información de veinte grupos indígenas, principalmente habitantes del continente americano (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de documentos respecto a procedencia de la población indígena.

Variable	F	%	Variable	f	%
América	14	39	Europa	3	9
Latinoamérica	3	9	<i>España</i>	2	6
<i>Brasil</i>	2	6	<i>Francia</i>	1	3
<i>Colombia</i>	5	16	Asia	1	3
<i>Chile</i>	2	6	<i>Taiwán</i>	1	3
<i>México</i>	2	6	<i>Australia</i>	4	13
Norteamérica	11	32			
<i>Alaska</i>	4	13			
<i>Canadá</i>	6	19			
<i>Estados Unidos</i>	1	3			

RESULTADOS

La mayor parte de los documentos identifican y describen las principales variables asociadas al incremento del riesgo suicida (28); otros hacen especial énfasis en aspectos relacionados con la interacción del sexo y el tipo de trastornos expresados (11); un número importante plantea las principales características de acciones de promoción de la salud que deben ser realizadas en especial en la infancia para lograr la crianza de generaciones con habilidades para la vida (18), y otros reconocen la necesidad de generar programas de prevención centrados en la minimización del riesgo específico cultural de los indígenas (16). Es preciso resaltar que al menos 16 de los documentos revisados resaltan la importancia de proyectar y realizar acciones sanitarias específicas al abordar el riesgo suicida, así como el reconocimiento de la cultura específica a la que se dirige, que en este caso es la indígena.

Los hallazgos reportados en los artículos analizados indican que entre las principales variables predictoras del suicidio en personas indígenas están el hecho de ser hombres, padecer problemas de salud mental y creer que se logra el alivio y la tranquilidad cuando se fallece (p. ej., “*La muerte es una forma de pasar a una vida mejor*” o “*El suicidio es una salida honorable en momentos de deshonra*”, aunque buena parte de los casos reportados mostraron, además de problemas de salud mental, elevado estrés, violencia familiar, problemas económicos e intensa discriminación (Tabla 2).

Respecto a las acciones preventivas, también incluidas en la Tabla 2, al menos 16 documentos señalan que buena parte de los programas dirigidos a disminuir el riesgo suicida no reportaban el análisis de las variables o condiciones específicas que ha afrontado la cultura indígena, y por ello remarcan la urgente necesidad de estudiar a fondo este problema, sensibilizar a otras entidades sobre la realidad indígena y facilitar la participación activa de instituciones que cuenten con un claro y suficiente conocimiento respecto a esa cultura, de sus saberes y situaciones que han afrontado. Otras acciones deben orientarse a la promoción del bienestar y a garantizar una mejora en la calidad de vida de la población indígena.

Tabla 2. Principales resultados reportados en la muestra documental.

Variables	Descripción	N
VARIABLES DE RIESGO	Altas tasas de suicidio en población indígena asociadas a la edad (adolescencia y adulto mayor), alta marginación y aislamiento cultural, desigualdad económica, desempleo, violencia estructural sobre y entre los indígenas, dificultades de ubicación espacial, alto estrés (preocupación financiera, estructuras familiares cambiantes que refuerzan problemas de relación familiar [violencia intrafamiliar y maltrato infantil], dificultades sentimentales, consumo de SPA [alcohol, mariguana y tabaco], violencia sexual y pérdidas traumáticas, desempleo y condición de género); además de bajo acceso a servicios de atención por el estigma que ello acarrea, o falta de cobertura sanitaria. Asimismo, el impacto negativo del intento suicida sobre la salud mental expresado por el reporte de estrés postraumático, depresión, altos niveles de culpa y vergüenza, y de los procesos de duelo de los grupos familiares a causa del suicidio de alguien apreciado, condición que incrementa el riesgo de suicidio en personas cercanas.	28
CONDICIONES DE GÉNERO	El rol en la cultura indígena indica que el ideal masculino implica que los hombres no expresan emociones asociadas al miedo; son varones heterosexuales, y no necesitan ayuda de otros para mantener su salud mental; por ello, quienes buscan ayuda han sido discriminados debido a su incapacidad y debilidad no masculina. Concepción cultural que presenta al suicidio como la salida a una vida dolorosa y de sufrimiento, para pasar a una vida mejor, o bien como una acción honorable en un momento de deshonra.	11
ACCIONES PREVENTIVAS	Acciones realizadas de tipo general no comprensivo de la cultura específica. Instauración del conocimiento de creencias y realidades indígenas incluso que reconozca avances mundiales en la disminución del riesgo suicida. Entre las principales acciones sanitarias recomendadas está la atención primaria especial y específica para comunidades indígenas que facilite la participación con equidad, que involucre a instituciones presentes en el resguardo, y al recurso humano con sus saberes culturales para afrontar la problemática. La prevención del suicidio más efectiva implica la participación comunitaria para abordar la problemática (gestores comunitarios entrenados para actuar en espacios escolares, comunitarios y familiares, en pro de sensibilizar ante el riesgo, dar importancia a la prevención y al sistema de acceso a servicios sanitarios), aumentar la confianza de la comunidad en el personal vinculado, atender el agotamiento físico y emocional de los gestores y garantizar el acceso a servicios de salud, estrategias que permiten articular las acciones con el gobierno y la comunidad comprometida con su salud mental y el bienestar en general y que debe entrenar a los gestores en el manejo de la tecnología para informes o direccionamiento de los casos.	16
ACCIONES DE PROMOCIÓN	Las acciones de promoción deben ser las siguientes: 1. Diseñar programas específicos para poblaciones indígenas, realizados por equipos de trabajo que incluyan profesionales y población indígena y cuenten con recursos económicos. 2. Promover la salud integral, garantizar el ejercicio del goce de derechos y lograr la comprensión específica intercultural. 3. Dinamizar los planes de cuidado de la salud mental, y facilitar el reconocimiento de la idea de que la comunidad es la principal responsable de coordinar y alinear sectores para mejorar la gobernanza de la salud. 4. Fortalecer a las familias como la principal fuente de bienestar, la optimización de recursos y el acceso y buen uso de los servicios de salud. 5. Dirigir acciones para resolver las necesidades de la población infantil, disminuir las brechas entre la capacidad del servicio, los recursos disponibles y el crecimiento saludable de los indígenas; por ello, se resalta que los espacios escolares son el lugar indicado para promover la salud mental, identificar riesgos y articular las acciones de atención integral con el sector salud.	18
ACCIONES SANITARIAS ESPECÍFICAS	Fortalecer el reconocimiento de la cultura indígena por parte del personal de salud a través de la formación de personal sanitario y comunitario en el manejo de las lenguas indígenas como parte de atención integral, y establecer redes de apoyo (comunidad, gobierno), además de reconocer los alcances de las prácticas y procesos sanitarios indígenas.	15

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática narrativa de las investigaciones y documentos institucionales generados en cinco continentes hace posible afirmar que en la década de 2011 a 2021, en lo concerniente al suicidio y el intento de quitarse la vida,

las comunidades indígenas afrontan una situación que debe ser vista como un problema mundial de salud pública que afecta a diversas personas, grupos sociales y culturas; además, es preciso subrayar que es urgente que el suicidio en indígenas se considere como una muestra de la actual dificultad social para dinamizar procesos protectores, de

inclusión y respeto, el goce efectivo de los derechos que actúan en pro del equilibrio y el buen vivir de todas las personas, sin distinción de raza o procedencia, tal como lo habían señalado el NAMI (2021) y el PNUD (2020).

Investigadores como Azuero *et al.* (2017), Lopez *et al.* (2019), Ramírez (2020) y Vargas *et al.* (2017), en sus estudios sobre la etiología del suicidio en el contexto indígena, confirman la dinámica multifactorial que ocurre entre las constantes acciones de defensa frente al medio hostil provocado por las sociedades capitalistas y las diversas posturas políticas que han afectado la conservación del ecosistema, lo que a su vez ha provocado un franco deterioro de las relaciones interpersonales y multiculturales. Dichos autores concluyen que los procesos de deculturación o muerte cultural generan tensión emocional, depresión, estrés, baja autoestima y pérdida de la identidad, factores que a su vez aumentan el riesgo suicida, en especial cuando las tribus resienten tanto barreras estructurales, desigualdad económica y falta de garantías para el respeto de sus derechos humanos.

De acuerdo con los datos reportados en los documentos revisados, los países que han efectuado el mayor número de acciones para registrar, comprender y abordar de manera preventiva la conducta suicida en la población indígena se ubican en América del Sur (Colombia y Brasil), seguidos de países situados en América del Norte (Estados Unidos y Canadá), tal como se ha reportado en diversos estudios hechos por entidades gubernamentales internacionales (OMS 2021; OPS, 2020; Kidds *et al.*, 2019; Ponte de Souza y Yammall Orellana, 2011) y nacionales (ICBF, 2020), los cuales señalan que el suicidio es un problema que afecta a diversas poblaciones indígenas y que su real alcance debe ser analizado a través de la instrumentación de estudios específicos de cada tribu.

Asimismo, se evidencia que aunque la producción científica respecto a la comprensión y prevención del suicidio en la población general ha sido importante en los últimos diez años, el conocimiento real de este importante problema entre la población indígena aún es limitado, ya que, por encima de la cuidadosa labor en tiempo y en recursos documentales sobre los que se hizo la pesquisa,

se halló una escasa cantidad de publicaciones en inglés y en español, situación que posiblemente se deba al subreporte de los casos de suicidio entre población aborígen, hallazgo que apunta en la misma dirección que lo encontrado por Montoya (2015) y Vargas *et al.* (2017).

Al parecer, la transformación cultural actual ha generado un importante cambio en las creencias y prácticas propias de las tribus, en las que sus miembros veían la muerte como un paso para aproximarse a sus dioses o como un medio para recuperar la dignidad (Ramírez, 2017), y no como una estrategia para evitar vivir en las condiciones extremas, poco dignas e inequitativas, condiciones propias de poblaciones machistas (Connel, 2005; Londoño y González, 2016; Londoño, Peñate y González, 2017; Snowdon, 2018; Waddel *et al.*, 2021), como es el caso de gran parte de quienes pertenecen a tribus de diversos países en el mundo (NAMI, 2021; PNUD, 2020).

Es preciso emprender acciones de prevención primaria específica para abordar el suicidio en comunidades indígenas con una mirada inclusiva y comprensiva, centrada en el desarrollo de capacidades individuales para servir de apoyo a los demás en el espacio comunitario con una participación equitativa (Cipamocha *et al.*, 2018), recomendaciones ya planteadas en las propuestas hechas por la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes (2019), Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile (2019), Ramírez (2020) y Waddell *et al.* (2021).

La labor centrada en la prevención no basta por sí misma, de modo que necesita ser complementada paralelamente con la generación y puesta en marcha por programas de promoción de la salud para ofrecer educación para la salud y brindar así oportunidades para adoptar estilos de vida saludable desde la infancia (Krall, 2016; OMS, 2021; OPS, 2020) sin ir por ello en contra de la expresión de la propia cultura. Cabe anotar que para Goodfellow *et al.* (2020) la promoción de la salud y buena parte de la prevención deben estar basadas en una verdadera coeducación dirigida a la población indígena en general y a los equipos sanitarios encargados de desarrollar dichas labores.

En la misma línea de análisis para identificar las acciones de salud pública, la de casos con alto

perfil de riesgo y su oportuna atención terapéutica, la problemática del suicidio en el contexto indígena ha sido abordada bajo los señalamientos que se presentan abajo, ya citadas anteriormente por Tizón (2016) y Gabilondo (2020) y confirmados por Adhikari *et al.* (2020):

- 1). Las acciones sanitarias han sido planteadas y llevadas a cabo desde un modelo asistencialista simple generalizador; no obstante, es preciso evaluar las necesidades específicas para evaluar el riesgo suicida de cada la población –en este caso la indígena–, con especial atención en las personas que manifiestan riesgo suicida asociado a problemas de salud mental, como depresión y ansiedad, o que ejecutan o son víctimas de conductas violentas (prevención selectiva). Sumada a las acciones de prevención universal, es necesaria la difusión suficiente y oportuna de las rutas generales de salud y de los servicios especializados de psicología y psiquiatría, necesidad subrayada por Nelson y Wilson (2017). Así, las acciones deben estar ligadas al propio concepto de enfermedad y a la atención centrada en el tratamiento, la estabilización o la recuperación de la salud física en los centros sanitarios, potenciadas por las estrategias de acción comunitaria preventiva y constructora en pro de la calidad de vida y el bienestar que tengan su base en esas culturas, aspecto que fue ratificado por Gómez, Rincón y Castro (2015).
- 2). Un número reducido de acciones preventivas del suicidio reconocen la dinámica multifactorial de las diversas condiciones personales, ambientales, sociales y principalmente culturales que afectan a la población indígena en buena parte del mundo (Wexler, 2016).

Cabe resaltar que las estrategias de intervención son notablemente diferentes porque en unas no se tiene en cuenta a la persona con una historia particular, inmersa en una cultura en la que los modelos de intervención se establecen a partir de conceptos de salud y enfermedad propios de las culturas dominantes, por lo que no tienen incidencia alguna en los pueblos indígenas, e incluso es posible afir-

mar que influyen en el incremento de suicidios debido al estigma cultural y a la escasa comprensión y respeto por la dignidad nativa, en especial en el caso de los hombres vistos culturalmente como fuertes y vigorosos (Oliffe *et al.*, 2020).

De acuerdo a la visión del ser humano que influye en su ambiente, basada en su cultura y en las herramientas necesarias para restablecer el equilibrio en su vida –mirada de la cual son ejemplo los pueblos indígenas que habitan en Estados Unidos, Australia, Canadá y Chile–, se han implementado estrategias de prevención del suicidio basadas en las necesidades y recursos de la comunidad que han posibilitado el diálogo intercultural en el que prima el saber indígena y el compromiso colectivo por el bienestar (Maple *et al.*, 2019; Wexler *et al.*, 2019); es quizá por ello que las intervenciones han dado resultados positivos pese a las limitaciones económicas, a ciertos determinantes sociales y a las barreras estructurales existentes.

Según esta perspectiva, el modelo de salud o la forma de gestionar el riesgo es una responsabilidad que compete a las mismas poblaciones indígenas, ya que, como señalan Vargas *et al.* (2017), es el pueblo el que debe ser llamado a ejercer el gobierno y el control sobre su territorio, a promover su bienestar y a desarrollar estrategias de prevención e intervención con un enfoque cultural de sus derechos con un claro modelo intersectorial e interdisciplinario para la atención integral de la salud.

Finalmente es preciso subrayar que tanto la mirada global de la salud como la perspectiva cultural específica han abordado el suicidio con importantes limitaciones derivadas de la insuficiente inversión económica actual para poner en marcha acciones sanitarias generales, y en especial las dirigidas específicamente a la población indígena, condición que se suma al hecho de que no existen sistemas de registro específico que permitan la vigilancia y el monitoreo adecuado del suicidio entre los nativos y que potencien la efectividad de las estrategias de prevención a partir de la capacitación de un número importante de los equipos de salud, prevención que hasta ahora no ha sido la apropiada para abordar las problemáticas de salud indígenas bajo un enfoque interdisciplinario.

Hoy no es posible de señalar una única conclusión; por el contrario, los hallazgos del presen-

te estudio indican que en el desarrollo de acciones efectivas dirigidas a la prevención del suicidio en poblaciones indígenas se debe realizar a la luz y la verdadera comprensión de tres aspectos:

- Existe una alta tendencia al suicidio en población indígena, cuyo incremento está asociado al choque cultural que debe afrontar cuando ocurren eventos que no respetan sus antiguas tradiciones, condición que puede llegar a generar una “muerte cultural” inaceptable si no se actúa de inmediato.
- Es preciso tener en cuenta que la oposición cultural surgió a partir de transformaciones en los estilos de vida causadas por la acelerada industrialización y la evolución concomitante de buena parte de grupos sociales en el mundo, el acrecentamiento de las actividades ilegales, el daño y la explotación de los recursos ambientales, el desplazamiento forzoso de grupos indígenas enteros originado por la modernización neoliberal, el afrontamiento de la pérdida injustificada de familiares, la replicación de conductas agresivas a través de los medios de comunicación, de las que las familias son espectadoras directas, y el creciente consumo abusivo de alcohol y de todo tipo de sustancias, señalados por Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez y Báez-Hernández (2017) y Yamall Orellana, Costa de Souza y Ponte de Souza (2019).
- Son, todas ellas, difíciles condiciones, que se suman al hecho de que las poblaciones indígenas son minorías marginadas en buena parte del mundo bajo las ideas de moderni-

zación, desarrollo y evolución, que incluso amenazan la conservación de la humanidad en el planeta.

Luego entonces, las futuras acciones deben estar centradas en una investigación-acción participativa real y directa de los pueblos indígenas que aporte elementos para la comprensión verdadera del suicidio, para así contribuir al planteamiento inclusivo de políticas sanitarias y de programas de prevención e intervención que respondan a las necesidades identificadas de los pueblos indígenas; de acciones basadas en el involucramiento y el respeto a sus tradiciones, creencias y saberes culturales respecto a la salud y el bienestar inclusivo. Además, es preciso llevar a cabo más estudios que permitan la comprensión de los eventos suicidas y orienten el desarrollo de intervenciones multiculturales efectivas para reducir el riesgo y los casos.

Finalmente, es preciso que los investigadores eviten explicar de manera automática el incremento en la tendencia suicida entre los indígenas como una expresión natural de sus creencias (como que la muerte es un paso a una vida mejor) tal como lo señalaron en su momento Martínez et al. (2018), ya que tales explicaciones tienden a ser confundidas con la urgencia de dejar de sentir y vivir con una percepción equívoca que limita los verdaderos avances de la adaptación cultural de las acciones sanitarias que han alcanzado un además notable nivel de efectividad, entre los que se encuentran muchos programas de prevención del suicidio y de promoción de la salud mental, y numerosos modelos de atención clínica.

Citación: Ramos C., S. y Londoño P., C. (2023). Aportes a la comprensión y prevención del suicidio en población indígena: una revisión sistemática narrativa. *Psicología y Salud*, 33(1), 109-117. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2777>.

REFERENCIAS

- Adhikari, K., Metcalfe, A., Bullocha, A., Williamsa, J. y Pattena, S. (2020). Mental disorders and subsequent suicide events in a representative community population. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 456-462. Doi: 10.1016/j.jad.2020.08.053.
- Azuero, A., Arreaza, K.D., Coriat, J., Tassinari, S.F.A., Castañeda, C.C. y Rosselli, D. (2017). Suicidio en la población indígena latinoamericana: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 237-242. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.12.002.

- Brown, K., Toombs, M., Nasir, B., Kisely, S., Ranmuthugala, G., Brennan, O.S., Nicholson, G., Gill, N., Hayman, N., Kondalsamy Chennakesavan, S. y Hidesa, L. (2020). How can mobile applications support suicide prevention gatekeepers in Australian indigenous communities? *Journal of Social Science & Medicine*, 258. Doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113015.
- Burack, J., Gurr, E., Stubbart, E. y Weva, V. (2019). Personality development among indigenous youth in Canada: Weaving together universal and community-specific perspectives. *Journal of New Ideas in Psychology*, 53, 67-74. Doi: 10.1016/j.newideapsych.2018.04.002.
- Cipamocha, N.D., García, B.E., Rojas, H.A. y Santillana, M.M. (2018). *Redes de apoyo social como herramientas para disminuir la conducta suicida en niños y jóvenes del resguardo indígena ticuna, San Sebastián*. Tesis de pregrado. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia. Recuperado de <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/4952/00005125.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Corte Constitucional de la República de Colombia (2009). *Auto 004*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/TO2504/AUTOS%202009/111.%20Auto%20del%2026012009.%20Auto%20004.%20Indigenas.pdf>.
- Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes (2019). *Atención primaria en salud como una iniciativa para el abordaje del suicidio en comunidades indígenas de Vaupés 2019-2022*. Bogotá: Universidad de los Andes (Colombia). Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=aps-como-iniciativa-suicidio-comunidades-indigenas-de-vaupes-colombia&Itemid=270&lang=en.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso*. Buenos Aires: UNICEF.
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SES-PAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(s1), 27-33.
- Gobernación del Vaupés (2016). *Registros estudio de campo casos suicidios /oficina salud mental periodo 2013- 2015. Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019*. Mitú (Colombia). Recuperado de <https://repositoriocdim.esap.edu.co/handle/123456789/472>.
- Gómez R., C., Rincón, C. y Castro D., S. (2017). Prevalence of risky eating behaviors and associated factors in indigenous population in Colombia. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 113-122.
- Gómez R., C., Rincón, C. y Urrego M., Z. (2015). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 14(1), 119-126. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.09.005.
- Goodfellow, B., Kølves, K., Selefen, A., Massain, T., Amadéo, S. y De Leo, D. (2020). The WHO/START study in New Caledonia: A psychological autopsy case series. *Journal of Affective Disorders*, 262(1), 366-372.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2020). *Prevención del suicidio en población indígena*. Bogotá: Autor. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf.
- Iron, C.E. (2016). A Lakota cultural community perspective on youth suicide from the Pine Ridge Reservation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(105). Doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.436.
- Kidd, S.A., Thistle, J., Beaulieu, T., O'Grady, B. y Gaetz, S., (2019). A national study of Indigenous youth homelessness in Canada. *Journal of Public Health*, 176, 163-171.
- Krall, M. (2016). Indigenized suicide prevention among intuit in the Canadian arctic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(105). Doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.437.
- Londoño, C. y González R., M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.13.
- Londoño, C., Peñate C., W. y González R., M. (2017). Síntomas de depresión en hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh.
- Lopez, C.V., McCalman, J., Benveniste, T., Askew, D., Spurling, G., Langham, E. y Bainbridge R. (2019). Working together to improve the mental health of indigenous children: A systematic review. *Journal of Children and Youth Services Review*, 104. Doi: 10.1016/j.childyouth.2019.104408.
- Maple, M., Sanford, R., Pirkis, J., Reavley, N. y Nicholas, A. (2019). Exposure to suicide in Australia: A representative random digit dial study. *Journal of Affective Disorders*, 259(1), 221-227. Doi: 10.1016/j.jad.2019.08.050.
- Martínez S., P., Dallos A., M., Prada, A., Rodríguez, V., Hammen, M. y Mendoza G., N. (2018). Un modelo explicativo de la conducta suicida de los pueblos indígenas del departamento del Vaupés. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49, 170-177. Doi: 10.1016/j.rcp.2018.07.005.
- Montoya, B. (2017). *Comportamiento suicida: violencia autoinflingida*. Medellín (Colombia): Centro de Referencia Regional Sobre Violencia de Medellín e Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>.
- National Alliance of Mental Illness (2021). *Suicide prevention in indigenous communities*. Arlington, VA: NAMI.

- Nava N., V., Onofre R., D. y Báez H., F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 162-169.
- Nelson, S. y Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Journal of Social Science & Medicine*, 176, 93-112. Doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.021.
- Oliffe, J., Broom, A., Rossnagela, E., Kellya, M., Affleck, W. y Rice, S. (2020). Help-seeking prior to male suicide: Bereaved men perspectives. *Journal of Social Science & Medicine*, 261, 113173. Doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113173.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicidio*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Prevención del suicidio*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
- Ponte S., M. y Yammall O., J. (2011). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 34-37. Doi: 10.1590/S1516-44462012000100007.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2020). *Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19*. Nueva York: OPS. Recuperado de <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/impacto-y-situacion-de-la-poblacion-indigena-latinoamericana-ant.html>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021). *Diez cosas que debemos saber sobre los pueblos indígenas*. Nueva York: PNUD. Recuperado de <https://stories.undp.org/6a4d6e74102cfee446350e2750526acf#!>
- Ramírez C., M. (2017). Maldad, brujería y pérdida de voluntad relacionada al suicidio entre los mayas de Yucatán. *Ra Ximhai*, 13(1), 35-48.
- Ramírez C., M. (2020). De violencia y estereotipos: visiones en torno a la muerte suicida en poblaciones mayas yucatecas. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 60, 79-109.
- Snowdon, J. (2018). Differences between patterns of suicide in East Asia and the West. The importance of sociocultural factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 106-111. Doi: 10.1016/j.ajp.2018.08.019.
- Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares*. Santiago de Chile: Programa Nacional de Prevención del Suicidio 2019. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>.
- Tizón, J. (2016). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(2), 61-76. Doi: 10.1016/j.fmc.2015.05.010.
- Vargas E., A., Villamizar G., J., Puerto L., J., Rojas V., M., Ramírez M., O. y Urrego M., Z. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. *Revista Facultad de Medicina*, 65(1), 129-35. <http://dx.doi.org/10.15446/rev-facmed.v65n1.54928>.
- Waddell, C.M., Jager, M.D., Gobeil, J., Tacan, F., Herron, R.V., Allan, J.A. y Roger, K. (2021). Healing journeys: Indigenous men's reflections on resources and barriers to mental wellness. *Journal Social Science & Medicine*, 270, 113696. Doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113696.
- Wexler, L. (2016). An empowering and practical approach to indigenous suicide prevention: preliminary findings from promoting community conversations to end suicide in rural Alaska. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(105). Doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.439.
- Wexler, L., Rataj, S., Ivanich, J., Plavin, J., Mullany, A., Motod, R. y Dombrowskig, K., (2019). Community mobilization for rural suicide prevention: Process, learning and behavioral outcomes from Promoting Community Conversations About Research to End Suicide (PC CARES) in Northwest Alaska. *Journal of Social Science & Medicine*, 232, 398-407. Doi: 10.1016/j.socscimed.2019.05.028.
- Yamall O., J., Costa S., C. y Ponte S., M. (2019). Hidden suicides of the indigenous people of the Brazilian Amazon: gender, alcohol, and familial clustering. *Revista Colombiana de Psicología*, 48(3), 133-139. Doi: 10.1016/j.rcp.2017.12.001.
- Yu, L.Ch., Yueh, H.Ch., Gunnell, D., Yeh, Ch., Y. y Sen Chang, S. (2019). Spatial patterning, correlates, and inequality in suicide across 432 neighborhoods in Taipei City, Taiwan. *Journal of Social Science & Medicine*, 222, 20-34. Doi: 10.1016/j.socscimed.2018.12.011.

Factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia)

Vulnerability factors associated to the perception of social loneliness in older adults from the department of Quindío (Colombia)

Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbeláez Caro, Andrés Ahumada Trejos, Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín y Julián Andrés Velasco Gómez

Universidad de San Buenaventura Medellín¹

Autor para correspondencia: Juan Gonzales Portillo, juancgp9@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción. El objetivo de la presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, con alcance correlacional de temporalidad transversal, fue describir los factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en un grupo de adultos mayores. *Método.* La población de participantes fueron los adultos mayores atendidos en diferentes instituciones de apoyo al adulto mayor del departamento del Quindío (Colombia), y la muestra fue elegida mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. *Instrumentos.* Ficha de caracterización, Examen Cognoscitivo Mini-Mental, Escala de Soledad Social y Cuestionario Breve de Calidad de Vida. *Resultados.* Se halló una relación inversa entre la soledad social o percepción de soledad social con las dimensiones que componen la calidad de vida en los adultos mayores, principalmente en la habilidad funcional y la educación. No se encontraron diferencias entre los grupos de estudio. *Discusión.* Los factores de aislamiento y de pérdida de integración social afectan directamente la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: Calidad de Vida; Vejez; Soledad; Vulnerabilidad social; Psicología.

ABSTRACT

Objective. This quantitative, descriptive, and correlational cross-sectional study aimed to describe the vulnerability factors associated with the perception of social loneliness in a group of older adults. *Method.* Participants: The population consisted of older adults from different support institutions for older adults in the department of Quindío (Colombia). Participants were selected through non-probabilistic purposive sampling. *Instruments.* Participants responded to a characterization form, the Mini-Mental Status Examination, the Social Loneliness Scale (ESTE II), and the Brief Quality of Life Questionnaire (CUBRECAVI). *Results.* Among the main findings, there is an inverse relationship between social loneliness or perceived social loneliness and the dimensions that make up quality of life in older adults, mainly in functional ability and education. There were no

¹ Extensión Armenia, Barrio Sesenta Casas, Cra. 23 D #4-07, Armenia, Quindío, Colombia.



differences among the study groups. Discussion. Results suggest that the factors of isolation and loss of social integration directly affect the quality of life of older adults.

Key words: Quality of life; Old age; Loneliness; Social vulnerability; Psychology.

Recibido: 23/02/2021.

Aceptado: 22/06/2021.

El envejecimiento es, *per se*, uno de los tópicos más amplios de estudio y análisis de las ciencias humanas modernas, no solo por su connotación biológica y psicológica, sino también por sus repercusiones económicas y culturales. Por tal razón, el propio término es polisémico; no es lo mismo envejecer que conceputar la etapa de la adultez mayor; sin embargo, para los fines de este ejercicio de investigación se ahondará en cómo se construye la vulnerabilidad en las personas que se encuentran en la etapa o ciclo biológico de la ancianidad, dada la percepción de soledad social y familiar que ellos mismos describen. Por consiguiente, es preciso abordar en primer lugar el concepto de *adultez mayor*, lo que puede servir de base para entender, a partir de la evidencia disponible, cómo se construye la vulnerabilidad como consecuencia de la soledad, la cual puede traducirse como una sensación de abandono de tipo psicológico.

El envejecimiento es un proceso natural caracterizado por el ocaso de las funciones vitales (Alvarado y Salazar, 2014), declive que, no obstante, comienza al momento mismo del parto, por lo que no es posible afirmar que solamente en la última parte del ciclo vital “envejece” la persona y, con ello, se deterioran sus procesos biológicos y psicológicos. Es así como, junto con las demás etapas del ciclo vital, el inicio de la ancianidad es un axioma en el que confluyen tanto las ciencias sociales como las biológicas y psicológicas. En 1989, la Organización Mundial de la Salud decretó que el anciano es una persona con una edad que supera los 60 años (*cf.* Hernández, 2014). Es en esta edad cuando se supone que comienza el últi-

mo periodo vital del sujeto humano. Pareciera, entonces, que el propio cuerpo y sus procesos sufren lo que se podría considerar como “fecha de vencimiento”. Un proceso que ilustra adecuadamente esta idea es el de la *apoptosis*, mediante el cual el cuerpo programa su propio declive. La cuestión es que, en la edad “avanzada”, la apoptosis, sumada a los factores patógenos y psicógenos, funge como un factor de riesgo para las personas que comienzan el estado natural de la vejez. Autores como García (2003) consideran la vejez como un “rompecabezas” ya que es un inquietante y siempre novedoso campo de investigación.

El funcionamiento biológico del cuerpo se somete en todo su crecimiento y desarrollo, así como a su mengua a ciertos factores filo y ontogénicos; estos dos elementos se expresan en la edad adulta como el resultado de una danza que ha atravesado todas las etapas vitales, e incluso –y que hasta ahora parece ser la más singular– la etapa de gestación (García, 2003). Es por tal razón que las personas no envejecen igual, y aunque se intente proponer una teoría unificada de la vejez, esta se someterá siempre a su falsación por medio de la evidencia que proveen las diferentes culturas y sociedades humanas. Tal fue el caso de uno de los padres de la neurociencia moderna, Santiago Ramón y Cajal (1934), quien, junto a otros pensadores, consideraron posible construir teorías universales sobre el fenómeno del envejecimiento.

Es por ello natural que las reflexiones antropológicas, sociológicas y económicas ofrezcan para las ciencias biológicas y psicológicas un marco de referencia sobre cómo entender la ancianidad según sus formas sociales y culturales. Vera (2011), a partir de una perspectiva antropológica, entendió que la ancianidad es muy diferente en Occidente y en Oriente. Según este autor, “Occidente teme profundamente el envejecimiento, pues se trata de una etapa que va acompañada de un desvanecimiento de la presencia socialmente valorada de los cuerpos jóvenes [de] su potencial productivo” (p. 23). Así, se puede inferir la realidad económica del anciano, pues en su desarrollo social el Occidente ha elucubrado un tipo de ontología o de representación social que considera a las personas “valiosas” según su capacidad de

producción; en otros términos, una persona lo es en tanto pueda producir: tener hijos o pareja, trabajar, tener una profesión u oficio, entre otros.

Gracias a estas consideraciones, las ciencias biológicas, al igual que las ciencias humanas y sociales, han elaborado definiciones precisas de la ancianidad (Rodríguez, 2018), a tenor de tres dimensiones: lo cronológico, lo funcional y lo referente al ciclo vital; además de estas, se precisa comprender las dimensiones social, psicológica y biológica, siendo estos aspectos fundamentales porque resumen al sujeto, y también porque están en constante correspondencia; a este último aspecto es a lo que apunta la visión biopsicosocial del concepto de salud y de bienestar en el paradigma moderno, y es una consecuencia del paradigma de atención integral y humanista para la asistencia de las disciplinas asociadas a la salud física y mental. Colombia ha hecho una apuesta por este paradigma al proponer un modelo de salud en beneficio de los aspectos biológicos, sociales y psicológicos del anciano (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018).

Es importante decir que si bien el envejecimiento no tiene las mismas características en todas las latitudes del globo ni en todas las épocas, lugares y culturas, es posible señalar que hay dos formas de envejecer, conceptualizadas por Rowe y Kahn (1987): un envejecer inusual y otro normativo; este último se bifurca a su vez entre el “exitoso” y otro al que se podría denominar “esperado”, implicando el primero de ellos la caducidad biológica, mientras que el segundo es el envejecimiento en el que intervienen los factores sociales y que depende de la calidad de vida y del contexto social, cultural y económico.

Así, lo biológico marca el sentido y dirección de la decadencia de las funciones corporales y psicológicas, pero las relaciones que el sujeto establece con su medio social, familiar y cultural marcarán el ritmo del tal desplome de la funcionalidad. En cuanto a los procesos psicológicos generales del anciano, esa caída puede observarse específicamente en la alteración del funcionamiento ejecutivo, conjunto de procesos que se ve afectado principalmente en la ancianidad; de este modo, la flexibilidad, la inhibición y la memoria son las más perjudicadas, las cuales a su vez afectan pro-

cesos más generales, como la toma de decisiones, los nuevos aprendizajes o la pérdida del sentido y orientación, entre otros (Binotti, Spina, De la Barrera y Donolo, 2009).

En efecto, hasta este punto ha quedado establecido que la etapa o parte del ciclo vital de la ancianidad o vejez está marcada por el declive de las funciones biológicas, psicológicas y sociales en lo que se denomina envejecimiento normal y esperado; sin embargo, hay otras formas de describir la vejez en término de la calidad o bienestar de vida: productivo, positivo, activo o competente (Martínez, González, Castellón y González, 2018). En este sentido, hay personas que envejecen de modos óptimos o más positivos que otras; además, muchas son aún tan competentes como lo fueron en otras etapas de su ciclo vital. Algunas teorías explican lo anterior como una selección de campos óptimos, esto es, que las personas seleccionan el rol en el que funcionalmente se desenvuelven de una manera adecuada, a lo que se conoce como la teoría de selección, optimización y compensación.

El estado de envejecimiento óptimo o positivo se ha relacionado en diversos trabajos a la capacidad de producción, es decir, a la aptitud que tenga el anciano de desarrollar un rol en su medio social, familiar y cultural a pesar de su edad; sin embargo, tal forma de envejecer se podría reducir en muchos casos debido a la dependencia de familiares por la pérdida de diversas capacidades físicas y cognitivas; por tal motivo, un concepto de envejecimiento positivo debe abordar no solamente la continuidad del rol de la persona en edad avanzada, sino de la adaptación a su nuevo rol vital.

Así pues, de considerarse el envejecimiento positivo como una capacidad de adaptación, se debe implicar también a los factores familiares, sociales y económicos que inciden directamente en el anciano, en particular sobre dos elementos: la calidad de vida y, en ella, el nivel de; este último es un elemento que acompaña el ajuste normativo a cada una de las etapas del ciclo vital, y en la vejez no escapa la persona de sufrir elevados niveles de estrés, aunque en dicha etapa asume otras connotaciones.

Líneas atrás se ha afirmado que existe una correspondencia entre los elementos subjetivos, biológicos y psicológicos del sujeto y los compo-

nentes del medio, o relacionales, como la sociedad, la familia y la cultura. El estrés es uno de los factores negativos que se generan cuando dicha correspondencia no se establece adecuadamente por diferentes motivos, sobre todo por no tener niveles adecuados de calidad de vida, la cual posee dos elementos: el componente físico y la percepción individual y social. El primero refiere, por lo general, a la capacidad de acceder a los mínimos vitales, como alimentación, servicios básicos, servicios sociales, actividades recreativas, educación, vivienda y otros elementos que hagan posible el desarrollo de la personalidad; entre estos también se pueden considerar los componentes intangibles, como familia, cultura, economía, lenguaje y, en resumen, las relaciones con personas y con el medio. El segundo elemento, refiere a la percepción que la persona y su entorno social tienen de los componentes físicos e intangibles antes citados.

El distrés deteriora la calidad de vida de las personas. En investigaciones actuales se ha determinado que la vulnerabilidad al estrés se asocia con los niveles de calidad de vida familiar (Chaves y Orozco, 2015; Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013; Maitta, Cedeño y Escobar, 2018). Una explicación plausible es que la calidad en las relaciones familiares y sociales funge como factores de riesgo o de protección ante la vulnerabilidad, o la que podría ser su contrario: la resiliencia. La vulnerabilidad no es más que el grado de exposición que una persona tenga ante una situación negativa y que esta deje una marca en ella. El estrés y la percepción negativa ante los factores de calidad de vida son los elementos que componen los grados de una vulnerabilidad que se puede denominar “psicológica”, para diferenciarla de otros tipos en otros campos de la psicología. En otras palabras, la vulnerabilidad psicológica es la percepción que tiene el sujeto de no poder controlar sus respuestas cognitivas, conductuales y emocionales ante una situación que considera extrema (Gallagher, Bentley y Barlow, 2014); por tanto, se puede tener en cuenta como una característica de personalidad, en tanto hace uso de la historia vital del sujeto, de sus relaciones interpersonales y de los estilos de afrontamiento de los que es capaz para afrontar determinada situación. Para Lazarus y Folkman (1986), la vulnerabilidad

psicológica hace referencia al uso de herramientas construidas por medio de aprendizajes significativos que moldean los aspectos estructurales de la persona, y también de las maneras en cómo afronta determinada situación y en cómo una determinada respuesta se convierte en un estilo (*cf.* Lazarus, 1966).

Las investigaciones sobre la relación de familia y vejez han demostrado que la aquella afecta directamente la calidad de vida del anciano y, además, la manera en que elabora nuevas formas de afrontamiento negativo ante el estrés y otros factores de riesgo, que construyen, en suma, un estado de vulnerabilidad que afecta a su vez el envejecimiento activo y positivo, tornándolo en uno más negativo que hace posible la aparición y aceleración del envejecimiento normativo (Gómez y Segura, 2002; Rodríguez, 2007; Valdez y Álvarez, 2017).

En la literatura científica, el elemento que se observa más afectado por el grado de vulnerabilidad psicológica resulta ser el dominio cognitivo, dado que el estrés y otros factores de riesgo apresuran, como se ha dicho antes, el funcionamiento ejecutivo y el declive normativo al alterar la química cerebral y los procesos básicos de las funciones ejecutivas (Camargo y Laguado, 2016; Hernández, Pedraza y Castillo, 2008; Latorre y Montañés, 1997).

Elaborar una explicación de la incidencia de los factores ambientales y relaciones sobre el bienestar o el malestar psicológico de las personas adultas resulta ser un amplio campo de estudio, principalmente para la psicología. Su enfoque diferencial está marcado por la relevancia de los procesos psicológicos individuales y su repercusión en el bienestar del sujeto. Por tal motivo, es pertinente el presente estudio, en tanto que se orienta a comprender cómo afecta la vulnerabilidad psicológica la percepción de soledad social en un grupo de ancianos.

En Colombia, el tema cobra aún más importancia si se tienen en cuenta los datos sociodemográficos y el interés que el Estado tiene en brindar una adecuada atención a los adultos mayores. En términos legales, en este país el anciano es una persona mayor de 60 años con igual peso ante la ley, en el que se privilegia su dignidad y se le hace

sujeto de derecho. Sobre la vejez, el Estado estipula que esta representa: “una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano [y] constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018, § 4). Es esta una cuestión relevante en los últimos años no solo para la ley y el gobierno en general, sino también para la academia, dado que, según lo indican las cifras de la población en todo el mundo y en Colombia, los ancianos ocupan cada vez un mayor espacio en la población general, por lo que se hace necesario establecer mejores canales para su atención integral.

Según el último censo, realizado en Colombia en el año 2018, el grupo etario conformado por personas de 60 años en adelante representaba 64.1% de toda la población ese año. El crecimiento de la estadística en edades que superan los 60 años es una constante: en 1964 era de 48.4%, para 1973 era de 50.8% y en el año 2005 era de 60.3%, lo que puede justificar la apreciación de que el índice poblacional de personas en edad anciana crezca cada vez más a un ritmo acelerado. De hecho, el registro de envejecimiento en 2018 fue de 60 puntos (Departamento Administrativo de Estadística Nacional, 2019).

Respecto a la dependencia económica de este estrato poblacional, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013) preveía que las personas de más de 60 años corresponderían a 17.8% de la tasa de dependencia en 2015 y de 20.4% en 2020. Tales números son estadísticamente relevantes acerca del comportamiento de la vejez en el país. Por su lado, la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), efectuada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), concluyó que cerca de 30% de los adultos mayores vivían en situación de abandono, 55% se había vinculado a actividades sociales y 80% era dependiente en alguna actividad diaria. Hay reporte de depresión en 41% de las personas de más de 60 años, pero curiosamente el indicador disminuye a medida que se tiene más edad y se cuenta con recursos económicos. Casualmente, se halla también una menor tendencia a realizar

actividades religiosas y a denominarse como una persona creyente cuando se tienen más recursos económicos. Este último es un campo de investigación de gran interés en virtud de que la religiosidad en el anciano ha mostrado ser una forma de paliar el efecto de la percepción de soledad social (Baiza, 2015).

En este orden de ideas, la presente investigación indaga en aquellos aspectos que deterioran la calidad de vida en las personas, principalmente en los ancianos mayores en quienes se ha detectado previamente la persistencia de percepción de soledad social debida al abandono físico, afectación traducida como un malestar subjetivo que malogra la calidad de vida en este grupo de personas. Por este motivo, se describen los factores de vulnerabilidad asociada a la percepción de soledad social en un grupo de adultos mayores del departamento del Quindío (Colombia).

MÉTODO

Población y muestra

La población elegida para la investigación fueron 99 adultos mayores que superaban los 65 años, quienes eran atendidos por diferentes instituciones de apoyo a la tercera edad del departamento del Quindío, siendo este el criterio principal para la participación, además de la firma de una carta de consentimiento informado. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo de carácter no probabilístico de tipo intencional, mismo que se llevó a cabo en una institución de reposo para adultos mayores de carácter público, en la que parte de la población residente no contaba con vínculos familiares. El criterio de exclusión principal fue no sufrir un deterioro cognitivo severo.

Consideraciones éticas

La presente investigación contó con el aval del Comité de Investigaciones y Bioética de la Universidad de San Buenaventura de la ciudad de Medellín, y además se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones dispuestas en la reglamentación colombiana y consideradas en la Ley 1090 de 2016, especifica-

mente en su capítulo VII. Se informó a los participantes sobre las consideraciones éticas de secrecía y buen manejo de la información, su derecho a no participar, a la información, al acompañamiento y el respeto por su intimidad. Al concluir el estudio, se informaron los resultados a quienes estuviesen interesados.

Instrumentos

Mini-Mental State Exam (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

Adaptado por Lobo *et al.* (1995), es un cuestionario que consta de 13 reactivos con los que se mide el estado mental en un momento dado en las dimensiones de orientación visoespacial, tiempo, memoria, lenguaje, atención y concentración. Cuenta con una consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach (α) que oscila entre .82 y .84. Para la calificación del instrumento se emplean las siguientes escalas: Daño cognitivo severo (0-10), daño cognitivo moderado (11-20), daño cognitivo medio (21-26) y normal (27-35).

Escala de Soledad Social, Versión II (ESTE II) (Pinel, Rubio y Rubio, 2009).

Este instrumento consta de 15 ítems, los cuales miden tres factores: percepción de apoyo social, uso de nuevas tecnologías e índice de participación social subjetiva, con α de .72. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos, y se obtiene mediante la suma de la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Para la calificación del instrumento se toman los siguientes niveles: bajo (0-10 puntos), medio (11-20) y alto (21-30).

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Fernández y Zamarrón, 1996).

Está compuesto por 21 subescalas agrupadas en las siguientes nueve dimensiones: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios sociales y sanitarios. El cuestionario permite medir la calidad de vida de los adultos mayores por medio del promedio obtenido en cada subescala, para de esta forma llegar a un

puntaje global mediante el cual se ubica al adulto mayor en las categorías de bajo, medio o alto.

El cuarto instrumento fue una ficha de caracterización que tuvo por objeto indagar sobre la situación sociofamiliar, y asimismo obtener información sobre su vinculación a las instituciones donde actualmente se hallaban los participantes.

Procedimiento

Se eligieron diferentes centros de protección y centros de vida para adultos mayores del citado departamento y se obtuvieron las cartas necesarias para la autorización del trabajo de campo. En un segundo momento se elaboró una ficha de caracterización, misma que permitió recolectar los datos de identificación sociodemográfica de cada participante con la finalidad de elegir la muestra. Se seleccionaron los instrumentos de evaluación para medir calidad de vida, soledad social y deterioro cognitivo. Luego, se envió el consentimiento informado al comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura en Medellín para, con su aval, iniciar el estudio, para lo cual se aplicaron las pruebas anteriormente mencionadas a lo largo de diez efectuadas durante tres meses. Cada sesión tuvo una duración promedio de ocho horas en cada institución. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for Social Sciences, versión 23. Se utilizó estadística no paramétrica para el análisis de varianza (Kruskal-Wallis), y para obtener correlaciones se emplearon los coeficientes de correlación de rango Tau de Kendall y Rho de Spearman.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 99 adultos mayores, de los cuales 77.8% fueron varones; la edad de los participantes osciló entre 60 y 97 años, con un promedio de 74 años. El estrato socioeconómico de la población fue de un punto, correspondiente a un nivel socioeconómico bajo, caracterizado por un acceso escaso a servicios básicos y

de salud. En su mayoría (57.6%), los participantes tenían un promedio de un hijo, aunque el máximo de hijos fue de ocho. Respecto al estado civil de la muestra, 44.4% eran solteros, 21.2% separados, 16.2% viudos, 15.2% casados y 3% en unión libre. En la muestra, 63.6% dependía económicamente de subsidios del Estado, seguido de quienes dependían de su familia o de una pensión, con 13.1%, respectivamente; 6% dependía de otras fuentes y el restante 4% manifestó no depender de nadie. Los adultos mayores objeto de esta investigación eran en su mayoría desempleados (53.5%), seguidos por los pensionados (20.2%), personas sin ocupación (23.2%) y empleados (3%). En cuanto a su estado de salud, 43.4% afirmó no tener ninguna enfermedad, y el porcentaje restante se distribuyó entre quienes padecían alguna enfermedad física (34.3%), visual (13.1%), física y visual (8%) y cognitiva (1%).

Respecto a su vinculación con las entidades de ayuda o apoyo al adulto mayor, 67.7% de los participantes se caracterizaron como pacientes externos y el resto como pacientes internos. Son pacientes externos los que en su mayoría viven en casa arrendada (48.5%) o en casa propia (18.2%). Se observó como dato interesante que 64.6% de

los participantes vivían solos. El tiempo de vinculación a las diferentes fundaciones de apoyo fue en promedio de 28 meses, siendo el mínimo de un mes y el máximo de 216 meses, lo que corresponde a 18 años.

Variables de estudio

La primera medida de análisis, y que sirvió además para determinar uno de los criterios de exclusión de la muestra, fue el examen del estado mental, gracias al cual se pudo constatar que el 82.8% de la muestra exhibía un funcionamiento normal, en tanto que el restante 17.2% sufría un deterioro cognitivo medio.

Los resultados de la Escala de Soledad Social indicaron que los adultos mayores de la muestra padecían en promedio una soledad social media (82.8%) y el resto un nivel bajo; no obstante, hubo 3% de casos con soledad social alta. Por otro lado, en los del CUBRECAVI se observó que 7.1% de personas tenía una alta calidad de vida, 91.9% una calidad media y solo un caso una calidad de vida baja, correspondiente a 1% de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1. Soledad social y calidad de vida.

		Puntuación de soledad social					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Puntuación CUBRECAVI total recodificado	Bajo	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	Medio	12	13.2	77	84.6	2	2.2
	Alto	2	28.6	5	71.4	0	0.0

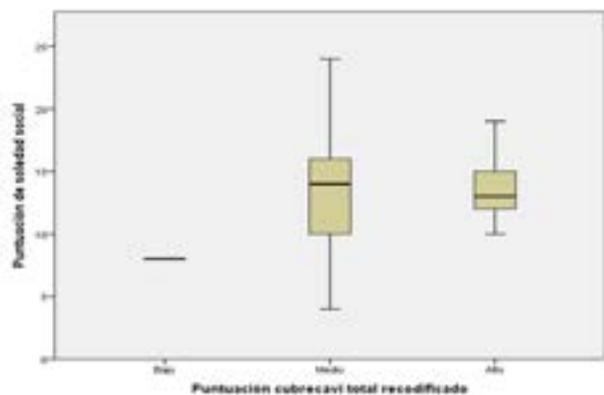
La Tabla 1 muestra que hubo una tendencia en las variables, ya que la puntuación de calidad de vida más baja se encuentra en la puntuación alta de la soledad social, la que sin embargo debe ser confirmada. En este caso, dada la naturaleza de las variables, se usó el estadístico Kruskal-Wallis para evidenciar la diferencia entre los grupos, hallándose que no había diferencias significativas entre las variables de calidad de vida y soledad social y las variables sociodemográficas, lo que significa que entre los subgrupos creados de forma natural dadas las categorías de las variables cualitativas

hubo una distribución equitativa sin elementos a considerar. En la Figura 1 se muestra una relación de la distribución de las medidas de tendencia central de las variables estudiadas.

En la figura se aprecia que la puntuación del grupo de calidad de vida media tiene simetría en las medidas de tendencia central, no así en las dos restantes; en el caso de la baja calidad de vida, las puntuaciones mínimas hacen que no se observen más datos de la misma, por otro lado, la tendencia de la puntuación alta de calidad de vida tiene un mayor índice o tendencia a soledad social alta. El

grupo de mayor variabilidad es el de calidad de vida media, siendo más homogéneo el de calidad de vida alta.

Figura 1. Medidas de tendencia central entre la soledad social y la calidad de vida.



Dadas las características de las variables analizadas, se optó para el análisis de correlación el estadístico

Tau B de Kendall, obteniendo una correspondencia baja inversamente proporcional entre los resultados generales del CUBRECAVI y de la Escala de Soledad Social (Tau: -1.99 ; $p: 0.4 < 0.05$). En un análisis más amplio sobre la relación se encontró que solamente la habilidad funcional se correlacionó con el índice de calidad de vida, si bien el paralelismo fue directo (Rho: $-.198$; $p: .05 \leq .05$), significa que entre menor es habilidad funcional, menor es el grado de calidad de vida.

Acerca de las correlaciones de las variables sociodemográficas recopiladas en la ficha de caracterización con el índice de soledad social, se encontró que el estado civil y la ocupación influyen, el primero, con una correlación positiva baja (Rho: $.25$; $p: .01 < .05$) y la segunda con una correlación negativa también baja (Rho: $-.20$; $p: .04 < .05$). En la Tabla 2 se exponen las correlaciones más importantes entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 2. Correlación de variables sociodemográficas y dimensiones del CUBRECAVI.

VARIABLES	Actividad y ocio		Calidad ambiental		Educación		Ingresos		Servicios		Calidad de vida	
	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P
Edad	.064	.531	-.073	.471	-.016	.876	.030	.771	-.237	.018	-.119	.241
Género	-.101	.322	-.155	.124	.207	.040	.096	.343	.171	.090	-.025	.804
Paciente	.264	.008	-.233	.020	-.338	.001	-.334	.001	-.577	.000	-.238	.017
Vivienda	-.263	.009	.158	.119	.372	.000	.290	.004	.461	.000	.219	.029
Convivencia	.228	.023	-.099	.329	-.258	.010	-.171	.092	-.301	.002	-.088	.388
Hijos	-.051	.616	.054	.593	-.203	.044	-.013	.897	.147	.146	-.260	.009
Ocupación	.154	.127	-.075	.459	-.217	.031	-.058	.569	-.227	.024	.131	.197
Dependencia económica	.074	.469	-.063	.536	-.286	.004	-.169	.094	-.196	.052	-.125	.217
Fundación	.113	.267	-.195	.053	-.011	.916	.021	.834	-.016	.875	-.132	.194

Se desprende de la tabla anterior que hay una correlación negativa baja entre la edad y los servicios: a menor edad, mayor índice de servicios. Por su parte, el sexo se relaciona de manera positiva baja con la educación. El tipo de paciente es la variable que más influye en las correlaciones; se halló una relación positiva baja entre el tipo de paciente y la actividad y ocio, se observa además relaciones negativas bajas entre el tipo de paciente y calidad ambiental, educación, ingresos y calidad de vida; dicha variable muestra una correlación

moderada negativa con la variable de servicios. El tipo de vivienda influye de manera inversa en la actividad y el ocio, no así la educación, los ingresos y la calidad de vida en general. La correlación más alta, positiva y moderada del tipo de vivienda fue con servicios. Hubo una correlación positiva baja entre la variable de personas con quienes se vivía y la actividad y ocio, así como una correlación negativa baja entre educación y servicios. El que se tuvieran hijos o no se relacionó de manera negativa baja con educación, y también con el re-

sultado global de calidad de vida. De igual forma la ocupación se relacionó de manera baja y negativa con educación y con servicios, exactamente las dos relaciones que se aprecian en el ítem de dependencia. Por último, se encontró una relación negativa baja con el índice de calidad ambiental y el tiempo de permanencia en la fundación.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue indagar en aquellas condiciones de vulnerabilidad asociadas a la percepción de soledad social que afectan la calidad de vida de los adultos mayores en el departamento colombiano del Quindío. La soledad social fue medida según una escala multidimensional, en tanto que las condiciones de vulnerabilidad fueron evidenciadas por medio del Cuestionario de Calidad de Vida y de la ficha sociodemográfica. A continuación, un análisis de los principales hallazgos, recomendaciones y limitaciones del trabajo.

El estudio aquí propuesto confirma la utilidad de definir el concepto de *soledad*, ya que, tal como afirman Bandari *et al.* (2019), si bien hay una cantidad considerable de investigaciones sobre este tópico, no se precisa claramente el término y, por tanto, resulta ambiguo, sobre todo porque se define en condiciones culturales en los que se ancla. Cabe destacar que en esta investigación la soledad se define como el abandono percibido que, por su naturaleza, afecta el normal funcionamiento del anciano. El adulto mayor puede estar acompañado por instituciones o personas en particular, y no obstante percibirse a sí mismo como abandonado o desvalido porque no cuenta con el apoyo fundamental que había conformado o del que gozaba en el pasado.

Este último punto fue el sustento teórico que orientó los objetivos en que se asentó el presente trabajo, encontrando principalmente una relación inversa entre las condiciones de calidad de vida y el abandono social producto de la soledad social percibida, lo que significa que entre menor es la calidad de vida, mayor será la percepción de abandono. Los resultados confirman los hallazgos previos sobre el problema, especialmente sobre

la relación de las condiciones ambientales, familiares y sociales que inciden en el deterioro de la calidad de vida y en la consecuente percepción de soledad social, no solo en el contexto colombiano sino también en diferentes partes del mundo, como Nigeria (Ugochi y Ebe, 2018), España (Pascual, 2015) y Estados Unidos (Zhang, Liu, Tang y Dong, 2018). Tales resultados expresan que la variable de soledad, si bien contiene un aspecto cultural para su definición, también contiene en sí misma aspectos psicológicos propios de la estructura biológica del ser humano y que traspasan las diferentes culturas.

En adición al punto anterior, las investigaciones en el contexto colombiano sobre el tema apuntan al efecto de las condiciones que generan la percepción de soledad social en la calidad de vida, principalmente el factor económico (Salamanca, Velasco y Díaz, 2019; Sapuy y Ramos, 2018), lo que acontece esencialmente porque las familias han sufrido incesantes transformaciones en los últimos años debido a las migraciones de personas en búsqueda de mejores condiciones en otros países, lo que es un elemento que debe considerarse en posteriores investigaciones, pues se ha demostrado que la desintegración del núcleo familiar afecta a todos sus miembros, y mucho más a los adultos mayores. Además, pudo identificarse que la desintegración familiar es un factor de riesgo importante de depresión en los adultos mayores (Thapa, Visentin, Kornhaber y Cleary, 2018).

Por todo lo anterior, se puede concluir hasta este punto que la familia es un factor esencial en el panorama de la percepción de la soledad social y, por tanto, del abandono de tipo psicológico en los ancianos, confirmando lo señalado por Loor y Rodríguez (2018) en cuanto que la familia genera apoyo y sustento vital, y además es por su medio que los adultos mayores experimentan aislamiento social y soledad moral y física (Bermejo, 2016).

Sin embargo, se debe aclarar que los hallazgos del estudio demostraron que no hay diferencias significativas entre los grupos de estudio, ni tampoco entre quienes tienen hijos, viven con familiares o dependen de estos, contrariando algunos análisis que han encontrado diferencias importantes entre quienes tienen apoyo familiar (Cerquera, Uribe, Matajira y Delgado, 2017) y en

la percepción de soledad según el sexo (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2012; Yanguas *et al.*, 2018), y también diferencias entre los adultos mayores, institucionalizados o no (Quintero, Villamil, Henao y Cardona, 2018). En suma, el factor familiar es determinante en la problemática individual (Andrade y Gonzales, 2019).

Si bien no se encontraron diferencias significativas, el riesgo de la percepción de soledad social en general se aprecia como una tendencia cuando disminuyen los factores que comprometen la calidad de vida; la cuestión puntual que se halla en algunas investigaciones (De los Santos y Carmona, 2018; Fernández, 2018; Urrutia, 2004) es que la soledad social es un factor de riesgo para una sintomatología asociada a la depresión, ansiedad y aceleración de las condiciones naturales del declive del funcionamiento ejecutivo. En otras investigaciones, el soporte social es fundamental en la calidad de vida de adultos mayores con algún síndrome neurodegenerativo (Foppa *et al.*, 2018).

Otro hallazgo significativo es que la habilidad funcional se relaciona directamente con el índice de calidad de vida; así, a menor habilidad funcional –o capacidad funcional, como la han denominado otros autores (Quino, Chacón y Vallejo, 2017)–, menores índices de la calidad de vida, lo que se explica por la caída normal de los diferentes procesos propios de la ancianidad, que se evidencian principalmente en la capacidad de autonomía de la persona. Por consiguiente, el nivel de autonomía, de habilidad o de capacidad independiente del sujeto, se ve deteriorada y genera altos índices de frustración; además, implica que el anciano deba generar alternativas para su control conductual, emocional y cognitivo; el problema sobreviene o se agudiza cuando para generar dichas alternativas de control la persona no dispone de un grupo de apoyo o de los recursos que le permitan este proceso; es entonces que se ve afectada la calidad de vida general (Cerquera *et al.*, 2017; Durán, Orbeago, Uribe y Uribe, 2007; Quino *et al.*, 2017).

Sobre el punto anterior, la incorporación social (Bravo, Noa, Gómez y Soto, 2018) se encuentra también relacionada con la habilidad funcional

y la calidad de vida en general, ya que, tal como se ha demostrado, la ocupación y el estado civil de los participantes influyó en la soledad social, lo que se explica en términos de que el adulto mayor considera que el declive de sus funciones biológicas y psicológicas está en función de las redes de apoyo de las cuales depende; de allí que su relación laboral y sus relaciones desempeñen un papel vital en su vulnerabilidad cognitiva (Segura *et al.*, 2018), ya que la soledad social es básicamente una percepción y en ella están involucrados los demás elementos cognitivos, como la parte afectiva, la cognitiva específica y la conductual (Calderón, 2018).

Por último, se encontró que la dimensión específica de la calidad de vida sobre la que más influyeron las variables sociodemográficas fue la de educación, lo que se explica porque en la mayoría de los participantes el nivel educativo era muy bajo, lo que funciona como un factor de riesgo en este grupo etario (Cardona *et al.*, 2018).

En virtud de los referidos hallazgos, es posible señalar que la percepción de soledad social está influida directamente por las condiciones o dimensiones asociadas a la calidad de vida en general. Se sugiere que en investigaciones posteriores se analicen dos elementos: incluir una medida para investigar los síntomas de orden psicológico en los adultos mayores, lo que fue la principal limitante del presente estudio; e incorporar además una medida específica para el análisis de los grupos de apoyo de los ancianos internados. Asimismo, se recomienda incorporar algunos factores familiares específicos, como la integración o la comunicación, entre otros.

Por tanto, se concluye que existe una relación inversa entre las condiciones sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida y la percepción de soledad social, que la habilidad funcional de los ancianos influye en su calidad de vida y, por último, que el nivel de educación es una de las dimensiones de la calidad de vida que más correlaciona con las variables sociodemográficas, y a su vez influye en la percepción de la soledad social.

REFERENCIAS

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gereko*, 25(2), 57-62.
- Andrade, J. y Gonzales, J. (2019). Relación entre clima social familiar y tipos de funcionalidad en familias desplazadas en el Quindío. *Tempus Psicológico*, 2(2), 170-200. Doi: 10.30554/tempuspsi.2.2.2904.2019.
- Baiza, J. (2015). *Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono*. Trabajo de grado. Cd. de Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Bandari, R., Reza, H., Mohammadi, F., Ebadi, A., Ali, A. y Montazeri, A. (2019). Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Revisiones Sistemáticas*, 8(26), 2-6. Doi: 10.1186/s13643-018-0935-y.
- Bermejo, J. (2016). La soledad en los mayores. *Ars Medica*, 32(2), 1-20. Doi: 10.11565/arsmed.v32i2.264.
- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M. y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 4(2), 119-126.
- Bravo, N., Noa, M., Gómez, T. y Soto, J. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista de Información Científica*, 97(3), 596-605.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29, 182-191. Doi: 10.20453/rmh.v29i3.3408.
- Camargo H., K. y Laguado J., E. (2016). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga (Santander), Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. Doi: 10.22267/rus.171902.79.
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D. y Morales, S. (2018). Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Biomédica*, 38, 101-113. Doi: 10.7705/biomedica.v38i0.3846.
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2012). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32(1), 9-19.
- Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y. y Delgado, M. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Perspectivas Psicológicas*, 13(1), 215-227. Doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.06.
- Chaves, L. y Orozco, A. (2015). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento al estrés en soldados: un estudio correlacional. *Revista de Psicología*, 7(1), 35-56.
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23. Doi: 10.15517/psm.v15i2.29255.
- Departamento Administrativo de Estadística Nacional de Colombia (2019). *Resultados preliminares, censo de población y vivienda 2018*. Recuperado de: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/#cuantos00>.
- Durán, D., Orbegoz, L., Uribe R., A. y Uribe, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Fernández, R. (2018). Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales. *Enfermería Comunitaria*, 6(2), 8-19.
- Fernández B., R. y Zamarrón, M. (1996). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida: CUBRECAVI*. Madrid: Tea.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Minimal State": A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Foppa, A., Vargas P., C., Bagatini, F., Chemello, C., Fleury, M., Marín, M. y Rocha, M. (2018). Percepciones de pacientes con enfermedad de Parkinson sobre la calidad de vida. *Revista de Ciencias de la Salud*, 16(2), 262-278. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6769.
- Gallagher, M.W., Bentley, K.H. y Barlow, D.H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571-584. Doi: 10.1007/s10608-014-9624-x.
- García, P. (2003). Bioquímica y fisiopatología del envejecimiento: Genes viejos. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 69(3), 54-82.
- Gómez, C. y Segura, P. (2002). Estrés en pacientes gerontopsiquiátricos: descripción de factores estresantes biopsicosociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(1), 57-66.
- Hernández, E., Pedraza, G. y Castillo, M. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Archivos de Medicina Familiar*, 9(4), 127-132.
- Hernández, M. (2014). Envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 361-378.
- Latorre, J. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicología Clínica*, 2(3), 243-264.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales A., F., Pascual F., L., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1995). Revalidación y estandarización del Cognition Mini-Exam en población geriátrica. *Medicina Clínica*, 112(20), 767-774.
- Loor, C. y Rodríguez, J. (2018). El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Disponible en <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>.
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Maitta, I., Cedeño, M. y Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 8, 1-17. Recuperado de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>.
- Martínez, T., González, C., Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Finlay*, 8(1), 59-65.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013). *Envejecimiento demográfico Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). *SABE Colombia 2015: Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado de: <https://bit.ly/2le5QPe>.
- Pascual, S. (2015). *La soledad en las personas mayores*. Trabajo de grado. Valladolid (España): Universidad de Valladolid.
- Pinel, M., Rubio, L. y Rubio, R. (2009). *Un instrumento de medición de la soledad social: Escala Este II. Calidad de vida*. Granada (España): Universidad de Granada.
- Quino Á., A., Chacón S., M. y Vallejo C., L. (2017). Capacidad funcional relacionada con actividad física en el anciano. *Revista de Investigación en Salud*, 4(1), 86-103. Doi: 10.24267/23897325.199.
- Quintero E., A., Villamil G., M., Henao V., E. y Cardona J., J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Peruana de Medicina Experimental en Salud Pública*, 36(2), 49-57. Doi: 10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07.
- Ramón y Cajal, S. (1934). *El mundo visto a los ochenta años. Impresiones de un arterioesclerótico*. Valladolid (España): Maxtor.
- Rodríguez, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía*, 6(17), 1-8.
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: edad, salud y sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87-88.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Salamanca R., E., Velasco, Z. y Díaz, C. (2019). Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavieja, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(1), 27-128. Doi: 10.11144/Javeriana.ie21-1.efam.
- Sapuy, L. y Ramos, F. (2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista de Educación Física*, 10(22), 85-98.
- Segura C., A., Cardona A., D., Segura C., A., Muñoz R., A., Jaramillo A., D., Lizcano C., D. y Morales M., S. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2), 210-221. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.8.
- Thapa, D., Visentin, D., Kornhaber, R. y Cleary, M. (2018). Migration of adult children and mental health of older parents 'left behind': An integrative review. *PLoS ONE*, 13(10), 1-30. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205665>.
- Ugochi, B. y Ebe, M. (2018). Describing reasons for loneliness among older people in Nigeria. *Journal of Gerontological Social Work*, 61, 640-658. Doi: 10.1080/01634372.2018.1487495.
- Urrutia, E. (2004). *Estudio exploratorio descriptivo sobre la percepción de realidad que tiene una muestra de mujeres adultas mayores pertenecientes a un centro comunitario para el adulto mayor de la comuna San Bernardo*. Trabajo de grado. Santiago de Chile; Universidad de Chile.
- Valdez H., M. y Álvarez B., C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 113-121. Doi: 10.19136/hs.a17n2.1988.
- Vera, J. (2011). Antropología de la vejez: el cuerpo negado. *Ciencia*, 62(1), 20-25.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo H., S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75. Doi: 10.5569/1134-7147.66.05.
- Zhang, W., Liu, L., Tang, F. y Dong, X. (2018). Social engagement and sense of loneliness and hopelessness: Findings from the PINE Study. *Gerontology & Geriatric Research*, 3(5), 1-8. Doi: 10.1177/2333721418778189.

Intervención basada en atención plena compasiva en estudiantes de música con sintomatología ansiosa

Compassionate mindfulness-based intervention in music students with anxious symptomatology

Nova Lucero Cortés-Hernández¹, Isaac González-Santoyo²,
Alejandro López-Tello³ y Ana Beatriz Moreno-Coutiño³

Universidad Nacional Autónoma de México^{1, 2, 3}

Autor para correspondencia: Nova Lucero Cortés-H., cnovalucero@yahoo.com.mx.

RESUMEN

Antecedentes. La ansiedad por el desempeño musical es un fenómeno bien conocido en los profesionales de la música. Entre los métodos usados para abordar este problema, se encuentran las técnicas de meditación, y en particular los tratamientos basados en atención plena, se han perfilado como una opción de intervención para este grupo poblacional. *Objetivos.* Evaluar la factibilidad de utilizar una intervención basada en atención plena compasiva para reducir los niveles de ansiedad de rasgo y estado en estudiantes de música. *Método.* Se implementó un estudio experimental con un diseño pretest-posttest sin grupo de comparación en el que se reclutó a veinte participantes para una intervención basada en atención plena compasiva que constó de ocho sesiones de 120 minutos cada una, impartidas una vez a la semana. Para evaluar los niveles de sintomatología ansiosa, atención plena y compasión se hicieron evaluaciones psicométricas antes y después de la intervención. De igual manera, se midieron también la frecuencia cardíaca y el cortisol salival. *Resultados.* Los niveles de ansiedad de rasgo y estado, así como las variables fisiológicas, no mostraron cambios significativos. Sin embargo, se encontró un aumento estadísticamente significativo en el nivel de compasión y una tendencia a aumentar los niveles de atención plena. *Conclusiones.* Se sugiere que en futuras investigaciones se aumente el número de sesiones de práctica guiada y se empleen grupos de comparación. De igual manera, se recomienda la evaluación del desempeño musical de los participantes.

Palabras clave: Atención plena compasiva; Ansiedad de desempeño musical; Ansiedad-estado; Interpretación musical; Pánico escénico.

ABSTRACT

Background. *Performance anxiety is a well-known phenomenon among professional musicians. Meditation-based techniques, particularly treatments based on compassionate mindfulness, have emerged as an intervention option for this population group.* Objectives. *To assess the feasibility of a compassionate mindfulness intervention to reduce anxiety in music students.* Method. *The present study was experimental with a pre-test design without a comparison group. We recruited 20 students*

¹ Programa de Maestría y Doctorado en Música, Facultad de Música, C. Xicoténcatl 126, Del Carmen, Coyoacán, 04100 Ciudad de México.

² Laboratorio de Psicobiología, Facultad de Psicología, Avenida Universidad 3004, Copilco Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo: isantoyo83@gmail.com.

³ Laboratorio de Atención Plena Compasiva, Facultad de Psicología, Avenida Universidad 3004, Copilco Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos: alejandrolopez2024@gmail.com y moca99_99@yahoo.com.



who participated in an intervention consisting of 8 sessions of 120 minutes, given once a week. Before and after the intervention, psychometric evaluations evaluated anxiety, mindfulness, and compassion levels. Similarly, measurements included heart rate and salivary cortisol measurements. Results. Trait and state anxiety levels and physiological variables did not show significant changes. However, we found a statistically significant increase in the level of compassion and a tendency for improvement in mindfulness levels. Conclusions. Future research must increase mindfulness practice. We also suggest using comparison groups and recommend evaluating the musical performance of each participant.

Key words: Compassionate mindfulness; Music performance anxiety; State anxiety; Stage fright.

Recibido: 30/07/2021

Aceptado: 04/02/2022

La ansiedad se define como “un estado emocional negativo que incluye sensaciones de nerviosismo, preocupación y aprensión relacionadas con la activación del organismo” (Weinberg y Gould, 2014). En el contexto de la interpretación musical se le ha conocido con diversos términos, como “estrés en músicos”, “ansiedad de desempeño musical” y “pánico o miedo escénico”. Si bien existen diferencias entre estos términos, lo cierto es que este fenómeno se caracteriza por un miedo exagerado y a menudo incapacitante para el músico que debe actuar en público, el cual es percibido como una amenaza (Kenny y Osborne, 2006). La ansiedad ocurre de manera anticipada a una presentación pública y se manifiesta con diversos síntomas fisiológicos, como palmas sudorosas, boca seca o manos temblorosas, los cuales, a su vez, pueden causar equivocaciones y olvidos durante la interpretación musical (Lee, 2002).

En el presente estudio se empleó el término *ansiedad de desempeño musical* para referirse a la ansiedad que ocurre antes, durante y después de un evento relacionado con la interpretación musical, que implica una evaluación y en la que puede o no estar presente una audiencia (Kenny, 2011; Juslin y Sloboda, 2013). Esta sintomatología se puede identificar también con lo que ha sido

llamado “ansiedad de estado”, la cual se entiende como un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo ante una situación que es considerada amenazante (Spielberger, 1966), en este caso la interpretación musical.

En efecto, la ansiedad durante las presentaciones públicas es un fenómeno prevalente entre los músicos. En una revisión sistemática, Fernholz *et al.* (2019) reportaron que tal sintomatología tiene una prevalencia que va de 16.5 a 60%. Las mujeres presentan más este padecimiento que los hombres, y los músicos mayores de 45 años reportan sufrir menos esta sintomatología que los más jóvenes, la cual se asocia con la ansiedad que ocurre antes, durante y después de la interpretación musical, ya sea entre los solistas o los miembros de un grupo, e independientemente del tipo de instrumento musical que se ejecute (Barbar, de Souza y de Lima, 2014; Brodsky, 1996; Ryan y Andrews, 2009), y tanto en músicos amateurs como profesionales (Spahn, 2015; Williamon, 2004a). Además, se asocia a diversos problemas motores en los músicos, como la asfixia bajo presión, el estereotipo dinámico y la distonía focal (Altenmüller y Ioannou, 2016), por lo que puede perjudicar el desempeño de los músicos y afectar su carrera profesional (Spahn, 2015).

La ansiedad de desempeño musical afecta a individuos que son proclives a padecer ansiedad, particularmente en situaciones en las que hay una alta exposición y escrutinio públicos (Wilson y Roland, 2002). Este tipo de ansiedad también ocurre usualmente como un trastorno aislado y afecta solamente una parte específica de la vida de la persona (Kenny y Ackermann, 2007); sin embargo, puede aparecer en comorbilidad con otros trastornos, como el de ansiedad generalizada, la depresión clínica y el trastorno de ansiedad social (Ortiz, 2019). De hecho, algunos autores clasifican la ansiedad de desempeño como una subcategoría de la fobia social (Turner, Johnson, Beidel, Heiser y Bruce-Lydiard, 2003).

Dicha sintomatología es producida por la activación del eje simpático-adrenal-medular (SAM), que induce un aumento de adrenalina (Fredrikson y Gunnarsson, 1992), y del eje hipofisis-pituitario-adrenal (HPA), que produce un aumento de cortisol en el torrente sanguíneo (Aguilar *et al.*, 2014).

Tras la respuesta al estrés ante una presentación musical, se observan tres dimensiones en la sintomatología (Kenny, 2011; Williamon, 2004a): la fisiológica (taquicardia, hiperventilación, sudoración excesiva, temblores); la dimensión cognitivo-emocional (pensamientos irracionales y catastróficos, miedo al fracaso, preocupación por el fallo o el ridículo), y la conductual (no mirar al público, moverse de manera nerviosa, llevar a cabo conductas de evitación, etc.).

La ansiedad de desempeño musical provoca diversas consecuencias psicológicas y motoras en el músico. Resulta relevante emplear intervenciones que ayuden al intérprete a lidiar con este problema y reducir así sus costos emocionales y funcionales, pues puede causar problemas que lo inhabiliten para el ejercicio de la profesión, e incluso lesiones en ocasiones irreversibles (Conti, 2018).

Hay diversos tipos de intervenciones para el manejo de la ansiedad en músicos. Entre los enfoques más estudiados se encuentran los siguientes:

Enfoque cognitivo-conductual. Permite al paciente identificar, analizar y modificar patrones de pensamiento y conductas que son contraproducentes, aliviando así la ansiedad (Kenny, 2004). Está basado principalmente en el uso de autoinstrucciones y técnicas de atención y de enfoque. Los métodos de manejo del estrés, como el entrenamiento de relajación, los ejercicios de respiración, las técnicas mentales y el manejo de problemas específicos del instrumento, se enseñan y practican en la terapia cognitivo-conductual para lidiar con la ansiedad (Sadock, Sadock y Kapkan, 2009). Entre las técnicas que emplea este enfoque se encuentra la exposición a la realidad virtual. A este respecto, Williamon, Aufegger y Eiholzer (2014) señalan que los ambientes simulados son útiles para desarrollar habilidades en el escenario, pues se han reportado medidas similares de ansiedad-estado y de variabilidad de la frecuencia cardíaca tanto en audiciones simuladas como en audiciones reales. Por otra parte, Bissonnette (2015) afirma que, tras un entrenamiento de exposición a la realidad virtual, la ansiedad de desempeño disminuye, al tiempo que mejora la calidad del desempeño musical.

Intervenciones multimodales. La mejor forma de manejar la ansiedad de desempeño musical involucra un enfoque multimodal que incluye terapias psicoanalíticas y cognitivo-conductuales, así como métodos de conciencia corporal (Spahn, 2015). Por ejemplo, en un estudio realizado por Spahn, Walther y Nusseck (2016) se evaluó la efectividad de un entrenamiento específico para audiciones de orquesta en estudiantes con ansiedad de desempeño musical. El programa de intervención incluía retroalimentación por medio de videos, ejercicios de conciencia corporal y estrategias cognitivas. La intervención demostró influir positivamente en la forma en que los músicos se consideran preparados para una audición y afrontan la ansiedad durante la misma.

Técnicas de conciencia corporal. Entre las técnicas que favorecen la conciencia corporal se encuentran la bioretroalimentación (Williamon, 2004a), el yoga (Stern, Khalsa y Hofmann, 2012), la meditación (Rodríguez, Lecuona, Vilte, Moreno y de Rivas, 2017) y la técnica Alexander (Burin y De Lima, 2016). La práctica del yoga y la meditación pueden ser benéficos como rutina para reducir la ansiedad de desempeño musical (Khalsa y Cope, 2006). De hecho, la primera se ha asociado con una reducción de la ansiedad-estado, así como de la ansiedad-rasgo (Stern, Khalsa y Hofmann, 2012).

Terapia basada en Atención Plena y Compasión

Entre las opciones de tratamiento más recientes, los tratamientos cognitivo-conductuales basados en atención plena se han vuelto populares y se han venido implementando con mayor frecuencia (Huxter, 2007; Moreno, 2012) para el tratamiento de patologías relacionadas con la ansiedad y la depresión (Moreno, 2012). Autores como Aguilar *et al.* (2014) mencionan que es posible hallar contribuciones potenciales específicas de la atención plena y compasión sobre los músicos.

La atención plena es un estado mental caracterizado por la atención completa a la experiencia del momento presente sin juicio, elaboración o reactividad emocional (Huxter, 2007; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong y Gelfand, 2010).

A través de la práctica de la atención plena, tanto en instancias formales como en la vida cotidiana, el practicante es capaz de reconocer y observar sus pensamientos tal y como son, en vez de tomarlos como si fuesen hechos indiscutibles, dejando de identificarse gradualmente con sus contenidos mentales y con las emociones conflictivas asociadas, evaluando de esta manera y con mayor holgura cada circunstancia vivida, pudiendo así responder creativa y efectivamente, en lugar de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales (Pérez, 2012; Segal, Teasdale, Williams y Gemar, 2002).

Entre los teóricos de la atención plena ha surgido el interés por llevar a cabo tratamientos que incorporen la práctica de la compasión como un componente central. En el marco de los tratamientos basados en la atención plena, la compasión se refiere a la capacidad de reconocer el sufrimiento propio y el de los demás seres desarrollando la motivación de liberarse a uno mismo y a los demás del mismo (Snyderman y Gyatso, 2019). La investigación sobre este tipo de técnicas y tratamientos ha mostrado que las personas con problemas crónicos de salud mental asociados a la vergüenza y la autocrítica resultan beneficiadas de las terapias centradas en la compasión (Larroya, López, Castro y Moncayo, 2017) en virtud de que estas terapias se centran en estimular la capacidad de los pacientes para experimentar emociones positivas –como la tranquilidad, la seguridad y el bienestar– mediante el desarrollo de la compasión hacia uno mismo y hacia los demás (Gilbert, 2010).

La práctica de la atención plena tiene el efecto de desactivar la respuesta de estrés y de regular el funcionamiento del sistema nervioso parasimpático, lo que disminuye la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria (Simkin y Black, 2014). Su práctica también tiene efectos en la regulación emocional (Kral *et al.*, 2018). Además, el ejercicio de la compasión en los programas de atención plena es un factor determinante para un mejor manejo de las emociones y del estrés, así como para responder de manera más adaptativa ante estímulos estresantes (Zhang *et al.*, 2018). Rosenkranz *et al.* (2013) han reportado disminu-

ciones en los niveles de cortisol en individuos con estrés psicosocial tras participar en estos tipos de terapias.

Es por ello que el presente estudio piloto, con diseño preexperimental sin grupo control, con medidas pre y postintervención, tuvo como objetivo evaluar la factibilidad de implementar un programa basado en atención plena compasiva para reducir la ansiedad de desempeño en estudiantes de música.

MÉTODO

Participantes

La muestra para esta investigación fue de tipo no probabilística intencional, para lo cual se reclutaron estudiantes de ambos sexos de la licenciatura en cuerdas, alientos, piano y canto de la Facultad de Música de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Escuela Superior de Música del Instituto Nacional de Bellas Artes. El grupo se conformó por 20 estudiantes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron una carta de consentimiento informado en la que se señalaron los detalles de su participación, la responsabilidad que adquirirían al hacerlo y la posibilidad de abandonar el estudio cuando así lo desearan. Se incluyeron hombres y mujeres de 20 a 35 años, con experiencia mínima de seis años en su instrumento y que manifestaron padecer ansiedad cuando se presentaban en público (recitales, audiciones, exámenes y conciertos). Se incluyeron también participantes que manifestaban comorbilidades psiquiátricas debido a que en la literatura concerniente a la ansiedad en músicos se les reporta frecuentemente (Ortiz, 2008). Se excluyeron aquellos participantes con otros trastornos médicos, a los que consumían sustancias psicoactivas (excepto el uso moderado de alcohol y tabaco) y mujeres embarazadas, así como a quienes faltaron a más de dos sesiones consecutivas a las sesiones de intervención, a quienes expresaron el deseo de no continuar con el tratamiento y a quienes incumplieron las evaluaciones previas o posteriores a la intervención.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975)

En su versión para población mexicana, es un reporte de síntomas autoaplicable con una elevada consistencia interna, y tiene como objetivo medir dos dimensiones de ansiedad: la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. La escala de ansiedad-rasgo consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente, y la de ansiedad-estado consta igualmente de veinte afirmaciones en la que los sujetos indican cómo se sienten en un momento dado. En ambas dimensiones se emplean escalas Likert en las que se califica el rango de cada afirmación, va de 1, “Casi nunca”, a 4, “Casi siempre”). Con este instrumento, la ansiedad se clasifica en tres niveles según el puntaje obtenido: ansiedad baja (menor a 30 puntos), ansiedad media (de 30 a 44 puntos) y ansiedad alta (mayor a 44 puntos).

Escala de Atención Plena (MAAS) (Mindful Attention and Awareness Scale) (López *et al.*, 2015)

Adaptada y validada para la población mexicana, es una escala que evalúa de forma global la capacidad disposicional de un individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en su vida cotidiana. La escala es un autoinforme unifactorial de 15 reactivos que van de “casi siempre” a “casi nunca” (rango de 1 a 6), con una visión del constructo de atención plena centrada en la variable atención/conciencia. El instrumento puede ser utilizado en sujetos con o sin experiencia en meditación y es ampliamente utilizado en la investigación. La confiabilidad de este instrumento es adecuada, ya que cuenta con un valor del coeficiente alfa de Cronbach (α) de .89.

Escala de Compasión para Población Mexicana (ECOM) (López y Moreno, 2019)

El constructo de compasión utilizado en esta escala se define como el profundo deseo de aliviar el sufrimiento propio y el de los demás. La escala se diseñó a partir de una estructura de tres factores: motivación para aliviar el sufrimiento, reacción afectiva ante el sufrimiento y compasión hacia los animales. Consta de 17 afirmaciones que van de “casi siempre” a “casi nunca” (con rango de 1 a 7). El coeficiente de consistencia interna es alto, con un valor α de Cronbach de .90.

Prueba Antidoping

Se aplicó esta prueba para corroborar los criterios de inclusión. Se utilizaron las tarjetas D-Check, que son inmunoensayos cromatográficos para la detección cualitativa y simultánea de cinco drogas: anfetaminas, cocaína, marihuana, metanfetaminas y opiáceos.

Frecuencia cardiaca

Esta toma la llevó a cabo un médico por medio de un estetoscopio y un cronómetro.

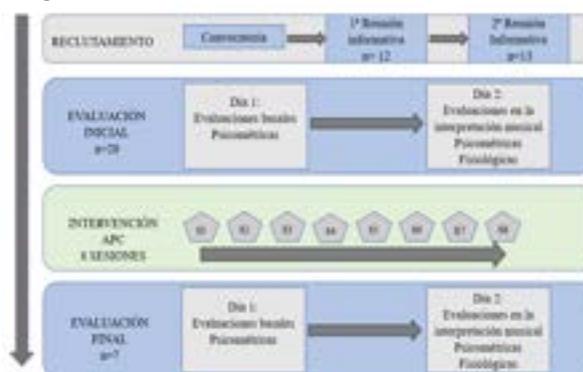
Cortisol salival

Las muestras de saliva fueron analizadas utilizando el Kit Elisa SLV-2930 de la línea DGR Instruments® mediante la técnica de inmunoanálisis.

Procedimiento

El procedimiento constó, de manera general, de cuatro fases: reclutamiento, fase de evaluación inicial, fase de intervención basada en atención plena compasiva y fase de evaluación final (Figura 1), las que se describen adelante.

Figura 1. Fases de la intervención basada en APC.



Reclutamiento (convocatoria y reunión informativa)

Se realizaron dos reuniones informativas con el fin de explicar en qué consiste el entrenamiento en atención plena compasiva y dar algunos criterios para poder participar en el estudio. Se hicieron algunas consideraciones, como la necesidad de que no faltaran a ninguna sesión y la importancia de no consumir sustancias psicoactivas. En estas reuniones, los sujetos interesados firmaron la carta de consentimiento informado.

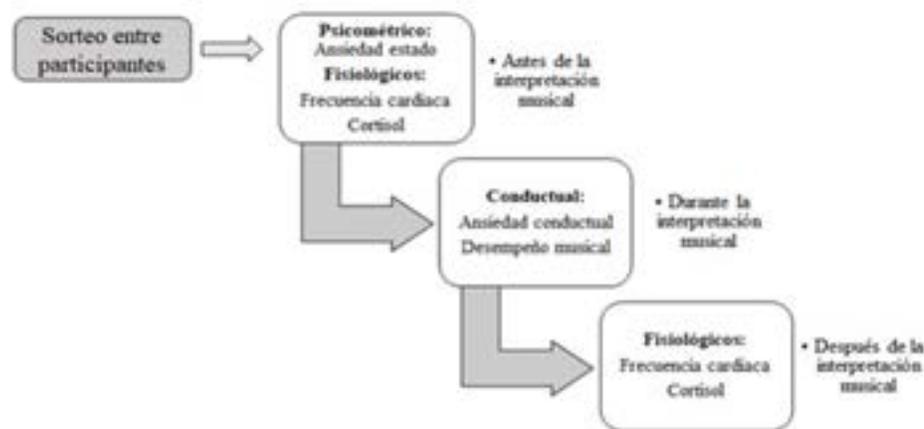
Fase de evaluación inicial.

Con la intención de recabar los datos basales, se efectuó una evaluación mediante las pruebas psicométricas y fisiológicas antes mencionadas, fase que se realizó en dos días, en el primero de los cuales se aplicaron las pruebas de ansiedad-rasgo, atención plena y compasión, y en el segundo se hizo una prueba de estrés para evaluar la ansie-

dad-estado (antes de la interpretación musical) y para hacer las mediciones de cortisol y frecuencia cardíaca antes y después de la interpretación musical. A esta prueba se le denominó Prueba de estrés en la interpretación musical.

La prueba de estrés consistió en crear un escenario auténtico en el que los participantes hicieran una presentación musical pública, la que consistía en interpretar una pieza de su repertorio frente a un jurado y demás compañeros del grupo terapéutico. La pieza debía tener un nivel técnico de moderado a alto y una duración máxima de cuatro minutos. Justo antes de la interpretación musical (10-20 minutos), se aplicó el IDARE-E y se tomaron las medidas fisiológicas (frecuencia cardíaca y muestra de saliva para medir el cortisol). Después de la interpretación musical (10-20 minutos) se volvieron a tomar únicamente las medidas fisiológicas.

Figura 2. Evaluaciones en la interpretación musical.



El orden en que los estudiantes pasaron a tocar se determinó por medio de un sorteo; cabe señalar que fue el mismo que se siguió después de la intervención para tener un mayor control sobre las medidas de cortisol. Otra cuestión importante es que al final de la prueba de estrés se entregó a los participantes un tubo de recolección para que un día después, en su hogar, en estado de reposo, tomaran una muestra de saliva en el horario asignado en el sorteo. Esta toma se consideró como la toma de cortisol en estado basal. Una vez que se

obtuvieron todas estas medidas, se dio inicio a la intervención basada en atención plena compasiva.

Las presentaciones musicales se llevaron a cabo en una sala de música de cámara de la Facultad de Música de la UNAM. Todos los estudiantes se presentaron frente a un jurado integrado por cuatro miembros: dos músicos simulaban evaluar la interpretación musical, mientras que una psicóloga y una biomédica se encargaron de realizar una evaluación de los síntomas de ansiedad en el escenario.

Fase de intervención basada en APC

La intervención psicológica se llevó a cabo en un aula de las instalaciones de la Facultad de Música y se conformó por ocho sesiones (cada sesión de 120 minutos) una vez a la semana. El entrenamiento estuvo a cargo de una psicóloga previamente capacitada para impartir este tipo de intervenciones. Durante cada reunión se expusieron temas, ejercicios escritos y meditaciones breves.

Al término de la sesión se hacía una reflexión y se aclaraban las dudas de los participantes. La intervención basada en APC se efectuó sin adaptarla a las necesidades específicas de los músicos; es decir, si bien se fomentó la práctica meditativa en la vida cotidiana, en las sesiones no hubo una aplicación tal cual de la práctica meditativa durante la interpretación musical. En la Tabla 1 se describen cada una de las sesiones.

Tabla 1. Descripción de las sesiones.

1. Fase de psicoeducación.	El objetivo de esta sesión fue que los participantes conocieran el contenido del programa y los conceptos de atención plena compasiva. Se abordó también la sintomatología ansiosa en el músico, sus efectos a corto y largo plazo en el desempeño y en la salud del intérprete de música. Practica meditativa. <i>Naturaleza de la mente.</i> Se indicó a los participantes que intentasen concentrarse en su respiración, en la sensación de entrada y salida del aire en la punta de su nariz, sin atender ningún pensamiento, emoción o sensación. Se trataba simplemente de identificar estos eventos mentales y dejarlos pasar, regresando la atención de nuevo a la respiración. Tal actividad se hizo durante 5 minutos, aproximadamente.
2. Introducción a la atención plena compasiva.	En esta sesión se abordaron algunos conceptos básicos, como la naturaleza de las emociones, pensamientos y sensaciones; los juicios de valor y la mente dual; la percepción e interpretación de la realidad, así como algunas consideraciones básicas para introducirse en la práctica de la meditación. Práctica meditativa. <i>Reconocimiento de sensaciones.</i> Se pidió a los participantes dirigir su atención a diferentes estímulos sensoriales, tales como sonidos, sensaciones táctiles, olores o sabores. <i>La mente como un río.</i> El terapeuta pidió a los participantes que cerraran los ojos y respiraran lenta y profundamente, observando únicamente lo que surge de esa corriente, como si se mirara un río, sin engancharse en los pensamientos y dejándolos pasar. Este ejercicio se hizo durante dos minutos. Postura de los siete puntos. Conteo de respiraciones.
3. Entendimiento del sufrimiento.	En esta sesión se explicó el origen del sufrimiento (ignorancia) y la metodología de la atención plena para contrarrestarlo. Se abordaron también las ocho actitudes de la atención plena. Práctica meditativa. <i>Identificando los hábitos de apego y aversión:</i> Esta actividad es una forma de meditación informal. Su objetivo es notar los pensamientos que surgen a partir de lo que se observa e identificar si se produce algún juicio. <i>¿Cómo se siente el desapego?</i> Se pidió a los participantes pensar en aquellas situaciones, personas, objetos o ideas a las cuales se aferraron en su pasado, o a las que se sienten apegados en el presente. La idea de desprenderse de ellas, recordar que en algún momento se perdieron o se perderán, o que las circunstancias cambiaron o cambiarán, producirá una emoción negativa. <i>Metta (amor bondadoso).</i> Esta meditación permite generar en la mente estados positivos de amor bondadoso y compasión, y es útil para comenzar a extender estas emociones hacia los demás seres vivos. Para ello, se pidió a los participantes que pensarán en tres personas: alguien cercano por el que sintieran gran aprecio, otra que fuese neutral o indiferente, y alguien más que resultase incómodo o desagradable.
4. Características de la realidad.	Los tópicos que se explicaron fueron el concepto de mente, la sabiduría y la ignorancia, la ley de causa y efecto, la interdependencia, la impermanencia y la vacuidad. Practica meditativa: <i>Todo está cambiando, ya ha cambiado, y cambiará.</i> En esta actividad se pidió a los participantes adoptar un papel de observadores. Una mente entrenada en atención plena puede notar hasta la más sutil variación. Las condiciones de los fenómenos pueden cambiar en intensidad, frecuencia, aparición, forma y percepción. <i>La impermanencia en una flama.</i> Meditación con una vela. Esta meditación permite generar en la mente estados positivos de amor. A lo largo de la meditación se pide a los participantes mantenerse en la postura de siete puntos, conservando su vista en la vela.

Continúa...

5. Práctica de la atención plena en la vida cotidiana.	El contenido en esta sesión fue la hiperreflexividad o rumiación, el piloto automático, la meditación Shamata y la meditación Vipassana. Adicionalmente, se explicaron las diferencias entre la práctica formal y la práctica informal de la atención plena. Práctica meditativa: Práctica de la atención plena: Shamata y Vipassana. <i>Práctica formal de la atención plena: Meditación Shamatha / El frasco de la mente.</i> Se explicó que la mente agitada es como el agua de un río sacudido por la corriente. Al igual que el agua inquieta, la mente se encuentra alterada por los pensamientos. Con la práctica adecuada, se podrá observar que poco a poco el agua se hace transparente hasta poder ver claramente el fondo. La meditación Shamatha permite calmar los pensamientos y las emociones perturbadoras mediante la atención a un objeto de fijación, que en este caso es el frasco.
6. Comunicación atenta y compasiva.	En esta sesión se explicó la aplicación de la atención plena y la compasión a las relaciones interpersonales a través de la reflexión en la autodeterminación de dejar de sufrir, el sentido de conexión con los demás seres, la compasión, el amor bondadoso, la ecuanimidad y la alegría. Practica meditativa <i>La práctica del perdón.</i> Esta práctica puede ayudar a resolver emociones negativas de rencor, enojo u odio hacia las personas involucradas en situaciones en las que se experimenta sufrimiento. <i>Intercambiarse a uno mismo por los demás.</i> Esta meditación permite alcanzar una perspectiva más amplia y menos aflictiva; la visión de la realidad comienza a ser mucho más clara. Se trata de un intercambio de nosotros mismos con los demás.
7. Acciones que favorecen el bienestar.	Se explicaron las distintas acciones encaminadas al reconocimiento y el abandono de conductas destructivas, junto a la generación y promoción de acciones encaminadas al bienestar propio y de los demás seres. Se abordan los conceptos de generosidad, ética, paciencia, esfuerzo gozoso, concentración y sabiduría.
8. Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana.	Se aborda la práctica de atención plena en la vida cotidiana y en situaciones difíciles. Se realizan actividades en las que se analizaron perspectivas y se planean acciones benéficas para la vida diaria del practicante.

Fase de evaluación final

Una vez finalizadas las ocho semanas de intervención basada en la atención plena compasiva, se hizo la evaluación posintervención con una duración de dos días, de la misma manera que en la evaluación inicial. Se aplicaron nuevamente las pruebas psicométricas y fisiológicas y se realizó otra presentación pública (prueba de estrés).

Análisis estadístico

Tras la captura en una base de datos de los resultados obtenidos, estos se analizaron por medio de estadística descriptiva y estadística no paramétrica. Las variables de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado se analizaron con el test de McNemar, en tanto que para las variables restantes se utilizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, considerándose un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%.

RESULTADOS

Al inicio de la intervención hubo veinte participantes con un rango de edad de 20 a 35 años, siendo la mitad de ellos varones. A lo largo de la intervención se registró una pérdida muestral de once sujetos, de los cuales cinco decidieron desertar de la intervención, tres fueron excluidos por faltar a más de tres sesiones seguidas, y tres más no completaron todas las evaluaciones, razón por las que también fueron excluidos. Así, la muestra final se integró con nueve participantes, siendo mujeres en su mayoría (7). Cabe mencionar que algunos de los participantes manifestaron comorbilidad psicológica o física asociada (Tabla 2). Se decidió no excluir a estos sujetos del estudio debido a que en la literatura sobre ansiedad en músicos se reporta la presencia de dichas comorbilidades (Kenny y Ackermann, 2015; Ortiz, 2008), y en ese sentido reflejan la realidad del fenómeno que se investiga.

Tabla 2. Comorbilidades psicológica o física asociada.

Padecimientos		N
Padecimientos psiquiátrico	Trastorno de ansiedad generalizada con depresión	1
	Trastorno de ansiedad social	1
	Trastorno limítrofe de la personalidad	1
Padecimiento endócrino	Hipotiroidismo	2

Sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa se estimó por medio de la puntuación obtenida en la prueba Idare en sus dos versiones, de rasgo y de estado. Esta última corresponde a la ansiedad de desempeño musical. En la Tabla 3 se muestra que, al finalizar la intervención,

la ansiedad-rasgo permaneció en un nivel elevado. En cuanto a la ansiedad-estado, se halló un nivel moderado de ansiedad. En la prueba de McNemar se observó que en ninguna de estas dos variables hubo diferencias significativas ($p > 0.05$) después de la intervención.

Tabla 3. Variables psicológicas antes y después de la intervención.

Variable	Mediana pre (puntaje)	Mediana post (puntaje)	Prueba estadística	p
Ansiedad-rasgo	52.0	50.0	Test de McNemar	> 0.5
Ansiedad-estado	42.0	42.0	Test de McNemar	> 0.5
Atención plena	46.0	58.0	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.5
Compasión	86.0	91.0	Suma de rangos de Wilcoxon	< 0.5

Atención plena compasiva

Las medidas de atención plena y compasión se obtuvieron a partir del puntaje bruto obtenido en las respectivas escalas (MAAS y ECOM). En la Tabla 3 se puede apreciar que el puntaje de la atención plena y el de compasión aumentaron en todos los sujetos después de la intervención. De acuerdo con la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, la atención plena no aumentó significativamente, según lo indican las mediciones efectuadas antes y después de la intervención basada en APC ($z = -1.24, p > 0.05$); sin embargo, se alcanza a ver una tendencia positiva. Por otra parte, en la variable de compasión se observó un cambio significativo ($z = -2.49, p < 0.05$) entre dichas mediciones.

Frecuencia cardiaca

La frecuencia cardiaca (fc), medida en latidos por minuto (lat/min) fue tomada en la prueba de estrés, esto es, previa y posteriormente a la interpretación musical tanto antes (1) como después (2) de la intervención. De acuerdo con la prueba de suma de rangos de Wilcoxon la frecuencia cardiaca previa a la interpretación musical no disminuyó

significativamente ($z = -0.237, p > 0.05$) entre las mediciones (Tabla 4). De igual manera, tampoco se observó un aumento significativo en la frecuencia cardiaca posterior a la interpretación musical ($z = -1.263, p > 0.05$).

Cortisol salival

En la misma Tabla 4 se resumen las medias obtenidas para la variable cortisol antes y después de la intervención en tres condiciones distintas: cortisol basal, una condición previa y otra posterior a la interpretación musical. La unidad de medición utilizada en esta variable fue el nanomol/litro. De acuerdo con la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, el cortisol basal no cambió de manera significativa ($z = -1.718, p > 0.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de implementar la intervención basada en APC; no se observaron modificaciones significativas en el cortisol previo a la interpretación musical ($z = -0.415, p > 0.05$) ni en el cortisol posterior a la interpretación musical ($z = -1.007, p > 0.05$) según lo reportado en las medidas tomadas antes y después de la intervención.

Tabla 4. Medidas fisiológicas antes y después de la intervención.

Variable	Media pre	Media post	Prueba estadística	Valor p
Fx cardíaca previa a la interpretación musical (lat/min)	73.8	72.9	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.05
Fx cardíaca posterior a la interpretación musical (lat/min)	72.6	77.8	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.05
Cortisol basal	1.49	2.53	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.05
Cortisol previo a la interpretación musical (lat/min)	2.81	2.63	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.05
Cortisol posterior a la interpretación musical (lat/min)	2.71	2.11	Suma de rangos de Wilcoxon	> 0.05

DISCUSIÓN

Este trabajo se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la factibilidad de utilizar una intervención basada en la atención plena compasiva en estudiantes de música con ansiedad de desempeño musical.

Compasión

El principal hallazgo de esta investigación se encontró en la variable de compasión, en la cual se registró un aumento significativo al final de la intervención, lo cual concuerda con lo reportado en estudios como el de Bergen-Cico y Cheon (2014), en el que un grupo experimental reportó cambios significativos en esta variable después de someterse a un entrenamiento basado en atención plena compasiva, en comparación con un grupo control. Este hallazgo es relevante debido a que el aumento en esta variable se ha propuesto como un predictor de la reducción de ansiedad de desempeño musical (Domingo, 2015) al lograr que los pacientes aprendan a regular el malestar emocional que forma parte de las situaciones cotidianas o de su historia personal (Hayes y Strosahl, 2013; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2005).

Atención plena

El nivel de atención plena de todos los participantes aumentó tras la intervención, aunque no de manera significativa, lo que coincide con lo reportado en otras investigaciones (Bergen-Cico, Possemato y Cheon, 2013; Chiesa, Brambilla y Serretti, 2011; Keng, Smoski y Robins, 2011). Es muy probable que no se alcanzara a registrar

un incremento estadísticamente significativo debido al reducido número de participantes y a que no fue posible verificar de manera confiable el tiempo que los participantes dedicaban a la práctica de la meditación en sus hogares. Este último dato es de gran interés ya que existe una relación directa entre el tiempo dedicado a la práctica de atención plena y los cambios clínicos significativos (Eberth y Sedlmeier, 2012; Sanada *et al.*, 2016). Además, los estudiantes de música, para quienes el cuerpo cumple un rol fundamental en cómo se construye la experiencia musical (Martínez, 2015), requieren considerar sus necesidades corpóreas particulares, por lo que será de gran importancia trabajar con su cuerpo en la meditación. Estudios recientes subrayan la importancia del *embodiment*, entendido como la capacidad del instructor de encarnar las actitudes y la ética de la atención plena durante el proceso de enseñanza de la práctica meditativa, ya que esta capacidad hace posible transmitir los conocimientos más allá de lo conceptual, permite establecer un grado de sintonía con el propio cuerpo que servirá de base para sintonizar con el alumno (González-García y González-López, 2017).

Sintomatología ansiosa

Tras la intervención psicológica, la ansiedad-rasgo de los participantes permaneció en un nivel elevado (> 44 puntos), a diferencia de lo hallado en la literatura (Bergen-Cico y Cheon, 2014), en la que se reportan disminuciones en los niveles de ansiedad-rasgo. De igual manera, los niveles de ansiedad-estado tampoco mostraron cambios estadísticamente significativos tras la intervención APC, ya

que esta variable permaneció en un nivel moderado (< 44 puntos). Tales resultados contrastan con lo reportado en otros estudios, como el de Chang, Midlarsky y Lin (2003) en el que se observó una disminución significativa en la ansiedad-estado en un grupo de músicos que recibieron entrenamiento en meditación, en comparación con un grupo control.

La ausencia de cambios estadísticamente significativos en la ansiedad-rasgo y en la ansiedad-estado registrados en este trabajo puede deberse a múltiples factores, como el tamaño de la muestra, la variabilidad en el perfil de los participantes o el corto tiempo de práctica de las nuevas habilidades aprendidas por los mismos. Además, el hecho de que la intervención se centrara más en el estudio de contenidos filosóficos que en la práctica meditativa, al igual que el hecho de que esta intervención no fuera adaptada a la población musical, pudieron haber influido en la capacidad de los alumnos para reducir su ansiedad. Otras investigaciones reportan cambios mayores en las variables psicológicas en aquellos programas que constan de más de 20 horas de práctica de meditación (Sanada *et al.*, 2016).

Frecuencia cardíaca y cortisol salival

La frecuencia cardíaca antes de la interpretación musical disminuyó tras la intervención, aunque no de manera significativa, en tanto que la evaluada después de la interpretación no aumentó significativamente. En el campo de la interpretación musical, la frecuencia cardíaca es el indicador de excitación fisiológica más frecuentemente evaluado (Abel y Larkin, 1990; Brotons, 1994; Craske y Craig, 1984; Fredrikson y Gunnarsson, 1992). En el presente estudio se decidió medir esta variable en dos condiciones: antes y después de la interpretación musical. No se tomaron medidas basales, lo cual podría haber proporcionado información adicional sobre el perfil fisiológico de estrés de cada participante. Frecuentemente se espera un decremento en la frecuencia cardíaca después de una intervención basada en la atención plena; no obstante, algunos trabajos parecen contradecir esta noción convencional de la meditación como un estado psicológico y fisiológico inactivo (homeostático) únicamente. A este respecto, en un estudio

realizado por Peng *et al.* (1999) se encontró que individuos sanos mostraban una marcada variabilidad dinámica en la frecuencia cardíaca durante un estado subjetivamente percibido como relajación profunda. Aunado a ello, el hecho de que la frecuencia cardíaca tras la interpretación musical haya aumentado pudo responder a la influencia del esfuerzo físico y a la posible generación de emociones positivas durante la interpretación musical y no solo a la ansiedad. A este respecto, Nakahara, Furuya, Obata, Masuko y Kinoshita (2009) afirman que los cambios en las emociones que conlleva el disfrute de la interpretación se reflejan en la activación del sistema nervioso autónomo, lo que podría indicar también un mayor involucramiento del intérprete en la música; así, sería conveniente analizar hasta qué punto el músico profesional requiere de una determinada activación fisiológica para satisfacer las demandas de su entorno de manera eficaz. Además, se sabe que las sensaciones de activación experimentadas por los músicos antes de una presentación pública pueden ser perturbadoras para algunos, mientras que para otros pueden facilitar una buena ejecución. Lo anterior hace difícil demostrar que la activación fisiológica está correlacionada positivamente con la ansiedad de desempeño musical. La activación fisiológica es una condición necesaria pero no suficiente para que se desarrolle la ansiedad de desempeño musical; de hecho, la interacción entre los procesos cognitivos y la activación fisiológica es fundamental para que esta ocurra (Juslin y Sloboda, 2013).

Se necesita más investigación sobre el efecto de la intervención basada en APC en la frecuencia cardíaca para, de este modo, determinar qué tipo de respuesta la caracteriza. En el presente estudio se hipotetizaron cambios en la frecuencia cardíaca, pese a lo cual sería arriesgado elaborar conclusiones específicas respecto al efecto del entrenamiento sobre esta variable, dadas las limitaciones metodológicas ya señaladas y al hecho de que, como se explicó anteriormente, un aumento en la frecuencia cardíaca (activación fisiológica) no siempre es sinónimo de ansiedad.

En cuanto al cortisol, se observó que los niveles de esta hormona en todos los participantes correspondían al rango de valores normales para

la mañana (0.94-19.80 ng/ml) (Miller *et al.*, 2016). El incremento en la concentración de esta hormona en la secreción salival antes de la interpretación musical confirma reportes previos acerca de la respuesta anticipatoria del cortisol salival en la interpretación musical (Fredrikson y Gunnarsson, 1992). En este trabajo, el cortisol salival se midió en tres condiciones (basal, antes y después de una interpretación musical) antes y después de la intervención. Se reportó un aumento, aunque no significativo, de los niveles basales de cortisol tras la intervención. El incremento en el cortisol basal pudo deberse al estrés situacional, pues las fechas en las que se efectuaron las mediciones basales postintervención coincidieron con los exámenes y recitales de fin de semestre de los alumnos.

Los niveles de cortisol medidos antes y después de la interpretación musical no mostraron una disminución significativa. La ausencia de cambios en dichos niveles después de haber recibido la intervención tiene sentido si se entiende que un entrenamiento inicial breve de meditación en atención plena fomenta mayores esfuerzos de afrontamiento activo, lo que resulta en una mayor reactividad al cortisol durante los estresores sociales evaluados (Creswell, Pacilio, Lindsay y Brown, 2014). Además, algunas investigaciones indican que una intervención basada en atención plena durante las etapas iniciales de adquisición de habilidades de meditación puede ser cognitivamente exigente, por lo que los cambios observados en los niveles de cortisol pueden no ser significativos (Evans, Eisenlohr-Moul, Button, Baer y Segerstrom, 2014; Wadlinger y Isaacowitz, 2011).

Esta reflexión también conduce a considerar que en esta población específica los métodos de evaluación de la eficacia de una intervención para reducir la ansiedad de desempeño musical no deben centrarse demasiado en la medición de síntomas fisiológicos que en un ejecutante musical estarán presentes en mayor o menor medida debido a las características de la tarea que desempeña, la cual implica altos niveles de concentración y

un despliegue importante de la memoria de trabajo en situaciones que son siempre evaluativas, ya sea que se presente ante un jurado especializado o ante un público en general.

En este sentido, futuras investigaciones deben incorporar a sus métodos de evaluación medidas que den cuenta principalmente de la interpretación subjetiva de los eventos estresores (como amenazantes o no), del grado de satisfacción del músico a partir de la tarea desempeñada e incluso de la mejora en la calidad de la ejecución musical evaluada por jueces expertos.

Al considerar estos elementos, las intervenciones basadas en atención plena compasiva continúan siendo una intervención pertinente para este grupo ya que precisamente su propósito es que las personas sean capaces de mantener un contacto con el momento presente, aunque dicho momento conlleve emociones o sensaciones desagradables; en otras palabras, el ejecutante musical debe estar sumamente concentrado en la música no obstante sus emociones y sensaciones desagradables relacionadas con una presentación pública.

Por otra parte, debido a que este es un estudio piloto de naturaleza exploratoria, muestra varias limitaciones metodológicas, por lo que sus resultados deben tomarse con reserva. Entre estos inconvenientes destacan la carencia de un grupo control y el reducido grupo de participantes. Investigaciones posteriores deben considerar una mayor potencia estadística a partir de un diseño de investigación más robusto por medio de un ensayo clínico controlado y aleatorizado (Hunter y May, 1993). De igual manera, se debe considerar que los estudiantes de música que participaron en este proyecto exhibían, además de ansiedad elevada, otras comorbilidades psicológicas asociadas, por lo que se debe controlar esta variable.

Finalmente, el presente estudio cumplió su objetivo al constituir una primera aproximación a este tipo de intervenciones en la población de músicos mexicanos y apreciar que la misma es factible y bien aceptada en la mencionada comunidad.

Citación: Cortés-Hernández, N.L., González-Santoyo, I., López-Tello, A. y Moreno-Coutiño, A.B. (2023). Intervención basada en atención plena compasiva en estudiantes de música con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 33(1), 131-145. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2779>.

REFERENCIAS

- Abel, J.L. y Larkin, K.T. (1990). Anticipation of performance among musicians: Physiological arousal, confidence, and state-anxiety. *Psychology of Music*, 18(2), 171- 182.
- Aguilar C., M.J., Sánchez L., A.M., Mur V., N., García G., I., Rodríguez L., M.A., Ortegón P., A. y Cortés C., E. (2014). Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), 960-968.
- Altenmüller, E. y Ioannou, C.I. (2016). Maladaptive plasticity induces degradation of fine motor skills in musicians. *Zeitschrift Für Psychologie*, 224(2), 80-90.
- Barbar A., E.M., de Souza C., J.A. y de Lima O., F. (2014). Performance anxiety in Brazilian musicians: Prevalence and association with psychopathology indicators. *Journal of Affective Disorders*, 154, 381-386. Doi: 10.1016/j.jad.2013.09.041.
- Bergen-Cico, D. y Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness*, 5(5), 505-519.
- Bergen-Cico, D., Possemato, K. y Cheon, S. (2013). Examining the efficacy of a brief mindfulness-based stress reduction (Brief MBSR) program on psychological health. *Journal of American College Health*, 61(6), 348-360.
- Bissonnette, J. (2015). Virtual reality exposure training for musicians: its effect on performance anxiety and quality. *Medical Problems of Performing Artists*, 30(3), 169-177). Doi: 10.21091/mppa.2015.3032.
- Brodsky, W. (1996). Music performance anxiety reconceptualized. *Medical Problems of Performing Artists*, 11(3), 88-98.
- Brotons, M. (1994). Effects of performing conditions on music performance anxiety and performance quality. *Journal of Music Therapy*, 31(1), 63-81.
- Burin, A.B. y De Lima O., F. (2016). Interventions for music performance anxiety: Results from a systematic literature review. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(5), 116-131. Doi: 10.1590/0101-60830000000097.
- Chang, J.C., Midlarsky, E., y Lin, P. (2003). Effects of meditation on music performance anxiety. *Medical Problems of Performing Artists*, 18, 126+.
- Chiesa, A., Brambilla, P. y Serretti, A. (2011). Neuro-imaging of mindfulness meditations: Implications for clinical practice. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(2), 205-210.
- Conti, G. (2018). *La ansiedad por performance musical como emergente de las modalidades de intervención docente durante la clase de instrumento*. La Plata (Argentina): Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/74956>.
- Craske, M.G. y Craig, K.D. (1984). Musical performance anxiety: the three-systems model and self-efficacy theory. *Behaviour Research and Therapy*, 22(3), 267-280.
- Creswell, J.D., Pacilio, L.E., Lindsay, E.K. y Brown, K.W. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 1-12.
- Domingo, M. (2015). *Ansiedad de ejecución, atención plena, autocompasión, rendimiento y satisfacción académica en estudiantes de música de la Universidad Autónoma de Santo Domingo*. Tesis doctoral inédita. Santo Domingo (República Dominicana): Universidad Autónoma de Santo Domingo.
- Eberth, J. y Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189). Doi: 10.1007/s12671-012-0101-x.
- Evans, D.R., Eisenlohr-Moul, T.A., Button, D.F., Baer, R.A. y Segerstrom, S.C. (2014). Self-regulatory deficits associated with unpracticed mindfulness strategies for coping with acute pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(1), 23-30. Doi: 10.1111/jasp.12196.
- Fernholz, I., Mumm, J.L.M., Plag, J., Noeres, K., Rotter, G., Willich, S.N., Ströhle, A., Berghöfer, A. y Schmidt, A. (2019). Performance anxiety in professional musicians: a systematic review on prevalence, risk factors and clinical treatment effects. *Psychological Medicine*, 49(14), 2287-2306.
- Fredrikson, M. y Gunnarsson, R. (1992). Psychobiology of stage fright: the effect of public performance on neuroendocrine, cardiovascular and subjective reactions. *Biological Psychology*, 33(1), 51-61.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. Doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97.
- González G., M. y González L., J. (2017). Bases neurofisiológicas de mindfulness y compasión: una propuesta desde la teoría polivagal. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 101-111.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2013). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science & Business Media.
- Hunter, M.A. y May, R.B. (1993). Some myths concerning parametric and nonparametric tests. *Canadian Psychology*, 34(4), 384-389. Doi: 10.1037/h0078860.

- Huxter, M.J. (2007). Mindfulness as therapy from a Buddhist perspective. En D. A. Einstein (Ed.): *Innovations and Advances in Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 43-55). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jha, A.P., Stanley, E.A., Kiyonaga, A., Wong, L. y Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion, 10*(1), 54-64.
- Juslin, P.N. y Sloboda, J.A. (2013). Music and emotion. *The Psychology of Music, 583-645*. Doi: 10.1016/b978-0-12-381460-9.00015-8.
- Keng, S.-L., Smoski, M.J. y Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056.
- Kenny, D.T. (2004). Treatment approaches for music performance anxiety: what works. *Music Forum, 10*, 38-43.
- Kenny, D.T. (2011). *The psychology of music performance anxiety*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kenny, D.T. y Ackermann, B. (2007). Anxiety in public performance, stress and health issues for musicians. *Oxford Handbook of Music Psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kenny, D.T. y Osborne, M.S. (2006). Music performance anxiety: New insights from young musicians. *Advances in Cognitive Psychology, 9*(2), 103-111.
- Khalsa, S.B.S. y Cope, S. (2006). Effects of a yoga lifestyle intervention on performance related characteristics of musicians: a preliminary study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 12*(8), 325-331.
- Kral, T.R.A., Schuyler, B.S., Mumford, J.A., Rosenkranz, M.A., Lutz, A. y Davidson, R.J. (2018). Impact of short-and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *NeuroImage, 181*, 301-313.
- Larroya C., P., López J., C., Castro J., F. y Moncayo F., L.G. (2017). Análisis cualitativo de temas construidos y emergentes a partir de una experiencia piloto de psicoterapia centrada en la compasión (PCC) en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología, 14*(1), 149.
- Lee, S.H. (2002). Musician's performance anxiety and coping strategies. *American Music Teacher, 52*(1), 36-39.
- López M., E., Hernández P., M.R., Méndez S., L., Gutiérrez G., J.J., Araujo D., D., Nuñez G., A., Cervantes S., L.K., Nava A., S., Bautista G., L.E. y Hölzel, B.K. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psychologia. Avances de la Disciplina, 9*(1), 13-27.
- López T., A. y Moreno C., A.B. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud, 29*(1), 25-32. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2565>.
- Martínez I., C. (2015). Cognición musical y embodiment: en la búsqueda de la experiencia perdida. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(1). Doi: 10.5872/psiencia/7.1.0201304.
- Miller, K.G., Wright, A.G.C., Peterson, L.M., Kamarck, T.W., Anderson, B.A., Kirschbaum, C., Marsland, A.L., Muldoon, M.F. y Manuck, S.B. (2016). Trait positive and negative emotionality differentially associate with diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology, 68*, 177-185.
- Moreno C., A.M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica, 12*(01), 1-18.
- Nakahara, H., Furuya, S., Obata, S., Masuko, T. y Kinoshita, H. (2009). Emotion-related changes in heart rate and its variability during performance and perception of music. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1169*, 359-362.
- Ortiz B., A. (2008). *Music performance anxiety. A review of the literature*. Tesis doctoral no publicada. Freiburg (Alemania): Freiburger Institut für Musikmedizin.
- Páez, M., Luciano, C. y Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología, 2*(1), 49-70.
- Peng, C.K., Mietus, J.E., Liu, Y., Khalsa, G., Douglas, P.S., Benson, H. y Goldberger, A.L. (1999). Exaggerated heart rate oscillations during two meditation techniques. *International Journal of Cardiology, 70*(2), 101-107. Doi: 10.1016/s0167-5273(99)00066-2.
- Pérez Á., M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 291-310.
- Rodríguez C., R., Lecuona, O., Vilte, L.S., Moreno J., J. y de Rivas, S. (2017). *Freeing the performer's mind: A structural exploration of how mindfulness influences music performance anxiety, negative affect and self-consciousness among musicians*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://mindrxiv.org/657n8/>.
- Rosenkranz, M.A., Davidson, R.J., Maccoon, D.G., Sheridan, J.F., Kalin, N.H. y Lutz, A. (2013). A comparison of mindfulness-based stress reduction and an active control in modulation of neurogenic inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity, 27*(1), 174-184.
- Ryan, C. y Andrews, N. (2009). An investigation into the choral singer's experience of music performance anxiety. *Journal of Research in Music Education, 57*(2), 108-126.

- Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Kaplan, H.L. (2009). *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PEN: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sanada, K., Montero M., J., Alda D., M., Salas V., M., Pérez Y., M.C., Morillo, H., Demarzo M., M.P., García T., M. y García C., J. (2016). Effects of mindfulness-based interventions on salivary cortisol in healthy adults: a meta-analytical review. *Frontiers in Physiology*, 7, 471.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., Williams, J.M. y Gemar, M.C. (2002). The Mindfulness-based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Simkin, D.R. y Black, N.B. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 487-534.
- Snyderman, R. y Gyatso, T. (2019). Compassion and health care. *Academic Medicine*, 94(8), 1068-1070. Doi: 10.1097/acm.00000-00000002709.
- Spahn, C. (2015). Treatment and prevention of music performance anxiety. *Progress in Brain Research*, 217, 129-140.
- Spahn, C., Walther, J.C. y Nusseck, M. (2016). The effectiveness of a multimodal concept of audition training for music students in coping with music performance anxiety. *Psychology of Music*, 44(4), 893-909. Doi: 10.1177/0305735615597484.
- Spielberger, C.D. (1966). *Theory and research on anxiety*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Stern, J.R.S., Khalsa, S.B.S. y Hofmann, S.G. (2012). A yoga intervention for music performance anxiety in conservatory students. *Medical Problems of Performing Artists*, 27(3), 123-128.
- Turner, S.M., Johnson, M.R., Beidel, D.C., Heiser, N.A. y Bruce-Lydiard, R. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment*, 15(3), 384-391. Doi: 10.1037/1040-3590.15.3.384.
- Wadlinger, H.A. y Isaacowitz, D.M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 75-102. Doi: 10.1177/1088868310365565.
- Weinberg, R.S. y Gould, D. (2014). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Williamson, A. (2004a). Physiological self-regulation: biofeedback and neurofeedback. In *Musical Excellence Strategies and Techniques to Enhance Performance* (pp. 197-220). Doi: 10.1093/acprof:oso/9780198525356.003.0011.
- Williamson, A. (2004b). *Musical Excellence: Strategies and Techniques to Enhance Performance*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Williamson, A., Aufegger, L. y Eiholzer, H. (2014). Simulating and stimulating performance: introducing distributed simulation to enhance musical learning and performance. *Frontiers in Psychology*, 5, 25.
- Wilson, G.D. y Roland, D. (2002). Performance anxiety. En R. Parncutt y G. McPherson (Eds.): *The science and psychology of music performance: Creative strategies for teaching and learning* (pp. 47-61). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Zhang, Y.Y., Han, W.L., Qin, W., Yin, H.X., Zhang, C.F., Kong, C. y Wang, Y.L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810-819.

Rendimiento académico y conducta sexual de hombres y mujeres de reciente ingreso a la universidad

Academic achievement and sexual behavior of men and women recently entering college

Diana Moreno Rodríguez y Susana Robles Montijo

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Diana Moreno Rodríguez, diana.moreno@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar diferentes aspectos de la conducta sexual de hombres y mujeres de reciente ingreso a la universidad. Para ello, 473 estudiantes sexualmente activos fueron divididos en dos grupos denominados de Alto y Bajo Rendimiento y evaluados mediante la Encuesta Universitaria de Salud Sexual. Las variables evaluadas fueron las relacionadas con su debut sexual (planeación, lugar, tipo de pareja, uso de condón, solicitud de su uso, etc.), los últimos encuentros sexuales y el patrón de conducta sexual (uso de condón, frecuencia de las relaciones sexuales, frecuencia y uso del condón en los últimos tres meses, consistencia del uso del condón, etc.), así como tres problemas de salud: embarazos, abortos y enfermedades de transmisión sexual. Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres de bajo rendimiento académico se encuentran en mayor riesgo en su vida sexual que los jóvenes de alto rendimiento. Se discute la necesidad de diseñar estrategias de promoción de la salud en el contexto educativo como alternativa para formar jóvenes saludables en el terreno sexual.

Palabras clave: Jóvenes universitarios; Rendimiento académico; Conducta sexual de riesgo; Debut sexual; Uso de condón.

ABSTRACT

Objective. The present study aimed to evaluate different aspects of the sexual behavior of male and female students of recent college entrance. Method-Participants. A total of 473 sexually active students assigned to High and Low academic achievement groups completed the Sexual Health University Survey. The variables assessed included characteristics of sexual debut (planning, place, kind of partner, condom use, demand for condom use, among other aspects). Data also included the last sexual encounters or pattern of sexual behavior (condom use, frequency of intercourse and condom use in the last three months, and consistency of condom use), and three sexual health problems (pregnancy, abortion, and sexually transmitted diseases). Results. The results suggest that the students with low academic achievement are at greater risk in their sexual life than those with a high one. Discussion. The present findings emphasize the need to design health promotion strategies in school settings and educate healthy young people in the sexual area.

Key words: University students; Academic achievement; Risky sexual behavior; Sexual debut; Condom use.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: diana.moreno@iztacala.unam.mx y susana@campus.iztacala.unam.mx.



Recibido: 24/05/2021

Aceptado: 12/10/2021

Cuando se trata de caracterizar los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes, la literatura especializada remite de inmediato a su vida sexual. Diversos organismos internacionales señalan lo alarmante de las cifras que se configuran año tras año, y por ende el riesgo en el que se encuentran los jóvenes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [UNAIDS], 2016). Entre los multicitados problemas se hallan el uso de sustancias, la obesidad, la bulimia y la anorexia, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH/sida, el aborto, los embarazos y más recientemente el embarazo adolescente, considerado este último por las autoridades como un problema de salud pública (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida [CENSIDA], 2020; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014; Instituto Nacional de Salud Pública, 2018).

Pero también lo cierto es que todos estos problemas tienen algo en común: *pueden ser evitados*. La gran interrogante en este sentido es por qué algunos jóvenes pueden evitarlos y otros no. La literatura al respecto ha mostrado cuáles son las variables vinculadas a las conductas sexuales de riesgo, como el uso de sustancias (Antón y Espada, 2009; Ceballos y Campo, 2007; So, Wong y DeLeon, 2005), el sexo casual (Gibbons, Gerrard y Lane, 2003), las dificultades para discutir con la pareja sobre el uso de condón (Sales *et al.*, 2009), la desinformación (Amado, Vega, Jiménez, y Piña, 2007; Arango *et al.*, 2012; Campo y Ceballos, 2008; Kaushik, Pineda y Kest, 2016;), la presión y la percepción de los amigos (Cherie y Berhane, 2012; Langille, Corbertt, Wilson y Schlievert, 2010; Sánchez y Muñoz, 2005), el número de compañeros sexuales (González, Molina, Montero, Martínez y Molina, 2009; Keto, Tilahun y Mamo, 2020), el uso inconsistente del condón (Robles, Piña y Moreno, 2006), y los errores en su uso (Ro-

bles, Rodríguez, Frías y Moreno, 2014; Rodríguez, Barroso, Frías, Moreno y Robles, 2009).

Autores como Hittner y Kryzanowski (2010) afirman que las variables contextuales del medio escolar inmediato, como un bajo nivel académico, una categoría escolar baja y un proyecto de vida limitado, han recibido menos atención que las variables mencionadas en los párrafos precedentes, y enfatizan que tales variables pueden tener un efecto negativo sobre los jóvenes, al motivarlos para involucrarse en conductas sexuales riesgosas. Por el contrario, Flay, Snyder y Petraits (2009) consideran que un medio ambiente escolar positivo puede reducir el riesgo de llevar a cabo conductas delictivas, de usar sustancias y de implicarse en conductas sexuales no protegidas.

Una posible explicación de lo anterior, según McCauley y Crockett (1993), es que al involucrarse actividades sexuales los jóvenes pasarán más tiempo *pensando en tener sexo*, lo que reduce el tiempo que pueden dedicar a las labores escolares. Dichos autores demostraron una relación negativa entre el tiempo que los jóvenes dedican a la escuela y su comportamiento sexual; asimismo, observaron que una mayor participación de los jóvenes en actividades académicas reducía la probabilidad de que se involucraran en tareas relacionadas con el sexo; por ejemplo, en más de la mitad de los casos analizados por dichos autores la participación temprana en la actividad sexual se relacionó de manera negativa con el rendimiento académico, además de que se vinculaba significativamente con un incremento del tiempo invertido en pensar o participar en actividades sexuales, con bajas expectativas de desarrollo académico y con un menor interés en las calificaciones.

En otros estudios se ha confirmado una asociación negativa entre las variables vinculadas a la escuela, el sexo, y los comportamientos sexuales de riesgo de los adolescentes. Zimmer-Gembeck y Helfand (2008) llevaron a cabo un metaanálisis respecto de la conducta sexual de los adolescentes, la importancia del género, y la edad del debut sexual entre otras variables. En cinco de seis trabajos analizados, los autores encontraron que un bajo nivel en las aspiraciones y planes educativos a futuro y un pobre rendimiento académico se aso-

ciaban a un debut sexual temprano en las mujeres, pero no en los varones. Cohen, Farley, Taylor, Martin y Schuster (2002) hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes en cuanto a la edad del primer encuentro y los comportamientos sexuales de riesgo, habiendo una mayor probabilidad de que los varones iniciaran su vida sexual antes de los 14 años y que tuviesen mayor número de parejas sexuales que las mujeres. Asimismo, en las adolescentes encontraron una asociación entre no participar en actividades extracurriculares y tener relaciones sexuales, asociación que no se observó en los varones.

Lloyd y Mensch (2008) apuntan que, en los países desarrollados, las niñas que asisten a la escuela tienen 50% menos probabilidad de involucrarse en el sexo que las que no asisten. Asimismo, mencionan que, en Sudáfrica, las mujeres son más vulnerables a abandonar la escuela una vez que maduran sexualmente y se involucran en el sexo. Marteleto, Lam y Ranchhod en el 2006, encontraron en una muestra de mujeres entre los 14 y 22 años, una asociación entre el recursamiento de años escolares, la presencia de embarazos y una baja probabilidad de continuar en la escuela después del parto. En el 2008, estos mismos autores observaron que tanto los varones como las mujeres que obtuvieron buenas ejecuciones en pruebas de lectura y habilidades numéricas, tenían menos probabilidad de haberse iniciado sexualmente y de abandonar la escuela. Mehra, Kyagaba, Ostergen y Agardh (2014) reportan que las mujeres con una pobre ejecución académica estaban en mayor riesgo de usar de manera inconsistente el condón que sus compañeros varones en una muestra de estudiantes universitarios de Uganda.

McCauley y Crockett introdujeron en 1993 el concepto de *inversión educativa*. Mediante un estudio longitudinal, los autores mencionados demostraron la existencia de patrones de desarrollo diferenciados para mujeres y hombres de secundaria y preparatoria. En las adolescentes, el involucramiento escolar, definido por sus calificaciones, la participación en labores académicas y tener planes educativos a futuro fueron buenos predictores de la actividad sexual un par de años después; sin

embargo, el mejor predictor en los hombres fue el participar en actividades académicas. En síntesis, señalan que, en el caso de las primeras, el involucramiento escolar puede limitar su actividad sexual, lo que no sucede en los segundos.

Tales evidencias sugieren que algunas variables relacionadas con el ámbito escolar de los adolescentes y jóvenes se relacionan estrechamente con su comportamiento sexual, evidenciándose importantes diferencias cuando se comparan hombres y mujeres. Sin embargo, los estudios que reportan dicha relación —específicamente aquella entre el rendimiento académico y el debut sexual— han omitido variables tales como el lugar, el tipo de pareja, la planeación del encuentro sexual y la solicitud del uso de protección, entre otras, aspectos que resultan importantes para el análisis de cómo fue ese primer encuentro, así como las posibles diferencias entre hombres y mujeres jóvenes con un rendimiento académico distinto. Igualmente resulta necesario caracterizar sus últimos encuentros sexuales y establecer los posibles vínculos con el debut sexual, lo que daría indicios de lo que algunos autores denominan *trayectoria sexual* (Shafii, Stovel y Holmes, 2007); es decir, cómo es que los últimos encuentros sexuales pueden estar determinados por las primeras experiencias sexuales o por las nuevas.

Hacer un análisis con todos estos elementos haría posible esclarecer la posible relación del contexto escolar —y en especial el rendimiento académico— con las características bajo las cuales ocurrió el primer encuentro sexual y su efecto en los últimos encuentros sexuales. Al probar dicha vinculación se estaría en la posibilidad de diseñar y poner en práctica intervenciones novedosas orientadas a promover un mayor involucramiento escolar y la reducción de comportamientos de riesgo sexual en hombres y mujeres jóvenes.

En este trabajo fue de especial interés evaluar en una muestra de hombres y mujeres universitarios de bajo y alto rendimiento académico diversos aspectos de su comportamiento sexual, en particular algunos indicadores de su debut sexual, sus últimos encuentros sexuales y algunos problemas de salud.

MÉTODO

Participantes

De un total de 939 estudiantes que respondieron de manera voluntaria una encuesta sobre salud sexual, se seleccionaron aquellos que reportaron ser sexualmente activos. A partir de este criterio, se formaron dos grupos: los estudiantes cuyo promedio de aprovechamiento escolar en el bachillerato fue menor de 7.80 (percentil 25) fueron asignados al grupo de Bajo rendimiento ($N = 321$), y los que obtuvieron un promedio arriba de 8.65 (percentil 75), al de Alto rendimiento ($N = 152$), quedando así conformada la muestra por un total de 473 estudiantes, con una media de edad de 19.36 años. De ellos, 42% fueron hombres y 58% mujeres. El promedio de edad para el grupo de Bajo rendimiento fue de 19.53 años, en el que 45.8% fueron hombres y 54.2% mujeres; a su vez, en el grupo de Alto rendimiento la edad promedio fue de 18.93 años, del cual 34.9% eran hombres y 65.1% mujeres.

Instrumentos y medidas

Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (EUSS) (Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011).

Se utilizó dicho instrumento para la evaluación, de la cual solo se seleccionaron los reactivos relativos a datos demográficos, antecedentes escolares, debut sexual, patrón de conducta sexual y problemas de salud sexual.

Debut sexual

En este caso, se obtuvo información sobre la edad de la primera relación sexual y las circunstancias bajo las cuales ocurrió. Los ocho reactivos diseñados para obtener esta información fueron, a saber: el lugar en dónde ocurrió (un hotel, en su casa, en la casa del novio(a), en la casa de un(a) amigo(a), en un automóvil, en un antro, o ninguna de las anteriores); el tipo de pareja (novio(a), amigo(a), familiar, desconocido(a), trabajadora del sexo o ninguna de las anteriores); si la relación fue planeada (sí/no); si se usó condón (sí/no); quién propuso usar condón (tú, tu pareja, ambos); si se soli-

citó a la pareja usar condón (sí/no), y si se usó de algún método anticonceptivo diferente al condón (sí/no).

Patrón de conducta sexual

Se diseñaron seis reactivos que permitieron obtener información sobre el patrón de conducta sexual de los participantes. Un reactivo indicó la frecuencia con la que se ha utilizado el condón al tener relaciones sexuales, siendo las opciones de respuesta, evaluadas a través de una escala Likert con valores de 1 (“Nunca”) a 5 (“En todas y cada una de las veces”). En tres más se evaluó el número de veces que habían tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, el número de veces que usaron condón en el mismo periodo, y el número de parejas sexuales en toda la vida, reactivos en los que debían responder con un valor numérico (3, 4, etc.). En los dos reactivos restantes se solicitó información sobre si se usó o no condón en la última relación sexual y en los últimos tres meses (“sí/no”).

Problemas de salud

Los problemas de salud evaluados fueron los que la literatura actual señala como los que mayormente aquejan a los adolescentes y jóvenes, como los embarazos, el aborto y las ITS; ante preguntas expresas para cada uno de dichos problemas, las opciones de respuesta fueron “sí”, “no” y “no sé”.

Procedimiento

Los responsables de la investigación y cuatro de sus colaboradores acudieron a cada uno de los grupos, previa cita acordada con las autoridades. El procedimiento de aplicación de la EUSS se inició con una breve explicación de la evaluación que se haría y sobre cómo llenarla. Asimismo, se enfatizó que la participación era voluntaria y que se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de la información que proporcionarían. Una vez empezada la aplicación, los investigadores permanecieron al frente del grupo para resolver cualquier duda que se expresara. La administración del cuestionario tuvo una duración aproximada de 90 minutos.

RESULTADOS

Rendimiento académico: debut sexual y comparación por sexo

En primer término, el análisis correspondiente al grupo de Bajo rendimiento mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres solamente en tres de las ocho variables evaluadas para el debut sexual: tipo de pareja, lugar y decir a la pareja que se quería usar condón. Con relación al *tipo de pareja*, se observó que las mujeres reportaron mayormente haber tenido su primer encuentro sexual con su novio (88.5%), en comparación con los hombres (68.5%); es importante destacar que estos (24%) superaron a las mujeres (8.6%) en la opción de amigo(a) ($\chi^2 = 19.849; p \leq .001$). El análisis respecto al *lugar* ($\chi^2 = 22.927; p \leq .000$) reveló que cerca de la mitad de las mujeres (48.8%) lo hicieron en casa de su novio, a diferencia de los varones (29.3%). Decir a la *pareja que se quería usar condón* es una condición importante desde el primer encuentro sexual; en este caso, destaca el que las mujeres superaran con mucho a los hombres, ya que 71.3% de ellas, reportó haberlo hecho, a diferencia de los hombres, entre quienes solo 54.4% de ellos lo hicieron, diferencias que resultaron significativas ($\chi^2 = 9.758; p \leq .002$).

En cuanto a la edad del debut sexual, los datos mostraron que las mujeres iniciaron su vida sexual a la edad promedio de 16.71 años, mientras que los hombres lo hicieron a los 16.05 años. La prueba *t* para muestras independientes indicó diferencias entre ambos ($t_{[1,317]} = -3.418, p \leq .001$). Un análisis adicional sobre el haber iniciado la vida sexual antes de los 15 años como una edad de riesgo mostró diferencias significativas, aunque marginales, entre hombres y mujeres; específicamente, se encontró que una tercera parte de los hombres (33.1%) lo hicieron antes de los 15 años, contra 23.6% de las mujeres ($\chi^2 = 3.579; p \leq .059$).

El análisis relativo al debut sexual del grupo de alto rendimiento expresó diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables vinculadas al *tipo de pareja*, el *lugar* y la *planeación*. En el primer caso, 93.9% de las mujeres reportó haber tenido su primera experiencia sexual con su novio, contra 69.8% de los hombres; cabe des-

tacar que cerca de la cuarta parte (24.5%) de los hombres reportaron a una amiga como su primera pareja sexual ($\chi^2 = 19.778; p \leq .001$). En cuanto al *lugar*, los varones reportaron más variedad de lugares y en porcentajes más altos que las mujeres; en ellas, el porcentaje más alto (40%) fue en la casa del novio ($\chi^2 = 22.927; p \leq .000$). En la *planeación del debut sexual* también se observaron diferencias significativas ($\chi^2 = 7.914; p \leq .005$), pues 45.3% de los hombres planearon su primer encuentro sexual, porcentaje que se ve superado por las mujeres casi en 20%.

Con relación a la edad del debut sexual, los datos muestran que los hombres se iniciaron a los 16 años, y las mujeres a los 17.03 años, diferencia que resultó significativa ($t_{(1,150)} = -2.985, p \leq .003$). Al considerar la edad del debut sexual como variable de riesgo —es decir, haberse iniciado antes de los 15 años—, se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que 37.7% de los hombres reportó haber tenido su primer encuentro sexual antes de los quince años, que es más del doble (15.2%) que en las mujeres ($\chi^2 = 9.934; p \leq .002$). En cualquier caso, la tercera parte de los hombres de ambos grupos se iniciaron a edades riesgosas, seguidos de las mujeres del grupo de bajo rendimiento.

Rendimiento académico, patrón de conducta sexual y comparaciones por sexo

Como se recordará, el patrón de conducta sexual proporcionó información relacionada con algunas características de la vida sexual de los jóvenes en los tres meses previos a la aplicación de la EUSS. El análisis de las variables evaluadas no arrojó diferencias significativas entre los hombres y las mujeres del grupo de bajo rendimiento debido, en gran medida, a que los porcentajes en las respuestas a los cuatro reactivos son semejantes. Sin embargo, cabe destacar que cuando se les cuestionó sobre el uso de protección en la última relación sexual, 38.7% de las mujeres señalaron que no la emplearon, contra el 33.3% de los hombres; asimismo, en cuanto al uso de condón en los últimos tres meses, 45.3% de los hombres respondió no haberlo utilizado, al igual que 39.8% de las mujeres.

La consistencia en el uso del condón se evaluó mediante una pregunta que de manera general

indagaba su frecuencia en las relaciones sexuales en los últimos tres meses, y cuyas opciones de respuestas fueron de 1 (“Nunca”) a 5 (“En todas y cada una de las veces”), mismas que fueron transformadas para clasificar a los participantes como consistentes o inconsistentes. Así, todos quienes reportaron haber usado condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales fueron clasificados como consistentes, y los que eligieron cualquiera de las otras opciones, como inconsistentes. En este caso, 71.5% de los hombres y 74.4% de las mujeres del grupo de bajo rendimiento usaron de manera inconsistente el condón, diferencia que no resultó ser significativa.

Como se dijo antes, uno de los objetivos de este trabajo fue analizar el efecto del debut sexual en los siguientes encuentros sexuales, de modo que se determinaron la relación entre haber usado protección en el debut sexual, el uso de condón en la última relación, la edad de riesgo del debut sexual y la consistencia en su uso. Este análisis mostró que 56.2% de los varones que reportaron no haber usado protección en su primera relación sexual tampoco lo usaron en el último encuentro, contra 50.7% de las mujeres. De igual manera, 37% de los hombres y 31.5% de las mujeres que reportaron haber usado condón en su debut sexual fueron clasificados como inconsistentes. Por otra parte, y con relación a la edad, los datos indicaron que 90% de las mujeres y 89% de los hombres que tuvieron su primer encuentro sexual antes de los 15 años fueron clasificados como inconsistentes, contra 69.7% y 62.1% de los que se iniciaron sexualmente después de los 16 años, aun cuando no se observaron diferencias significativas en los grupos según el sexo.

Otros indicadores relacionados con el patrón de conducta sexual fueron el *número de parejas sexuales*, la *frecuencia de las relaciones sexuales* y la *frecuencia de uso del condón en los últimos tres meses*. Tal análisis solo mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al número de parejas sexuales en toda la vida ($t_{(1,313)} = -3.077, p \leq .002$), pues los hombres reportaron en promedio 3.33 parejas, y 2.42 las mujeres.

Con relación a los indicadores de salud, los datos mostraron diferencias significativas entre

hombres y mujeres en dos de las tres variables evaluadas: *haber padecido alguna ITS* ($\chi^2 = 7.686, p \leq .021$) y *haber estado embarazada o haber embarazado a la pareja* ($\chi^2 = 9.609, p \leq .008$). En esta última variable, 19% de las mujeres dijeron haber estado embarazadas, contra 8.8% de los hombres que reportaron haber embarazado a su pareja.

El análisis del patrón de conducta sexual del grupo de alto rendimiento reveló que únicamente en la variable relacionada con el uso del condón en la última relación sexual se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2 = 4.019; p \leq .045$), toda vez que una mayor proporción de hombres reportaron su uso (81.1%), en comparación con las mujeres (65.7%). Con relación a la consistencia e inconsistencia en el uso del condón, los datos revelaron que 56% de los hombres y 62.9% de las mujeres fueron inconsistentes en el uso de protección, diferencia que no resultó ser significativa.

El análisis relativo a la posible relación entre el sexo, el uso de protección en la primera relación sexual y en la última, la edad del debut sexual y la consistencia de su uso, indicó que 88.4% de los hombres y 84.6% de las mujeres que reportaron haber usado protección en la primera relación sexual también lo usaron en la última. Sin embargo, 53.7% de los hombres y 47.3% de las mujeres la usaron de manera inconsistente en sus encuentros posteriores al debut. Un examen adicional mostró que 68.4% de los hombres y 86.7% de las mujeres que tuvieron su primer encuentro sexual antes de los 15 años usaron de manera inconsistente el condón en sus encuentros posteriores, mientras que 48.4% de los hombres y 58.5% de las mujeres que tuvieron su primer encuentro sexual después de los 16 años lo usaron de manera inconsistente.

Con relación al *número de parejas sexuales*, la *frecuencia de las relaciones sexuales* y la *frecuencia de uso del condón en los últimos tres meses*, se hallaron diferencias significativas en el número de parejas sexuales, pues el promedio en los varones fue de 3 y en las mujeres de 1.84 ($t_{(1,148)} = 3.367, p \leq .001$). Asimismo, se encontraron diferencias en la *frecuencia de las relaciones sexuales*, en la que las mujeres superaron a los varones, pues su promedio fue de 5.90, mientras que el de los hombres fue de 2.93 ($t_{(1,148)} = -2.265,$

$p \leq .025$). No hubo diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses, ni en los problemas de salud evaluados (embarazo, ETS y aborto).

DISCUSIÓN

El análisis del comportamiento de riesgo o preventivo en el contexto del rendimiento académico y el sexo evidenció un comportamiento diferencial entre hombres y mujeres. En primer término, los datos mostraron que tanto las mujeres como los hombres de ambos grupos tuvieron su debut sexual mayormente con sus novios(as); sin embargo, también debe subrayarse que la tercera parte de los hombres de ambos grupos reportaron haber tenido sexo por primera vez con parejas consideradas como de riesgo (amigas, personas desconocidas y trabajadoras sexuales), evidencia que sugiere que los hombres, sin considerar su estatus académico, participaron en situaciones riesgo. Estos resultados pueden interpretarse en términos del papel que desempeña la cultura en la formación la masculinidad, la que se reafirma en la adolescencia. En estudios de corte cualitativo se muestran evidencias de este fenómeno; por ejemplo, Uribe, Covarrubias y Andrade (2008) observaron mediante entrevistas a profundidad que para los varones entrevistados tener sexo es un reflejo de su madurez, reafirma su virilidad y la posibilidad de ser aceptados, y Stern, Fuentes, Lozano y Reysoo (2003) reportan en los varones, la manifiesta creencia de que se espera que ellos tengan relaciones sexuales con varias parejas.

Respecto al resto de las variables evaluadas, los datos mostraron que las mujeres en ambos grupos se involucraron en comportamientos aparentemente menos riesgosos que los hombres. Como se señaló previamente, haber planeado el debut sexual supone desplegar una serie de comportamientos que, además de ser anticipatorios, implican una negociación acerca de cómo debe ser ese primer encuentro sexual. Los resultados revelaron que las mujeres de ambos grupos fueron capaces de planear su debut sexual o demandar el uso de protección, siendo las mujeres del grupo de alto rendimiento las que mostraron ambos

comportamientos en mayor proporción, mientras que las mujeres de bajo rendimiento se limitaron a solicitar dicho uso. Es importante destacar que, aun cuando en estas variables se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres de cada grupo –siendo las mujeres las que aparentemente contaban con la capacidad de negociar–, cuando se analiza si se usó o no protección no se observaron diferencias entre hombres y mujeres; es decir, planear el debut sexual y hablar sobre el uso del condón con la pareja no garantiza su uso. Una posible explicación se encuentra en la investigación de Mitchell y Wellings (1998), quienes observaron que los jóvenes que planearon su debut sexual reportaron que la comunicación con su pareja solo se limitó al deseo de tener sexo, dejando de lado otros aspectos.

La edad del debut sexual y una comparación por género indicó que la media de edad de los hombres de ambos grupos y las mujeres del grupo de bajo rendimiento fue muy cercana a 16 años, mientras que la media de edad para las mujeres del grupo de alto rendimiento fue de 17 años. Tales resultados sugieren que estas últimas pudieron posponer su primer encuentro sexual al menos un año. Un análisis adicional mostró que un porcentaje importante de los hombres de ambos grupos y de las mujeres del grupo de bajo rendimiento se iniciaron antes de los 15 años, lo que la literatura considera como una edad riesgosa (Meschke, Zweig, Barber y Eccles 2000; Novilla *et al.*, 2006; Schubotz, Rolston y Simpson, 2010; Singh, Wulf, Samara y Cuca, 2011). Algunas explicaciones surgen de los señalamientos de Slicker, Patton y Fuller (2004), quienes afirman que muchos de los adolescentes con bajo aprovechamiento escolar pueden iniciarse a edades más tempranas para ganar estatus. Sin embargo, como señalan Meschke *et al.* (2000), en algunos casos los amigos y su rendimiento académico pueden funcionar como un factor de protección. Dichos autores encontraron que los adolescentes que tenían amigos con un alto rendimiento académico se iniciaron a edades más tardías.

Pero existe una explicación aún más convincente, y es la de Hawes, Wellings y Stephenson (2011), para quienes la edad cronológica solamente es un indicador de un estado relacionado con

aspectos físicos, es decir, una preparación física para tener sexo atendiendo a la deseabilidad social que entraña, aunque los adolescentes son inmaduros psicológicamente para tener sexo “responsable”. Igra e Irwin (1996) consideran que las conductas riesgosas de los adolescentes tienen un componente cognitivo y psicológico, en este caso particular la toma de decisiones. Donohew *et al.* (2000) llevaron a cabo un estudio en donde mostraron que un estilo impulsivo para tomar decisiones se relacionaba positivamente con tener sexo bajo presión o bajo los efectos del alcohol o mariguana.

Por su parte, Marteleto, Lam y Ranchhod (2008) señalan que el riesgo percibido es mayor en las mujeres, y que por tanto pueden demorar más tiempo el inicio de su actividad sexual, lo que se ve acentuado por un buen rendimiento académico. Una de las interpretaciones de su investigación es que los jóvenes que *van bien* en la escuela y anticipan una buena ejecución en el futuro demoran su actividad sexual para evitar el riesgo de un embarazo o de una enfermedad que pueda interferir con sus planes y oportunidades futuras. Otra interpretación de los autores es que los estudiantes de alto rendimiento están más comprometidos con la escuela que con la vida social, por lo que se hace menos probable la actividad sexual. Así pues, si los adolescentes y jóvenes reconocen que el medio escolar no es compatible con la actividad sexual, es probable que no se involucren en ella, que declinen las oportunidades y que se enfoquen más en su vida académica.

Con relación al patrón de conducta sexual, la comparación entre hombres y mujeres en ambos grupos resultó por demás interesante ya que, al parecer las diferencias entre los sexos, la ejecución académica y su vinculación con el comportamiento sexual se desvanecen con el paso del tiempo. Tal afirmación se apoya en las evidencias que muestran un comportamiento semejante entre hombres y mujeres en los grupos, específicamente en las variables relativas a tener relaciones sexuales, el uso del condón y la frecuencia y consistencia de su uso en los últimos tres meses. Las diferencias más evidentes entre mujeres y hombres radican en el *número de parejas sexuales*, siendo los hombres en ambos grupos los que reportaron más parejas sexuales; cabe señalar que estos re-

sultados son consistentes con los de Robles *et al.* (2007). Es importante destacar que en el grupo de alto rendimiento hubo diferencias entre ambos sexos en dos variables: el uso de protección en la última relación sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses. En el primer caso, fue mayor el porcentaje de hombres que reportaron haber usado protección en la última relación sexual, pese a que cerca de la mitad de ellos fueron considerados como inconsistentes. Algo semejante ocurrió con las mujeres, ya que se observó que es mayor el porcentaje que reportó haber usado protección en su última relación, aunque fueron igualmente calificadas como inconsistentes. Kalina *et al.* (2009), en un estudio hecho con jóvenes eslovacos, demostraron que la inconsistencia en el uso del condón es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Por su parte, Reed, England, Lettlejohn, Conroy y Caudillo (2014), en una muestra de mujeres jóvenes, observaron una asociación entre la inconsistencia en el uso del condón y la poca o nula asertividad con la pareja, las actitudes y conductas negativas de la misma y el tiempo de la relación. De igual manera, las jóvenes clasificadas como consistentes dijeron ser asertivas con su pareja, además de organizadas y disciplinadas para llevar a cabo rutinas relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos. Las evidencias anteriores sugieren que la comunicación asertiva con la pareja desempeña un papel preponderante en el uso de la protección; sin embargo, la asociación entre la comunicación asertiva y la consistencia en el uso de protección dependerá, según Widman, Noar, Chukas-Bradley y Francis (2014), del tópico discutido (uso de condón, historia sexual o sexo en general).

Con relación a los problemas de salud, no se observaron diferencias significativas entre los hombres y mujeres del grupo de alto rendimiento en ninguno de los problemas de salud evaluados. Sin embargo, en el de bajo rendimiento las mujeres duplicaron el porcentaje de aquellas que reportaron haber tenido un embarazo con relación a los varones. De igual modo, López, González, Ávila y Teos (2009), en su investigación con estudiantes de medicina de la UNAM, encontraron que la frecuencia de embarazos en estudiantes irregulares era mayor que en aquellos de alta exigencia.

Estas evidencias indican una posible relación entre el rendimiento académico y los comportamientos de riesgo de los jóvenes. Sin embargo, el rendimiento académico sintetizado en un *número* resulta un indicador limitado dada su naturaleza cerrada y abstracta. Detrás del rendimiento académico hay otro tipo de variables de tipo cognitivo que tienen un impacto directo sobre el rendimiento académico y los comportamientos sexuales de riesgo de los adolescentes y jóvenes, como la habilidad verbal (Cavanagh, Riegle-Crumb y Crosnoe, 2007; Pearson y Muller, 2004), las habilidades cognitivas (Ford *et al.* 2005), la toma de decisiones (Donohew *et al.*, 2000) y el nivel de inteligencia, entre otras (Jaccard, Dodge y Guillermo-Ramos, 2005; Tucker, Joyner, Udry y Suchindran, 2000), variables que deben ser evaluadas mediante investigaciones empíricas.

Kirby (2002) presenta un listado de los mecanismos a través de los cuales las instituciones educativas pueden reducir los comportamientos sexuales de riesgo de sus estudiantes: 1) la *estructuración de actividades académicas y extracurriculares*, situación que limita que los jóvenes estén solos y se involucren en el sexo; 2) la *interacción con adultos*, es necesario que los jóvenes se relacionen con personas adultas que guíen y desalienten los comportamientos de riesgo; 3) un *incremento en la confianza en el futuro y en la educación superior*, énfasis en las aspiraciones y un plan de vida, y 4) un *incremento en la autoestima*, es decir promover la competencia o habilidades para rechazar situaciones de riesgo. Kirby en su metaanálisis demuestra que los programas de intervención que están enfocados a reducir la deserción escolar,

mejorar el vínculo con la escuela y la ejecución académica, así como las expectativas escolares, son probablemente las variables responsables de la demora del debut sexual, el uso de condón, el uso de anticonceptivos, y un decremento en los embarazos no planeados.

Más recientemente Kirby (2012) señala que los programas con más éxito son aquellos que tienen como objetivo el cambio de la conducta sexual, que promueven diversas estrategias para la prevención de embarazos e ITS, en los que la población objetivo son jóvenes menores a los 19 años, y que cuentan con una metodología específica para evaluar el impacto del programa. Además agrega que quienes trabajen en tales programas deberán ser versados en los campos de la sexualidad humana, el cambio conductual, la teoría pedagógica y el trabajo con jóvenes; tales expertos deberán evaluar las necesidades de salud reproductiva de esos jóvenes, sus conductas, creencias, percepciones de riesgo, actitudes y habilidades, intenciones relacionadas con la conducta sexual, uso del condón y contracepción. Asimismo, el autor plantea la necesidad de contar con un modelo lógico que permita integrar todos estos elementos para así poder alcanzar las metas definidas.

El análisis vertido en el presente estudio muestra la necesidad de diseñar estrategias orientadas a reducir lo que se podría denominar *riesgo académico*. Si las autoridades educativas dirigen sus esfuerzos a la formación de adolescentes y jóvenes en una trayectoria académica dentro de estándares aceptables, estarían en el terreno de lo que autores como McCauley y Crockett (1993) denominan “inversión educativa”, cuyas “ganancias” se reflejarán en la salud de esos grupos etarios.

AGRADECIMIENTOS

Estudio financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional Autónoma de México (PAPIIT IN-307210).

Citación: Moreno R., D. y Robles M., S. (2023). Rendimiento académico y conducta sexual de hombres y mujeres de reciente ingreso a la universidad. *Psicología y Salud*, 33(1), 147-158. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2780>.

REFERENCIAS

- Amado, M., Vega, B., Jiménez, M. y Piña, J. (2007). Factores que influyen en el uso de preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 143-151.
- Antón, F. y Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Arango, O., Castaño, G., Quintero, S., Montoya, C., Morales, S. y Rodríguez, A. (2012). Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín. *Universitas Psychologica*, 12(3), 887-898. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3rpap.
- Campo A., A. y Ceballos, G. (2008). Factores asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes de Santa Martha Colombia en el año 2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 276-284.
- Cavanagh, S., Riegle-Crumb, C. y Crosnoe, R. (2007). Puberty and the education of girls. *Social Psychology Quarterly*, 70(2), 186-198. Doi: 10.1177/01902725070700020.
- Ceballos, G. y Campo A., A. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa María, Colombia: una encuesta transversal. *Colombia Médica*, 38(3), 185-190.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) (2020). *Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH. Informe histórico VIH 3er. trimestre 2020*. Ciudad de México: Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/589214/VIH-Sida_3erTrim_2020.pdf.
- Cherie, A. y Berhane, Y. (2012). Peer pressure is the prime driver of risk sexual behaviors among school adolescents in Addis Ababa, Ethiopia. *World Journal of AIDS*, 2, 159-164.
- Cohen, D., Farley, T., Taylor, S., Martin, D. y Schuster, M. (2002). When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision. *Pediatrics*, 110(6), 1-6.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2020). *Estrategia para la prevención del embarazo adolescentes (ENAPEA)*. Ciudad de México: CONAPO. Recuperado de https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA#Materiales_educativos.
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P., Novak, S., Colon, S. y Abell, R. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risk sex: implications for risks-talking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28(6), 1079-1091. Doi: 10.1016/S0191-8869(99)00158-0.
- Flay, B., Snyder, F. y Petraitis, J. (2009). The theory of triadic influence. En J. DiClemente, M. C. Kegler y R. A. Crosby (Eds): *Theories in health promotion practice and research*. New York: Jossey-Bass.
- Ford, C., Wells, B., Miller, W., Resnick, M., Bearinger, L., Pettingell, S. y Cohen, M. (2005). Predicting adolescents' longitudinal risk for sexually transmitted infection. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 159(7), 657-664. Doi: 10.1001/archpedi.159.7.657.
- Gibbons, F., Gerrard, M. y Lane, D. (2003). A social reaction model of adolescent health risk. En J. Suls y K. A. Wallston (Coord.): *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 107-136). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. y Molina, R. (2009). Factores asociados a la comunidad del uso de anticonceptivos en adolescentes solteras uniparas. *Revista Médica de Chile*, 137(9), 1187-1192.
- Hawes, Z., Wellings, K. y Stephenson, J. (2010). First heterosexual intercourse in the United Kingdom: a review of the literature. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 137-152. Doi: 10.1080/00224490903509399.
- Hittner, J. y Kryzanowski, J. (2010). Residential status moderates the association between gender and risky sexual behavior. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 634-640. Doi: 10.1177/1359105309357798.
- Igra, V. e Irwin, C. (1996). Theories of adolescent risk take behavior. En R. DiClemente y W. Hansen (Eds.): *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud*. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/juventud0.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados nacionales*. Cuernavaca (México): INSP. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf.
- Jaccard, J., Dodge, T. y Guilamo-Ramos, V. (2005). Metacognition, risk behavior and risk outcomes: the role of perceived intelligence and perceived knowledge. *Health Psychology*, 24(2), 161-170. Doi: 10.1037/0278-6133.24.2.161.
- Kalina, O., Geckova, A., Jarcuska, P., Orosova, O., van Dijk, J. y Reijneveld, S. (2009). Psychological and behavioural factors associated with sexual risk behavior among Slovak students. *BMC Public Health*, 9, 15.
- Kaushik, A., Pineda, C. y Kest, H. (2016). Sexual behavior and knowledge among adolescents with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection compared to HIV uninfected adolescents at an urban tertiary center in New Jersey. *International Journal of Reproductive Medicine*, 5, Doi: 10.1155/2016/7098027.

- Keto, T., Tilahun, A. y Mamo, A. (2020). Knowledge, attitude, and practice towards risky sexual behaviors among secondary and preparatory students of Met town, south western Ethiopia. *BMC Public Health*, 10. Doi: 10.1186/s12889-020-09371-4.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1), 27-33. Doi: 10.1080/00224490209552116.
- Kirby, D. (2012). *The impact of sex education on the sexual behavior program of young people*. Recuperado de https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12_Kirby_Expert-Paper.pdf.
- Langille, D., Corbett, E., Wilson, K. y Schlievert, C. (2010). Determinants of adolescent pregnancy: factors influencing youth sexual behaviours in a rural Nova Scotia community. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13(2). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/228775042_Teenage_Pregnancy_in_Nova_Scotia_Communities_Associations_with_Contextual_Factors.
- Lloyd, C. y Mensch, B. (2008). Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies*, 62(1), 1-13.
- López, J., González, M., Ávila, I. y Teos, O. (2009). Condicionantes epidemiológicos de salud y su relación con el rendimiento escolar en el primer año de la carrera de medicina: estudio de dos generaciones. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 81-90.
- Marteletto, L., Lam, D. y Ranchhod, V. (2006). Schooling and early childbearing in urban South Africa. *Population Studies Center, Research Report*, No 06-610. Recuperado de <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr06-610.pdf>.
- Marteletto, L., Lam, D. y Ranchhod, V. (2008). Sexual behavior, pregnancy, and schooling young people in urban South Africa. *Studies in Family Planning*, 34(4), 351-368. Doi: 10.1111/j.1728-4465.2008.00180.x.
- McCauley, C. y Crockett, L. (1993). A longitudinal investigation of the relationship between educational investment and adolescent's sexual activity. *Journal of Adolescent Research*, 8(2), 187-182.
- Mehra, D., Kyagaba, E. y Östergen, P. (2014). Association between self-reported academic performance and risk sexual behavior among Uganda university students: a cross sectional study. *Global Journal of Health Science*, 6(4) 183-195.
- Meschke, L., Zweig, J., Barber, B. y Eccles, J. (2000). Demographic, biological, psychological, and social predictors of the timing of first intercourse. *Journal of Research on Adolescence*, 10(3), 315-338. Doi: 10.1207/SJRA1003_5.
- Mitchell, M. y Wellings, K. (1998). First sexual intercourse: anticipation and communication. Interviews with young people in England. *Journal of Adolescence*, 21(6), 717-726. Doi: 10.1006/jado.1998.0191.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2010). Hablando con los padres sobre sexualidad. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes, R. Sánchez y L. Cruz (Eds.): *La Psicología social en México*, XIII, 287-294. México: AMEPSO/ Universidad de Sonora/UNAM.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual (EUSS)*. Manuscrito inédito. Ciudad de México: Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM.
- Novilla, M., Dearden, K., Crookston, B., De la Cruz, N., Hill, S. y Torres, S. (2006). Adolescents engaging in risk sexual behavior: sexual activity and associated behavior risk factors in Bolivian adolescents. *International Electronic Journal of Health Education*, 9, 52-53. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ794117.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud del adolescente y joven adulto*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Estado actual de la salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Parte II*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-two-the-current-status-of-the-health-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>.
- Pearson, J. y Muller, C. (2004). Adolescent sexual behavior and academic performance: the effects of school contexts. *Annual Meeting of the American Sociological Association*, Atlanta, GA. Recuperado de http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/0/9/7/4/pages109747/p109747-1.php.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS) (2016). *Niños, chicas adolescentes y mujeres jóvenes: prevención de nuevas infecciones por el VIH*. Ginebra: UNAIDS. Recuperado de https://www.unaids.org/es/resources/press-centre/featurestories/2016/june/20160610_panel5.
- Reed, J., England, P., Lettejhon, K., Conroy-Bass, B. y Caudillo, M. (2014). Consistent and inconsistent contraception among young women: insights from qualitative interviews. *Family Relations*, 63, 244-258. Doi: 10.1111/fare.12058.
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Rodríguez, M.L., Díaz G., E., Castillo, P. y Hernández, R. (2007). Predictores del uso consistente del condón con base en un modelo psicológico de prevención del VIH/Sida. En S. Robles y D. Moreno (Eds.): *Psicología y salud sexual*. México: UNAM.
- Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. y Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.

- Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Moreno, D. y Robles, S. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología y Salud*, 19(1), 103-109. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-1/19-1/MRodriguez.html>.
- Sales, J., Spitalnick, J., Milhausen, R., Wingood, G., DiClemente, R., Salazar, L. y Crosby, R. (2009). Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV prevention interventions for adolescent females. *Health Education Research*, 24(1), 140-152. Doi: 10.1093/her/cyn006.
- Sánchez, M. y Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinamericana de Psicología*, 37(1), 71-79.
- Schubotz, D., Rolston, B. y Simpson, A. (2010). Sexual behaviour of young people in Northern Ireland: First sexual experience. *Critical Public Health*, 14(2), 177-190. Doi: 10.1080/09581590410001725418.
- Shafii, T., Stovel, K. y Holmes, K. (2007). Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1090-1095.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. y Cuca, Y. (2011). Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: datos de 14 países. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial 2000. Recuperado de <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2601400S.pdf>.
- Slicker, E., Patton, M. y Fuller, D. (2004). Parenting dimensions and adolescent sexual initiation: using self-esteem, academic aspirations, and substance use as mediators. *Journal Youth Studies*, 7(3), 295-314. Doi: 10.1080/1367626042000268935.
- So, D., Wong, F. y DeLeon, J. (2005). Sex, HIV, and substance use among Asian American college students. *AIDS: Education and Prevention*, 17(5), 457-468. Doi: 10.1521/aeap.2005.17.5.457.
- Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L.R. y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(1), 34-43.
- Tucker, C., Joyner, K., Udry, J. y Suchindran, Ch. (2000). Smart teens don't sex (or kiss much either). *Journal of Adolescent Health*, 26, 213-125. Doi: 10.1016/S1054-139x(99)00061-0.
- Uribe, I., Covarrubias, K. y Andrade, P. (2008). La cultura sexual de los adolescentes colimenses. *Estudios sobre Culturas Contemporáneas*, Época II, XIV(28), 61-95.
- Widman, L., Noar, S., Choukas-Bradley, S. y Frances, D. (2014). Adolescent sexual health communication and condom use: a metaanalysis. *Health Psychology*, 33(10), 1113-1124. Doi: 10.1037/hea0000112.
- Zimmer-Gembeck, M. y Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior. Developmental correlates of sexual intercourse and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28(2), 153-224. Doi: 10.1016/j.dr.2007.06.001.

Factores familiares asociados a la salud sexual de jóvenes universitarios de Sonora, México

Family factors associated with sexual health in university students of Sonora, Mexico

Elba Abril Valdez¹, María José Cubillas Rodríguez¹,
Sandra Elvia Domínguez Ibáñez¹, María Ángeles Bilbao Ramírez²
y María José Mera Lemp²

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.¹
Universidad Alberto Hurtado²

Autor para correspondencia: Elba Abril-Valdez, abril@ciad.mx.

RESUMEN

Objetivo. Analizar las diferencias de los factores familiares en los jóvenes universitarios sonorense que han iniciado o no su actividad sexual y establecer cómo esta influye en sus decisiones sobre el cuidado de su salud sexual. *Método.* La muestra se conformó por estudiantes de ambos sexos de una universidad pública de Hermosillo, Sonora, México. Se aplicó un cuestionario que recolectaba información sobre aspectos de su vida familiar y dinámica e historia de vida sexual de los participantes. *Resultados.* Más hombres que mujeres reportaron haber tenido relaciones sexuales. En ambos sexos, la comunicación con los progenitores, haber recibido información sobre la sexualidad y el grado de satisfacción con la información recibida fueron variables estadísticamente significativas para tener una vida sexual activa; sin embargo, solo fueron significativas la estructura familiar y la satisfacción con la información recibida sobre la sexualidad. *Discusión.* Los que vivían en familias nucleares iniciaron vida sexual después de los 15 años y reportaron en mayor proporción usar condón durante sus relaciones sexuales. Entre los participantes que dijeron no haber tenido relaciones sexuales, la comunicación con ambos progenitores y una mayor satisfacción con la información recibida sobre la sexualidad fueron las variables con mayor peso.

Palabras clave: Jóvenes; Salud sexual; Familia.

ABSTRACT

Objective. To analyze the differences in family factors among university students in the Mexican state of Sonora who had or had not initiated sexual activity. The study sought to establish how they reach their decisions sexual health care. *Method.* The sample consisted of students of both sexes from a public university in Hermosillo, Sonora. A questionnaire collected information on aspects of family life and dynamics and the sexual life history of the participants. *Results.* More men than women reported having had sexual relations. In both sexes, communication with parents, receiving information about sexuality, and satisfaction with the information received were significant varia-

¹ Carretera Gustavo Enrique Astiazarán Rosas, núm. 46, 83304 Hermosillo, Son., México, tel. (662)289-24-00, ext. 102, correos electrónicos: abril@ciad.mx, mjcubillas@ciad.mx y dominguez@ciad.mx.

² Facultad de Psicología, Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1869, Santiago, Región Metropolitana, Chile, correos electrónicos: mbilbao@uahurtado.cl, mariajosemera@yahoo.es.



bles associated with having an active sex life. However, only family structure and satisfaction with the information on sexuality were significant. Participants living in nuclear families began sexual life after age 15 and reported having used a condom during sexual relationships. Among the participants who reported not having had sexual relations, communication with both parents and greater satisfaction with the information received about sexuality were the variables with the most significant contribution.

Key words: Young people; Sexual health; Family.

Recibido: 28/06/2021

Aceptado: 26/10/2021

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, que se inicia dentro del grupo familiar y continúa a largo de la vida a través de los diferentes vínculos que se establecen al interactuar con otros grupos sociales, tales como la escuela o los amigos, entre muchos otros. Es en este proceso de interacción donde hombres y mujeres aprenden comportamientos, actitudes y valores relacionados al cuidado de la salud sexual, con mandatos diferenciados según su sexo (Hernández y Lara, 2015; Kim y Min Kim, 2017; Luisi, 2013).

Durante la niñez y la juventud se define la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustenta el cuidado de la salud. Es también un periodo donde los jóvenes se ven expuestos a diversos riesgos, tales como el consumo de alcohol y otras sustancias, embarazos a temprana edad, infecciones de transmisión sexual (ITS) o violencia, entre otros, que comprometen su salud sexual y la de otros (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014; Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez, 2009).

La salud sexual en los jóvenes hace referencia a la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y la libertad para decidir llevarla a cabo, así como de disponer de información sobre las formas de protegerse de ITS, incluyendo el VIH/sida, y a la vez evitar un embarazo no planificado, sin que ello evite mantener una sexualidad plena (Organización Panamericana de la Salud, s/f). En

México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2013) señala que 23% de los varones en el rango de 12-19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual y que 80.6% de ellos usó condón en su primera relación sexual. En contraste, solamente 20.5% de las mujeres de estas mismas edades la había iniciado, de las cuales 61.5% reportó haber empleado el condón con su primera pareja sexual, mostrando así una mayor exposición a riesgos que los varones. Asimismo, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018) apunta que, de las adolescentes de 15 a 19 años que declararon haber tenido relaciones sexuales, 40.1% no usó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual; un porcentaje similar (41%) fue reportado por las jóvenes de 25 a 29 años.

Por otra parte, algunos estudios hechos en Latinoamérica con jóvenes señalan que los hombres tienen un patrón de comportamiento sexual de mayor riesgo que las mujeres, ya que es más alto el porcentaje de hombres que inician su vida sexual a una edad temprana y tienen un mayor número de parejas (Apaza y Vega, 2018; Moral, 2007; Salguero, Pérez, Ayala y Soriano, 2017). Sin embargo, los resultados de esas investigaciones muestran que es mayor el porcentaje de mujeres que no utilizan condón en sus relaciones sexuales, lo que indica que las mujeres tienen más riesgo de contraer VIH o cualquier otra ITS (Cabrera, Docal, Manrique, Cortés y Tobón, 2018; Rouvier, Campero, Walker y Caballero, 2011). Tales resultados concuerdan con los de otros estudios realizados en México y ponen relevancia a la identificación de variables psicosociales asociadas con actitudes y conductas de riesgo para la salud sexual y reproductiva de los jóvenes con el fin de facilitar su prevención (Gayet y Gutiérrez, 2014; Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013).

Cabe señalar que si bien la sexualidad tiene una marcada influencia biológica, no se compone únicamente de elementos anatómicos y fisiológicos, pues el dominio socioafectivo está también implicado en ella. Así, el sentir, el hacer y la manera de expresarse durante la relación con los pares está marcada principalmente por lo aprendido en el nú-

cleo familiar (De Hoyos, 2020). De acuerdo con la literatura al respecto, las actitudes y comportamiento de los jóvenes en relación a su sexualidad son influenciados en gran medida por el tipo de relaciones establecidas en dicho núcleo. En efecto, la familia desempeña un rol clave en la construcción de conocimientos, creencias, habilidades y capacidades críticas para el desarrollo físico y emocional de los individuos, y de esta manera determina en gran medida sus trayectorias biopsicosociales (De Hoyos, 2020; González, Molina, Montero y Martínez, 2013).

Las creencias y actitudes ante diferentes eventos son una forma particular del conocimiento transmitido principalmente por el lenguaje a través de la socialización con otros. Este aprendizaje de los productos sociales, así como la educación de los nuevos miembros de la comunidad, tienen lugar en los procesos de socialización y participación cotidiana con los adultos (Domínguez, 2011; Villoro, 1998). Mediante ciertas creencias de crianza se aceptan algunos conocimientos sobre el cuidado de la salud, ya por la conveniencia del grupo, ya por la falta de información; además, el individuo puede aceptar las creencias por autoridad, o por parecer lo más normal dentro de la sociedad. Así, en el seno familiar se van transmitiendo un conjunto de creencias y actitudes relacionadas con el comportamiento sexual, mismas que repercuten en la edad adulta y en la forma en que se toman decisiones que afectan la salud y, en este caso particular, la sexual. El uso de condón durante la relación sexual, así como edad de inicio de vida sexual después de los 15 años, son comportamientos relacionados con el cuidado de la salud sexual (Abril, Cubillas y Domínguez, 2019; Domínguez, 2011).

Si bien el comportamiento sexual de los jóvenes se ve afectado por múltiples factores, tales como la educación escolar, las actitudes de los grupos de pares, la información transmitida por los medios de comunicación y las redes sociales, entre otros, algunas variables del ámbito familiar tienden a ejercer una fuerte influencia sobre su desarrollo. Así, la comunicación entre los padres y los hijos ha sido de gran relevancia para algunos autores como una variable que afecta el ejercicio de una sexualidad responsable y la prevención de

infecciones de transmisión sexual (Castillo, Álvarez, Valle y Hernández, 2015; Domínguez, 2011). Por ejemplo, algunas investigaciones señalan que una adecuada educación sexual por parte de los progenitores fomenta la comunicación con la pareja sexual y se relaciona con un mayor uso de condón (Apaza y Vega, 2018; Grossman, Richer, Charmaraman, Ceder y Ekut, 2018). También se ha demostrado que una buena comunicación con aquellos retrasa el tiempo de la primera relación sexual, aumenta el empleo de anticonceptivos, disminuye el riesgo de embarazos y la actividad sexual (Abril *et al.*, 2019; Apaza y Vega, 2018).

Con relación a la estructura familiar, los resultados de varias investigaciones indican que los jóvenes que viven con ambos padres tienen una menor probabilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad y hacen mayor uso de anticonceptivos, en comparación con quienes viven en familias monoparentales (Bárcena, Robles y Díaz, 2013; Holguín *et al.*, 2013; Ruiz *et al.*, 2013; Sánchez, Grogan, Castillo, Caballero y Delva, 2010). El nivel educativo de los padres es también un factor importante que puede influir en el inicio temprano de relaciones sexuales en los jóvenes (Mendoza, Claros y Peñaranda, 2016; Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008). Asimismo, el empleo de la madre fuera del hogar aumenta la probabilidad de inicio temprano —principalmente de las hijas—; ante la ausencia materna y de otras personas adultas, hay más oportunidades de encuentros sexuales en el propio hogar (Abril *et al.*, 2019; Mendoza *et al.*, 2016; Ruiz *et al.*, 2013).

Tales antecedentes dan cuenta de la importancia del papel que desempeñan los progenitores en el cuidado de la salud sexual de los jóvenes, sobre todo el uso de condón durante las relaciones sexuales. En este contexto, el presente estudio explora los factores familiares asociados al cuidado de la salud sexual en jóvenes universitarios del norte de México, en particular del estado de Sonora. La sociedad sonoreNSE se caracteriza en general por ser muy tradicional en sus formas de crianza. Las familias tienden a ser muy conservadoras en cuanto al *deber ser* de hombres y mujeres, sobre todo en el ámbito sexual (Abril *et al.*, 2019; Núñez, 2013). De ahí que el interés de la presente investigación fuera analizar las diferencias existentes en

los elementos familiares entre los jóvenes universitarios que han iniciado su actividad sexual o que no lo han hecho, y cómo estos influyen en sus decisiones sobre el cuidado de su salud sexual. Cabe señalar que los datos aquí presentados se derivan de un proyecto más amplio titulado “Identidad de género y el cuidado de la salud de jóvenes universitarios”, aunque para efectos del análisis solo se retomaron las variables indicadas en la metodología.

METODO

Participantes

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional en el que se trabajó con jóvenes estudiantes de una universidad pública ubicada en la ciudad de Hermosillo, con una población inscrita de 21,316 alumnos, de los cuales 10,684 son hombres y 10,632 mujeres. Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo estratificado (Cochran, 1990) por licenciatura cursada, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0.5. La muestra se conformó con 1,513 estudiantes distribuidos en las 32 licenciaturas que ofrece la institución en todas las áreas de conocimiento. La proporción de hombres y mujeres fue similar, con una ligera representación mayor de aquellas: 52% (786). La media de edad para ambos sexos fue de 20 años (D.E. = 1.83) con un rango mínimo de 17 años y un máximo 29. El Instituto Mexicano de la Juventud (1999) considera como jóvenes a las personas con rangos de edad que van de 12 a 29 años de edad.

Instrumento

Para recolectar la información se aplicó un cuestionario conformado por 20 ítems agrupados en tres apartados, mismos que recabaron información sobre aspectos sociodemográficos, dinámica e historia de vida sexual de los participantes. Los ítems incluidos en el instrumento se derivan de la Encuesta Instrumental de Salud Reproductiva (Organización Panamericana de la Salud, 2000), conformada por 78 ítems que exploran conocimientos, prácticas y creencias sobre diferentes tópicos de

la sexualidad en los jóvenes. Para fines de este artículo se retomaron únicamente los ítems que tienen que ver con factores familiares que, según la literatura revisada, pueden influir en el inicio temprano de vida sexual y en algunas prácticas de cuidado durante la relación sexual, particularmente las relacionadas con el uso del condón.

Las variables analizadas fueron el tipo de familia, categorizada a partir de los miembros que la conforman. En este caso, se considera como familia nuclear la integrada por padre, madre e hijos. Otros tipos de familia son aquellas en que se vive solo, con abuelos y tíos o amigos, así como la familia monoparental (con uno solo de los padres) y la reconstruida, entre otros. La escolaridad de ambos padres se definió a partir de los años de estudio reportados, los que se agruparon en dos categorías: con menos de 15 años de instrucción, incluidos aquellos sin instrucción, con primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta y preparatoria completa o incompleta, y con más de 15 años, como educación superior universitaria completa o incompleta y posgrado. El tipo de ocupación de la madre se evaluó a partir del tipo de actividad realizada: dedicada al hogar o con trabajo remunerado fuera del hogar. Las relacionadas con la dinámica familiar, particularmente la comunicación con los padres, se valoró mediante un ítem y se clasificó entre buena y nula. La información sobre sexualidad se midió a partir del reporte de los participantes de haber recibido o no información de sus progenitores, y la satisfacción con aquella, a partir del nivel del agrado reportado. Además, se consideraron las variables relativas a una vida sexual activa, tales como la edad de inicio de relaciones sexuales y el uso condón durante las mismas. Las opciones de respuestas fueron dicotómicas (sí/no) y polinómicas, y las relativas a la comunicación con los padres y a la satisfacción con información recibida fueron evaluadas en una escala Likert, con opciones de “buena” a “nula” y de “satisfactoria” a “insatisfactoria”, respectivamente.

Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo de manera colectiva y en horario de clases. El cuestionario fue autoapli-

cado y el tiempo promedio de respuesta fue de 30 minutos. Durante la aplicación estuvieron presentes las responsables del proyecto para aclarar las dudas que pudieran surgir. El sesgo de la deseabilidad social en las respuestas se controló a partir de la recolección de información de manera anónima, poniendo énfasis en el interés por conocer las experiencias de vida de los participantes para, a partir de su realidad, generar información para una política pública dirigida a la población juvenil.

Aspectos éticos

El cuestionario se aplicó previa autorización de las autoridades de la institución. Todos los encuestados participaron de manera voluntaria y fueron debidamente informados sobre el objetivo y las características del estudio. Antes de contestar el instrumento de evaluación, los participantes firmaron una carta de consentimiento informado en la cual se aseguraba la confidencialidad y el anonimato de la información recabada, la cual fue tratada de manera confidencial y eliminando cualquier elemento que pudiera dar cuenta de la identidad de los participantes.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM-SPSS, v. 20. Se obtuvieron medidas de tendencia central tales como porcentajes, medias y desviaciones estándar, y se utilizaron pruebas de *chi* cuadrada para determinar las dife-

rencias estadísticamente significativas en cuanto a tener o no vida sexual, edad de inicio y uso de condón, de acuerdo con el tipo de familia, la escolaridad de los padres, el tipo de empleo de la madre y la comunicación familiar.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 1,513 estudiantes de los cuales 62% había tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, mientras que 38% no había iniciado su vida sexual. El análisis por sexo muestra que más hombres (70%) que mujeres (55%) refirieron tener una vida sexual activa. Por el contrario, se observa una mayor cantidad de mujeres (45%) que de varones (30%) en el caso de quienes aún no se habían iniciado sexualmente.

Con relación a factores familiares que pudieran influir en su toma de decisión sobre iniciar su vida sexual, se analizó el tipo de familia de origen, la escolaridad de los padres, el empleo de la madre y la comunicación con los padres, lo que se muestra en la Tabla 1.

Los resultados muestran que no hubo una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia (nuclear vs. otros modelos), y el hecho de reportar o no una vida sexual activa ($\chi^2(1) = 2.491, p = 0,067$). Sin embargo, cabe destacar que fue mayor la proporción de participantes sin actividad sexual (56,3% vs. 43,7%) que dijeron vivir en familias nucleares.

Tabla 1. Variables familiares y vida sexual activa.

Característica		Vida sexual activa		χ^2	<i>p</i>
		Sí	No		
Tipo de familia	Nuclear	52.2	56.3	2.401	0.067
	Otro tipo de familia	47.8	43.7		
Escolaridad del padre	Menos de 15 años	59.5	53.4	5.113	0.014*
	Más de 15 años	40.5	46.6		
Escolaridad de la madre	Menos de 15 años	73.3	70.8	1.141	0.157
	Más de 15 años	26.7	29.2		
Ocupación de la madre	Empleo fuera de casa	47.2	48.2	0.133	0.378
	Hogar	52.8	51.8		

Continúa...

Comunicación con la madre	Buena/regular	92.4	98.6	2.299	0.035*
	Mala/nula	7.6	1.4		
Comunicación con el padre	Buena/regular	87.7	91.0	3.721	0.032*
	Mala/nula	12.3	9.0		
Información de padre/madre sobre sexualidad	Sí	73.7	78.3	3.991	0.026*
	No	26.3	21.7		
Satisfacción por la información recibida	Muy satisfactoria	70.7	76.3	5.068	0.014*
	Poco o nada satisfactoria	29.3	23.7		

Nota: $n = 937$, $*p \leq 0.05$

En cuanto a los años de escolaridad de los padres, los datos muestran que, a más años de escolaridad del padre, mayor fue la proporción de jóvenes que no habían tenido relaciones sexuales, diferencia que fue estadísticamente significativa ($X^2[1] = 5.113$, $p = 0.014$). En relación con la escolaridad de la madre, aun sin ser significativa, se observa una asociación tendencial. Fue mayor la proporción de jóvenes con actividad sexual en aquellos que reportaron tener madres con una escolaridad menor a 15 años (73.3 vs. 70.8%, respectivamente).

Al analizar los datos según el sexo, los datos señalan que, en proporción, fueron más los varones (70%) que las mujeres (55%) quienes dijeron haber iniciado su vida sexual independientemente de los años de escolaridad del padre. Por otro lado, cabe señalar que, en el caso de las mujeres, la proporción fue menor en aquellas que reportaron tener padres con escolaridad mayor a 15 años (49 vs. 41%).

En relación al empleo de la madre fuera del hogar, algunos autores reportan esta variable como un factor de riesgo; sin embargo, según se observa en la Tabla 1, este antecedente no fue estadísticamente significativo ($X^2[1] = 0.133$, $p = 0.378$); en ambos casos, fue mayor la proporción de madres dedicadas al hogar.

Respecto a la comunicación familiar, se les pidió a los participantes que calificaran la comunicación que tenían con sus padres. Las diferencias fueron estadísticamente significativas tanto con la madre ($X^2[1] = 2.299$, $p = 0.035$) como con el padre ($X^2[1] = 3.721$, $p = .032$). Se observa una ligera tendencia a una mejor comunicación con la madre, siendo proporcionalmente mayor entre aquellos jóvenes que no habían tenido relaciones

sexuales (98.6 vs. 92.4%, respectivamente) (véase Tabla 1).

Según los datos por sexo, se observa que más mujeres (86.8%) que hombres (84.3%) tenían una buena comunicación con la madre. En cuanto a la comunicación con el padre, la tendencia se invierte ligeramente, ya que los varones (60.5%), en mayor proporción que las mujeres (59.5%), dijeron tener una buena comunicación con este.

En lo referente a si habían recibido de sus padres información sobre sexualidad, fue mayor la proporción entre los jóvenes que dijeron no haber tenido relaciones sexuales, diferencia que fue significativa ($X^2[1] = 3.991$, $p = 0.026$) (Tabla 1).

Según el sexo de los participantes, los datos muestran que fueron más mujeres (71.1 vs. 80.7%, respectivamente) que hombres (70.8 vs. 74.3%, respectivamente) con y sin relaciones sexuales, quienes reportaron haber recibido información sobre sexualidad de sus padres. En cuanto al nivel de satisfacción con la información recibida, fue más satisfactoria entre los jóvenes que dijeron no haber tenido relaciones sexuales, con diferencias estadísticamente significativas ($X^2[1] = 5.058$, $p = 0.14$).

Prácticas sexuales de los participantes

Se exploraron algunas prácticas de protección durante las relaciones sexuales en quienes reportaron tener una vida sexual activa y su relación con los elementos familiares analizados, para lo cual se les preguntó la edad de inicio de su vida sexual y el uso del condón durante su primera experiencia.

La media de edad para inicio de vida sexual fue de 18.18 años (D.E. = 1.77) para las mujeres, con un rango de edad de 14 a 29 años, y para los

varones de 17,1 años (D.E.= 1.25) y un rango de 10 a 25 años. Se observa que 12.8% había iniciado actividad sexual antes de los 15 años, y 87.2% después de esta edad.

En relación con las variables familiares socio-demográficas analizadas, se halló que solamente el tipo de familia marcó una diferencia significativa ($X^2[1] = 7.605, p = 0.004$) respecto a la edad de inicio de vida sexual (Tabla 2). Es decir, los

participantes que indicaron vivir en una familia nuclear iniciaron su vida sexual después de los 15 años. Pese a que no fueron estadísticamente significativas las variables relacionadas con la escolaridad de los padres y el empleo de la madre, los que dijeron que iniciaron su vida sexual después de la citada edad reportaron en mayor proporción una escolaridad en ambos padres superior a los 15 años, así como una madre dedicada al hogar.

Tabla 2. Variables familiares asociadas al inicio temprano vida sexual activa.

Característica		Edad de inicio de la vida sexual		X ²	p
		≤ 15 años	> 15 años		
Tipo de familia	Nuclear	40.7	54.3	7.605	0.004*
	Otro tipo de familia	59.3	45.7		
Escolaridad del padre	Menos de 15 años	60.7	59.7	0.045	0.459
	Más de 15 años	39.3	40.3		
Escolaridad de la madre	Menos de 15 años	74.0	73.5	0.020	0.493
	Más de 15 años	26.0	26.5		
Ocupación de la madre	Empleo fuera casa	48.7	47.0	0.111	0.408
	Hogar	51.3	53.0		
Comunicación con la madre	Buena/regular	96.6	97.5	0.319	0.373
	Mala/nula	3.4	2.5		
Comunicación con el padre	Buena/regular	88.2	87.3	0.065	0.471
	Mala/nula	11.8	12.7		
Información de padre/madre sobre sexualidad	Sí	73.0	78.6	1.671	0.188
	No	27.0	21.4		
Satisfacción con la información recibida	Muy satisfecha	69.5	80.4	5.378	0.012*
	Poco o nada satisfactoria	30.5	19.6		

Nota: n = 937, *p ≤ 0.05

En relación a la comunicación, únicamente la satisfacción con la información recibida fue estadísticamente significativa ($X^2[1] = 5.378, p = 0.012$), lo que podría indicar que es una variable importante para decidir postergar el inicio de vida sexual (véase Tabla 2). Cabe destacar que aun cuando las diferencias no fueron estadísticamente significativas en las otras variables analizadas, quienes iniciaron su vida sexual después de los 15 años reportaron en mayor proporción una buena comunicación con los padres y haber recibido de ellos información sobre sexualidad.

Respecto al uso de protección durante la primera relación sexual, 75% dijo haber usado con-

dón u otro método anticonceptivo, y de quienes así lo señalaron, 59% fueron varones y 41% mujeres. Igualmente, se les cuestionó si durante su última relación habían usado protección, encontrando que 64% lo había hecho.

En cuanto a las variables sociodemográficas familiares, en la Tabla 3 se muestra que únicamente el tipo de familia fue significativo ($X^2[1] = 3.402, p = 0.039$); o sea, aquellos jóvenes que dijeron vivir en familia nuclear reportaron usar condón en mayor proporción. La escolaridad de los padres y el tipo de empleo de la madre no fueron significativos; sin embargo, los participantes que indicaron tener padres con una escolaridad superior a los 15

años y una madre dedicada al hogar mostraron una tendencia ligeramente mayor para usar condón durante sus relaciones sexuales.

En lo referente a las variables relacionadas con la dinámica familiar, en la misma Tabla 3 los datos muestran diferencias estadísticamente

significativas tan solo en la variable Satisfacción con la información sobre sexualidad recibida ($\chi^2[1] = 3.152$, $p = 0.049$). Los jóvenes que dijeron usar condón fueron quienes estuvieron más satisfechos con la información recibida sobre la sexualidad.

Tabla 3. Variables familiares asociadas al uso del condón.

Característica		Uso del condón		χ^2	p
		Sí	No		
Tipo de familia	Nuclear	51.2	59.5	3.402	0.039*
	Otro tipo de familia	48.8	40.5		
Escolaridad del padre	Menos de 15 años	57.9	60.9	0.451	0.282
	Más de 15 años	42.1	39.1		
Escolaridad de la madre	Menos de 15 años	71.6	76.9	1.700	0.114
	Más de 15 años	28.4	23.1		
Tipo de empleo de la madre	Empleo fuera casa	48.7	49.4	0.024	0.475
	Hogar	51.3	50.6		
Comunicación con la madre	Buena/regular	97.0	97.0	0.003	0.565
	Mala/nula	3.0	3.9		
Comunicación con el padre	Buena/regular	88.7	90.4	0.343	0.337
	Mala/nula	11.3	9.6		
Información de padre/madre sobre sexualidad	Sí	75.5	73.2	0.357	0.309
	No	24.5	26.8		
Satisfacción con la información recibida	Muy satisfactoria	74.5	67.1	3.152	0.049*
	Poco o nada satisfactoria	25.5	32.9		

Nota: $n = 937$, * $p \leq .05$

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación corresponden a jóvenes con edades de entre 17 y 29 años, estudiantes de una universidad pública ubicada en la ciudad de Hermosillo, Son. (México). Algunos hallazgos confirman tendencias identificadas en estudios previos efectuados en México y en otros países de Latinoamérica, como que son más hombres que mujeres los que reportan vida sexual activa, e igualmente que son ellos quienes tienen relaciones sexuales a más temprana edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018; Moral, 2007; Rodríguez *et al.*, 2009). Dicho comportamiento tiene que ver con la formación de la masculinidad, y el ejercicio temprano de la sexualidad en los varones es una variable que les permite conformar socialmente lo que es ser hombre

(Bahamón *et al.*, 2014; Salguero *et al.*, 2017), lo que en el caso de los varones jóvenes se caracteriza por demostraciones de invulnerabilidad construidas socialmente: han sido socializados para tener el control, ser competitivos, demostrar poder y alcanzar el reconocimiento social. Igualmente, puede tener relación con la custodia y un cuidado mayor hacia las mujeres y con la mayor permisividad que se les concede (Bahamón *et al.*, 2014). Los progenitores suelen ser más permisivos con los hijos varones en lo relativo a los comportamientos de riesgo, tales como fumar, consumir alcohol y ejercer su sexualidad, conductas que son toleradas de manera diferente en las mujeres.

En relación a los factores familiares referentes a la comunicación y la vida sexual activa, las cuatro variables analizadas fueron estadísticamente significativas para tener o no relaciones sexua-

les. La comunicación con ambos padres, recibir información y la satisfacción con la información recibida parecen ser factores que en cierta forma son predictores del inicio de la actividad sexual entre los participantes. Tales resultados coinciden con lo reportado por Fernández *et al.* (2017) en un estudio hecho con jóvenes, en donde se destaca que una mejor comunicación entre padres e hijos se asocia con una menor actividad sexual de estos últimos y un mayor uso de anticonceptivo. En otros trabajos se ha encontrado que el apoyo familiar y la comunicación parental con los jóvenes les proporcionan las habilidades necesarias para tomar decisiones sobre su salud sexual, además de brindarles recursos psicológicos para vincularse emocionalmente con sus pares (Bárcena *et al.*, 2013; Castillo *et al.*, 2015; Domínguez, 2011).

La literatura al respecto muestra que una mayor escolaridad parental se asocia con un inicio de vida sexual a una mayor edad, lo que puede explicarse en razón de que los padres con más años de estudio tienen aspiraciones académicas más altas para sus hijos, e igualmente que pueden tener más habilidades parentales para desalentar más el inicio sexual en las hijas que en los hijos, y para promover una vida sexual más informada (Grossman *et al.*, 2018; Montañés *et al.*, 2008; Sánchez *et al.*, 2010). Los datos del presente estudio indican que los participantes que reportaron tener padres con más años de escolaridad fueron quienes tendieron a postergar más el inicio de su vida sexual, e igualmente fueron los que dijeron usar condón durante sus relaciones sexuales. Así, el grado académico puede ser una variable que repercute en las decisiones que toman en relación al cuidado de su salud sexual.

En estas familias, los padres tienen un mayor grado de escolaridad que el promedio estatal de Sonora, lo que implica que los jóvenes tienen con mayor probabilidad madres con más logros educativos, quienes hacen una importante contribución económica a sus hogares. Un mayor capital cultural y más años de escolaridad otorgan a estas familias ciertas directrices sociales y culturales que les permiten comunicar mejores mensajes a los hijos en cuanto al cuidado de su salud y una postura más cercana a la equidad de género.

En relación al empleo de la madre fuera del hogar, algunos autores reportan esta variable como un factor de riesgo (Bahamón *et al.*, 2014; Fernández *et al.*, 2017). Tales son los resultados de la investigación de González *et al.* (2013), realizado con jóvenes chilenos, quienes hallaron que el empleo materno fuera del hogar se asoció al inicio sexual temprano en hombres y mujeres, señalando que el empleo materno fuera del hogar expone a un mayor riesgo de actividad sexual temprana, especialmente a las hijas. Sin embargo, este antecedente no fue aquí significativo, pues se encontró una mayor proporción de madres dedicadas al hogar. En el ámbito sonoreense sigue predominado en cierta medida el papel tradicional de la mujer dedicada al hogar (INEGI, 2019). Sin ser un dato significativo, cabe señalar que los jóvenes que reportaron tener una vida sexual activa antes de haber cumplido 15 años y no usar condón durante sus relaciones sexuales fueron proporcionalmente más que quienes tenían madres que trabajaban fuera de su hogar. Tradicionalmente, se espera que sea la madre quien supervise el comportamiento de los hijos. Sin embargo, si su jornada laboral es muy extensa, estos tendrán más oportunidades para tener encuentros sexuales, incluso en su mismo hogar, lo que podría ser un factor de riesgo para un inicio temprano de la vida sexual. Así, el empleo materno fuera del hogar se asocia al inicio sexual temprano en hombres y mujeres (Bárcena *et al.*, 2013; Fernández *et al.*, 2017).

Finalmente, este trabajo presenta algunas limitaciones importantes: por una parte, el uso de una muestra integrada por jóvenes universitarios no permite apreciar si las variables analizadas varían de acuerdo al nivel educativo, por lo que sería pertinente abordar esta variable en otro estudio para poder compararla otros contextos, por otra parte, tampoco se consideraron variables tales como el nivel socioeconómico, la religiosidad o la orientación sexual, las que podrían incidir en los modos en que los jóvenes abordan el cuidado de su salud sexual. No obstante, este trabajo constituye un aporte a una línea de investigación muy relevante: la salud sexual de los y las jóvenes, que requiere un mayor análisis tanto en México como en la región. Se sugiere que el uso de metodologías

cualitativas en este ámbito puede contribuir a una mejor comprensión de los aspectos emocionales, afectivos y culturales que parecen ser claves en

la toma de decisiones respecto del cuidado de la salud sexual.

Citación: Abril V., E., Cubillas R., M.J., Domínguez I., S.E., Bilbao R., M.Á. y Mera L., M.J. (2023). Factores familiares asociados a la salud sexual de jóvenes universitarios de Sonora, México. *Psicología y Salud*, 33(1), 159-169. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2781>.

REFERENCIAS

- Abril, E., Cubillas, M.J. y Domínguez, S. (2019). *Identidad de género y la salud de los jóvenes universitarios*. México: Libermex.
- Apaza, L. y Vega, E. (2018). Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa (Lima, Perú). *Matronas Profesión*, 19(2), 59-63.
- Bahamón, M., Vianchá, A. y Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(1), 956-968.
- Cabrera, V., Docal, M., Manrique, L., Cortés, J. y Tobón, C. (2018). Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 279-285.
- Castillo, L., Álvarez, A., Valle, M. y Hernández, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 73, 44-50.
- Cochran, W.G. (1990). *Técnicas de muestreo*. México: CECSA.
- De Hoyos, M.C. (2020). Educación afectivo-sexual en adolescentes, una tarea de todos. *Acta Pediátrica Española*, 78(1-2), e47-e53.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398.
- Fernández, A., Mc Farlane, M., González, R., Díaz, L., Betancourt, E., Cintrón, F., Varas, N. y Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en puerto rico. *Revista Puertorriquena de Psicología*, 28(1), 80-95.
- Gayet, C. y Gutiérrez, J. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, 55(6), 638-647.
- González, E., Molina, T., Montero, A. y Martínez, V. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(3), 313-319. Doi: 10.4067/S0034-98872013000300005.
- Grossman, J., Richer, A., Charmaraman, L., Ceder, I. y Ekut, S. (2018). Youth perspectives on sexuality communication with parents and extended family. *Family Relations*, 67(3), 368-380. Doi: 10.1111/fare.12313.
- Hernández, M.A. y Lara, B. (2015). Responsabilidad familiar: ¿una cuestión de género? *Revista de Educación Social*, 20. Recuperado de <https://eduso.net/res/revista/21/el-tema-colaboraciones/responsabilidad-familiar-una-cuestion-de-genero>.
- Holguín, M., Mendoza, Y., Esquivel, L., Sánchez, C., Daraviña, R. y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219. Doi: 10.26752/cuarzo.v19.n2.50.
- Instituto Mexicano de la Juventud (1999). *Ley del Instituto Mexicano de la Juventud*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018*. México: Autor. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). Tercer trimestre. Microdatos. México: Autor. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/resultados_ciudades_enoe_2019_trim3.pdf.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). Resultados Nacionales 2012*. México: INSP/SS.
- Kim, J. y Min Kin, J. (2017). Fathers' indirect contribution to children's social-emotional development via mothers' psychological parenting environments. *Social Behavior and Personality*, 45(5), 833-844. Doi: 10.2224/sbp.6187.
- Luisi, V. (2013). Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar. *Educere*, 17(58), 429-435.

- Mendoza, L., Claros, D. y Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 243-253. Doi: 10.4067/s0717-75262016000300012.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407.
- Moral de la Rubia, J. (2007). Conducta sexual y uso de preservativo en estudiantes universitarios. *Medicina Universitaria*, 9(37), 173-180.
- Núñez, G. (2013). *Hombres sonorenses: Un estudio de género de tres generaciones* (pp. 86-126). México: Pearson.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Salud del adolescente y Salud sexual reproductiva*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3178:salud-del-adolescente-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=2414&lang=es.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y hombres jóvenes en América Latina*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/protocolos-investigacion-para-estudio-salud-sexual-reproductiva-adolescentes-varones-0>.
- Rodríguez, N., Ríos, M., Lozano, L. y Álvarez, M. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 245-260.
- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D. y Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education*, 11(02), 175-191.
- Ruiz, M., López, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. e Irala, J. (2013). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(1), 54-61.
- Salguero V., M.A., Pérez, G., Ayala, C.D y Soriano, M. (2017). Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Psicología y Salud*, 27(1), 19-28.
- Sánchez, N., Grogan, A., Castillo, M., Caballero, G. y Delva, J. (2010). Sexual intercourse among adolescents in Santiago, Chile: a study of individual and parenting factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(4), 267-74.
- Uribe, J.L., Andrade, P., Zacarías, X. y Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Villoro, L. (1998). *Creer, saber, conocer* (pp. 197-221). México: Siglo XXI.

Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología

Emotional distress, anxiety, and depression in breast cancer patients identified by the health oncology team

Oscar Galindo Vázquez¹, Enrique Bargalló Rocha², Abel Lerma³,
Rosario Costas Muñiz⁴, Nancy Ariadna Acosta Santos²
y Abelardo Meneses García⁵

Instituto Nacional de Cancerología^{1, 2, 5}
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo³
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center⁴

Autor para correspondencia: Óscar Galindo Vázquez, psigalindo@yahoo.com.mx.

RESUMEN

Introducción. Las necesidades psicosociales en pacientes con cáncer pueden influir en el éxito del tratamiento multidisciplinario. El objetivo de esta investigación fue determinar las necesidades psicosociales de pacientes con cáncer de mama reportadas por el equipo de salud. *Método.* Se utilizó un diseño transversal no experimental con un muestreo por disponibilidad. Se realizó una encuesta en línea en todo el país. *Participantes.* 254 profesionales, principalmente cirujanos oncólogos y oncólogos médicos de instituciones de salud pública y privada. *Resultados.* La mayor parte de los profesionales de la salud preguntan directamente a sus pacientes sobre sus problemas emocionales; sin embargo, muy pocos utilizan escalas o cuestionarios validados. La mayoría de los participantes refirieron que en la institución donde eran atendidos se cuenta con servicios de salud mental. Los factores asociados con el malestar emocional, ansiedad y depresión son otros problemas psicológicos, así como ciertos síntomas físicos, entre los cuales se encuentran los problemas de apetito, memoria y sueño. *Conclusiones.* Se recomienda una mayor difusión de las guías clínicas de psicooncología para el equipo médico, así como programas de atención psicosocial en pacientes con cáncer de mama basados en evidencia.

Palabras clave: Ansiedad; Cáncer de mama; Depresión; Equipo de salud; Necesidades psicosociales.

¹ Servicio de Psicooncología, Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

² Departamento de Tumores Mamarios, correos electrónicos: ebargallo@incan.edu.mx y aryacos@hotmail.com.

³ Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Psicología, Carretera Pachuca-Actopan camino a Tilcuautla s/n, 42160 Pueblo San Juan Tilcuautla, Hgo., México, correo electrónico: aleta_44@yahoo.ca.

⁴ Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Immigrant Health and Cancer Disparities, 1250 1st Ave., 10065 New York, NY, Estados Unidos, correo electrónico: costasmr@mskcc.org.

⁵ Dirección General, Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo: amneseg@incan.edu.mx.



ABSTRACT

Introduction. *Breast cancer patients' psychosocial needs may influence the success of multidisciplinary treatment. Objective.* To determine the psychosocial needs of patients with breast cancer as reported by their healthcare team. **Method.** *The study consisted of a national online survey with a non-experimental cross-sectional design, and sampling by availability. Participants.* A total of 254 professionals, mainly surgical and medical oncologists from public and private health institutions completed an expressly designed questionnaire. **Results.** *Most health professionals directly ask their patients about their emotional problems (72%); however, only 8% use a validated scale or questionnaire. Most of them have access to mental health services. They report that patients express emotional concerns about their quality of life (65%), adherence to treatment (42%), and disease progression (41%). The factors associated with emotional distress, anxiety, and depression include other psychological problems as physical symptoms such as appetite loss, and memory and sleep problems. Conclusions.* Greater dissemination of psycho-oncology clinical guidelines and evidence-based psychosocial care programs for patients with breast cancer should aim to train medical teams.

Key words: Anxiety; Breast cancer; Depression; Health team; Psychosocial needs.

Recibido: 11/08/2020

Aceptado: 20/11/2021

El cáncer de mama (CaMa en lo sucesivo) es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo. En 2018, se registraron 626,679 muertes por esta causa, y se estiman alrededor de 991,904 para el año 2040. La incidencia es variable, con tasas que van desde 55.2 a 99.0 por cada 100,000 habitantes en América Latina (Bray *et al.*, 2018) con una incidencia mayor en países de ingresos bajos y medios (Justo, Wilking, Jönsson, Luciani y Cazap 2013). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), la incidencia de la enfermedad en México es de 55.4, con una prevalencia de 44.6 y un índice de mortalidad de 16.4 por cada 100,000 mujeres, lo que representa aproximadamente 6,884 muertes en el año 2018.

Recibir un diagnóstico de cáncer genera múltiples reacciones en los pacientes, siendo una de las más predominantes el malestar emocional, por lo que se requiere de un proceso de adaptación que les permita ajustarse adecuadamente a los efectos de la valoración (Castillo, Marván, Galindo y Landa, 2017). En el caso de CaMa, la prevalencia de problemas psicológicos varía de 29 a 47%. Dichas afectaciones pueden alterar el pronóstico de la enfermedad, la adherencia y el éxito de la terapia, el funcionamiento social y la tasa de supervivencia (Izci, Ilgün, Findikli y Özmen, 2016).

En la población mexicana con cáncer de mama se han identificado niveles de sintomatología de depresión que van de 40 a 14.2%, y de ansiedad de 26.5 a 45%, identificándose diferencias estadísticamente significativas en el caso del tiempo de evolución entre las pacientes con y sin depresión, siendo mayor en las primeras (Morales, Robles, Jiménez y Morales, 2007). En relación al malestar emocional, se ha visto una asociación positiva con mayores periodos de tiempo transcurrido desde el diagnóstico y de la cirugía. En un estudio cualitativo en mujeres mexicanas con CaMa se encontraron como principales necesidades psicosociales las siguientes: preocupaciones de fertilidad, alteración de la imagen corporal, barreras al empleo durante la supervivencia, impacto en las relaciones familiares y redes sociales, y atención psicológica y necesidades de información insatisfechas (Hubbeling *et al.*, 2018).

En este contexto, Kiss (1995) señala que los oncólogos desempeñan un importante papel no solo en la identificación del malestar emocional, sino también en su prevención al proporcionar información adecuada y apoyo emocional básico a las pacientes y a sus familiares. Para este propósito, el grado de malestar emocional y el apoyo social percibido de las pacientes deben evaluarse lo antes posible. Por su parte, Pirl *et al.* (2007) reportan que 65.0% de los oncólogos efectúan procedimientos de tamizaje de forma rutinaria, pero que solo 14.3% utiliza un instrumento de detección validado; enlistan además, como predictores del malestar emocional, la falta de disponibilidad de servicios de salud mental, el desconocimiento de las recomendaciones de la Red Nacional Comprensiva de Cáncer (*National Comprehensive Cancer*

Network [NCCN]) de Estados Unidos, la inexperiencia, la falta de tiempo, la incertidumbre para identificar dicho malestar y el sexo femenino del profesional (Mitchell, Kaar, Coggan y Herdman, 2008).

Lerman *et al.* (1993) indican que una vez identificado el malestar emocional, solo 40% de los médicos dedicaban a este grupo de pacientes el tiempo necesario, por lo que para utilizar mejores métodos de detección era necesario aumentar la duración de las citas de seguimiento y el tiempo que los médicos dedicaban a este fin, aunque solo 2.3% utilizaban un cuestionario formal y 20.5% empleaban para ese fin de una a tres preguntas.

Un hallazgo general es que la capacidad para detectar la angustia varía entre los diferentes oncólogos, y que en general pueden llegar a subestimarla en sus pacientes. Esto puede ser un reflejo del escaso nivel de capacitación en habilidades para evaluar la necesidad psicosocial que los médicos reciben en general, por lo que la angustia puede pasar desapercibida debido a una variedad de procesos que van desde el uso de métodos de detección inexactos hasta la prevención de problemas psicosociales (Pirl *et al.*, 2007).

El potencial de problemas de comunicación entre los pacientes con CaMa y el equipo de salud tratante puede ser preocupante porque la comunicación deficiente puede interferir con la asimilación de la información sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento (Lerman *et al.*, 1993). Por consiguiente, se presta cada vez más atención a la identificación temprana y el tratamiento del malestar emocional, el cual ha sido reconocido como el “sexto signo vital” en el campo de la oncología (Bultz *et al.*, 2011).

Aunque las pautas de la NCCN en el área psicosocial han estado disponibles durante varios años, se sabe poco sobre su uso en la práctica oncológica en México. Por lo tanto, los objetivos de la presente investigación, con diseño transversal no experimental y muestreo por disponibilidad, fueron: indagar sobre los procedimientos de que se valen los profesionales para identificar los problemas psicológicos de sus pacientes, como malestar emocional, depresión y ansiedad; las diferencias en los problemas psicológicos por sus

características clínicas y sociodemográficas, y los factores asociados a los problemas psicológicos.

MÉTODO

Participantes

El reclutamiento de los participantes fue hecho por vía electrónica a 814 afiliados al padrón de la Sociedad Mexicana de Mastología, a quienes se envió la invitación con dos recordatorios bimensuales. Fueron criterios de participación ser profesionales de la salud que atendieran pacientes con CaMa y que aceptaran participar en el estudio mediante la firma de una carta de consentimiento informado. Se eliminaron a aquellos que no respondieran la encuesta en su totalidad.

Instrumento

Cedula de Identificación.

Se diseñó una cédula de identificación del participante que incluía datos sociodemográficos y clínicos, tales como edad, sexo, nivel de estudios, especialidad e institución de salud donde laboraba.

Encuesta de necesidades psicosociales en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud (ENPCM).

La ENPCM fue desarrollada *ex profeso* para esta investigación tomando como base los siguientes pasos: 1. Definición del atributo psicológico denominado Necesidades psicosociales; 2. Especificación de los profesionales de la salud a los que se dirigió la encuesta; 3. Validación por expertos y 4. Piloteo de la encuesta. Se solicitó a los participantes expresar cualquier duda o comentario respecto a la comprensión de los reactivos o la inclusión de palabras confusas u ofensivas, tras de lo cual se hicieron las correcciones pertinentes. La versión final consistió de 16 reactivos de opción múltiple o de estimación numérica sobre la frecuencia observada de malestar emocional, los síntomas de ansiedad y depresión, la disponibilidad de servicios de salud mental, los procedimientos y las barreras para la detección de tales síntomas,

y el conocimiento de las pautas de las guías de la NCCN. Se agregaron respuestas de texto libre para los ítems relativos a las barreras para la detección de sintomatología psicológica y de los recursos útiles para la misma.

Análisis estadísticos

Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión de los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra de profesionales de la salud que atendían pacientes. Se compararon las variables relativas al malestar emocional y a los síntomas de ansiedad y depresión por las características clínicas y sociodemográficas del equipo de salud. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 y percentil 75) a través de la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o Prueba exacta de Fisher.

Se llevó a cabo una regresión logística planteando como variables el desenlace del malestar emocional y los síntomas de ansiedad y depresión, y en cada uno de los seis modelos se estimaron los OR con sus intervalos de confianza, el estimador

beta y la constante respectiva. Se calculó asimismo la varianza explicada (índice Nagelkerke), el índice de bondad de ajuste del modelo (prueba Hosmer-Lemeshow), la sensibilidad, la especificidad y el porcentaje total explicado por cada uno de los modelos, estableciendo como nivel de significancia estadística $p < 0.05$ (ver Tabla 4).

RESULTADOS

La muestra final estuvo conformada por 254 profesionales que atendían pacientes con CaMa, con una media de edad de 46 ± 11.3 años, de los cuales 141 fueron mujeres (56%), la mayoría con especialidad y subespecialidad.

La mayoría de los profesionales de la salud (86%) afirmaron disponer de servicios de salud mental a los cuales derivar a las pacientes con problemas psicológicos. Cuando referían a las pacientes para su atención psicosocial, en su mayoría lo hacían a los servicios de psicooncología (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la muestra (n = 254) equipo de la salud en oncología.

Variables	f (%), Media \pm DE
Edad (años)	46.0 \pm 11.4
Sexo	Femenino = 138 (55)
	Masculino = 116 (45)
Nivel máximo de estudios	
Licenciatura	28 (11)
Especialidad	54 (22)
Subespecialidad	115 (46)
Maestría	35 (14)
Doctorado	17 (7)
Disciplina de los profesionales de salud	
Cirugía oncológica	61 (24)
Ginecología	22 (9)
Otros	7 (3)
Escenario principal donde ejercen los profesionales de la salud mental	
Hospital general	83 (33)
Hospital oncológico	80 (32)
Otro	91 (35)
Tiempo de haberse graduado	
≥ 20 años	78 (32)
$\leq 10 - 19$ años	76 (31)
≤ 9 años	94 (38)

Continúa...

Método de identificación de problemas psicológicos	
Preguntan directamente	180 (72)
Esperan a que el paciente lo diga espontáneamente	50 (20)
Usan una escala o cuestionario validado	21 (8)
Principales problemas físicos que atienden	
Fatiga	77 (31)
Problemas de apetito	56 (23)
Dolor	50 (20)
Problemas para dormir	47 (19)
Náusea	46 (18)
Principales necesidades identificadas en pacientes con CaMa	
Información sobre el diagnóstico	87 (66)
Manejo de síntomas cognitivos	17 (11)
Información sobre el pronóstico	13 (10)
A dónde refieren a pacientes con CaMa con problemas psicológicos	
Psicooncología	127 (55)
Psiquiatría	84 (37)
Trabajo social	48 (21)
Clínica de salud mental o consejería	33 (14)

Las Tablas 2, 3 y 4 muestran la comparación del malestar emocional y los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con CaMa reportados por los

participantes. Los factores asociados al malestar emocional, depresión y ansiedad se reportan en las Tablas 5, 6 y 7.

Tabla 2. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas en 254 profesionales de la salud en oncología, comparadas respecto al malestar emocional que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o la prueba exacta de Fisher.

Características	Malestar emocional en pacientes con CaMa		<i>p</i>
	Alto ≥ 70% (N = 162)	Bajo < 70% (N = 192)	
Edad (años)	45 (38 - 55)	45 (38 - 55)	0.768
< 46 años	86 (53)	47 (51)	0.759
≥ 46 años	76 (47)	45 (49)	
Sexo			0.586
Femenino	92 (57)	49 (53)	
Masculino	70 (42)	43 (47)	
Cómo identifica problemas psicológicos			0.108
Instrumentos/preguntando	135 (83)	69 (75)	
Espera a que la paciente exprese.	27 (17)	23 (25)	
Tiempo de graduado (años)			0.858
9 años o menos	35 (22)	19 (21)	
10 años o más	127 (78)	73 (79)	

Continúa...

Horas/semana dedica a atender pacientes con CaMa			
< 35 horas/semana	82 (51)	43 (47)	0.552
≥ 35 horas/semana	80 (49)	49 (53)	
Pacientes/semana que atiende			
< 36 pacientes/semana	87 (54)	39 (42)	0.075
≥ 36 pacientes/semana	74 (46)	53 (58)	
Porcentaje paciente con problemas emocionales			
< 70% pacientes	55 (34)	62 (67)	<0.001
≥ 70% pacientes	107 (66)	30 (33)	
Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa			
<i>Memoria</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	44 (27)	37 (40)	0.032
Alta prevalencia (a veces o siempre)	118 (73)	55 (60)	
<i>Dolor</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	27 (17)	25 (27)	0.046
Alta prevalencia (a veces o siempre)	135 (83)	67 (73)	
<i>Fatiga</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	22 (14)	23 (25)	0.022
Alta prevalencia (a veces o siempre)	140 (86)	69 (75)	
<i>Dormir</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	20 (12)	28 (30)	<0.001
Alta prevalencia (a veces o siempre)	142 (88)	64 (70)	
<i>Náusea</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	56 (35)	47 (51)	0.010
Alta prevalencia (a veces o siempre)	106 (65)	45 (49)	
<i>Problemas gastrointestinales</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	53 (33)	44 (48)	0.017
Alta prevalencia (a veces o siempre)	109 (67)	48 (52)	
Baja prevalencia (nunca o pocos)	35 (22)	44 (48)	
Alta prevalencia (a veces o siempre)	127 (78)	48 (52)	
<i>Refiere pacientes a psicooncología</i>			
No	80 (49)	47 (51)	0.794
Sí	82 (51)	45 (49)	
<i>Refiere pacientes a psiquiatría</i>			
No	107 (66)	63 (69)	0.692
Sí	55 (34)	29 (31)	
<i>Refiere pacientes a servicio social</i>			
No	131 (81)	75 (82)	0.898
Sí	31 (19)	17 (18)	

Continúa...

<i>Refiere pacientes a clínica salud mental o consejería</i>			
No	140 (86)	81 (88)	0.711
Sí	22 (14)	11 (12)	
<i>Necesidades de informar diagnóstico</i>			
Baja necesidad	89 (90)	50 (86)	0.483
Alta necesidad	10 (10)	8 (14)	
<i>Necesidades de informar pronóstico</i>			
Baja necesidad	73 (74)	42 (72)	0.857
Alta necesidad	26 (26)	16 (28)	
<i>Necesidades de informar tratamiento</i>			
Baja necesidad	75 (76)	41 (71)	0.485
Alta necesidad	24 (24)	17 (29)	
¿Cómo afectan los problemas psicológicos a los pacientes?			
<i>Mortalidad</i>			
No	109 (67)	61 (66)	0.873
Sí	53 (33)	31 (34)	
<i>Adherencia al tratamiento</i>			
No	89 (55)	59 (64)	0.153
Sí	73 (45)	33 (36)	
<i>Calidad de vida</i>			
No	53 (33)	36 (39)	0.303
Sí	109 (67)	56 (61)	
<i>Progresión de la enfermedad</i>			
No	96 (59)	55 (60)	0.635
Sí	66 (41)	37 (40)	
<i>Gravedad de efectos secundarios</i>			
No	99 (61)	54 (59)	0.705
Sí	63 (39)	38 (41)	
<i>Comunicación con el equipo de salud</i>			
No	105 (65)	61 (66)	0.810
Sí	57 (35)	31 (34)	
<i>Comunicación con la familia</i>			
No	99 (61)	57 (62)	0.894
Sí	63 (39)	35 (38)	
<i>Depresión</i>			
< 70% de pacientes	110 (68)	24 (26)	≤ 0.001
≥ 70% de pacientes	52 (32)	68 (74)	
<i>Ansiedad</i>			
< 70% de pacientes	128 (80)	42 (46)	≤ 0.001
≥ 70% de pacientes	33 (20)	50 (54)	

Tabla 3. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de 254 profesionales de la salud en oncología comparadas respecto a la depresión que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi* cuadrada o la Prueba Exacta de Fisher.

Características	Depresión en pacientes con CaMa		<i>p</i>
	Bajo < 70% (N = 120)	Alto ≥ 70% (N = 134)	
Edad (años)	43 (36 - 54)	47 (39 - 55)	
< 46 años	71 (59)	62 (46)	0.074
≥ 46 años	49 (41)	72 (54)	0.040
Sexo			
Femenino	63 (53)	78 (59)	0.361
Masculino	57 (48)	56 (42)	
Cómo identifica problemas psicológicos			
Instrumentos/preguntando	102 (85)	102 (76)	0.076
Espera a que la paciente exprese	18 (15)	32 (24)	
Tiempo de graduado (años)			
9 años o menos	30 (25)	24 (18)	0.168
10 años o más	90 (75)	110 (82)	
Horas/semana dedica a atender pacientes con CaMa			
< 35 horas/semana	58 (48)	67 (50)	0.791
≥ 35 horas/semana	62 (52)	67 (50)	
Pacientes/semana que atiende			
< 36 pacientes/semana	60 (50)	67 (50)	0.952
≥ 36 pacientes/semana	60 (50)	67 (50)	
Porcentaje paciente con problemas psicológicos			
< 70% pacientes	85 (71)	32 (24)	< 0.001
≥ 70% pacientes	35 (29)	102 (76)	
Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa			
<i>Memoria</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	43 (36)	38 (28)	0.202
Alta prevalencia (a veces o siempre)	77 (64)	96 (72)	
<i>Dolor</i>			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	28 (23)	24 (17)	0.285
Alta prevalencia (a veces o siempre)	92 (77)	110 (83)	

Tabla 4. Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas en 254 profesionales de la salud en oncología comparadas respecto a la ansiedad que reportan en pacientes con CaMa. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes o en medianas (percentil 25 - percentil 75). La comparación se efectuó mediante la U de Mann-Whitney, la *Chi Cuadrada* o la Prueba Exacta de Fisher.

Característica	Ansiedad en pacientes		p
	Alta ≥70% (N = 170)	Baja <70% (N = 83)	
	45 (39 - 55)	44 (37 - 55)	
Edad (años)			0.633
< 46 años	87 (51)	45 (54)	
≥ 46 años	83 (49)	38 (46)	
Sexo			
Femenino	96 (57)	44 (53)	0.603
Masculino	74 (43)	39 (47)	
Cómo identifica problemas psicológicos			
Instrumentos/preguntando	139 (82)	64 (77)	0.383
Espera a que paciente exprese	31 (18)	19 (23)	
Tiempo de graduado (años)			
9 años o menos	35 (21)	18 (22)	0.840
10 años o más	135 (79)	65 (78)	
Horas/semana que dedica a atender pacientes con CaMa			
< 35 horas/semana	89 (52)	36 (43)	0.180
≥ 35 horas/semana	81 (48)	47 (57)	
< 36 pacientes/semana	90 (53)	36 (43)	
≥ 36 pacientes/semana	80 (47)	47 (57)	
Porcentaje paciente con problemas psicológicos			
< 70% pacientes	62 (37)	55 (66)	< 0.001
≥ 70% pacientes	108 (63)	28 (34)	
Síntomas físicos identificados en pacientes con CaMa			
Memoria			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	44 (26)	37 (45)	0.003
Alta prevalencia (a veces o siempre)	126 (74)	46 (55)	
Dolor			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	33 (19)	19 (23)	0.520
Alta prevalencia (a veces o siempre)	137 (81)	64 (77)	
Fatiga			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	23 (14)	22 (27)	0.011
Alta prevalencia (a veces o siempre)	147 (86)	61 (73)	
Dormir			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	20 (12)	27 (33)	≤ 0.001
Alta prevalencia (a veces o siempre)	150 (88)	56 (67)	
Náusea			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	61 (36)	41 (49)	0.040
Alta prevalencia (a veces o siempre)	109 (64)	42 (51)	

Continúa...

Problemas gastrointestinales			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	55 (32)	41 (49)	0.009
Alta prevalencia (a veces o siempre)	115 (68)	42 (51)	
Apetito			
Baja prevalencia (nunca o pocos)	45 (27)	34 (41)	0.020
Alta prevalencia (a veces o siempre)	125 (73)	49 (59)	
Refiere pacientes a psicooncología			
No	93 (55)	34 (41)	0.040
Sí	77 (45)	49 (59)	
Refiere pacientes a psiquiatría			
No	120 (71)	50 (60)	0.100
Sí	50 (29)	33 (40)	
Refiere pacientes a trabajo social			
No	141 (83)	64 (77)	0.267
Sí	29 (17)	19 (23)	
Refiere pacientes a clínica salud mental o consejería			
No	145 (85)	75 (90)	0.261
Sí	25 (15)	8 (10)	
Necesidades informar el diagnóstico			
Baja necesidad	90 (87)	48 (91)	0.555
Alta necesidad	13 (13)	5 (9)	
Necesidades informar el pronóstico			
Baja necesidad	75 (73)	39 (74)	0.918
Alta necesidad	28 (27)	14 (26)	
Necesidades informar el tratamiento			
Baja necesidad	76 (74)	39 (74)	0.978
Alta necesidad	27 (26)	14 (26)	
¿Cómo afectan los problemas psicológicos a los pacientes?			
<i>Mortalidad</i>			
No	117 (69)	52 (63)	0.328
Sí	53 (31)	31 (37)	
<i>Adherencia al tratamiento</i>			
No	88 (52)	60 (72)	0.002
Sí	82 (48)	23 (28)	
<i>Calidad de vida</i>			
No	57 (33)	32 (39)	0.432
Sí	113 (67)	51 (61)	
<i>Progresión de la enfermedad</i>			
No	103 (61)	47 (57)	0.547
Sí	67 (39)	36 (43)	
<i>Severidad de efectos secundarios</i>			
No	102 (60)	51 (61)	0.825
Sí	68 (40)	32 (39)	

Continúa...

<i>Comunicación con el equipo de salud</i>			
No	107 (63)	59 (71)	0.200
Sí	63 (37)	24 (29)	
<i>Comunicación con la familia</i>			
No	99 (58)	57 (69)	0.109
Sí	71 (42)	26 (31)	
<i>Malestar emocional</i>			
< 70% de pacientes	42 (25)	50 (60)	≤0.001
≥ 70% de pacientes	128 (75)	33 (40)	
<i>Depresión</i>			
< 70% de pacientes	63 (37)	57 (69)	≤0.001
≥ 70% de pacientes	107 (63)	26 (31)	

Tabla 5. Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con malestar emocional en pacientes con CaMa reportado por equipo de salud en oncología (≥ 70% de las pacientes).

Modelos para malestar emocional (ME) (≥ 70% pacientes, por autorreporte de profesionales de la salud)	Modelo 1			Modelo 2		
	β	OR (IC _{95%})	p	β	OR (IC _{95%})	p
% pacientes con problemas psicológicos (≥70%)	0.776	2.17 (1.14 – 4.14)	0.018	1.102	3.01 (1.65 – 5.50)	<0.001
Problemas de memoria (a veces o siempre)	0.207	1.23 (0.63 – 2.39)	0.542	-0.051	0.95 (0.49 – 1.85)	0.880
Problemas de dolor (a veces o siempre)	0.398	1.49 (0.70 – 3.17)	0.302	0.537	1.71(0.81 – 3.60)	0.157
Problemas de fatiga (a veces o siempre)	0.219	1.25 (0.55 – 2.81)	0.598	0.154	1.17 (0.51 – 2.65)	0.714
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.772	2.16 (0.98 – 4.76)	0.055	0.614	1.85 (0.84 – 4.09)	0.129
Problemas de náusea (a veces o siempre)	0.126	1.14 (0.52 – 2.50)	0.754	-0.002	0.99 (0.45 – 2.20)	0.995
Problemas gástricos (a veces o siempre)	-0.411	0.663 (0.29 – 1.50)	0.321	-0.355	0.70 (0.31 – 1.59)	0.394
Problemas apetito (a veces o siempre)	0.805	2.24 (1.00 – 5.01)	0.050	1.073	2.92 (1.30 – 6.59)	0.010
Presencia de depresión (≥ 70% pacientes)	1.310	3.70 (1.93 – 7.13)	<0.001	----	----	----
Presencia de ansiedad (≥ 70% pacientes)		----	----	1.184	3.27 (1.75 – 6.11)	<0.001

Interpretación: Modelos 1 y 2 para malestar emocional. El malestar emocional en pacientes con cáncer se explica por el porcentaje (≥70%) de pacientes con problema psicológico ($p = <0.001$), problemas de apetito ($p = 0.010$) y por la presencia de depresión y ansiedad en ≥70% de los pacientes ($p = <0.001$).

La varianza explicada para cada modelo está representada en los valores Nagelkerke R^2 respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la Chi cuadrada arroja un valor $p \geq 0.05$.

Tabla 6. Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con depresión en pacientes con CaMa reportado por equipo de salud en oncología ($\geq 70\%$ de los pacientes).

Modelos para presencia de depresión ($\geq 70\%$ pacientes, por auto-reporte de profesionales de la salud)	Modelo 3			Modelo 4		
	β	OR (IC _{95%})	Valor <i>p</i>	β	OR (IC _{95%})	Valor <i>p</i>
	Depresión = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a clínica salud mental + necesidad información pronóstico + presencia de ansiedad. Constante = -2.983, Nagelkerke $R^2 = 0.474$ Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 9.65$, 7 g.l., $p = 0.209$, Sensibilidad = 81%, Especificidad = 76%, Porcentaje total = 80%			Depresión = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a clínica salud mental + necesidad información pronóstico + malestar emocional. Constante = -3.056, Nagelkerke $R^2 = 0.522$ Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 10.536$, 8 g.l., $p = 0.229$, Sensibilidad = 86%, Especificidad = 78%, Porcentaje total = 82%		
% pacientes con problemas psicológicos ($\geq 70\%$)	1.780	5.93 (2.59 – 13.59)	<0.001	1.821	6.18 (2.61 – 14.62)	<0.001
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.608	1.84 (0.56 – 5.98)	0.313	0.629	1.88 (0.60 – 5.84)	0.278
Problemas de náusea (a veces o siempre)	-0.187	0.83 (0.28 – 2.44)	0.733	-0.292	0.75 (0.24 – 2.31)	0.611
Problemas gástricos (a veces o siempre)	0.262	1.30 (0.42 – 4.05)	0.651	0.224	1.25 (0.37 – 4.25)	0.720
Problemas apetito (a veces o siempre)	1.182	3.26 (0.95 – 11.24)	0.061	0.816	2.26 (0.57 – 8.94)	0.245
Refiere pacientes a clínica de salud mental	2.954	19.17 (3.66 – 100.37)	<0.001	3.000	20.09 (3.70 – 109.04)	0.001
Necesidad información sobre pronóstico	-0.784	0.457 (0.19 – 1.12)	0.086	-0.793	0.45 (0.18 – 1.13)	0.088
Presencia de ansiedad ($\geq 70\%$ pacientes)	1.000	2.72 (1.09 – 6.76)	0.031	—	—	—
Presencia malestar emocional ($\geq 70\%$ pacientes)	—	—	—	1.714	5.55 (2.17 – 14.18)	<0.001

Interpretación: Modelos 3 y 4 para depresión. Los problemas emocionales asociados a depresión en pacientes con cáncer se explican por el porcentaje ($\geq 70\%$) de pacientes con problemas psicológicos ($p = <0.001$), presencia de malestar emocional en $\geq 70\%$ pacientes ($p = <0.001$), el que los profesionales los refieren a clínica de salud mental ($p = <0.001$), y por la presencia de ansiedad en $\geq 70\%$ de pacientes ($p = <0.001$). La varianza explicada para cada modelo está representada en los valores Nagelkerke R^2 respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la *Chi* cuadrada arroja un valor $p \geq 0.05$.

Tabla 7. Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados con ansiedad en pacientes con CaMa ($\geq 70\%$) reportados por el equipo de salud en oncología.

Modelos para presencia de ansiedad ($\geq 70\%$ pacientes, por autorreporte de profesionales de la salud)	Modelo 5			Modelo 6		
	β	OR (IC _{95%})	<i>p</i>	β	OR (IC _{95%})	Valor <i>p</i>
	Ansiedad = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas memoria + fatiga + sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a psicooncología + no adherencia al tx + malestar emocional. Constante = -1.445, Nagelkerke $R^2 = 0.312$, Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 11.215$, 8 g.l., $p = 0.190$, Sensibilidad = 87%, Especificidad = 46%, Porcentaje total = 74%			Ansiedad = % de pacientes con problemas psicológicos + problemas memoria + fatiga + sueño + náusea + gástricos + apetito + refiere pacientes a psicooncología + no adherencia al tx + presencia de depresión. Constante = -1.308, Nagelkerke $R^2 = 0.277$, Prueba Hosmer-Lemeshow = $Chi^2 = 7.785$, 8 g.l., $p = 0.455$, Sensibilidad = 89%, Especificidad = 52%, Porcentaje total = 77%		
% pacientes con problemas psicológicos ($\geq 70\%$)	0.819	2.27 (1.21 – 4.25)	0.011	0.729	2.07 (1.07 – 4.00)	0.030
Problemas de memoria (a veces o siempre)	0.662	1.94 (1.00 – 3.76)	0.050	0.709	2.03 (1.05 – 3.92)	0.034
Problemas de fatiga (a veces o siempre)	0.145	1.16 (0.50 – 2.67)	0.735	0.179	1.20 (0.53 – 2.71)	0.668
Problemas del sueño (a veces o siempre)	0.954	2.60 (1.16 – 5.79)	0.020	1.051	2.86 (1.30 – 6.28)	0.009
Problemas de náusea (a veces o siempre)	-0.014	0.99 (0.44 – 2.22)	0.974	0.045	1.05 (0.47 – 2.32)	0.913
Problemas gástricos (a veces o siempre)	0.395	1.49 (0.66 – 3.34)	0.339	0.241	1.27 (0.57 – 2.82)	0.553
Problemas apetito (a veces o siempre)	-0.407	0.67 (0.29 – 1.55)	0.347	-0.264	0.77 (0.34 – 1.74)	0.527
Refiere pacientes a psicooncología	-0.865	0.42 (0.22 – 0.79)	0.007	-0.757	0.47 (0.25 – 0.87)	0.016
No Adherencia al tratamiento	0.633	1.88 (0.98 – 3.62)	0.058	0.600	1.82 (0.96 – 3.47)	0.068
Presencia malestar emocional ($\geq 70\%$ pacientes)	1.230	3.42 (1.80 – 6.52)	<0.001	—	—	—
Presencia de depresión ($\geq 70\%$ pacientes)	—	—	—	0.853	2.35 (1.20 – 4.60)	0.013

Interpretación: Modelos 5 y 6 para ansiedad. Los problemas emocionales asociados a ansiedad en pacientes con cáncer se explican por el porcentaje ($\geq 70\%$) de pacientes con problemas psicológicos ($p = 0.011$), con problemas de memoria frecuentes ($p = 0.034$), con problemas del sueño ($p = 0.009$) y que presentan malestar emocional en $\geq 70\%$ pacientes ($p < 0.001$). Actúa como factor protector el que los profesionales de la salud los refieran a psicooncología ($p = 0.007$). La varianza explicada de cada modelo está representada en los valores Nagelkerke R^2 respectivos; la sensibilidad y especificidad se muestran en la parte superior de cada modelo. La prueba de bondad de ajuste es la Hosmer-Lemeshow, que indica bajo o nulo error si la Chi cuadrada arroja un valor $p \geq 0.05$

DISCUSIÓN

El equipo de salud en oncología identificó algún problema psicológico en más de la mitad de las pacientes atendidas, los que se relacionan con afectaciones en la calidad de vida, la falta de adherencia al tratamiento, la progresión de la enfermedad, los efectos secundarios graves y la afectación en la comunicación familiar.

El 72% de los profesionales de la salud preguntan directamente a sus pacientes sobre sus problemas emocionales, mientras que 20% esperan a que los pacientes los expresen. Esto es semejante a lo reportado por Mitchell *et al.* (2008) en cuanto a la forma habitual de indagar del equipo médico. Dos tercios detectaron los trastornos del estado de ánimo de forma rutinaria, y solo un tercio lo hizo ocasionalmente o dependía de lo que los pacientes

mencionaran espontáneamente. Esta cifra es mayor que la reportada por Costas, Hunter, Garduno, Morales y Gany (2017), quienes hallaron que solo un tercio (34%) compartía sus necesidades emocionales con el oncólogo o el proveedor de cuidados oncológicos, por lo que proporcionar más estrategias de comunicación al equipo de salud sobre la explicación de los esquemas de tratamiento e indagar sobre los problemas psicológicos más prevalentes en este grupo de pacientes es esencial para derivarlas oportunamente a los programas de salud mental.

Respecto al uso de una escala o cuestionario validado por parte de los profesionales de la salud, este es menor que lo reportado por Pirl *et al.* (2007) de 14.3%, lo cual implica la necesidad de un mayor adiestramiento en las destrezas requeridas para un tamizaje efectivo de las necesidades

psicosociales, así como de establecer procesos de interconsulta más adecuados con los equipos de salud mental en oncología. Así, se encontró un menor uso de instrumentos, comparados con el de los trabajadores sociales, los cuales pueden tener un mejor manejo de los aspectos sociales derivado de su formación profesional (BrintzenhofeSzoc *et al.*, 2015).

Se halló asimismo que la mayor parte de los participantes disponen de servicios de salud mental a los que pueden derivar a pacientes con problemas psicológicos (86%), principalmente a los de psicooncología, lo que es relevante porque en países de ingresos bajos y medios los servicios de atención y apoyo son con frecuencia limitados, y el desarrollo de programas para la atención de supervivencia y el seguimiento a largo plazo no se han abordado adecuadamente (Ganz *et al.*, 2013), a pesar que ha habido iniciativas para considerar la evaluación psicológica como un proceso vital y rutinario en oncología (Waller, Williams, Groff, Bultz y Carlson, 2013).

Respecto a los factores asociados a la presencia de síntomas psicológicos, se identificó el padecer otros problemas de esa índole, por lo que se debe ofrecer apoyo psicosocial adicional a este grupo de pacientes (Kiss, 1995). Un aspecto a considerar es que estos problemas psicológicos no se tratan porque no son diagnosticados, o bien porque se derivan a los especialistas en salud mental de forma retrasada, toda vez que se consideran meramente efectos del cáncer y de los tratamientos oncológicos, y por lo tanto reacciones “normales”.

También se pudo identificar síntomas físicos, sobre todo gastrointestinales, de apetito, náuseas, del sueño y fatiga. Algo que es relevante aquí son los problemas de memoria, los cuales han sido reconocidos como un problema clínicamente significativo en la población mexicana con CaMa, por lo que su detección y atención oportuna pueden mejorar su funcionalidad (Vázquez *et al.*, 2019). Esto concuerda con reportes que señalan que los efectos del tratamiento afectan diversas áreas de la calidad de vida, las relaciones interpersonales y el estado emocional, físico y cognitivo (Lauzier *et al.*, 2010; Montazeri *et al.*, 2008).

A su vez, ciertos factores asociados, como referir a las pacientes a servicios de salud mental, satisfacer su necesidad reportada de información sobre el pronóstico y prevenir los problemas ocasionados por la falta de adherencia terapéutica subrayan los hallazgos de Pirl *et al.* (2007) respecto a que la disponibilidad de servicios de salud mental y el conocimiento de las recomendaciones de la NCCN están asociados a la detección de malestares emocionales. En el mismo sentido, la falta de capacitación y la escasa confianza entre las pacientes y el personal de salud también han sido reconocidas (Mitchell *et al.*, 2008).

En este contexto, se debe considerar lo significativo que es incluir de forma oportuna la intervención psicológica –en particular la terapia cognitivo-conductual– en problemas como depresión, ansiedad y malestar emocional, a fin de brindar a la paciente la oportunidad de conocer otro tipo de recursos comportamentales que le permitan sobrellevar los efectos del tratamiento o de la cirugía y mantenerlas funcionales y participativas a largo del proceso (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

Finalmente, es relevante el tiempo que los profesionales dedican a la atención clínica y al número de pacientes atendidas cada semana, lo que puede implicar la escasez de tiempo para llevar a cabo un tamizaje psicosocial. Lo anterior concuerda con otros hallazgos respecto a que más de la mitad de los médicos tienen 20 minutos o menos para evaluar a pacientes de recién ingreso. Si los médicos no pueden dedicarles más tiempo, entonces se pueden requerir técnicas innovadoras de detección, como herramientas computarizadas, o bien la evaluación puede hacerse en la sala de espera o ser llevada a cabo por un mayor número de psicooncólogos y enfermeras adiestradas en salud mental. La evaluación formal y la terapia psicológica deben ser rutinarias, lo que puede traer consigo el que las mujeres estén más dispuestas a formular preguntas sobre su condición y sean más capaces de retener la información que se les brinda en el consultorio médico (Hubbeling *et al.*, 2018).

Todo lo anterior puede conducir a un trabajo más riguroso en la práctica clínica y en la inves-

tigación de psicólogos y psiquiatras en pacientes con CaMa, aun más en la población Latinoamericana, en la que las necesidades de salud mental de las pacientes siguen siendo una prioridad todavía de abordar (Galindo y Costas, 2019).

Dentro de las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica de confirmación diagnóstica con las pacientes referidas por los equipos de salud. Al ser una muestra de participación voluntaria, puede haber un sesgo en los médicos participantes, inclinados a observar y ayudar a sus pacientes en los aspectos psicológicos.

En conclusión, los problemas psicológicos son aspectos que en general el equipo de oncología considera como parte del tratamiento rutinario de las pacientes con CaMa. Hay un porcentaje similar de médicos que evalúan los problemas psicológicos, si bien aquellos que usan instrumentos son menos en comparación con lo encontrado en estudios hechos en otros países.

Por todo lo anterior, se sugiere difundir las guías de práctica clínica en psicooncología y de la NCCN entre los profesionales de la salud, así como integrar tales contenidos en los programas de salud mental en oncología.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de esta investigación agradecen el apoyo del CONACYT al proyecto “Efectos de una intervención cognitivo conductual sobre la adhesión al tratamiento, tabaquismo y calidad de vida, mediante la modificación de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en inicio de tratamiento médico” (PN 2015/1715).

Citación: Galindo V., O., Bargalló R., E., Lerma, A., Costas M., R., Acosta S., N.A. y Meneses G., A. (2023). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. *Psicología y Salud*, 33(1), 171-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2782>.

REFERENCIAS

- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. Doi: 10.3322/caac.21492.
- Brintzenhofeszoc, K., Davis, C., Kayser, K., Lee, H.Y., Nedjat-Haiem, F., Oktay, J.S. y Zebrack, B.J. (2015). Screening for psychosocial distress: A national survey of oncology social workers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(1), 34-47. Doi: 10.1080/07347332.2014.977416.
- Bultz, B.D., Groff, S.L., Fitch, M., Claude, M., Howes, J. y Levy, K. (2011). Implementing screening for distress, the 6th vital sign: A Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology*, 20(5), 463-469. Doi: 10.1002/pon.1932.
- Castillo L., R.L., Marván G., M.L., Vázquez O., G. y Landa R., E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-41.
- Costas M., R., Hunter H., M., Garduño O., O., Morales C., J. y Gany, F. (2017). Ethnic differences in psychosocial service use among non-Latin white and Latin breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(4), 424-437. Doi: 10.1080/07347332.2017.1310167.
- Galindo V., O. y Costas M., R. (2019). Evidence-based psycho-oncology: A priority in mental health. *Salud Mental*, 42(3), 101-102. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.013.
- Ganz, P.A., Yip, C.H., Gralow, J.R., Distelhorst, S.R., Albain, K.S. y Andersen, B.L. (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. *The Breast*, 22(5), 606-615. Doi: 10.1016/j.breast.2013.07.049.
- Hubbeling, H.G., Rosenberg, S.M., González R., M.C., Cohn, J.G., Villarreal G., C. y Partridge, A.H. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PLoS One*, 13(5), 1-23. Doi: 10.1371/journal.pone.0197931.
- İzci, F., İlgün, A.S., Findıklı, E. y Özmen, V. (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 12(3), 94-101. Doi: 10.5152/tjbh.2016.3041.

- Justo, N., Wilking, N., Jönsson, B., Luciani, S. y Cazap, E. (2013). A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *The Oncologist*, 18(3), 248. Doi: 10.1634/theoncologist.2012-0373.
- Kiss, A. (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. *Support Care in Cancer*, 3(4), 270-271. Doi: 10.1007/BF00335903.
- Lauzier, S., Maunsell, E., Levesque, P., Mondor, M., Robert, J., Robidoux, A. y Provencher, L. (2010). Psychological distress and physical health in the year after diagnosis of DCIS or invasive breast cancer. *Breast Cancer: Research and Treatment*, 120(3), 685-691. Doi: 10.1007/s10549-009-0477-z.
- Lerman, C., Daly, M., Walsh, W.P., Resch, N., Seay, J. y Barsevick, A. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinants and implications. *Cancer*, 72(9), 2612-2620. Doi: 10.1002/1097-0142(19931101)72:9<2612::AID-CNCR2820720916>3.0.CO;2-F.
- Martínez B., A.E., Lozano A., A., Rodríguez V., A.L., Galindo V., O. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 53-58.
- Mitchell, A.J., Kaar, S., Coggan, C. y Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(3), 226-236. Doi: 10.1002/pon.1228.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F. y Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8(1), 330. Doi: 10.1186/1471-2407-8-330.
- Moral C., M., Robles G., R., Jiménez P., M. y Morales R., J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública de México*, 49, 247-248.aa.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Cáncer de mama: prevención y control*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>.
- Pirl, W.F., Muriel, A., Hwang, V., Kornblith, A., Greer, J., Donelan, K. y Schapira, L. (2007). Screening for psychosocial distress: a national survey of oncologists. *The Journal of Supportive Oncology*, 5(10), 499-504.
- Vázquez R., L.A., Galindo V., O., Bargalló R., E., Herrera G., Á., Cabrera G., P., Meneses G., A., Lerma T., A. y Aguilar P., J.L. (2017). Factores predictores de función cognitiva, sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 24-34.
- Waller, A., Williams, A., Groff, S.L., Bultz, B.D. y Carlson, L.E. (2013). Screening for distress, the sixth vital sign: examining self-referral in people with cancer over a one-year period. *Psycho-Oncology*, 22(2), 388-395. Doi: 10.1002/pon.2102.

Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina

Differential effects of a communication skills training workshop for Medicine students

*Mariel Yasneth Téllez Teodoro¹, Carlos Ibáñez Bernal¹,
María Amelia Reyes Seáñez² y Raúl Mireles Delgado²*

Universidad Veracruzana¹
Universidad Autónoma De Chihuahua²

Autor para correspondencia: Mariel Yasneth Téllez Teodoro, mariel_zero@hotmail.es.

RESUMEN

Las habilidades comunicativas son un factor indispensable para establecer interacciones médicas efectivas, por lo que se ha hecho evidente la importancia de integrar su enseñanza en la formación de los profesionales de la salud. Esta investigación tuvo como objetivo analizar el efecto de un taller psicoeducativo con estudiantes de medicina que enfatiza la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica entrevistando a pacientes simulados y declarando por escrito lo que harían en casos hipotéticos. Participaron en el estudio 17 estudiantes de cuarto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero; además, doce estudiantes que actuaron como pacientes simulados y nueve como evaluadores. El grupo pasó por tres fases: preprueba, tratamiento y posprueba. Tanto la fase inicial como la final consistieron en la aplicación de dos pruebas: una declarativa y otra actuativa. Los resultados mostraron que fueron las habilidades de las etapas de planificación del tratamiento y cierre, seguidas de las habilidades generales, en las que los participantes obtuvieron un mayor promedio de índice de ganancia. Asimismo, a partir de la exposición al taller, se hallaron correspondencias importantes entre las ganancias obtenidas por los participantes en cada una de las habilidades que conformaron ambas pruebas, en términos de ser referidas o no y de ser llevadas a cabo o no. Se concluye que la incorporación de la enseñanza de habilidades comunicativas puede mejorar la interacción del médico con el paciente, así como la atención que le brinda.

Palabras clave: Habilidades comunicativas; Entrenamiento en comunicación; Relación médico-paciente; Formación médica; Estudiantes de Medicina.

ABSTRACT

Antecedents. *Communication skills are critical to establish effective medical interactions, so the importance of teaching them while training of health professionals has become evident.* Objective. *The present study aimed to analyze the effect of a psycho-educational workshop for medical stu-*

¹ Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y Aprendizaje Humano, Agustín Melgar s/n, Araucarias esq. 21 de Marzo, 91010 Xalapa, Ver. (México), tel. (228)890-34-65.

² Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Circuito Universitario 31109, Campus Uach II, 31125 Chihuahua, Chih. (México).



dents, emphasizing the development of communication skills at five stages of regular medical interviews. Method. Data collected included participants' performance while interviewing simulated patients and writing what they would do with hypothetical cases. The study involved 17 GP-level program medical students in their fourth semester, 12 acted as simulated patients, and nine as supervisors. Participants completed three phases: pre-test, treatment, and post-test. The initial and final phases involved applying two tests: Declarative and Active. Results. The largest gain scores occurred for treatment planning and closing stages, followed by general skills. The gain scores obtained in each group of skills in terms of being referred from the workshop contents, and being carried out, showed noticeable consistence. Discussion. Results suggest that teaching communicative skills can improve physicians' interaction with their patients and the care they provide.

Key words: Communicative skills; Communication training; Doctor-patient relationship; Medical training; Medicine students.

Recibido: 18/11/2020

Aceptado: 28/02/2022

En las últimas décadas, un número creciente de investigaciones en el campo de la salud ha reconocido ampliamente que la comunicación es un factor esencial para la efectividad de los encuentros interpersonales que conllevan la atención sanitaria (Bahraminia y Amini, 2018; Choudhary y Gupta, 2015; Deveugele, 2015; Ranjan, Kumari y Chakrawarty, 2015; Rosenbaum, 2017; Ruiz, García, Cerro, Caballero y Monge, 2020). Como resultado, se ha enfatizado la importancia de integrar la enseñanza de habilidades de comunicación en la formación de los estudiantes y profesionales de la salud, particularmente en su interacción con el paciente.

Las habilidades comunicativas pueden entenderse como un conjunto de técnicas que el médico emplea para saber qué decir, a quién, cuándo y cómo decirlo, e implican el uso de estilos específicos que corresponden con las características de los participantes, así como con contexto en el que tiene lugar la comunicación (González, Uribe y Delgado, 2015). Dichas habilidades han demos-

trado estar relacionadas con una mayor precisión del diagnóstico; el cumplimiento de recomendaciones terapéuticas; la facilidad para negociar; la satisfacción y participación activa del paciente en la toma de decisiones, y la reducción de sus respuestas de ansiedad, estrés y depresión, además del éxito en la modificación de conductas relacionadas con el cuidado de la salud (Hernández, Fernández, Irigoyen y Hernández, 2006; González *et al.*, 2015; Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020).

Es por ello que algunos autores (*cf.* Deveugele, 2015; Maguire y Pitceathly, 2002; Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010; Van der Hofstadt y Navarro, 2004) han señalado la importancia de atender no solo el aprendizaje de habilidades conceptuales y técnicas, sino también el desarrollo y la práctica eficaz de las habilidades de comunicación en los estudiantes.

Puesto el interés en la enseñanza de habilidades de comunicación en la etapa de pregrado, diversos análisis han evaluado el dominio de estas habilidades en los estudiantes, diseñando programas de entrenamiento y analizando la actitud de los alumnos y profesores hacia las habilidades de comunicación en su práctica médica (Choudhary y Gupta, 2015; Givron y Desseilles, 2021; Rees y Garrud, 2001; Ruiz, Andrade *et al.*, 2020).

Otras investigaciones han profundizado en las barreras existentes para integrar las habilidades de comunicación en los programas de enseñanza (Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020). Algunas más se han dado a la tarea de revisar y consultar los planes educativos de las facultades de medicina de un país en particular con el fin de proponer mejoras para su incorporación en la formación profesional, o bien para documentar estrategias para hacer más eficaz la comunicación (González *et al.*, 2015; Moore *et al.*, 2010; Moore *et al.*, 2012; Rosenbaum, 2017; Van der Hofstadt y Navarro, 2004).

En la década de los 70, las competencias básicas del médico se reducían al conocimiento clínico y técnico, al examen físico y a la resolución de problemas médicos (Moore *et al.*, 2012). La comunicación no formaba parte esencial en la matrícula de las escuelas de medicina hasta que en 1999 la Asociación Americana de Escuelas de

Medicina (AAMC, por sus siglas en inglés) elaboró un informe como parte del Proyecto de Objetivos de la Facultad de Medicina de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, en el que se especificó que toda escuela debía evaluar formalmente tanto sus programas de enseñanza como de sus estudiantes en términos de comunicación (AAMC, 1999). Desde entonces, como resultado, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Estados Unidos ha reiterado en sus comunicados más actuales que los planes de estudios de medicina deben incluir un entrenamiento en habilidades de comunicación, concretamente en lo que atañe a la comunicación con los pacientes, sus familias, colegas y otros profesionales de la salud (Liaison Commite on Medical Education, 2021).

Los estudios que han evaluado la incorporación de la enseñanza de habilidades de comunicación al currículo de las escuelas de medicina han encontrado que, a pesar de que los programas educativos contienen materias relacionadas con la comunicación médico-paciente, los conocimientos respecto a los elementos que caracterizan dicha comunicación son pobres tanto en los docentes como en los estudiantes. En la investigación realizada por Alonso y Kraftchenko (2003) de 43 profesores y 124 estudiantes que fueron encuestados, 51.16 y 57.25%, respectivamente, mostraron un bajo nivel de conocimiento vinculado a la comunicación médico-paciente. Asimismo, se evidenció que 29.7% de los alumnos de los primeros años de la carrera, si bien perciben como positiva la influencia del proceso de enseñanza para lograr una mejor comunicación, no consideran a sus profesores como un buen modelo de la práctica de tales habilidades centradas en el paciente. De igual forma, los resultados reflejaron la escasa participación de los docentes en el proceso de enseñanza para el logro de una comunicación adecuada en los estudiantes.

En un estudio llevado a cabo por González *et al.* (2015) se revisaron veintidós documentos curriculares y se encuestó a estudiantes y docentes de la Universidad de Colombia; sus datos mostraron que la enseñanza de la comunicación se impartía de forma parcial dentro de muy pocas asignaturas. Las estrategias pedagógicas y evaluativas resultaron no ser las adecuadas debido a que solo

51% de los 49 docentes participantes conocían las competencias comunicativas contenidas en la guía de cátedra de las asignaturas, 55% realizaban actividades de enseñanza para el logro de las habilidades, y únicamente 8% conocían instrumentos específicos de evaluación, siendo la observación la estrategia más empleada. En relación con los métodos de enseñanza, los docentes refirieron la utilización del modelado, el juego de roles y la observación y corrección. Los estudiantes, por su parte, señalaron el uso de la reinterrogación del paciente para corroborar la información obtenida, el análisis de casos clínicos, la experiencia del profesor, la retroalimentación, los textos teóricos y los exámenes orales. La conclusión a la que llegaron los autores reitera, por un lado, la importancia de las habilidades de comunicación como parte del perfil de egreso del estudiante de medicina y, por otro, la poca atención que reciben en los planes de estudio, la falta de estructuración de las materias y la carencia de estrategias pedagógicas formales y de evaluación.

De acuerdo con las directrices que determinan las estrategias para cumplir con tal propósito, la capacitación en comunicación debe *a)* mantenerse longitudinalmente a lo largo del plan de estudios; *b)* incluir métodos de enseñanza “experienciales” (juego de roles, práctica con pacientes simulados, observación, retroalimentación y discusiones en grupos); *c)* estar incorporada en el currículo y las actividades prácticas de las especialidades médicas y en escenarios simulados y pasantías, y *d)* permitir practicar lo aprendido, además de recibir retroalimentación. Sin embargo, investigaciones más recientes, como la de Ruiz *et al.* (2020), reconocen que a pesar del esfuerzo que llevan a cabo las escuelas de medicina para incorporar las habilidades de comunicación en la formación, existen aún obstáculos que impiden introducir y desarrollar su enseñanza. Tras recabar la opinión de los profesores a cargo de la enseñanza de esta materia, se ha encontrado la prevalencia de actitudes negativas de los docentes hacia la utilidad de las habilidades de comunicación, quienes valoran como más importante el conocimiento médico y sostienen que su aprendizaje depende del modelado y la imitación en la práctica clínica. Otras dificultades estri-

ban en su incorporación en materias secundarias sin una organización efectiva, la falta de maestros capacitados para impartir los contenidos y la falla en los métodos de evaluación, que califican lo que se sabe, en lugar del por qué o cómo se hace. En este mismo sentido, la actitud negativa de los estudiantes se resume en que no consideran como parte relevante de su educación el desarrollo de habilidades comunicativas, carecen de la motivación suficiente para estudiar sus implicaciones en su profesión, priorizan el conocimiento médico en sus exámenes, pero no para sus encuentros médicos futuros, y perciben que tales habilidades son fácilmente adquiridas, todo lo cual coincide con los resultados del estudio iniciado por Rees y Garrud (2001) en relación con la evaluación de las actitudes del alumnado hacia el aprendizaje de habilidades de comunicación.

Rosenbaum (2017), por su parte, afirma que una de las consecuencias de la pobre organización de la enseñanza es la disminución de las habilidades y actitudes de los estudiantes a medida que avanzan en su formación. La premisa que plantea el autor es que la “desintegración” de las capacidades comunicativas resulta de la desintegración de la enseñanza de la comunicación preclínica con el aprendizaje clínico en el lugar donde se lleva a cabo la práctica médica. Desde su perspectiva, si el énfasis curricular en la formación de habilidades de comunicación se detiene cuando los alumnos ingresan al campo clínico, su percepción se ve afectada en el sentido de que puede parecer que tal formación no es importante o que se ha aprendido todo lo que se necesitaba en relación con la misma. Para contrarrestar este problema, concluye en la necesidad de una capacitación formal a lo largo de toda la carrera, con sesiones enfocadas a abordar problemas nuevos en el contexto de las experiencias clínicas con los pacientes, e incluso a animar a los profesores a involucrarse en lo que hace el estudiante cuando trata con pacientes reales, observar su desempeño con pacientes simulados y centrarse en cómo se obtiene la información de la persona que llega a consulta.

Aunque se esté en proceso de estructurar e integrar la comunicación como parte del perfil curricular de los profesionales de la salud, es impor-

tante tener en cuenta que a pesar de la implementación de los cursos formales, en ocasiones estos no se traducen necesariamente en comportamientos efectivos por parte de los alumnos. Entre los factores que pueden estar involucrados se encuentran la falta de consenso sobre las habilidades que los profesores modelan como método de enseñanza en su interacción con los pacientes, la manera en que los estudiantes guían su aprendizaje en la elaboración de entrevistas médicas (con base en prueba y error sin supervisión) y la poca atención a la forma en que los estudiantes se relacionan con los pacientes (Rosenbaum, 2017). Otras complicaciones que se reflejan en la práctica clínica tienen que ver con que los médicos no consideran lo suficientemente importante el mantener informados a los pacientes respecto a su enfermedad y a las opciones de tratamiento, así como tampoco el involucrarlos en la toma de decisiones (Ranjan *et al.*, 2015). En conjunto, lo anterior ha llevado no solo a subrayar la formación continua de los estudiantes, sino también de los docentes, que en la mayoría de los casos resultan ser médicos con poca o nula formación en materia de comunicación (Moore *et al.*, 2012; Ruiz *et al.*, 2020).

Para dar respuesta a lo anterior, se han elaborado propuestas para mejorar la enseñanza y el aprendizaje de las habilidades de comunicación. Éstas se relacionan con el entrenamiento de los estudiantes en ambientes simulados, con la incorporación de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), el juego de roles (*role playing*), el análisis de casos como prácticas controladas y retroalimentación constructiva, el uso de videograbaciones y espejos unidireccionales (Bakogiannis, Darling, Dimitrova y Roberts, 2019; Maguire y Pitceathly, 2002; Moore *et al.*, 2012; Vázquez, 2008; Vázquez y Guillamet, 2009). Otras sugerencias incluyen los llamados “métodos de enseñanza experiencial”, además de las ya mencionadas: la observación rigurosa, el entrenamiento práctico supervisado en entornos reales y simulados, las discusiones en grupos pequeños, las autoevaluaciones y la retroalimentación entre pares (Ruiz, Andrade *et al.*, 2020).

Lo dicho hasta ahora ha llevado a probar algunos programas para enseñar habilidades bási-

cas de comunicación a estudiantes de años intermedios a fin de aumentar su competencia clínica (Choudhary y Gupta, 2015). Los módulos impartidos por los citados autores incluyeron la importancia de la comunicación en la práctica médica; la capacitación en habilidades básicas a través de conferencias, discusiones en grupos y juego de roles; el adiestramiento en la entrevista de pacientes; la práctica de las habilidades adquiridas en pacientes estandarizados (previamente entrenados), y la evaluación del desempeño de cada estudiante antes y después de la capacitación. El resultado de una planeación de este tipo mejoró la percepción de los estudiantes en cuanto a la utilidad de las habilidades de comunicación y, en consecuencia, condujo a una disminución de la actitud negativa en torno a su aprendizaje; además, el desempeño de los estudiantes con pacientes simulados mejoró, según se desprende de sus puntajes obtenidos en las pruebas de evaluación.

Por otro lado, un estudio llevado a cabo por Givron y Desseilles (2021) intentó esclarecer el modo en que las actitudes de los estudiantes hacia el aprendizaje de las habilidades de comunicación influyen en la manera en que reciben la enseñanza. Con este propósito, diseñaron un programa orientado a mejorar el conocimiento del estudiante sobre el papel de la comunicación en su práctica futura, a hacerlo consciente de sus actitudes y creencias hacia estas habilidades, a practicarlas, a desarrollar un análisis de su desempeño y, por último, a hacer que las llevara inmediatamente a los periodos de prácticas clínicas. El contenido elaborado con base en las Guías de Calgary-Cambridge (*cf.* Silverman, Kurtz y Draper, 2005) combinó las lecciones teóricas con la enseñanza experiencial. Los hallazgos apuntan a una fuerte influencia de la exposición a nueva información relacionada con las habilidades de comunicación en la generación de cambios de actitud que acompañaron al comportamiento durante el juego de roles y la introspección sobre el desempeño individual. Sin embargo, tras realizar un seguimiento antes y después del curso impartido y de la práctica clínica, los autores reafirmaron que el cambio de actitud (de negativa a positiva) en los estudiantes persistió en el tiempo en la medida en que los conocimientos adquiridos

fueron reforzados por el entorno educativo, así como por la exposición temprana del alumno al ámbito hospitalario, en conjunto con una asesoría continua por parte de tutores o profesores.

En consonancia con las investigaciones que reportan los beneficios de la formación en comunicación, Ruiz, Andrade *et al.* (2020) comprobaron que la capacidad para detectar y explorar “señales comunicativas” (comportamientos o expresiones que utilizan los pacientes para transmitir su perspectiva personal y contextual) en situaciones médicas por parte de los estudiantes que recibieron un programa de capacitación en habilidades comunicativas, y de aquellos graduados que no la recibieron, difiere entre ambos. Se propusieron escenarios por escrito a los participantes, en los que debían detectar las señales que daban los pacientes en relación con la expresión de sentimientos de forma directa, la manifestación de sentimientos de negación, la repetición del discurso, la omisión de detalles, las exageraciones, la declaración de dificultades para entender los síntomas y la presencia de un trastorno, la exteriorización de historias personales y la negación a aceptar recomendaciones. De las todas las señales, el grupo que recibió previamente el entrenamiento reconoció 37.9% de tales señales, en comparación con el grupo sin entrenamiento, que reconoció únicamente 3.9% del total. El primer grupo mostró una mayor capacidad para identificar las situaciones proporcionadas como pistas, dirigiendo su discurso al esclarecimiento de la perspectiva del paciente y preguntándole sobre sus ideas o inquietudes. El segundo grupo, por el contrario, mostró dificultades al momento de reconocer las pistas proporcionadas. En palabras de los autores, los hallazgos se podrían concebir como un primer paso para el diseño formal de entrenamientos experienciales con pacientes simulados o reales, en los que puedan aprovecharse de mejor manera los escenarios médicos para capacitar, evaluar y verificar la eficacia de los programas.

Debido a que la evaluación continua de la enseñanza-aprendizaje es crucial, se hace necesario familiarizar a los docentes con instrumentos específicos que den cuenta del desempeño del estudiante en cuanto a los conocimientos adquiridos,

las habilidades puestas en práctica durante la entrevista, o en encuentros de otro tipo con los pacientes (Choudhary y Gupta, 2015; Deveugele, 2015; González *et al.*, 2015). Entre los recursos disponibles se encuentran los siguientes: SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills; Calgary-Cambridge Observation Guide; Kalamazoo Essential Elements of Communication Checklist (KEECC); Communication Skills Attitude Scale (CSAS), y Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Con el propósito de precisar la importancia de las habilidades de comunicación, varios autores han enlistado las destrezas que deben considerarse en la interacción médico-paciente (Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010).

Se pretende, por ejemplo, que el médico brinde información clara y pertinente que se adapte al paciente; que evite el uso del lenguaje técnico o, de usarlo, informar a qué se refieren los términos; que disipe las dudas respecto al tratamiento médico e identifique las creencias que tiene el paciente acerca de su capacidad para iniciar un cambio en su estilo de vida; que compruebe el entendimiento que el paciente tiene del propósito del régimen médico y de las especificaciones del tratamiento para hacerlo partícipe del proceso en el cuidado de su salud; que haga uso de las estrategias terapéuticas diseñadas para facilitar su adherencia al tratamiento, como la negociación, y que discuta sobre el curso y pronóstico de su enfermedad. Con base en lo anterior, se puede concebir la enseñanza o el entrenamiento de tales habilidades como un programa enfocado en un conjunto de elementos discretos que pueden llegar a integrarse como un comportamiento complejo, lo que hará posible que se construya un vínculo favorable entre el médico y el paciente (Deveugele, 2015).

A pesar de la documentación sobre los esfuerzos para introducir el entrenamiento de habilidades comunicativas en la formación de los estudiantes y de los profesionales de la salud, se han hecho evidentes los problemas relacionados con la falta de objetivos en la enseñanza, la carencia de preparación de los docentes y los relativos a los métodos de evaluación empleados. Como se señ-

ló líneas atrás, se ha considerado primordialmente que las habilidades comunicativas se aprendan una vez que el médico inicia su práctica profesional, no antes; no obstante, esta creencia es errónea a la vez que restrictiva en cuanto que la comunicación no solo es importante para establecer un vínculo con el paciente, sino también para instaurar relaciones entre colegas y otros profesionales desde las etapas tempranas de la formación profesional.

De acuerdo con la revisión reportada sobre la organización de los planes educativos en otros países, el currículo académico de las universidades mexicanas no dista mucho de reflejar los problemas planteados. Como casos ilustrativos se toman, por un lado, el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano de Facultad de Estudios Superiores Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2016), en el que las materias concernientes a la relación médico-paciente son exiguas (Formación de Equipos para la Práctica Interprofesional, Gestión Administrativa de la Medicina y Psicología Médica), relegándolas como asignaturas optativas en lugar de ser un eje central de la preparación de los estudiantes, además de conceder un mayor tiempo a la teoría que a la práctica. El siguiente caso es el de la Facultad de Medicina de la misma institución, en el que la asignatura Medicina Psicológica y Comunicación se integra como parte de la enseñanza de los estudiantes solo hasta el quinto semestre (UNAM, 2009). Hay que señalar que en ambos planes se desconocen la formación de los docentes y su experiencia enseñando el contenido.

Otra variable que se enfatiza es la escasa importancia que se da a las habilidades comunicativas respecto a su función. Por un lado, se habla de que únicamente son acciones simples (como formular preguntas abiertas), o bien que implican la comunicación de malas noticias. Sin embargo, se ha dejado de lado el hecho de que el primer encuentro que tiene el médico con el paciente es la entrevista, lo que podría determinar el curso de la relación y su desenlace (Givron y Desseilles, 2021; Ranjan *et al.*, 2015; Rees y Garrud, 2001). La psicoeducación como intervención ha cobrado relevancia en este aspecto, sobre todo en beneficio del paciente en los diferentes niveles de prevención (Reynoso

y Seligson, 2005). Por ejemplo, cuando un paciente no lleva a cabo conductas que promueven su salud, o no actúa adecuadamente ante situaciones particulares, el médico proporciona información relacionada con la enfermedad, lo que en la mayoría de los casos propicia una mejor adherencia terapéutica y una mayor satisfacción con la atención recibida (Soria, Vega, Nava y Saavedra, 2011).

No sobra hacer énfasis en la necesidad de que el médico conozca las habilidades de comunicación esenciales para que las practique adecuadamente. Para ello, como se apuntó anteriormente, se han desarrollado listados de las habilidades más importantes en las distintas etapas de la entrevista médica (Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010). Algunas de ellas son, a saber: saludar al paciente, invitarlo a sentarse, presentarse, preguntar el motivo de la visita, solicitarle datos precisos de la evolución de su enfermedad, recoger su percepción sobre las posibles causas de la misma, explorar las conductas que conforman su estilo de vida, preguntarle acerca de sus condiciones y contexto, ajustar las recomendaciones en función de los criterios anteriores y cuestionarlo sobre su participación en el conocimiento del diagnóstico y del tratamiento. Además, así como se debe ponderar el lenguaje verbal del paciente, se debe admitir la importancia de su lenguaje no verbal, como su expresión corporal, el contacto visual, el tono de voz, los gestos y ademanes etc. Incluso, se debe tomar en cuenta ordenar la información para el paciente, verificar su comprensión de manera continua, hacerle recomendaciones personalizadas, identificar y corregir sus creencias erróneas, darle ejemplos propios de su ámbito y efectuar resúmenes breves a lo largo del encuentro. Es conveniente que todas las acciones mencionadas ocurran bajo un estilo de comunicación asertivo que le permita al médico transmitir claramente sus ideas, recibir las quejas o críticas del paciente, admitir posibles errores y reconocer cómo es que su comportamiento puede afectar la interacción (Rodríguez, Álvarez y Gimeno, 2016; Van der Hofstad y Navarro, 2004). Lo anterior le hará posible, además de mejorar la relación con el paciente, enfrentarse a situaciones en las cuales se moleste

con facilidad, demande más atención, se comporte agresivamente, sufra de ansiedad o depresión por sus dolencias y circunstancias sociales diversas, y prepararse para poner en práctica otras habilidades de comunicación más complejas al momento de darle malas noticias a este o a sus familiares (Ranjan *et al.*, 2015).

Con base en lo anterior, y con el interés de contribuir en la formación de los estudiantes de medicina para que desempeñen su labor con calidad e integren la comunicación en su práctica, el objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de impartir un taller psicoeducativo a estudiantes de medicina que enfatizó la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica: inicio, recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 17 estudiantes: siete varones y diez mujeres, con edades de 19 a 24 años que cursaban el cuarto semestre de la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina y Ciencias Biológicas de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH). Asimismo, colaboraron 21 estudiantes de semestres avanzados de la misma carrera, doce de los cuales fungieron como pacientes simulados y nueve como evaluadores. Todos los participantes recibieron una constancia con valor curricular al término del estudio.

Materiales, aparatos e instrumentos

Se empleó un documento referido como Invitación Voluntaria para comunicar a los estudiantes el propósito de su participación en el taller psicoeducativo. Para recabar información sobre el conocimiento de las habilidades comunicativas de los participantes antes y después del taller, se diseñó una evaluación escrita, de aquí en adelante referida como “prueba declarativa”; la cual constó de

cinco preguntas abiertas que planteaban situaciones hipotéticas de la relación médico-paciente en el contexto de la entrevista médica, y las respuestas se evaluaron con base en una lista de cotejo. Dicha lista se elaboró basándose en las habilidades comunicativas requeridas en cada etapa de la entrevista médica según Maguire y Pitceathly (2002) y Vázquez (2008). Las habilidades consideradas fueron 51, distribuidas de la siguiente manera: inicio (5), recolección de información (9), explicación del diagnóstico (6), planificación del tratamiento (8) y cierre de la entrevista (4), además de las habilidades generales presentes a lo largo de la misma (19). Estas últimas aluden a aquellas habilidades que no pertenecen exclusivamente a una de las etapas, tales como demostrar respeto al paciente, mantener una distancia adecuada, corregir información equivocada y mostrar interés, entre otras. La citada lista se empleó para evaluar el desempeño en las sesiones de entrevista ante pacientes simulados (de aquí en adelante llamada “prueba actuativa”) que se calificó en los términos siguientes: “Presenta la habilidad”, “No presenta la habilidad” y “No aplica”.

Se elaboró además un libreto del paciente que contenía una historia clínica a ser interpretada por el paciente simulado y que permitió evaluar al médico entrevistador durante la prueba actuativa. El contenido del libreto incluyó los siguientes aspectos: nombre, sexo, edad, estado civil, estilo de vida y motivo de consulta –mejor conocidos como Antecedentes personales patológicos y Antecedentes personales no patológicos– que conformaban la historia clínica del paciente.

Para presentar los temas y las actividades propuestas en el taller se utilizó una computadora portátil Dell® Inspiron, 15 5584, bocinas, proyector y material audiovisual correspondiente a cada sesión del taller.

Diseño

Se utilizó un diseño preexperimental tipo pretest-postest de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1978). El grupo pasó por tres fases: Preprueba, Tratamiento y Posprueba. La Tabla 1 contiene el diseño utilizado y los temas generales que conformaron las sesiones del taller.

Tabla 1. Diseño experimental.

Grupo	Fases		
	Preprueba	Tratamiento	Posprueba
G	Prueba declarativa Prueba actuativa	Contenido del taller de habilidades de comunicación: a) Fases de la entrevista b) Habilidades generales en la entrevista c) Habilidades en el inicio d) Habilidades en la recolección de información e) Habilidades en el diagnóstico f) Habilidades en la planificación del tratamiento g) Habilidades en el cierre de entrevista h) Estilos de comunicación i) Estilos de vida j) Psicoeducación	Prueba declarativa Prueba actuativa
Tiempo dedicado:	2 h	6 h	2 h

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en el Laboratorio de Simulación de la referida institución, del cual se utilizaron dos áreas: el salón de Simulación Básica, –acondicionado con mesas, sillas y equipo electrónico, y la zona de consultorios, todos ellos con

adecuada iluminación, ventilación y aislamiento de ruido, y provistos con un escritorio, dos sillas y una camilla de exploración.

Todas las actividades de planificación y puesta en marcha del taller se llevaron a cabo en tres días consecutivos; en el primero se capacitó a los evaluadores y pacientes simulados a lo largo de tres

horas; el segundo día se efectuó la preprueba y se impartió la primera parte del contenido del taller de habilidades de comunicación, con una duración de dos y tres horas, respectivamente, y finalmente el tercer día se concluyó con el temario propuesto a los estudiantes (dos horas) y se procedió a la aplicación de la posprueba (dos horas).

Capacitación

Previamente a la fase de preprueba, se capacitó a los grupos de evaluadores y pacientes simulados de manera independiente a fin de calibrar su participación en el estudio. Ambas capacitaciones se realizaron en un solo día de forma consecutiva, y cada una duró aproximadamente una hora y media.

Capacitación de evaluadores

Se reunió a los nueve evaluadores en una de las aulas del edificio de la Facultad de Medicina, en conjunto con los investigadores y personal de la institución. Se revisó cada una de las habilidades que componían la lista de cotejo, de tal forma que se precisaron las dudas por parte de los evaluadores respecto a la descripción operacional de las mismas. Al finalizar la revisión de habilidades, se efectuó una evaluación, que consistió en calificar, con base en la lista de cotejo, una representación simulada ante el grupo, interpretada por uno de los investigadores y un médico de la Facultad. Una vez concluida esta actividad, se corroboraron las calificaciones otorgadas por los evaluadores, y nuevamente se revisó la definición de aquellas habilidades con poca confiabilidad. Además de calificar la prueba actuativa de los participantes en el taller, otra función de los evaluadores consistió en proporcionarles las indicaciones previas a la prueba, esto es, el tiempo límite para completarla y señalarles el cambio entre las etapas de la entrevista.

Capacitación de pacientes simulados

Con los pacientes se examinó a detalle el libreto del paciente tratando de prever las posibles preguntas del médico (es decir, el participante del taller) y las respuestas que debían dar ellos como pacientes. Al concluir la revisión, se seleccionó al azar a uno de los pacientes simulados para representar el caso clínico durante una entrevista. Todos los pre-

sentos aportaron sus observaciones y se acordaron aspectos puntuales del seguimiento del libreto, los cuales les fueron enviados a través de correo electrónico. En este caso, la función de los pacientes simulados se resumió en apearse a actuar como una persona con diabetes mellitus que asistía a consulta médica. El tiempo de capacitación con los pacientes simulados fue de aproximadamente hora y media.

Fase de preprueba

Se llevaron a cabo las pruebas declarativa y actuativa de manera secuencial en una sola sesión con una duración de dos horas en total. La primera de tales pruebas se hizo en el salón de Simulación Básica, donde se reunió a los 17 participantes. Una vez entregadas las pruebas, se solicitó a los estudiantes anotar su nombre y edad con el fin de facilitar el análisis posterior de sus respuestas. La segunda prueba se llevó a cabo en el área de consultorios, para lo cual se dividió a los participantes en dos secciones: una de ocho y otra de nueve integrantes para llevar a cabo las entrevistas, pasando una sección a la vez para realizarlas. De forma simultánea, al ingresar al área cada uno de los ocho evaluadores, le indicaba al participante que debía leer las instrucciones colocadas a la entrada del consultorio asignado; el tiempo para la lectura fue de dos minutos. En relación con la duración de la entrevista, esta se programó para llevarse a cabo en quince minutos.

En el consultorio, el evaluador registraba las habilidades del participante en el curso de la interacción con el paciente simulado, dándole la instrucción mediante una señal con el brazo para cambiar de una etapa de la entrevista a otra. Las etapas de aquella se dividieron en tres secciones de cinco minutos cada una: 1) Inicio y recolección de información, 2) Comunicación del diagnóstico y 3) Planificación del tratamiento y cierre de la entrevista.

Taller de habilidades comunicativas

Al finalizar la evaluación de todos los participantes se procedió a impartir los contenidos del taller, cuyos temas específicos se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2. Temas desarrollados durante el taller.

Temas						
Etapas de la entrevista médica	Habilidades de comunicación generales	Habilidades de inicio	Habilidades de recolección	Habilidades de diagnóstico	Habilidades de tratamiento	Habilidades de cierre
1. Inicio 2. Recolección de información 3. Diagnóstico 4. Planeación del tratamiento 5. Cierre	1. Relevancia del contexto ambiental 2. Estilos de comunicación en la relación médico-paciente	Habilidades en el primer encuentro con el paciente	Estilos de vida	1. Psicoeducación 2. El paciente como agente activo	1. Adherencia al tratamiento 2. Negociación	Habilidades para concluir la entrevista

El objetivo principal del taller fue enseñar a los estudiantes las habilidades de comunicación relevantes de la entrevista que se lleva a cabo durante la práctica médica. Complementariamente, el logro esperado al término del programa fue que los alumnos adquirieran dichas habilidades y que emplearan su conocimiento en una entrevista con pacientes simulados. Los tres primeros temas se ofrecieron el primer día del taller (tres horas, con un descanso de diez minutos al intermedio de la sesión), y el resto de los temas durante el segundo día de taller con la misma distribución de tiempo, seguidos por la posprueba. Durante las sesiones se emplearon casos clínicos y material audiovisual que se analizaron en función de las habilidades de comunicación que formaron parte del contenido del taller. Se procuró la participación de todos los asistentes para observar, identificar y poner en práctica el contenido expuesto en representaciones llevadas a cabo por los mismos estudiantes, ya sea actuando como médicos o como pacientes. Las técnicas implementadas fueron conferencias grupales, observación supervisada, representaciones, modelamiento y retroalimentación por parte de los expertos y los presentes en el grupo.

Posprueba

Esta fase del estudio fue exactamente igual a la preprueba, por lo que se aplicaron nuevamente las pruebas declarativa y actuativa en un tiempo total de dos horas, inmediatamente después de haber concluido el contenido programado para el taller.

RESULTADOS

El principal hallazgo del estudio es que los participantes mostraron cambios en las habilidades comunicativas empleadas en su interacción con el paciente, de acuerdo con las diferentes etapas de la entrevista consideradas en el taller psicoeducativo; no obstante, no todas las etapas ni todas las habilidades pertenecientes a estas se vieron afectadas en el mismo grado según las pruebas aplicadas.

Para conocer cómo pudo afectar el taller a cada una de las habilidades evaluadas en las pruebas declarativa y actuativa, se compararon los datos de la preprueba y la posprueba, donde una habilidad podía manifestarse bajo cuatro condiciones, las cuales eran mutuamente excluyentes. Las que se identificaron como: No presentó en la preprueba y presentó en la posprueba (NP); Presentó en la preprueba y presentó en la posprueba (PP); Presentó en la preprueba y no presentó en la posprueba (PN) y No presentó en la preprueba y No presentó en la posprueba (NN).

Para cada participante se determinó la condición de cada habilidad, lo que luego permitió obtener la proporción en porcentajes de participantes que la mostraba. A fin de tener una idea general de los efectos del taller sobre cada habilidad, los porcentajes se distribuyeron en cuatro intervalos de clase (cuartiles) según la proporción de participantes que mostraba cada condición.

Al comparar los datos de la preprueba y posprueba declarativa se observó que cinco habilidades de las etapas de recolección de informa-

ción, diagnóstico, tratamiento y cierre que no se mostraron en la preprueba, sí ocurrieron durante la posprueba en una proporción mayor de 50% de los participantes, pero menor de 76% (Tabla 3) (Para más especificaciones de las habilidades referidas, véase Anexo 1). Asimismo, hubo habilidades que no se mostraron de forma escrita ni antes ni después del taller en más de 76% de los participantes, las cuales tenían que ver con lo que el paciente sabía acerca de su estado de salud, hacerlo partícipe en la planificación del tratamiento, o proporcio-

narle estrategias para seguir las recomendaciones médicas. Por otra parte, hubo habilidades generales y propias del inicio de entrevista que ya se manifestaban en más de 70% de los participantes, mientras que una proporción menor a 25% exhibieron habilidades en la preprueba pero no en la posprueba, como preguntar el nombre del paciente, solicitar sus antecedentes personales patológicos y no patológicos, y otras relacionadas con las indicaciones del tratamiento.

Tabla 3. Distribución de las habilidades en función del efecto del taller en la prueba declarativa.

Intervalo %	Condición NP	Condición PP	Condición PN	Condición NN
	Habilidades			
76-100	-	H1, H2, H14, H32	-	H6, H7, H8, H21, H27, H30, H31
51-75	H10, H12, H15, H28, H29	H4, H16, H26	-	H9, H11, H13, H19, H20
26-50	H3, H17, H18, H20, H22, H23, H24, H25, H26	H3, H5, H18, H22, H25	H8	H5, H15, H17, H18, H22, H23, H24, H25, H28, H29
0-25	H2, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H11, H13, H16, H19, HH27, H31	H4, H5, H9, H11, H13, H14, H17, H18, H19, H20, H23, H24, H25, H31	H4, H5, H9, H11, H13, H14, H17, H18, H19, H20, H23, H24, H25, H31	H3, H4, H10, H12, H14, H16, H26

Nota: NP = No presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PP = Presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PN = Presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba, y NN = No presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba.

En el caso de los datos de la prueba actuativa, se encontró que en la primera condición (NP), más de la mitad de los participantes mostró tres habilidades comunicativas, correspondientes a las etapas de recolección de información, planificación del tratamiento y cierre de entrevista, lo que indicó un cambio significativo para estas habilidades en particular (Tabla 4). En la misma condición, un por-

centaje importante de estudiantes (de 26 a 50%), aumentaron el uso de habilidades relacionadas con las etapas de recolección de información, comunicación del diagnóstico y habilidades generales, como la ejemplificación de términos para el paciente y la corroboración de la comprensión de dicha información.

Tabla 4. Distribución de las habilidades en función del efecto del taller en la prueba actuativa.

Intervalo %	Condición NP	Condición PP	Condición PN	Condición NN
	Habilidades			
76-100	-	H1, H2, H4, H5, H6, H16, H24, H33, H64, H35, H38, H39, H41, H50, H51	-	-
51-75	H11, H23, H29	H3, H9, H12, H14, H25, H26, H32, H40, H42, H44, H46	-	H7, H10, H13, H15, H21, H27, H43, H45
26-50	H12, H14, H15, H17, H18, H20, H21, H22, H25, H26, H27, H28, H31, H37, H40, H42, H44, H47, H49	H8, H17, H18, H19, H20, H22, H23, H28, H29, H30, H31, H36, H37, H47, H49	-	H18, H19, H20, H30, H36, H37, H47
0-25	H1, H3, H6, H7, H8, H9, H10, H13, H16, H19, H30, H32, H35, H39, H41, H45, H46, H48	H7, H11, H21, H43, H45	H3, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H13, H17, H19, H20, H22, H29, H30, H31, H32, H45, H47	H3, H8, H9, H11, H12, H16, H17, H22, H23, H26, H28, H31, H32, H40, H44, H46, H48, H49

Nota: NP = No presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PP = Presentada en la preprueba y presentada en la posprueba; PN = Presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba, y NN = No presentada en la preprueba y no presentada en la posprueba.

Las habilidades relacionadas con las etapas de inicio y tratamiento, así como algunas generales, aparecieron consistentemente en la pre y la posprueba en más de la mitad de los participantes llegando incluso a la totalidad. Respecto a habilidades cuyo propósito es dar un papel activo al paciente en las etapas de diagnóstico y tratamiento, no se mostraron ni antes ni después del taller en casi la mitad de los participantes.

En menor medida, las habilidades de diagnóstico y las relacionadas con explicitar información al paciente casi no se vieron afectadas por el taller, y en consecuencia no se exhibieron en ningún momento en un número importante del total de los participantes.

Ahora bien, para identificar las habilidades que mostraron mayor cambio en los participantes de acuerdo con las etapas de la entrevista evaluadas, se empleó un “índice de ganancia”, adaptado del estudio de Reyes, Ibáñez, Mendoza y Flores (2011):

$$g = \frac{NP * 100}{T}$$

En la fórmula, *NP* representa la proporción de habilidades de cada participante que pasó de no presentarse en la preprueba a sí presentarse en la posprueba en una determinada etapa de la entrevista, dividida entre el total de habilidades correspondientes a esa etapa (*T*).

En la Tabla 5 se muestran los índices de ganancia obtenidos por los participantes en la prueba declarativa en cada una de las etapas de la entrevista; asimismo, se muestran los promedios de las ganancias por etapa al final de las columnas. Se observa que las etapas en las que los participantes obtuvieron mayores ganancias fueron la de planificación de tratamiento y cierre de entrevista ($g = 26.47$) y la de inicio y recolección de información ($g = 21.85$).

Tabla 5. Índices de ganancia en la prueba declarativa a lo largo de las fases de la entrevista.

Participante	Fases de la entrevista				Promedio de índice de ganancia
	Inicio de entrevista y recolección de información	Comunicación de diagnóstico	Planificación del tratamiento y cierre		
1	21.43	3.33	25.00		16.59
2	21.43	0	33.33		18.25
3	28.57	5.00	33.33		22.30
4	21.43	6.67	16.67		14.92
5	7.14	5.00	16.67		9.60
6	0	1.67	33.33		11.67
7	50.00	3.33	0		17.78
8	14.29	3.33	33.33		16.98
9	28.57	1.67	8.33		12.86
10	21.43	10.0	25.00		18.81
11	21.43	1.67	16.67		13.25
12	0	0	33.33		11.11
13	28.57	3.33	41.67		24.52
14	21.43	1.67	41.67		21.59
15	42.86	5.00	33.33		27.06
16	21.43	3.33	16.67		13.81
17	21.43	3.33	41.67		22.14
g total promedio	21.85	3.43	26.47		17.25

Al analizar el promedio de ganancias a lo largo de las etapas (última columna), fueron los participantes 13 y 15, con índices promedio de 24.52 y 27.06, respectivamente, los que reportaron las mayores ganancias en las habilidades de comunicación. Por

etapa, el participante 7 obtuvo un índice de ganancia de 50 en el inicio y en la recolección de información, mientras que en la etapa de diagnóstico el participante 10 resultó con el índice más alto (10), y finalmente los participantes 13, 14 y 17 fueron

los que lograron los mayores índices de ganancia ($g = 41.67$) en las etapas de planificación del tratamiento y cierre.

En lo referente a los resultados de la prueba activa, en la Tabla 6 se presentan los índices de ganancia obtenidos por los participantes en las etapas de la entrevista, así como sus promedios.

Tabla 6. Índice de ganancia en la prueba activa de la condición NP.

Participante	Etapas de la entrevista				
	Inicio de entrevista y recolección de información	Comunicación de diagnóstico	Planificación del tratamiento y cierre	Habilidades generales en la entrevista	Promedio del índice de ganancia
1	21.43	1.67	25.0	21.05	17.29
2	35.71	1.67	25.0	31.58	23.49
3	14.29	1.67	50.0	21.05	21.75
4	7.14	1.67	25.0	0	8.45
5	35.71	3.33	50.0	21.05	27.53
6	21.43	5.00	41.7	15.79	20.97
7	21.43	6.67	50.0	15.79	23.47
8	14.29	1.67	25.0	10.53	12.87
9	28.57	6.67	16.7	21.05	18.24
10	14.29	6.67	16.7	5.26	10.72
11	28.57	1.67	25.0	0	13.81
12	21.43	1.67	50.0	10.53	20.91
13	7.14	3.33	25.0	10.53	11.50
14	7.14	0	66.7	36.84	27.66
15	21.43	1.67	25.0	26.32	18.60
16	7.14	1.67	50.0	10.53	17.33
17	21.43	1.67	33.3	31.58	22.00
g total promedio	19.33	2.84	35.29	17.03	18.62

Nota: NP = No presentada en la preprueba y Presentada en la posprueba.

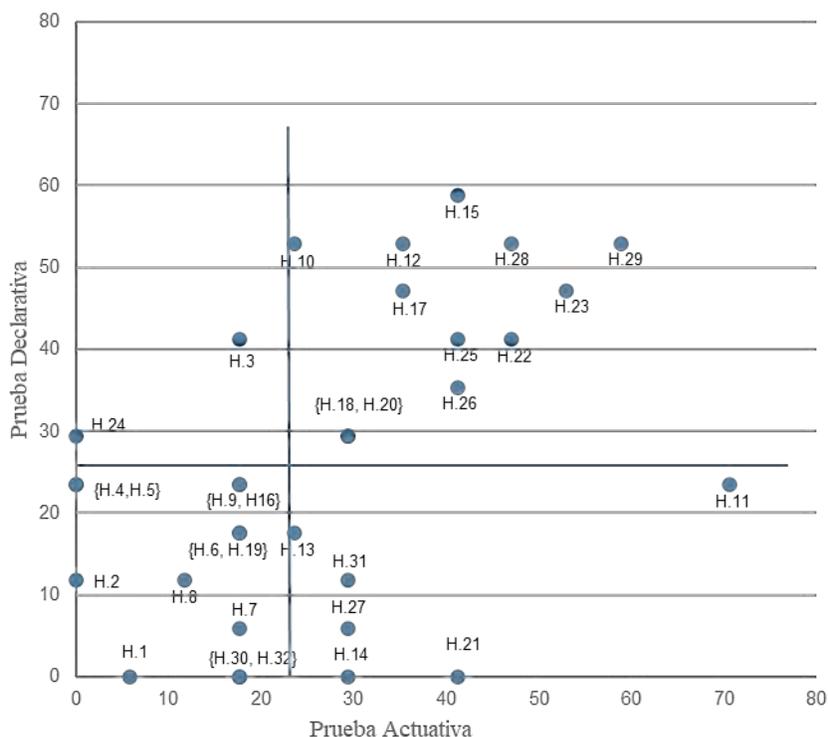
Puede observarse que las etapas de tratamiento y cierre de entrevista reflejaron un mayor promedio de índice de ganancia ($g = 35.29$), seguidas de las etapas de inicio y recolección de información y de las habilidades generales presentes, con índices promedio de 19.33 y 17.03, respectivamente. Por otro lado, la etapa que menos ganancia mostró fue la de diagnóstico, con un índice promedio de 2.84. En cuanto al promedio de los índices de ganancia por participante a lo largo de las etapas, se halló que los participantes 5 y 14 obtuvieron las mayores ganancias, con 27.53 y 27.66 en cada caso, seguidos por los participantes 2, 7 y 17 que alcanzaron índices de poco más de 20.

Al analizar cada etapa de la entrevista se puede identificar a los participantes que lograron los mayores índices de ganancia. En la etapa de inicio y recolección, los participantes 2 y 5 obtuvieron un índice de 35.71, seguidos por los participan-

tes 9 y 11, con un índice de 28.57. En la etapa de diagnóstico, los participantes 7, 9 y 10 fueron los que alcanzaron un índice de ganancia de 6.67, mientras que en la etapa de planificación de tratamiento y cierre, así como en la sección de habilidades generales, el participante 14 fue el que obtuvo los índices de ganancia más altos, con 66.7 y 36.84, respectivamente.

Finalmente, para conocer la correspondencia entre las ganancias obtenidas por los participantes en cada una de las habilidades que conformaron las pruebas activa y declarativa, la Figura 1 ilustra un gráfico de correlación que muestra los índices de ganancia promedio de cada habilidad en cada una de las pruebas. Este gráfico permite apreciar la distribución de las habilidades correlacionadas en cuadrantes definidos por los promedios del total de las ganancias obtenidos en ambos tipos de prueba.

Figura 1. Ubicación por cuadrantes de las habilidades comunicativas en función del promedio de las ganancias obtenidas en las pruebas declarativa y actuativa.



En el cuadrante superior derecho se encuentran las habilidades que alcanzaron las mayores ganancias en promedio en las pruebas actuativa y declarativa y que puntuaron por encima de la media total de las ganancias. Por su posición, se puede decir que fueron las habilidades que más cambiaron debido al taller. Estas habilidades corresponden a las etapas de recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre de la entrevista (véase Anexo).

En el cuadrante inferior izquierdo se encuentran las habilidades que mostraron poco cambio en ambas pruebas. Es importante hacer notar que las ganancias en este cuadrante no distinguen entre las habilidades que se exhibieron con escasa frecuencia y así continuaron, y aquellas que ocurrieron con mucha frecuencia y siguieron así, por lo que solo se puede decir que el taller impartido no influyó significativamente en ellas. Tales habilidades pertenecen principalmente a las etapas de inicio de entrevista, recolección de información, comunicación del diagnóstico y cierre.

Las dos habilidades que aparecen en el cuadrante superior izquierdo son aquellas cuyas mayores ganancias promedio ocurrieron en la prueba

declarativa, pero que no cambiaron de forma importante en la actuativa. Por su parte, las seis habilidades ubicadas en el cuadrante inferior derecho obtuvieron ganancias considerables en la prueba actuativa, pero pocas ganancias promedio en la declarativa. Estos cuadrantes contienen entonces a las habilidades que pudieron ser afectadas por el taller, propiciando que los participantes las *refirieran* –realizándolas o sin realizarlas– o las *realizaran* –refiriéndolas o sin referirlas. En este último caso se encuentran principalmente habilidades correspondientes a la etapa de recolección de información y planificación del tratamiento.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de impartir un taller psicoeducativo a estudiantes de medicina que enfatizó la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas en cinco etapas de la entrevista médica: inicio, recolección de información, comunicación del diagnóstico, planificación del tratamiento y cierre. Los resultados obtenidos a partir de las pruebas aplicadas en la

investigación reflejaron, por un lado, el desconocimiento que tienen los estudiantes sobre ciertos aspectos vinculados a la comunicación (verbal y no verbal), y por otro, que se pueden lograr resultados favorables en el aprendizaje de habilidades comunicativas con una adecuada estructura en su enseñanza.

En el primer caso, el desconocimiento de habilidades se observó cuando los estudiantes demostraron poner poca atención a la forma en que obtenían información de sus pacientes, principalmente en relación con la percepción de su estado de salud y su condición de vida. De igual manera, se encontró que algunos participantes mencionaban con escasos detalles los factores y características de la enfermedad, no preguntaban al paciente sobre su deseo de ser participe en las decisiones de su tratamiento, ni tampoco se aseguraban de que quisiera conocer su diagnóstico. Lo anterior ha sido señalado por Ranjan *et al.* (2015) como barreras que dificultan la comunicación médico-paciente, pues no solo implica que no se llevan a cabo en la práctica, sino que no se han considerado anteriormente dentro de su formación como parte esencial del desarrollo de la relación médico-paciente.

Dicho lo anterior, para algunos estudiantes, la perspectiva del paciente fue difícilmente considerada en ambos tipos de pruebas en el presente trabajo. Al respecto, Alonso y Kraftchenko (2003) han resaltado que entre los aspectos que caracterizan la comunicación médico-paciente en los estudiantes se encuentra la predominancia de la función informativa sobre la función afectiva lo que quiere decir que dan prioridad a la recepción y transmisión de información sobre la condición de salud en general y se centran en aprender la patología *per se*, en lugar de atender las preocupaciones y percepciones de los pacientes sobre la enfermedad, su diagnóstico, pronóstico y evolución. Pese a esta visión que los estudiantes pudieran tener previamente del papel del paciente, con el taller implementado se hizo un esfuerzo por resaltar la importancia de explorar las condiciones de vida del paciente, así como dar a este un rol activo en el encuentro médico, pues se ha demostrado que no solo favorece la precisión del diagnóstico, sino también la satisfacción, participación y adherencia de aquel (González *et al.*, 2015; Hernández

et al., 2006; Maguire y Pitceathly, 2002; Ranjan *et al.*, 2015; Ruiz *et al.*, 2020; Silva, Galeano y Correa, 2005; Vidal, 2010).

Otro de los aspectos que pudo estar implicado en la obtención de tales resultados se relaciona con la actitud de los estudiantes hacia el aprendizaje de las habilidades de comunicación. A pesar de que en esta investigación no se le evaluó, la actitud ha sido ampliamente estudiada como un factor que influye en cómo los estudiantes reciben la enseñanza de la comunicación, a la vez que impide o facilita llevar a la práctica clínica los conocimientos adquiridos en esta materia. En una investigación reciente, Ruiz *et al.* (2020) hallaron que una percepción negativa hacia las habilidades de comunicación por parte de los alumnos se manifiesta en considerarlas no tan importantes como los conocimientos médicos en el ejercicio de su profesión. Complementariamente, Rees y Garrud (2001) y Givron y Deseilles (2021) afirman que una percepción negativa se basa en la creencia de que su aprendizaje es fácil y que no vale la pena estudiarlas. En el caso presente, la actitud negativa de los participantes da cuenta tal vez del porqué algunas habilidades no se integraron desde el inicio en las evaluaciones.

En relación con lo anterior, Rosenbaum (2017) sostiene que la actitud negativa del alumno de pregrado depende tanto de la manera en que se enseñan y evalúan las habilidades, como de las actitudes que los docentes transmiten a los médicos en formación. Lo anterior supone que al ser los maestros los principales modelos de los cuales los estudiantes aprenden actitudes, valores y comportamientos de la práctica médica, es altamente probable que adopten conductas y actitudes opuestas a las que deberían ser fruto de una adecuada capacitación en comunicación (*cf.* Ruiz *et al.*, 2020; Givron y Deseilles, 2021). Aunado a este hecho, se ha cuestionado la capacidad de los profesores para integrar las habilidades de comunicación en su práctica y en su enseñanza, pues se presupone que, toda vez que son comunicadores efectivos, pueden reconocer y retroalimentar a los estudiantes; sin embargo, también es cierto que no todos los profesores tienen los conocimientos suficientes sobre la comunicación, por lo que es posible que no sean modelos eficaces para los estu-

diantes (Rosenbaum, 2017). Analizar este aspecto estuvo fuera de los propósitos del presente estudio, pero es importante tenerlo en cuenta pues no se descarta la influencia de la enseñanza que imparten los profesores y sus propias habilidades en el desempeño de los estudiantes.

En línea con lo antes mencionado, se ha confirmado que la estructura y el espacio que ocupa la comunicación en el plan de estudios y las asignaturas afectan la impresión que los médicos se forjan de la misma (González *et al.*, 2015). Se ha señalado que cuando los programas de enseñanza son esencialmente biomédicos, hacen que la utilidad de las habilidades comunicativas pase a segundo término (Givron y Desseilles, 2021). Por su parte, Ruiz *et al.* (2020) han hecho énfasis en que los métodos de enseñanza, mayormente los de formato tradicional, promueven el aprendizaje de las habilidades de forma demostrativa más que práctica, lo cual sugiere que los estudiantes no tienen la oportunidad de practicar individualmente ni de recibir retroalimentación sobre su ejecución. Asimismo, dichos autores han llamado la atención sobre la carencia de formación específica de los docentes en materia de comunicación, lo que reduce las posibilidades de utilizar estrategias experienciales para la formación eficaz de la comunicación del alumno en el aula y en el ámbito clínico. En lo que respecta a la entrevista médica, lo que se ha reportado como barrera en el aprendizaje se vincula con los métodos de enseñanza basados en las ejecuciones de los alumnos a base de “prueba y error”, carentes de observación supervisada incluso en el ámbito clínico (Rosenbaum, 2017).

En lo que atañe al cambio de algunos estudiantes en la inclusión de habilidades comunicativas después del taller, destacó la referencia a las habilidades en la prueba declarativa asociadas a formular preguntas para indagar las condiciones de vida del paciente –sobre todo en el aspecto económico y laboral–, permitir a la persona decidir conocer o no su diagnóstico, corroborar que esté de acuerdo con el plan de tratamiento y resumir la sesión al finalizar el encuentro. Complementariamente a las habilidades referidas, en la prueba activa tuvieron lugar habilidades relacionadas con tomar en cuenta la decisión del paciente sobre participar en la planificación de su tratamiento;

hacer más explícita la descripción de la enfermedad y sus posibles consecuencias y complicaciones; ofrecer más alternativas de tratamiento; promover la negociación considerando la perspectiva del paciente, y explicitar las indicaciones médicas (nombre del medicamento, función, hora de la toma y duración del tratamiento). Como parte de las habilidades generales que se integraron destacaron el retomar el curso de la entrevista cuando el paciente se ha desviado del tema, escuchar lo que este dice y resumir la información que se le ha proporcionado.

El hecho de que algunas habilidades hubieran mostrado un cambio después del taller en las etapas de diagnóstico y tratamiento puede concebirse como un acercamiento favorable a la psicoeducación, pues fue en estas etapas donde se obtuvieron las mayores ganancias. En otras palabras, en la medida en que los médicos dedican tiempo en la consulta a explicar la condición de salud y a dar recomendaciones ajustadas al paciente particular con la ayuda de estrategias para lograr el apego al tratamiento, se considera que el paciente logrará adherirse al mismo en mayor grado. Asimismo, será más fácil que el médico desempeñe un papel central como agente y supervisor de cambios en cualquiera de los niveles de prevención (Reynoso y Seligson, 2005; Soria *et al.*, 2011).

Ahora bien, el resto de las habilidades que se incorporaron en la estructura de la entrevista médica después del taller se consideran como un efecto no solo del contenido impartido, sino también de la forma en que se instruyó a los participantes. Fue a través de los métodos de enseñanza experiencial que se logró que los estudiantes conocieran la relevancia de la comunicación en su profesión, la importancia de abordar de forma integral al paciente y manejar estilos adecuados de comunicación a lo largo del encuentro médico (Van der Hofstadt y Navarro, 2004; Moore *et al.*, 2010; Choudhary y Gupta, 2015; Ranjan *et al.*, 2015). De esta manera, las estrategias puestas en práctica hicieron posible que los participantes pudieran llevar a la práctica lo aprendido bajo supervisión en representaciones o juego de roles llevados a cabo por ellos mismos, con la retroalimentación constante de los expertos y de sus pares, y más aún en un entorno de experiencias cercanas a la realidad, como fueron los en-

cuentros con pacientes simulados. Respecto a este último punto, debe señalarse que la pertinencia de implementar la representación como forma de enseñanza y evaluación posibilitó, por un lado, que los estudiantes se expusieran de manera segura a escenarios que se asemejan al entorno clínico real, y por otro, que aprendieran de sus fallas al tiempo que recibían observaciones para mejorar, aspecto que se ha reportado que prefieren los médicos antes de introducirse en el contexto hospitalario (Bakogiannis *et al.*, 2019; Rosenbaum, 2017).

La adquisición y el mantenimiento de habilidades (aquellas que fueron mostradas desde el principio) se atribuyen a la actitud positiva de los estudiantes en cuanto a considerar la comunicación como un elemento fundamental en su formación, y también a la influencia que tuvieron los métodos de enseñanza experiencial utilizados. Lo anterior reafirma lo reportado en otros estudios, en los cuales se encontró que la actitud positiva de los estudiantes en ambos aspectos propició y facilitó la incorporación de habilidades comunicativas (Choudhary y Gupta, 2015; Givron y Desseilles, 2021; Ruiz, Andrade *et al.*, 2020). Es de gran importancia señalar que las habilidades que no se manifestaron en ninguna de las pruebas, frente a las que sí lo hicieron, evidencia el hecho de que no todas ellas requieren el mismo tiempo de entrenamiento ni el mismo nivel de profundización para lograr su aceptación e integración por los estudiantes; algunas resultan de mayor dificultad que otras, aspecto que debe analizarse con mayor detenimiento. Asimismo, debe tenerse en cuenta que las actitudes de los alumnos varían según su nivel de experiencia y, con ello, de su disposición para aprenderlas (Ruiz *et al.*, 2020).

En resumen, si bien el presente estudio hizo posible dar cuenta de cambios importantes que se lograron mediante un taller psicoeducativo cuyo fin fue mejorar la interacción médico-paciente a través de la enseñanza de habilidades de comunicación, también posibilitó de forma paralela valorar la conveniencia de los contenidos, los objetivos, las técnicas de enseñanza y las habilidades que merecen más atención en la formación médica. Aunado a ello, se destacó la relevancia de crear espacios formales para que los estudiantes conozcan desde etapas académicas tempranas la utilidad y el beneficio que pueden obtener de aprender a comunicarse eficazmente con los pacientes y cómo eso puede trasladarse a la relación con sus colegas y otros profesionales de la salud. Sin duda, una de las limitantes que se observaron fue el tiempo de realización del taller, pues al limitarse a dos días no fue posible profundizar en aquellas habilidades a las que los estudiantes fueron más renuentes. En este sentido, se propone que en futuros estudios se amplíe la duración del taller y se incorpore, como parte de los expertos, a médicos docentes con experiencia en la materia, de tal forma que el programa se contextualice con situaciones clínicas acordes al semestre de los estudiantes y se añada la exploración física como complemento de la entrevista.

En este trabajo se dejan abiertas dos líneas de investigación, la primera de las cuales está vinculada al efecto de las actitudes de los docentes en cuanto a la enseñanza de habilidades de comunicación en su ejercicio académico con los estudiantes, y la segunda relacionada con la necesidad de extender los programas psicoeducativos a escenarios reales una vez superada con éxito la capacitación en entornos simulados.

Citación: Téllez T., M.Y., Ibáñez B., C., Reyes S., M.A. y Mireles D., R. (2023). Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina. *Psicología y Salud*, 33(1), 187-207. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2783>.

REFERENCIAS

Alonso G., M. y Kraftchenko B., O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 17(1), 38-45.

- Association of American Medical Colleges (1999). *Medical School Objectives Project: Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine*. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges. Recuperado de <https://www.aamc.org/media/24196/download?attachment>.
- Bahraminia, S. y Amini, M. (2018). Evaluating final-year medical students' communication skills using an observational rating scale in Shiraz medical school. *Biomedical Research*, 29(14), 2992-2996. Doi: 10.4066/biomedicalresearch.29-17-3449.
- Bakogiannis, A., Darling, J.C., Dimitrova, V. y Roberts, T.E. (2019). Simulation for communication skills training in medical students: Protocol for a systematic scoping review. *International Journal of Education Research*, 93, 243-249. Doi: 10.1016/j.ijer.2018.11.001.
- Campbell, D.T. y Stanley, J. (1978). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Choudhary, A. y Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, 5(1), 41-44. Doi: 10.4103/2229-516X.162273.
- Deveugele, M. (2015). Communication training: Skills and beyond. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1287-1291. Doi: 10.1016/j.pec.2015.08.011.
- Givron, H. y Desseilles, M. (2021). Longitudinal study: Impact of communication skills training and a traineeship on medical students' attitudes toward communication skills. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 785-791. Doi: 10.1016/j.pec.2020.09.010.
- González O., H., Uribe P., C. y Delgado, R., H. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16(4), 227-233. Doi: 10.1016/j.edumed.2015.10.008.
- Hernández T., I., Fernández O., M.A., Irigoyen C., A.M. y Hernández H., A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*, 8(2), 1-9.
- Liaison Committee on Medical Education (2021). *Functions and structure of a medical school. Standards for accreditation of medical education programs leading to the MD degree*. Washington, D.C.: American Medical Association.
- Maguire, P. y Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700. Doi: 10.1136/bmj.325.7366.697.
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012) Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas, pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365. Doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.008.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047-1054. Doi: 10.4067/s0034-98872010000800016.
- Ranjan, P., Kumari, A. y Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(3). Doi: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712.
- Rees, C.E. y Garrud, P. (2001). Identifying undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning: a pilot study. *Medical Teacher*, 23(4), 400-406. Doi: 10.1080/01421590120057067.
- Reyes S., M.A., Ibáñez B., C., Mendoza M., G. y Flores K., E. (2011). Referencia didáctica directa e indirecta: Efectos en el aprendizaje de desempeños contextuales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(1), 51-67. Doi: 10.5514/rmac.v37.i1.24687.
- Reynoso E., L. y Seligson N., I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez S., J., Álvarez-U., C.F. y Gimeno V., E. (2016). La asertividad. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(6), 352-357.
- Rosenbaum, M.E. (2017). Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2054-2061. Doi: 10.1016/j.pec.2017.05.035.
- Ruiz M., R., Andrade R., C., Molina M., J.D., Cervera B., E., Pérula, L. y Monge, D. (2020). Effectiveness of a communication skills training program for medical students to identify patients communicative clues. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2384-2387. Doi: 10.1016/j.pec.2020.05.018.
- Ruiz, R., García de L., C., Cerro, P., Caballero M., F. y Monge, D. (2020). Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: a qualitative study with academic leaders. *BMC Medical Education*, 20(41), 1-9. Doi: 10.1186/s12909-020-1944-9.
- Silva G., E., Galeano, E. y Correa J., O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Silverman, J., Kurtz, S. y Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed.). London: Radcliffe Medical Press.
- Soria T., R., Vega V., Z., Nava Q., C. y Saavedra V., K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230.

- Universidad Nacional Autónoma de México (2009). *Plan de estudios 2010 y programas académicos de la licenciatura de médico cirujano*. México: UNAM. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/licenciaturas/lmc/wp-content/uploads/2018/08/PEFMUNAM.pdf>.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2016). *Proyecto de modificación del plan de estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano (Tomo II)*. México: UNAM. Recuperado de <https://medicina.iztacala.unam.mx/PDFS%202016/MEDICINA%20Tomo%20II%20%20CAABQYS%20APROBADO%2025I2016%20FINAL.pdf>.
- Van-der Hofstadt R., C.J. y Navarro C., F. (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 30(11), 552-556. Doi: 10.1016/s1138-3593(04)74369-5.
- Vázquez M., G. (2008). Realidad virtual y simulación en el entrenamiento de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 11(1), 29-31.
- Vázquez M., G. y Guillamet L., A. (2009). El entrenamiento basado en la simulación como innovación imprescindible en la formación médica. *Educación Médica*, 12(3), 149-155.
- Vidal B., M. (2010). *La relación médico paciente: Bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

ANEXO 1

HABILIDADES COMUNICATIVAS POR ETAPA DE ENTREVISTA

Inicio de entrevista

- H1. El médico da los buenos días/tardes al paciente, o bien lo saluda estrechando su mano.
- H2. El médico le indica al paciente dónde sentarse.
- H3. El médico dice su nombre al paciente.
- H4. El médico pregunta al paciente cuál es su nombre.
- H5. El médico pregunta al paciente el motivo de consulta, o bien la inquietud que lo llevó a la cita médica.

Recolección de información

- H6. Indaga lo que el paciente sabe acerca de su estado de salud.
- H7. Pregunta al paciente a qué le adjudica el origen o causa de su problema de salud.
- H8. Cuestiona al paciente sobre tratamientos previos o alternativos a los que ha recurrido para su situación particular.
- H9. Solicita al paciente que exponga con la mayor exactitud posible la secuencia de los síntomas (fechas de eventos).
- H10. Hace preguntas para conocer la condición económica del paciente.
- H11. Indaga acerca de la condición familiar del paciente.
- H12. Explora la condición laboral del paciente.
- H13. Formula preguntas para conocer las condiciones de vivienda del paciente.
- H14. Indaga sobre los hábitos y el estilo de vida del paciente (si consume alcohol, drogas o tabaco; cómo se alimenta; cómo duerme o qué actividad física lleva a cabo).

Comunicación del diagnóstico

- H15. El médico se asegura de que el paciente quiera conocer su diagnóstico.
- H16. El médico define la enfermedad con un lenguaje comprensible para el paciente.
- H17. El médico explica cuáles son los factores que propiciaron el desarrollo de su enfermedad.
- H18. El médico enumera las características de la enfermedad.
- H19. El médico explica cuáles son los síntomas de la enfermedad.
- H20. El médico le hace saber al paciente cuáles con las posibles consecuencias y complicaciones de su enfermedad.

Planificación del tratamiento

- H21. El médico pregunta al paciente si desea participar en las decisiones sobre su tratamiento.
- H22. El médico le brinda al paciente diferentes opciones de tratamiento y sus implicaciones.
- H23. El médico prescribe los medicamentos que el paciente debe tomar, indicando la hora, duración y función de cada uno.
- H24. El médico brinda indicaciones acerca de los cambios requeridos en el estilo de vida (alimentación, actividad física, actividad recreativa, disminución de tabaco o alcohol...) que deberá hacer el paciente.
- H25. El médico promueve la planificación y negociación en común con el paciente, incorporando la perspectiva de este.
- H26. Las indicaciones del profesional se ajustan a las condiciones de vida del paciente (recursos económicos con los que cuenta, lugar en que reside, personas con las que convive, horario laboral, etc.).
- H27. Enseña al paciente a poner recordatorios para cumplir su tratamiento farmacológico.
- H28. El médico corrobora que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan de trabajo.

Cierre de entrevista

- H29. El médico resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados.
- H30. El médico canaliza al paciente con otros profesionales (psicólogo, nutriólogo, oftalmólogo, entre otros) para una atención integral de su salud si este lo requiere.
- H31. El médico indica la fecha y horario del próximo chequeo, si es necesario para el caso específico del paciente.
- H32. El médico se despide amablemente, pudiendo estrechar la mano de su paciente.

Habilidades generales que se presentan en el transcurso de la entrevista médica

- H33. El médico evita hacer comentarios juiciosos acerca de las creencias religiosas, políticas, preferencias sexuales y culturales del paciente.
- H34. El lenguaje que el médico emplea es respetuoso.
- H35. El médico da un trato igualitario al paciente, independientemente de su condición económica, cultural o nivel de estudios.
- H36. El médico interrumpe al paciente cuando requiere profundizar en un tema.
- H37. El médico interrumpe cuando el paciente se desvía del tema y necesita reorientar la entrevista.
- H38. La distancia entre médico y paciente es aproximadamente de un metro.
- H39. El médico evita reprender al paciente durante la entrevista médica.
- H40. El médico corrobora en cada categoría de información si el paciente ha comprendido antes de continuar la sesión.
- H41. El médico hace contacto visual con el paciente cuando este habla.
- H42. El médico escucha y resume periódicamente lo que el paciente dice.
- H43. A lo largo de la entrevista, el médico se dirige al paciente por su nombre al preguntarle o darle alguna indicación.
- H44. El médico logra mantener el curso de la entrevista; él y el paciente intercambian ideas sin que alguno de los dos acapare todo el tiempo designado a la consulta.
- H45. El médico mantiene contacto físico (apretón de manos, palmada en la espalda) cuando el paciente experimenta o comparte una situación grave.
- H46. El médico evita el uso de tecnicismos, y cuando los emplea explica a qué se refiere con los términos empleados.
- H47. El médico ejemplifica términos difíciles de comprender con ayuda de material extra, como audiovisuales o gráficos.
- H48. El médico solicita la aclaración de términos del vocabulario del paciente que no comprende.
- H49. Pregunta al paciente si la explicación fue clara.
- H50. El médico se mantiene con una postura recta, o se inclina hacia el paciente para escucharlo mejor si lo requiere.
- H51. El médico se muestra gentil y sonríe al recibir al paciente.

Medición del bienestar psicológico mediante la utilización de Cuestionarios de Autorreporte. Una revisión sistemática

Measurement of psychological well-being through the use of self-support questionnaires. A systematic review

*Silvia Isela Ramírez Enríquez, Perla Jannet Jurado García,
Humberto Blanco Vega y Juan Cristóbal Barrón Luján*

Universidad Autónoma de Chihuahua¹

Autor para correspondencia: Silvia Isela Ramírez Enríquez, senriquez@uach.mx.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar los instrumentos de autorreporte más utilizados para medir bienestar psicológico, y revisar su grado de validez. Se llevó a cabo un estudio de la literatura científica, buscando artículos originales, sobre el análisis psicométrico de escalas de autorreporte que midieran el bienestar psicológico, que describieran el instrumento de medición y su validez. Se exploraron las bases de datos CONRICYT, Dialnet, Redalyc, Scielo y Scopus, encontrando 1069 artículos, quedando un total de 7 publicaciones para su evaluación. Los resultados indican, que los documentos tienen como objetivo examinar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados, y todos ellos muestran indicadores de confiabilidad y validez aceptables, esto según los criterios de calidad establecidos. Se puede decir que todos los instrumentos tienen sus bondades y que estas siete escalas son las más representativas de los autores que miden el bienestar psicológico; asimismo que estas tienen sus fortalezas y no se puede afirmar cuál de ellas es la mejor, ya que cada escala puede ser utilizada en poblaciones distintas, y sus resultados dependerán de las correctas adaptaciones para cada una de ellas.

Palabras clave: Bienestar psicológico; Instrumentos de medición; Validación; Escalas; Propiedades psicométricas.

ABSTRACT

Objective. To analyze the most frequently used self-report instruments to measure psychological wellbeing and reviewing their validity. Method. An analysis of the scientific literature included original articles on the psychometric analysis of self-report scales measuring psychological wellbeing and described the instrument and its validity. Databases searched included CONRICYT, Dialnet, Redalyc, Scielo and Scopus. A total of 1069 articles initially resulted, leaving seven final publications for analysis. Results. The results indicate that the studies examined the instruments' psychometric properties, and most of them reported acceptable reliability and validity, according to the established quality criteria. Discussion. All the instruments showed benefits and the seven scales are the most representative of the authors on psychological wellbeing. It cannot be established which

¹ Facultad de Ciencias de la Cultura Física, Paseos de Chihuahua, 31125 Chihuahua, Chih., México, tel. (614)158-99-00.



is the best, since each scale was assessed on different populations, and their results depend on the correct adaptations.

Key words: Psychological well-being; Measurement instruments; Validation; Scales; Psychometric properties.

Recibido: 19/05/2020

Aceptado: 22/11/2021

Hablar de *bienestar psicológico* es referirse a un funcionamiento psicológico idóneo en el que las destrezas y potencialidades de la persona están desarrolladas en su totalidad, expresando todos sus sentimientos y emociones originadas por sus dolencias físicas o preocupaciones, pues el bienestar psicológico no es solo un estado mental, sino que también implica la satisfacción de desarrollar las propias capacidades de una persona (Diener, 2000; Diener y Fujita, 1995).

Existen dos enfoques sobre el bienestar: el hedónico, o bienestar subjetivo, el cual tiene que ver con la forma en la que se evalúan los diversos aspectos de la vida, y el eudaimónico, o bienestar psicológico, vinculado a una actitud positiva hacia las dificultades de la vida y el manejo de las mismas con el propósito de sentirse bien. Es en este último enfoque en el que muchos autores se han centrado a fin de medir dicho constructo (Cobo, Pérez, Díaz y García, 2020; Cansoy, Parlar y Turkoglu, 2020).

Para su análisis y medición se han desarrollado y aplicado distintos cuestionarios (Pineda, Castro, y Chaparro, 2017). Tal es el caso de instrumentos como los de Diener *et al.* (2009), Butler y Kern (2016), Ryff (1989), Casullo y Castro (2000) y Sánchez (2007, 2013). El de Ryff (1989), con su modelo multidimensional, y el de bienestar PERMA, de Seligman (2011), son los principales exponentes de la explicación de este constructo, y Casullo y Castro (2000), con su Escala de Bienestar Psicológico para Jóvenes Adolescentes (BIEPS-J), los más importantes impulsores de su estudio en Latinoamérica (García y Hernández, 2020).

Estos cuestionarios de autorreporte son herramientas que permiten obtener una información rápida, confiable y válida, estadísticamente ha-

blando, además de que cuentan con un considerable fundamento teórico y científico (Veliz, 2012; Villavicencio, Ruiz y Cabrera, 2016) para estudiar las diferentes dimensiones relacionadas con el bienestar psicológico, como la autonomía, el dominio del entorno, las relaciones positivas, la autoaceptación, los propósitos y el logro; asimismo, son útiles para obtener información sobre los aspectos psicológicos, rasgos, cualidades o características de un sujeto o una población de manera objetiva y estandarizada (Franco, 2016).

No obstante, para lograr que los instrumentos sean beneficioso para llevar a cabo una medición exitosa, deben contener atributos de validez, fiabilidad y utilidad; si gozan de estas propiedades, se podrán catalogar como herramientas robustas, concisas y pertinentes para medir la variable de interés (Villavicencio *et al.*, 2016).

La validez de un instrumento se puede determinar mediante la obtención de parámetros tales como su validez convergente y divergente, o a través de un análisis factorial exploratorio o confirmatorio, entre los más comunes. La fiabilidad, como la propiedad de un instrumento que mida lo mismo en las mismas condiciones, se puede evaluar a través del coeficiente alfa de Cronbach, siendo este el método más utilizado para tal propósito. La calidad del proceso de medición de una variable es sumamente importante, por lo que instrumentos sin validez o fiabilidad no son los idóneos, ya que el investigador requiere de instrumentos con una consistencia interna aceptable y fiable para medir el constructo de su interés (Cassaretto y Martínez, 2017; Villavicencio *et al.*, 2016).

El bienestar psicológico es un concepto relativamente joven y tiene una gran importancia en el desarrollo personal de los individuos (Castro, 2009); por tal motivo, ¿cuáles instrumentos diseñados para medir el constructo de bienestar psicológico son los más utilizados y válidos? Para ello, este trabajo tuvo como objetivo efectuar una revisión sistemática de los instrumentos de autorreporte más utilizados para medir dicho bienestar, y revisar su grado de validez, a fin de proporcionar información que permita a los lectores e investigadores tener un panorama más amplio sobre los mismos, así como mostrar algunos datos útiles para su aplicación en investigaciones futuras.

MÉTODO

Se llevó a cabo un análisis de la literatura científica sobre los instrumentos de autorreporte más utilizados para medir el bienestar psicológico y de su grado de validez. Para ello, se buscaron artículos con los siguientes criterios de inclusión: artículos originales sobre el análisis psicométrico de instrumentos de autorreporte que midieran el bienestar psicológico; que describieran el instrumento de medición y su validez, sin importar el idioma, y que fueran de acceso abierto, sin restricciones respecto a su fecha de publicación y ubicación geográfica, para lo cual se emplearon las siguientes palabras clave: Psychological well-being scales, Propiedades psicométricas-bienestar psicológico, Escala-bienestar psicológico, Instrumento de medición-Bienestar psicológico, Psychological wellbeing-measurement y bienestar psicológico y validación, utilizando el boleano AND. La exploración de documentos se centró en las bases de datos CONRICYT, Dialnet, RedALyC, Scielo y Scopus.

RESULTADOS

Se encontraron 1,069 artículos, de los cuales 1,044 fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión, obteniendo como elegibles 25; de estos, se eliminaron 18 por duplicidad, por lo que restaron siete publicaciones para su análisis.

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica que se llevó a cabo. Se ilustra el total de artículos identificados, los eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión, aquellos elegibles y los eliminados por duplicidad, así como los que se usaron para su análisis, incluyendo el total por base de datos. En la Tabla 1, se detallan los datos principales de las 7 fuentes analizadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta tabla contiene la referencia de los documentos analizados, el instrumento utilizado, el tipo de muestra, los datos de validez y confiabilidad obtenido en cada estudio, además de una síntesis descriptiva de los resultados más relevantes.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

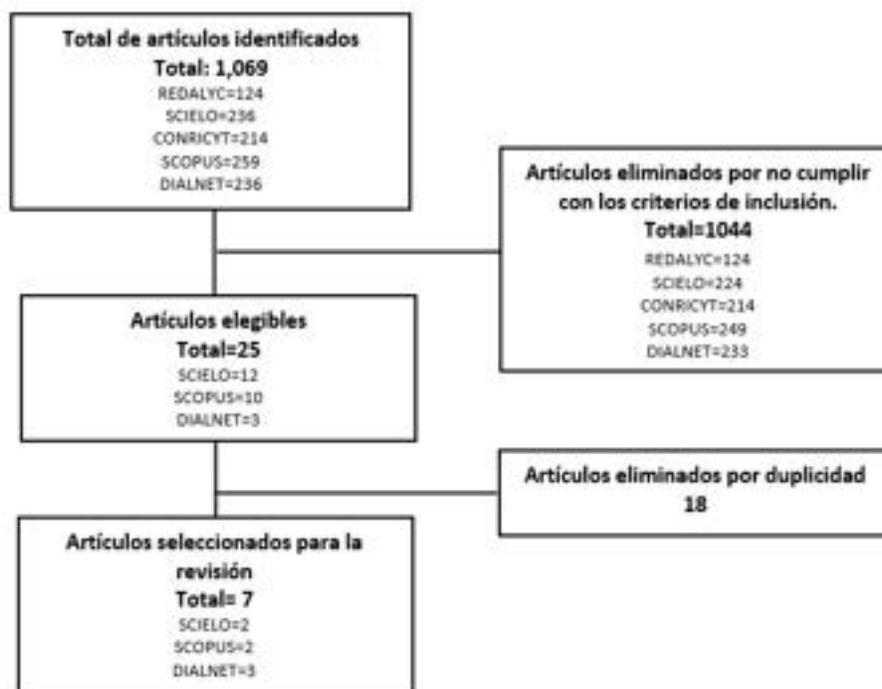


Tabla 1. Principales resultados de los artículos seleccionados sobre los instrumentos de autorreporte para medir el bienestar psicológico.

Referencias	Instrumento	Muestra	Validez y confiabilidad	Resultados más relevantes
1. Sakunpong y Ritkumrop (2021). SCOPUS	Escala Breve de Bienestar Psicológico, de Diener <i>et al.</i> , 2009.	111 pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) diagnosticados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alfa de Cronbach de 0.91. 2. Validez convergente positiva entre constructos (entre -0.34 y 0.30). 3. Análisis factorial exploratorio (AFE) de consistencia interna de 61% de la varianza total (0.69 a 0.80). 4. Análisis de componentes principales (PCA). 	La esta escala tiene un alto nivel de fiabilidad y validez. El análisis factorial confirmatorio arrojó que todos los ítems tenían una carga adecuada.
2. Sasaki <i>et al.</i> (2020). SCOPUS	Versión japonesa de la Escala de Bienestar Psicológico de 42 ítems (PWBS-42). Traducción inversa de la escala de Ryff (1989).	2,102 adultos residentes de Tokio con rango de edad de 30 a 79 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validez estructural, por análisis factorial confirmatorio (AFC). 2. Validez convergente de PWBS-42 y satisfacción con la vida. 3. Coeficientes α de Cronbach entre (0.70) y (0.78). 	La escala tiene confiabilidad y validez convergente aceptables. El análisis factorial confirmatorio no arroja un buen ajuste. Se halló una alta correlación con otras escalas, lo que apoya su validez convergente.
3. Luna <i>et al.</i> (2020). SCIELO	Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS-J), de Casullo y Castro (2000).	216 estudiantes del nivel medio superior, con una edad de entre 16 y 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consistencia interna global ($\alpha > .80$) y por factor ($\alpha > .70$). 2. Validez convergente con la EAR (Escala de Autoeficacia de Rosenberg) ($r = .44$). 3. Análisis factorial exploratorio (AFE) superior a 0.40. 	La consistencia interna global y por factor fue aceptable. Es un instrumento válido y confiable para evaluar el bienestar psicológico en población adolescente mexicana de entre 16 y 18 años. Cargas de AFC adecuadas.
4. Ryan <i>et al.</i> (2019). DIALNET	Perfilador PERMA para medir los cinco pilares del bienestar de Seligman (Butler y Kern, 2016).	439 adultos australianos de entre 18 y 65 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis factoria confirmatorio (prueba de esfericidad de Bartlett y medida de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin). 2. Validez de constructo convergente y divergente. 3. Alfa de Cronbach con consistencia interna de moderada a fuerte de bienestar general (.93). 	Escala de consistencia interna aceptable. No cumple los criterios de ajuste del modelo. La consistencia interna es limitada debido a una posible mala adaptación. Existe a necesidad de realizar más estudios de validación.
5. Arana, Restrepo, García y Zuluaga (2017). DIALNET	Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Sánchez (2013).	30 jóvenes de entre 20 y 25 años de Medellín, Colombia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alfa de Cronbach de .79. 2. Análisis factorial confirmatorio. 3. Validez convergente, divergente y de constructos. 	La escala es apropiada para medir el constructo; muestra una consistencia adecuada. Hay necesidad de validar más la escala en el contexto de la población colombiana.

Continúa...

6. Medina, Gutiérrez y Padrós (2013). SCIELO	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) de 39 ítems.	477 estudiantes universitarios y 256 personas de población general con edades de 3 a 29 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis factorial confirmatorio de máxima verosimilitud. 2. Alfa de Cronbach (0.91 y 0.90) para dos muestras y para sus subescalas (0.61 y 0.79). 3. Correlación test-retest ($r = 0.796$). 4. Validez convergente positiva. 	Su estructura interna no se ajusta a la población mexicana como ocurre con la española. Alfa de Cronbach aceptable de la escala total. La consistencia de algunas subescalas resultó algo baja. El análisis factorial confirmatorio sugiere una bondad de ajuste regular.
7. Millán y D'Aubeterre (2011). DIALNET	Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez (2007).	747 trabajadores venezolanos con edades de 21 a 65 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis factorial con rotación varimax. 2. Alfa de Cronbach. (0.93) 3. Validación convergente y divergente. 	El instrumento reporta coeficientes de buena consistencia interna. La validación convergente es adecuada y positiva, y para la divergente, moderada y negativa.

DISCUSIÓN

El interés de llevar a cabo la medición del análisis de bienestar psicológico no es exclusivo de una zona geográfica o de un solo estrato social, ya que en la revisión de los siete artículos se halló que los instrumentos para medir este constructo han sido aplicados en diversas regiones de Colombia, México, Japón, Australia, Venezuela y Tailandia, y en distintas poblaciones: adultos, estudiantes jóvenes, universitarios, trabajadores o personas con trastornos psicológicos. Esta información muestra la importancia de analizar este objeto de estudio, sin importar los espacios geográficos ni el tipo de personas ya que, siendo un fenómeno estudiado desde hace pocos años, tiene un potencial para dilucidar ciertos aspectos del estado de salud, la esperanza de vida y la calidad de la misma, las relaciones afectivas entre personas y su buen funcionamiento (Castro, 2009).

Del análisis de los artículos estudiados se encontró que dos autores, Medina *et al.* (2013) y Sasaki *et al.* (2020), utilizaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), Arana *et al.* (2017), la escala de Sánchez de 2013, y Millán y D'Aubeterre (2011) la de 2007. El resto de los autores, como Luna *et al.* (2020), Sakunpong y Ritkumrop (2021) y Ryan *et al.* (2019) emplearon las escalas de Casullo y Castro (2000), Diener (2009) y Butler y Kern (2016), respectivamente. Las dimen-

siones que estudian en general estos instrumentos son muy similares entre sí: la autonomía, el dominio del entorno, las relaciones positivas, la autoaceptación, los propósitos y el logro. Tal similitud es explicable ya que muchos de los instrumentos utilizados para medir este constructo, están desarrollados bajo los planteamientos de las teorías del bienestar, la felicidad, el bienestar social, el bienestar psicológico y otras, que comparten muchos de los dominios, o bien que han sido adaptados de una versión original (Veliz, 2012). Tal es el caso de la escala de Casullo y Castro (2000) y de la escala PWBS-42, adaptada al idioma japonés, basadas ambas en la escala de Ryff (1989) (*cf.* Casullo, 2002). Este último instrumento se ha replicado en muchas partes del mundo y en diferentes áreas de la vida, del que se han desprendido el análisis del bienestar subjetivo de Diener (2000) y las indicaciones de Páez (2008) sobre el bienestar psicológico y social y la felicidad.

La evaluación de los instrumentos utilizados por los autores de los artículos analizados se hizo mediante escalas de tipo Likert, con valores de 3, 5 y 7, de forma impar, tal como sugieren Jackson (2009) y Rubin y Babbie (2011). Asimismo, Dawes (2008) y Willits, Theodori y Luloff (2016) recomiendan las escalas impares y de cinco o siete puntos para la evaluación como las más adecuadas. En la presente revisión se encontró que la escala de Perfilador PERMA para medir los cinco pi-

lares del bienestar de Seligman, elaborada por Butler y Kern (2016), así como la BIEPS-J de Casullo y Castro (2000) contienen solamente tres opciones de respuesta. Nadler, Weston y Voyles (2015) también sugieren como favorables al menos cuatro puntos para las respuestas. Matas (2018) sugiere utilizar escalas de cinco puntos y una opción neutra, siempre y cuando la escala esté adaptada correctamente al idioma y a las características de la población a la cual se aplique. Autores como Converse (1970) y Sudman y Bradburn (1989) hacen énfasis en la necesidad de mantener puntuaciones impares o con respuestas intermedias para no generar errores al momento de la validación de las escalas, siempre y cuando el lenguaje sea claro y fácil de interpretar.

Sobre la cantidad de ítems de las escalas de bienestar psicológico revisadas en este documento, se encontró que la que contiene el mayor número de ítems (65) es la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Sánchez (2007, 2013), utilizada por Millán y D'Aubeterre (2011) y Arana *et al.* (2017). Luego le sigue la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), con 39 ítems, aplicada por Medina *et al.* (2013), y esa misma escala adaptada por Sasaki *et al.* (2020), con 42 ítems, y por último los instrumentos de Diener *et al.* (2009), Casullo y Castro (2000) y Butler y Kern (2016), con 8, 13 y 15 ítems, respectivamente. Sin embargo, comenta Tristán (citado por Vargas y Hernández, 2010), que independientemente del número de ítems de los cuestionarios, sean muchos o pocos, si están bien formulados o si tienen cierta igualdad, la consistencia interna debería de ser buena.

Todos los artículos tuvieron como objetivo analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para medir el bienestar psicológico mostrando indicadores de confiabilidad y validez. En dos estudios se utilizó el análisis factorial exploratorio; en cinco, el análisis factorial confirmatorio; en uno, el análisis de componentes

principales; en la totalidad de los trabajos la validez convergente y el coeficiente alfa de Cronbach, y en uno la correlación test-retest.

Por lo anterior, se puede decir que todos los artículos estudiados abordan metodologías para la validación de escalas (*cf.* González, Meza y Castellón, 2019). Sin embargo, instrumentos como la versión japonesa de la Escala de Bienestar Psicológico de 42 ítems (PWBS-42) y el Perfilador PERMA no arrojaron buenos ajustes del modelo en el análisis factorial confirmatorio. Los demás estudios reportaron consistencias internas de regulares a buenas. Según Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014), saturaciones de ítems de 0.40 y 0.70 se consideran de moderadas a óptimas, respectivamente.

Asimismo, la confiabilidad obtenida en cada estudio, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0.70 y 0.93, considerándose muy buena (Ruiz, Fajardo y Velandia, 2006). El valor más bajo (0.70) se encontró en la PWBS-42, utilizada por Sasaki *et al.* (2020), y el más alto (0.93) en los estudios de Ryan *et al.* (2019) y Millán y D'Aubeterre (2011), quienes usaron el Perfilador PERMA de Butler y Kern (2016) para medir los cinco pilares de bienestar de Seligman, así como la escala de Bienestar Psicológico de Sánchez (2007), respectivamente. El resto de los estudios mostraron coeficientes alfa de Cronbach más elevados. Autores como Polit y Hungler (2000), Oviedo y Campo (2005), Hernández, Fernández y Baptista (2006) y González y Pazmino (2015) consideran que un alfa de Cronbach por arriba de 0.7 se considera aceptable.

Con lo antes señalado, es posible afirmar que los instrumentos para medir el bienestar psicológico en los artículos analizados se hallaron dentro de los valores estándar de confiabilidad, y poseedoras de las otras bondades señaladas, lo que las hace adecuadas para su utilización en el trabajo psicológico.

Citación: Ramírez E., S.I., Jurado G., P.J., Blanco V., H. y Barrón L., J.C. (2023). Medición del bienestar psicológico mediante la utilización de Cuestionarios de Autorreporte. Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 33(1), 209-216. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2784>.

REFERENCIAS

- Arana, C., Restrepo, J., García, J. y Zuluaga, E. (2017). Consistencia interna de la escala EBP en jóvenes residentes en Medellín (Antioquia). *Katharsis*, 24, 73-90.
- Butler, J. y Kern, M. (2016). The PERMA-Profilers: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48.
- Cansoy, R., Parlar, H. y Turkoglu, M.E. (2020). A predictor of teachers' psychological well-being: teacher self-efficacy. *International Online Journal of Educational Sciences*, 12(4), 41-55.
- Cassaretto, M. y Martínez, P. (2017). Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 19-31.
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M.M. y Castro S., A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Cobo, C., Pérez, M., Díaz, A. y García, D. (2020). Revisión sistemática sobre modelos multidimensionales del bienestar y su medición en estudiantes universitarios. *Formación Universitaria*, 13(2), 103-118.
- Converse, P.E. (1970). Attitudes and non-attitudes: continuation of a dialogue. En E. R. Tufte (Ed.): *The quantitative analysis of social problems* (pp. 168-189). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Dawes, J. (2008). Do data characteristics change according to the number of scale points used? An experiment using 5-point, 7 point and 10-point scales. *International Journal of Market Research*, 50(1), 1-19.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. y Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. y Oishi, S. (2009). New measures of well-being. En E. Diener (Ed.): *Assessing Well-Being* (pp. 247-266). Champaign, IL: Springer, Dordrecht.
- Franco, C. (2016). Test psicológicos y entrevistas: usos y aplicaciones claves en el proceso de selección e integración de personas a las empresas. *Academia y Negocios*, 1(2), 79-90.
- García, D. y Hernández, J. (2020). Alternativa psicométrica para la Escala de Bienestar Psicológico de Casullo con base en una muestra de adolescentes de Maracaibo. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 15(5), 302-308.
- González, J. y Pazmino, M. (2015). Cálculo e interpretación del alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(1), 66-67.
- González, M., Meza, P. y Castellón, M. (2019). Medición de la autoeficacia para la escritura académica. Una revisión teórico-bibliográfica. *Formación Universitaria*, 12(6), 191-204.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jackson, S. (2009). *Research methods and statistics: a critical thinking approach*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Luna, D., Figuerola, R., Contreras, J., Sienna, J., Navarrete, E., Montoya, J., Castañeda, P. y Meneses, F. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes (BIEPS-J) en una muestra mexicana. *Psicodebate*, 20(1), 43-55.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47.
- Medina, M., Gutiérrez, C. y Padrós, F. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en población mexicana. *Educación Desarrollo*, 27, 25-30.
- Millán, A. y D'Aubeterre, M. (2011). Validación del Cuestionario de Bienestar Psicológico en muestras multiocupacionales venezolanas. *CES Psicología*, 4(1), 52-71.
- Nadler, J., Weston, R. y Voyles, E. (2015). Stuck in the middle: the use and interpretation of mid-points in items on questionnaires. *The Journal of General Psychology*, 142(2), 71-89.
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.

- Páez, D. (2008). *Cuaderno de prácticas de psicología social y salud: fichas técnicas sobre bienestar y valoración psico-social de la salud mental*. Manuscrito no publicado. San Sebastián (España): Universidad del País Vasco. Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1492921/Salud+2008+Ficha+Tecnica+I++Bienestar+y+Valoraci%C3%B3n+Psico-Social+de+la+Salud+Menta>.
- 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.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud: principios y métodos*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rubin, A. y Babbie, E. (2001). *Research methods for social work*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ruiz, H., Fajardo, M. y Velandia, P. (2006) Validez y confiabilidad del instrumento Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal. *Avances en Enfermería*, 24(1), 31-32.
- Ryan, J., Curtis, R., Olds, T., Edney, S., Vandelanotte, C., Plotnikoff, R. y Maher, C. (2019). Psychometric properties of the PERMA Profiler for measuring wellbeing in Australian adults. *PLoS ONE*, 14(12), 1-12.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or isn't it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sakunpong, N. y Ritkumrop, K. (2021). Psychometric properties of the Thai version of the Psychological Well-Being Scale and the factors related to among Thai patients with major depressive disorder. *Depression Research and Treatment*, 11, 1-7.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Manual Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez C., J. (2013). *Manual de la Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sasaki, N., Watanabe, K., Imamura, K., Nishi, N., Karasawa, M., Kan, C., Ryff, C. y Kawakami, N. (2020). Japanese version of the 42-item psychological well-being scale (PWBS-42): a validation study. *BMC Psychology*, 8(75), 1-11.
- Seligman, M. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Sudman, S. y Bradburn, N.M. (1989). Measuring attitudes: recording responses. En S. Sudman y N. Bradburn (Eds.): *Asking questions: a practical guide to questionnaire design* (pp. 117-151). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Vargas, C. y Hernández, M. (2010). Validez y confiabilidad del cuestionario de prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto. *Avances en Enfermería*, 28(1), 96-106.
- Veliz, A. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163.
- Villavicencio, E., Ruiz, E. y Cabrera, D. (2016). Validación de cuestionarios. *Revista OACTIVA UC Cuenca*, 1(3), 75-80.
- Willits, F., Theodori, G. y Luloff, A. (2006). Another look at Likert scales. *Journal of Rural Social Sciences*, 31(3), 126-139.

Propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (SCS) en México

Psychometric properties of the Self-compassion Scale (SCS) in Mexico

*Alejandro López Tello, Raquel Mondragón Gómez,
Rodrigo Sánchez Ramos y Ana Beatriz Moreno Coutiño*

Universidad Iberoamericana¹

Autor para correspondencia: Alejandro López Tello, alejandrolopez2024@gmail.com.

RESUMEN

La autocompasión es la capacidad de estar en contacto con el propio sufrimiento abriéndose a la experiencia y generando la motivación de aliviarlo por medio de una actitud bondadosa, libre de prejuicios, y entendiendo las experiencias dolorosas como un fenómeno común a la existencia humana. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión en población mexicana. La muestra estuvo conformada por 343 participantes, seleccionados por un método no probabilístico, cuyo único requisito fue tener nacionalidad mexicana. El análisis de los datos mostró una buena confiabilidad del instrumento, así como índices de bondad de ajuste adecuados para dicha escala, confirmando una estructura de seis factores y un elemento de orden superior. Se concluye que es un método adecuado para evaluar el mencionado constructo en México.

Palabras clave: Autocompasión; Compasión; Atención plena; Afecto negativo; Meditación.

ABSTRACT

Antecedents. Self-compassion is the capacity to be in contact with one's own suffering, while maintaining an open attitude towards the experience, and generating the motivation to alleviate it through a kind attitude, free of prejudice. It also includes understanding painful experiences as a common phenomenon in human existence. Objective. The aim of the present study was to adapt and evaluate the psychometric properties of the Self-compassion Scale in Mexico. Method/participants. A total of 343 Mexican citizens, recruited through a non-probabilistic sampling participated. Results. Data analysis revealed good reliability of the instrument and adequate goodness-of-fit for the scale, thus confirming a six-factor structure and a higher order factor. Discussion. It is concluded that this instrument is adequate to assess Self-compassion in Mexico.

Key words: Self-compassion; Compassion; Mindfulness; Negative affect; Meditation.

¹ Departamento de Psicología, Campus Santa Fe, Prolongación Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe, Álvaro Obregón, 01219 Ciudad de México, México.



Recibido: 09/04/2021

Aceptado: 14/09/2021

INTRODUCCIÓN

La autocompasión se puede definir como la capacidad de estar en contacto con el propio sufrimiento manteniendo una actitud abierta, sin intentar evitarlo ni desconectándose de la experiencia, generando la motivación de aliviarlo por medio una actitud bondadosa hacia uno mismo. Involucra la capacidad de desarrollar una comprensión no evaluativa y libre de prejuicios de las experiencias dolorosas, de modo que estas sean entendidas como un fenómeno inherente a la existencia humana (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

Autores como Barnard y Curry (2011) y Neff y Germer (2013) han señalado que la autocompasión involucra el deseo de salud y bienestar, a través del cual las personas logran asumir de una manera saludable sus fracasos y errores, reconociendo que estas son experiencias compartidas por todos los seres humanos que pueden causar sufrimiento, de modo que la manera idónea de relacionarse con ellas es a través de una actitud compasiva consigo mismo y con los demás (Neff, 2003b), mostrando sensibilidad y empatía ante el malestar y siendo tolerante con este, en lugar de autocriticarse o autojuzgarse, identificando las causas del malestar y tratándose a sí mismo con calidez (Gilbert y Procter, 2006).

La autocompasión está vinculada directamente con el concepto de *compasión*, el cual se ha definido como la profunda conciencia del sufrimiento de otros y el subsecuente deseo de aliviarlo, e involucra por consiguiente sentimientos de bondad y comprensión carente de prejuicios (Bonermann y Singer, 2013; Goetz, Keltner y Simon-Thomas, 2010; López y Moreno, 2019; Ozawa, Dodson, Raison y Negi, 2012; Singer y Kilmecki, 2014). Es importante señalar que ambos conceptos tienen su origen en el intercambio filosófico que se ha producido entre la psicología occidental y la filosofía budista en los últimos años (Neff *et al.*, 2003a; Bennett-Goleman, 2001), y se aleja de definiciones que relacionan la compasión con los sentimientos de lástima, pena o condescendencia

hacia uno mismo y los demás, lo que conlleva un sentimiento de desconexión y el supuesto de una superioridad/inferioridad entre los individuos, y también difiere de las definiciones más cercanas a la etimología de la palabra “compasión” en Occidente, la cual subraya el componente empático de la experiencia caritativa; es decir, la posibilidad únicamente de “sufrir con” o “compartir el sufrimiento”, más allá de generar la motivación para aliviarlo, acompañada de sentimientos de calidez y amabilidad, lo cual puede causar una sobreidentificación con las experiencias dolorosas, dificultar las perspectivas de acción (Neff, 2003b) y conducir a un estado de angustia empática, con los efectos negativos que tiene en la salud (Singer y Kilmecki, 2014).

Uno de los motivos por los cuales el concepto de autocompasión fue acuñado en la psicología occidental es que describe una actitud saludable hacia uno mismo (sobre todo en situaciones adversas) y representa una alternativa a constructos tales como la autoestima, la que denota un proceso evaluativo constante que, si bien puede tener beneficios, también trae consigo algunos aspectos negativos, como el riesgo de desarrollar actitudes narcisistas o individualistas que son resultado de un proceso de evaluación y comparación constante en la búsqueda de criterios favorables a partir de los cuales es posible valorarse positivamente (Neff, 2003b).

Aunque puede haber una gran coincidencia entre los modelos teóricos propuestos por los investigadores de la autocompasión, actualmente no hay consenso sobre las dimensiones específicas de la autocompasión, ni del mejor método para medirla (Gilbert *et al.*, 2017; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004; Neff *et al.*, 2019; Strauss *et al.*, 2016).

Uno de los modelos más investigados es el sugerido por la doctora Kristin Neff (2003a; 2012), quien identifica los siguientes tres componentes principales de la autocompasión:

1. Autoamabilidad (*Selfkindness*). Involucra la generación de sentimientos de calidez, bondad y comprensión hacia uno mismo cuando se experimenta algún malestar. Conduce a la aceptación amable de que no siempre

podemos tener lo que queremos ni ser como deseamos ser, y requiere el desarrollo de un contacto no evaluativo con las experiencias de malestar, es decir, libre de juicios; por lo tanto, su contraparte es una actitud de autojuicio, que destaca el malestar y lo negativo a través de un fuerte conflicto interno con las experiencias adversas;

2. Humanidad compartida (*Common humanity*). Surge del reconocimiento de que la imperfección, los fracasos y las adversidades son parte inevitable de la experiencia humana, y que cuando se experimentan no es por lo tanto uno el único que vive dicha situación, sino que en ese momento es una experiencia compartida por otros seres humanos en ese mismo instante. Tal contraparte es una sensación de aislamiento en la que las personas se enfocan en sus deficiencias y generan una visión de túnel en la que solo ven que los demás, y no ellos, son perfectos, y
3. Atención plena (*Mindfulness*). Entendida como un estado mental receptivo y libre de prejuicios, permite el contacto flexible con las experiencias adversas sin identificarse demasiado con los pensamientos o sentimientos negativos, al tiempo que proporciona un espacio mental en el que es posible regularse emocionalmente y adoptar diferentes perspectivas de lo que ocurre. Su contraparte es la sobreidentificación de la persona con los pensamientos y sentimientos negativos que surgen ante las adversidades.

Aunque se puede considerar un área de investigación emergente, la evidencia acumulada hasta ahora sobre la autocompasión en el ámbito clínico ha permitido observar que es un constructo de gran importancia. Algunos hallazgos han identificado que sus componentes pueden predecir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes (Soysa y Willcomb, 2015) y población adulta (López, Sanderman y Schroevers, 2018); también se ha estudiado el efecto de la autocompasión en los problemas de consumo de drogas, encontrándose que las personas con mayor riesgo de consumo de sustancias exhiben niveles menores de autocompasión (Phelps, Paniagua, Willcockson y

Potter, 2018) y que hay una asociación entre esos niveles y un mayor consumo de alcohol (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman y Childs, 2012). A su vez, Marsh, Chan y MacBeth (2018) llevaron a cabo un metaanálisis de las investigaciones relativas a la autocompasión y el estrés psicológico, señalando que la misma puede ser un factor importante en las intervenciones de bienestar y angustia psicológica en adolescentes.

Se ha medido la autocompasión con diferentes escalas, pero la más utilizada hoy día es la Escala de Autocompasión (SCS por sus siglas en inglés), la cual está compuesta por 26 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert en la que 1 es “Casi nunca” y 5 es “Casi siempre”. Fue desarrollada por Neff (2003a) y evalúa los tres componentes de la autocompasión descritos en el modelo de la autora, tanto en su aspecto positivo como negativo; es decir, la escala se integra por seis factores: Autoamabilidad, Autojuicio, Humanidad compartida, Aislamiento, Atención plena y Sobreidentificación.

La estructura factorial y propiedades psicométricas de esta escala han sido analizadas en diversas ocasiones (Arimitsu, 2014; Castilho, Pinto y Duarte, 2015; De Souza y Hutz, 2016; Dundas, Svendsen, Wiker, Granli y Schanche, 2016; Hupfeld y Ruffieux, 2011; Montero *et al.*, 2016; Petrocchi, Ottaviani y Couyoumdjian, 2014; Williams, Dalgleish, Karl y Kuyken, 2014), hallando una amplia coincidencia en sus resultados y confirmando una estructura de seis elementos y un factor de orden superior de autocompasión general; desde luego, también ha habido algunos debates debidos a reportes de investigación que han propuesto la existencia de una estructura factorial basada en dos factores (respuestas autocompasivas y no autocompasivas) (Costa, Marôco, Pinto, Ferreira y Castilho, 2016; Gilbert, McEwan, Matos y Ravis, 2011; López *et al.*, 2015), en contraposición a la estructura de seis factores y uno de orden superior propuesto originalmente por la autora de este instrumento.

Dicha controversia fue resuelta por Neff *et al.* (2019), quienes, tras realizar un estudio de diversos modelos factoriales en una muestra de más de 11,685 casos provenientes de diferentes países, señalaron que, dadas las características teóricas

del constructo, la mejor manera de evaluar la estructura factorial de la escala es con un modelo bifactorial mediante un modelamiento exploratorio de ecuaciones estructurales (ESEM, por sus siglas en inglés: *Exploratory structural equation modeling*), que si bien no es utilizado con tanta frecuencia para evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento, sirve específicamente para modelar interacciones en el nivel de sistema (Marsh, Morin, Parker y Kaur, 2014; Morin, Marsh y Nagengast, 2013) y proporciona un mejor ajuste para escalas con factores que son conceptualmente cercanos o interrelacionados, lo que implica que los reactivos de cada subescala mantengan asociaciones significativas con los de otras subescalas (Neff *et al.*, 2019); en un análisis factorial tradicional estas asociaciones se reflejarían como índices de modificación o correlaciones infladas entre factores, que son las únicas formas en que se puede manifestar el solapamiento, mientras que en el ESEM tales asociaciones se expresan en forma de cargas cruzadas de los reactivos.

Neff *et al.* (2019) señalan la importancia de verificar la estructura factorial de la escala a partir de este método, y explican que el hallazgo de modelos de dos componentes se ha producido en virtud de que métodos como el análisis factorial exploratorio y el confirmatorio asumen estrictamente que los reactivos solo pueden cargar en sus respectivos factores, sin tener en cuenta otras fuentes de dimensionalidad relevante en escalas complejas, como la de autocompasión. De igual manera, dichos autores subrayan que la identificación de dos factores en algunas investigaciones (Costa, Marôco, Pinto, Ferreira y Castilho, 2016; Gilbert, McEwan, Matos y Rivis, 2011; López *et al.*, 2015), en los que se muestra una clara separación de ítems positivos y negativos, puede ser el resultado de un efecto de agrupamiento en el que los ítems con una valencia similar se cargan en factores separados, formando elementos debido a la redacción positiva y negativa de los ítems, aun cuando no haya consistencia teórica entre ellos (Crego y Widiger, 2014).

Tomando en cuenta la relevancia del constructo descrito, considerando que son escasos los

trabajos con población de habla hispana y que hasta el momento no se ha identificado un método de medición de la autocompasión en México, el objetivo del presente estudio no experimental, con diseño *ex post facto*, fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (Neff, 2003a) a partir de las recomendaciones de Neff *et al.* (2019).

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 343 personas seleccionadas por un método no probabilístico. Los requisitos de inclusión fueron contar con una edad mínima de 16 años y tener nacionalidad mexicana.

Instrumentos

Escala de Autocompasión (SCS, versión larga) (Neff, 2003a).

Este cuestionario tiene por objetivo evaluar cómo actúan las personas consigo mismas cuando atraviesan situaciones adversas, y está conformado por 26 reactivos cuyas puntuaciones pueden sumarse para obtenerse una puntuación de autocompasión total; además, la escala está conformada por seis factores llamados Autoamabilidad (*Self-kindness*), con los reactivos 5, 12, 19, 23 y 26; Autojuicio (*Self-judgment*), reactivos 1, 8, 11, 16 y 21; Humanidad compartida (*Common humanity*), reactivos 3, 7, 10 y 15; Aislamiento (*Isolation*), reactivos 4, 13, 18 y 25); Atención plena (*Mindfulness*), reactivos 9, 14, 17 y 22), y Sobreidentificación (*Over-identifying*), reactivos 2, 6, 20 y 24. Aunque existe una versión adaptada para población española, se decidió como parte de la presente investigación traducir el instrumento del idioma inglés original al español por medio de un proceso de traducción y retraducción debido a las diferencias en el lenguaje entre el español que se habla en España y en México. Los reactivos originales y los que son el resultado final del proceso de traducción pueden apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Reactivos de la Escala de Autocompasión.

Versión original	Traducción final
1. I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies.	1. Me desapruero y me juzgo por mis defectos y limitaciones.
2. When I'm feeling down I tend to obsess and fixate on everything that's wrong.	2. Cuando me siento desanimado tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal.
3. When things are going badly for me, I see the difficulties as part of life that everyone goes through.	3. Cuando las cosas van mal para mí, veo las dificultades como una parte de la vida por la que todos pasan.
4. When I think about my inadequacies, it tends to make me feel more separate and cut off from the rest of the world.	4. Cuando pienso en mis limitaciones tiendo a sentirme más separado y aislado del resto del mundo.
5. I try to be loving towards myself when I'm feeling emotional pain.	5. Intento ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento dolor emocional.
6. When I fail at something important to me I become consumed by feelings of inadequacy.	6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de insuficiencia.
7. When I'm down and out, I remind myself that there are lots of other people in the world feeling like I am.	7. Cuando me siento desanimado y triste, me recuerdo a mí mismo que hay muchas otras personas en el mundo que se sienten como yo.
8. When times are really difficult, I tend to be tough on myself.	8. Cuando atravieso épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.
9. When something upsets me I try to keep my emotions in balance.	9. Cuando algo me molesta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.
10. When I feel inadequate in some way, I try to remind myself that feelings of inadequacy are shared by most people.	10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que esos sentimientos de incapacidad son compartidos por la mayoría de las personas.
11. I'm intolerant and impatient towards those aspects of my personality I don't like.	11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
12. When I'm going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.	12. Cuando atravieso una situación muy difícil, yo mismo/a me proporciono el cuidado y cariño que necesito.
13. When I'm feeling down, I tend to feel like most other people are probably happier than I am.	13. Cuando me siento desanimado/a, tiendo a sentir que probablemente la mayoría de las personas son más felices que yo.
14. When something painful happens I try to take a balanced view of the situation.	14. Cuando sucede algo doloroso, trato de tener una visión equilibrada de la situación.
15. I try to see my failings as part of the human condition.	15. Intento ver mis fallas como parte de la condición humana.
16. When I see aspects of myself that I don't like, I get down on myself.	16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me deprimó.
17. When I fail at something important to me I try to keep things in perspective.	17. Cuando me equivoco en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
18. When I'm really struggling, I tend to feel like other people must be having an easier time of it.	18. Cuando realmente estoy en problemas, tiendo a sentir que a otras personas les debe resultar más fácil.
19. I'm kind to myself when I'm experiencing suffering.	19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
20. When something upsets me I get carried away with my feelings.	20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
21. I can be a bit cold-hearted towards myself when I'm experiencing suffering.	21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando experimento sufrimiento.
22. When I'm feeling down I try to approach my feelings with curiosity and openness.	22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y mente abierta.
23. I'm tolerant of my own flaws and inadequacies.	23. Soy intolerante con mis propios defectos y limitaciones.
24. When something painful happens I tend to blow the incident out of proportion.	24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerar la gravedad del incidente.
25. When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure.	25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
26. I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don't like.	26. Intento ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Escala de Compasión para población mexicana (ECOM) (López y Moreno, 2017).

Está conformada por 17 reactivos que evalúan la compasión de las personas ante el sufrimiento de otros. Posee una adecuada confiabilidad ($\alpha = .93$), y el análisis factorial confirmatorio mostró una estructura de tres factores (Motivación para ayudar a otros, Empatía hacia el sufrimiento y Compasión hacia los animales), con índices adecuados de bondad de ajuste. Se decidió utilizar esta escala con la finalidad de explorar la posible relación entre ambos constructos.

Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) (Watson, Lee y Tellegen, 1988).

Adaptada a población mexicana por Robles y Páez (2003), es una escala de 20 reactivos con cinco opciones de respuesta cada uno y conformada por dos factores: Afecto positivo y Afecto negativo. El cuestionario evalúa la intensidad con la que se han experimentado afectos positivos o negativos durante la última semana (afectos como estado). La consistencia interna para el primer factor fue de .85, y para el segundo de .81.

Recolección y análisis de datos

Los participantes recibían un mensaje en su correo electrónico o por medio de WhatsApp en el que se les explicaba de manera breve el objetivo de la investigación y la posibilidad de participar. Dicho mensaje incluía un enlace que redirigía al participante a un formulario electrónico elaborado en la plataforma *Google Forms* en el que se describía con mayor detalle el objetivo de la investigación, el contenido de los cuestionarios y se solicitaba su acuerdo expreso para participar de manera voluntaria, garantizándole en todo momento la confidencialidad de los datos. Si el participante aceptaba, se desplegaban los diferentes cuestionarios para ser respondidos, brindándole la posibilidad de detenerse en cualquier momento que lo deseara.

Los datos se analizaron mediante los programas SPSS, v. 25, y Mplus, v. 7 (Muthén y Muthén, 2017). Para examinar las características generales de los participantes se emplearon sus frecuencias, y para el análisis de la escala, los ítems negativos se codificaron de forma inversa; después, siguiendo

las recomendaciones de Neff *et al.* (2019), quienes indican que el mejor ajuste en las diversas adaptaciones del instrumento se ha logrado por medio de un modelo bifactorial con un factor de autocompasión general o total y seis factores o subescalas, se decidió analizar *a priori* la estructura factorial por medio de un modelado exploratorio de ecuaciones estructurales (ESEM, por las siglas en inglés de *Exploratory structural equation modeling*), el cual está diseñado específicamente para modelar interacciones al nivel de sistema (Marsh, Morin, Parker y Kaur, 2014; Morin, Marsh y Nagengast, 2013) y proporciona un mejor ajuste para escalas con factores que son conceptualmente cercanos e interrelacionados, expresándose en forma de cargas cruzadas de los ítems (Neff *et al.*, 2019).

Este análisis se efectuó mediante el programa Mplus, especificándose una rotación ortogonal y solicitando el estimador de mínimos cuadrados ponderados ajustados a la media y a la varianza (WLSMV), el cual puede ser más adecuado para ítems categóricos con cinco o menos opciones de respuesta que los estimadores basados en máxima verosimilitud, según se ha observado (Bandalos, 2014; Finney y DiStefano, 2006). La sintaxis completa para la realización específica de este análisis en el programa Mplus se puede consultar en el suplemento de Neff *et al.* (2019).

Para evaluar el modelo se requirieron los índices de ajuste X^2 y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA), según la cual el valor debería ser ≤ 0.05 para un buen ajuste. Los indicadores obtenidos de ajuste relativo, que oscilan entre 0 y 1 ($\leq .90$ generalmente se considera un buen ajuste), fueron el índice Tucker-Lewis (TLI), el índice de ajuste incremental y el índice de ajuste comparativo (CFI); por último, se calculó la raíz cuadrática media ponderada residual (WRMR, en la que < 1.00 se considera aceptable).

Para el análisis de confiabilidad se obtuvo el coeficiente omega (ω) siguiendo las indicaciones de Neff *et al.* (2019) quienes señalan que los modelos bifactoriales permiten la partición de las diferentes fuentes de varianza en los factores globales y específicos, y este es un análisis que estima la proporción de la varianza en la respuesta al ítem que se atribuye tanto a los factores globales como a los específicos (Neff *et al.* 2019). Con la finalidad

de contar con otros indicadores de consistencia interna también se realizó el análisis de alpha de Chronbach para la escala total y las subescalas. Finalmente se realizaron análisis de correlación por medio de r de Pearson entre los puntajes de los diferentes instrumentos utilizados.

RESULTADOS

Características de los participantes

De los 343 participantes seleccionados 69% fueron mujeres y 31% hombres, la media de edad fue de 24.4 años con una desviación estándar de 13.72, respecto al nivel educativo de los participantes, 21% contaban con educación básica máximo de nivel secundaria, 49% habían concluido el bachillerato y 30% tenían un nivel de estudios de licenciatura o superior. La muestra estuvo conformada principalmente por habitantes de la Ciudad de México (43%) y el Estado de México (50%),

el resto pertenecía a otros estados de la República Mexicana.

Análisis de la estructura factorial

Al realizar el análisis de la estructura factorial mediante el modelo de ESEM propuesto por la autora como el mejor ajuste encontrado en la escala con un factor general de Autocompasión (AC) y seis subescalas llamadas Autoamabilidad (AA), Autojuicio (AJ), Humanidad Compartida (HC), Aislamiento (A), Atención plena (AP) y Sobreidentificación (SI). Se obtuvieron los siguientes valores de ajuste del modelo, $\chi^2 = 294.669$, $gl\ 164\ p < .001$; RMSEA = 0.048; CFI = .97; TLI = .95, y finalmente WRMR = .501. En suma, los indicadores de bondad de ajuste mostraron niveles adecuados de adaptación para los datos, lo que confirma la estructura factorial original propuesta por Neff (2019). En la Tabla 2 se pueden observar las cargas factoriales estandarizadas de los reactivos.

Tabla 2. Cargas factoriales estandarizadas para la solución bifactor ESEM de la Escala de Autocompasión.

Reactivos	AC (λ)	AA (λ)	AJ (λ)	HC (λ)	A (λ)	MI (λ)	SI (λ)
Autoamabilidad							
5	.34	.49	.14	.24	.05	.28	.04
12	.45	.57	.16	.27	.02	.27	.04
19	.06	.25	.07	.06	.06	.08	.23
23	.75	.16	.05	.12	.37	.07	.02
26	.25	.38	.17	.19	.09	.40	.03
Autojuicio							
1	.74	.12	.09	.05	.08	.09	.04
8	.61	.06	.27	.17	.29	.01	.03
11	.70	.03	.29	.06	.14	.17	.04
16	.81	.03	.03	.00	.06	.03	.05
21	.64	.02	.08	.18	.09	.10	.13
Humanidad compartida							
3	.06	.13	.01	.16	.15	.43	.07
7	.03	.21	.08	.71	.13	.17	.03
10	.03	.12	.07	.70	.07	.22	.04
15	.35	.22	.18	.22	.05	.54	.14
Aislamiento							
4	.67	.11	.15	.16	.29	.01	.20
13	.68	.10	.04	.10	.04	.09	.01
18	.61	.17	.10	.14	.03	.07	.04
25	.67	.00	.03	.02	.32	.10	.10

Continúa...

Atención plena							
9	.50	.29	.11	.15	.08	.38	.22
14	.43	.10	.19	.19	.02	.61	.02
17	.32	.27	.13	.25	.07	.52	.23
22	.27	.30	.09	.29	.01	.53	.09
Sobreidentificación							
2	.69	.05	.00	.17	.07	.15	.09
6	.64	.12	.06	.06	.34	.08	.01
20	.55	.08	.04	.08	.03	.03	.69
24	.69	.01	.12	.05	.11	.09	.04

AC: Autocompasión-total, AA: Autoamabilidad, AJ: Autojuicio, HC: Humanidad compartida, A: Aislamiento, AP: Atención plena, SI: Sobreidentificación.

Análisis de confiabilidad

El coeficiente omega (ω) total de la escala fue .84; en el análisis del coeficiente alfa total de Cronbach se encontró que también fue de .84. En las subescalas del instrumento los resultados del análisis de confiabilidad con ambos coeficientes fueron, a saber: Autoamabilidad, $\omega = .48$, $\alpha = .35$; Autojuicio, $\omega = .80$, $\alpha = .80$; Humanidad compartida, $\omega = .63$, $\alpha = .61$; Aislamiento, $\omega = .73$, $\alpha = .73$; Atención plena, $\omega = .76$, $\alpha = .75$, y Sobreidentificación, $\omega = .68$, $\alpha = .68$. En general, estos datos indican niveles adecuados de confiabilidad para la SCS y sus diferentes subescalas, observándose niveles bajos

de confiabilidad únicamente en el factor Autoamabilidad.

Correlación con otras medidas

Con la finalidad de verificar la posible relación de los puntajes de la SCS con las variables de compasión, y afectos positivo y negativo, se retomaron las medias de los puntajes obtenidos por medio de los instrumentos descritos previamente. En la Tabla 3 se muestran los puntajes y desviaciones estándar de cada instrumento.

A partir de estos puntajes, se llevaron a cabo análisis de correlación por medio de la r de Pearson, cuyos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 3. Media y desviación de los puntajes de las puntuaciones totales y subescalas de los instrumentos utilizados.

Escala	Subescalas	M	D. E.
Escala de Autocompasión (SCS)	Autoamabilidad	15.73	3.55
	Autojuicio	15.75	5.13
	Humanidad compartida	12.68	3.44
	Aislamiento	12.83	4.07
	Atención plena	13.53	3.80
	Sobreidentificación	12.60	3.93
	Autocompasión total	83.15	15.85
Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS)	Afecto negativo	22.58	7.23
	Afecto positivo	30.13	8.10
Escala de Compasión (ECOM)	Compasión total	67.55	10.45
	Motivación para ayudar	38.89	6.65
	Empatía hacia el sufrimiento	16.02	3.43
	Compasión hacia los animales	12.65	2.53

Tabla 4. Correlaciones de los puntajes de la escala de autocompasión (CSC) con los puntajes de las escalas de compasión (ECOM) y afecto positivo y negativo (PANAS).

	Afecto negativo	Afecto positivo	Compasión total	Motivación para ayudar a otros	Empatía hacia el sufrimiento	Compasión hacia los animales
AA	$r = .04$ (p. 448)	$r = .10$ (p. 062)	$r = .06$ (p. 210)	$r = .07$, (p. 154)	$r = .008$, (p. 885)	$r = .05$, (p. 310)
AJ	$r = .29^{**}$, (p. 000)	$r = -.13^*$, (p. 011)	$r = -.10$, (p. 053)	$r = -.07$, (p. 158)	$r = -.15^{**}$, (p. 003)	$r = -.01$, (p. 786)
HC	$r = .03$, (p. 529)	$r = .12^*$, (p. 020)	$r = .12^*$, (p. 025)	$r = .12^*$, (p. 029)	$r = .05$, (p. 292)	$r = .06$, (p. 206)
A	$r = .23^{**}$, (p. 000)	$r = -.15^{**}$, (p. 003)	$r = -.07$, (p. 185)	$r = -.03$, (p. 525)	$r = -.14^{**}$, (p. 006)	$r = -.00$, (p. 938)
MI	$r = -.09$, (p. 077)	$r = .10^*$, (p. 046)	$r = .08$, (p. 125)	$r = .08$, (p. 137)	$r = .02$, (p. 624)	$r = .08$, (p. 139)
SI	$r = .27^{**}$, (p. 000)	$r = -.12^*$, (p. 023)	$r = -.08$, (p. 115)	$r = -.04$, (p. 401)	$r = -.15^{**}$, (p. 004)	$r = -.02$, (p. 069)
AC	$r = -.23^{**}$, (p. 000)	$r = .19^{**}$, (p. 000)	$r = -.01$, (p. 817)	$r = .01$, (p. 727)	$r = -.10^*$, (p. 046)	$r = .03$, (p. 520)

AA: Autoamabilidad, AJ: Autojuicio, HC: Humanidad compartida, A: Aislamiento, MI: *Mindfulness* (o Atención plena), SI: Sobreidentificación, AC: Autocompasión total.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01; *. La correlación es significativa en el nivel 0.05.

Como se puede observar, fue posible identificar algunas correlaciones positivas y negativas estadísticamente significativas, sobre todo con las de Afecto positivo y Afecto negativo del PANAS, y en menor medida con las subescalas de la ECOM. Las correlaciones significativas identificadas pueden considerarse débiles ya que ninguna superó un valor de .2 en el coeficiente r de Pearson; sin embargo, constituyen un hallazgo relevante en la medida en que aporta evidencia sobre la relación del constructo de autocompasión con otras variables, sobre todo con aquellas relacionadas con los estados de ánimo negativos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirmaron la estructura factorial de la SCS en población mexicana; de igual manera, los índices de confiabilidad fueron adecuados y similares a los de reportes previos (Arimitsu, 2014; Castilho, Pinto y Duarte, 2015; De Souza y Hutz, 2016; Dundas *et al.*, 2016); Hupfeld y Ruffieux, 2011; Montero *et al.*, 2016; Neff, 2003a; Petrocchi *et al.*, 2014; Williams *et al.*, 2014), lo que hace posible concluir que es factible utilizarla en población mexicana.

Por otra parte, se identificó que la correlación de los puntajes de la autocompasión con el

afecto negativo coincide con lo observado en investigaciones en las que se encontró que menores niveles de autocompasión correlacionan con una sintomatología de ansiedad, depresión o distrés psicológico más intensa (Neff y Germer, 2017; Marsh, Chan y MacBeth, 2018; Neff, Kirkpatrick, y Rude, 2007).

También fue posible identificar una correlación débil entre algunos puntajes de las subescalas de compasión y autocompasión, lo que coincide con reportes previos que indican que si bien ambos constructos están relacionados conceptualmente, las correlaciones tienden a ser débiles (Neff y Pommier, 2013) a causa de que a la mayoría de las personas les es más sencillo manifestar compasión por los demás que por ellos mismos (Neff, 2003a; Neff y Pommier, 2013), aunque los motivos por los que ocurre tal divergencia en la población mexicana deben investigarse aún.

Este trabajo aporta evidencia relevante que respalda el modelo de autocompasión de Neff (2003a) y su escala de autocompasión, lo que tiene diferentes implicaciones en el estudio de la autocompasión, como la necesidad de continuar explorando el constructo en diferentes poblaciones y realizar investigación tomando en cuenta otros modelos de examen de la autocompasión y de sus métodos de medición, lo que permitiría una comprensión más profunda del constructo en las condiciones de México.

Una de las principales limitaciones del presente trabajo es que los participantes no fueron seleccionados de manera aleatoria, y que tampoco se estudiaron poblaciones clínicas específicas, por lo que otra área de oportunidad importante para la investigación es estudiar grupos más grandes, particularmente en poblaciones clínicas en las que se evalúe la función de la autocompasión en el desarrollo de diversos problemas de salud mental, como el consumo de drogas, los trastornos del estado de ánimo y de la alimentación o el suicidio, entre muchos otros. Por último, la investigación sobre la autocompasión podría dirigirse al desa-

rollo o adaptación de intervenciones orientadas a entrenar la autocompasión, para luego evaluar la factibilidad del uso de estas técnicas y su aplicación a diferentes poblaciones clínicas en México, así como la evaluación de la sensibilidad de la SCS a los cambios a partir de una intervención.

La evaluación de este tipo de constructos resulta especialmente importante en el marco de las terapias contextuales y de la psicología clínica enfocada a evaluar variables distintas a las comúnmente asociadas con la psicopatología, ofreciendo así la oportunidad de atender los problemas de la salud mental desde una perspectiva distinta.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Dra. Kristin Neff su autorización para efectuar la adaptación de la Escala de Autocompasión, así como sus sugerencias para llevar a cabo el presente trabajo.

Citación: López T., A., Mondragón G., R., Sánchez R., R. y Moreno C., A.B. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (SCS) en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 217-228. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2785>.

REFERENCIAS

- Arimitsu, K. (2014). Development and validation of the Japanese version of the Self-Compassion Scale. *The Japanese Journal of Psychology*, 85(1), 50-59. Doi: 10.4992/jjpsy.85.50.
- Bandalos, D.L. (2014). Relative performance of categorical diagonally weighted least squares and robust maximum likelihood estimation. *Structural Equation Modeling*, 21, 102-116. Doi: 10.1080/10705511.2014.859510.
- Barnard, L.K. y Curry, J.F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. Doi: 10.1037/a0025754.
- Bennett-Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.
- Bonermann, B. y Singer, T. (2013). A cognitive neuroscience perspective. The resource model of compassion. En T. Singer y M. Bolz (Eds.): *Compassion. Bridging practice and science* (pp. 179-191). Munich: Max Planck Society.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J. y Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317. Doi: 10.1007/s12671-012-0106-5.
- Castilho, P., Pinto G., J. y Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 856-870. Doi: 10.1002/jclp.22187.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto G., J., Ferreira, C. y Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 23, 460-468. Doi: 10.1002/cpp.1974.
- Crego, C. y Widiger, T.A. (2014). Psychopathy, DSM-5, and a caution. *Personality Disorders*, 5, 335-347. Doi: 10.1037/per0000078.
- De Souza, L.K. y Hutz, C.S. (2016). Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. *Trends in Psychology*, 24, 159-172. Doi: 10.9788/TP2016.1-11.
- Dundas, I., Svendsen, J.L., Wiker, A.S., Granli, K.V. y Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, 68, 58-72. Doi: 10.1080/19012276.2015.1071203.
- Finney, S.J. y DiStefano, C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. En G. R. Hancock y R. D. Mueller (Eds.): *Structural equation modeling: A second course* (pp. 269-314). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J. y Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4, 4. Doi: 10.1186/s40639-017-0033-3.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N. y Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. Doi: 10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. y Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. Doi: 10.1348/147608310x526511.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 13(6), 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507.
- Goetz, J.L., Keltner, D. y Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374. Doi: 10.1037/a0018807.
- Hupfeld, J. y Ruffieux, N. (2011). Validation of a German version of the self-compassion scale (SCS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(2), 115-123. Doi: 10.1026/1616-3443/a000088.
- López T., A. y Moreno C., A.B. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32. Doi: 10.25009/pys.v29i1.2565.
- López, A., Sanderman, R. y Schroevers, M.J. (2018) A close examination of the relationship between self-compassion and depressive symptoms. *Mindfulness*, 9, 1470-1478. Doi: 10.1007/s12671-018-0891-6.
- López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., van Sonderen, E., Ranchor, A. y Schroevers, M.J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: Self-compassion versus selfcriticism. PLOS ONE, 10, e0132940. Doi: 10.1371/journal.pone.0132940.
- Marsh, H.W., Morin, A.J.S., Parker, P.D. y Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 85-110. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700.
- Marsh, I.C., Chan, S.W.Y. y MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents: a meta-analysis. *Mindfulness*, 9, 1011-1027. Doi: 10.1007/s12671-017-0850-7.
- Montero M., J., Gaete, J., Demarzo, M., Rodero, B., Serrano L., L.C. y Garcí C., J. (2016). Self-criticism: a measure of uncompassionate behaviors toward the self, based on the negative components of the Self-Compassion Scale. *Frontiers in Psychology*, 7, 1281. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.01281.
- Morin, A.J.S., Marsh, H.W. y Nagengast, B. (2013). Exploratory structural equation modeling. En G. R. Hancock y R. O. Mueller (Eds.): *Structural equation modeling: A second course* (pp. 395-436). Charlotte, NC: Information Age Publishing, Inc.
- Muthén, L.K. y Muthén, B.O. (2017). *Mplus user's guide* (8th ed.). Los Angeles, CA: Authors.
- Neff, K.D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. Doi: 10.1080/15298860309027.
- Neff, K.D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102. Doi: 10.1080/15298860309032.
- Neff, K.D. (2012). The science of self-compassion. En C. Germer y R. Siegel (Eds.): *Compassion and wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: The Guilford Press.
- Neff, K.D. y Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. Doi: 10.1002/jclp.21923.
- Neff, K.D. y Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological wellbeing. En J. Doty (Ed.): *Oxford handbook of compassion science* (pp. 371-386). New York, NY: Oxford University Press.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K. y Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154. Doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Neff, K.D. y Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160-176. Doi: 10.1080/15298868.2011.649546.
- Neff, K.D., Tóth-Király, I., Yarnell, L.M., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N., Guo, H.X., Hirsch, J.K., Hupfeld, J., Hutz, C.S., Kotsou, I., Lee, W.K., Montero-Marin, J., Sirois, F.M., de Souza, L.K., Svendsen, J.L., Wilkinson, R.B. y Mantzios, M. (2019). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 31(1), 27-45. Doi: 10.1037/pas0000629.
- Ozawa S., B., Dodson L., B., Raison, C. y Negi, L. (2012). Compassion and ethics: Scientific and practical approaches to the cultivation of compassion as a foundation for ethical subjectivity and well-being. *Journal of Healthcare, Science and the Humanities*, 2(1), 145-161.
- Petrocchi, N., Ottaviani, C. y Couyoumdjian, A. (2014). Dimensionality of self-compassion: Translation and construct validation of the self-compassion scale in an Italian sample. *Journal of Mental Health*, 23(2), 72-77. Doi: 10.3109/09638237.2013.841869.

- Phelps, C.L., Paniagua, S.M., Willcockson, I.U. y Potter, J.S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 78-81. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.10.026.
- Singer, T. y Kilmecki, O.M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875-878. Recuperado de [https://www.cell.com/current-biology/comments/S0960-9822\(14\)00770-2](https://www.cell.com/current-biology/comments/S0960-9822(14)00770-2).
- Soysa, C.K. y Wilcomb, C.J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, 6, 217-226. Doi: 10.1007/s12671-013-0247-1.
- Strauss, C., Lever-Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. y Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15-27. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.004.
- Watson, D.C., Lee, A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Williams, M.J., Dalglish, T., Karl, A. y Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*, 26(2), 407-418. Doi: 10.1037/a0035566.

Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés: análisis de sus propiedades psicométricas con pacientes oncológicos

Cognitive Appraisal and Stress Scale: Analysis of its psychometric properties with cancer patients

Roberto Miguel Corona, Cynthia Zaira Vega Valero y David Ruiz Méndez

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Roberto Miguel Corona, roberto.miguel@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

El modelo transaccional de estrés se ha utilizado para estudiar el comportamiento de pacientes oncológicos a lo largo del diagnóstico y el tratamiento médico. La variabilidad en el comportamiento de los pacientes y sus repercusiones en la adherencia terapéutica pueden ser examinadas con base en la evaluación cognitiva de la situación y en sus recursos para afrontar las demandas del entorno. El objetivo de este trabajo se centró en la construcción de la Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés y en el análisis de su validez y confiabilidad, para lo cual se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 200 pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México. Se efectuó un análisis factorial exploratorio y un análisis de consistencia interna. Los resultados muestran que la escala se conforma de 30 ítems con dos factores, uno con 13 ítems, Evaluación Primaria, y el otro, Evaluación Secundaria, con 17 ítems. Se concluye que dicha escala es una herramienta de medida que muestra propiedades adecuadas en cuanto a su confiabilidad y validez, y que mantiene coherencia teórica con el modelo transaccional de estrés.

Palabras clave: Estrés; Evaluación cognitiva; Cáncer; Análisis psicométrico.

ABSTRACT

Antecedents. The transactional stress model has been used to study the behavior of oncologic patients throughout their diagnosis and medical treatment. The variability in the patients' behavior and its repercussions on therapeutic adherence are susceptible of analysis, based on the cognitive appraisal of the situation and the individual's resources to cope with the demands of the environment. Objective. The present study aimed at developing the Cognitive Appraisal and Stress Assessment and assessing its validity and reliability. Method. The study was cross-sectional, with a sample of 200 patients from the oncology service at Juárez General Hospital in Mexico City. Analyses included exploratory factor analysis (EFA) and internal consistency. Results. The results show that the scale is made up of 30 items in two factors: Primary Appraisal with 13 items, and Secondary Appraisal with 17 items. The main findings suggest that the scale has adequate properties in terms of reliability and validity, and maintains theoretical coherence with the transactional stress model.

Key words: Stress; Cognitive appraisal; Cancer; Psychometric analysis.

¹ Carrera de Psicología, División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, 54090 Ciudad de México, México, correos electrónicos: roberto.miguel@iztacala.unam.mx, cynthia-vega@iztacala.unam.mx y davidrm@iztacala.unam.mx.



Recibido: 27/04/2021

Aceptado: 14/09/2021

INTRODUCCIÓN

El estudio y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas, como los padecimientos cardiovasculares y respiratorios, la diabetes mellitus y el cáncer son de las principales preocupaciones en el campo de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Entre estos padecimientos, los oncológicos constituyen la segunda causa de muerte en el mundo (OMS, 2018), con 70% de los registros en países de ingresos medios y bajos; entre los cuales, los cánceres pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario son los más frecuentes (National Cancer Institute, 2020; OMS, 2018). En México, tales padecimientos ocupan el tercer puesto entre las causas de muerte en la población general, el segundo en adultos y el quinto en menores de 15 años (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). Entre estos padecimientos, el de mama, de próstata y el colorrectal son los que encabezan las listas de incidencia y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Uno de los factores de riesgo relacionados con la incidencia y mortalidad del cáncer es el estilo de vida y la falta de adherencia terapéutica de los pacientes (OMS, 2018). En la psicología, la adherencia terapéutica se entiende como un conjunto de comportamientos efectivos para el cumplimiento de las indicaciones médicas relacionadas con el control de la enfermedad. Ejemplos de estos comportamientos son la ingesta de medicamentos y alimentos, las conductas para mejorar la salud y la creencia del paciente en la eficacia de su comportamiento para controlar la enfermedad (Soria, Vega y Nava, 2009). Entre la población oncológica, los problemas de adherencia pueden repercutir en la efectividad de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, cirugía, terapia hormonal, etc.) y en la salud del paciente, ya que es común que se mantengan hasta por tres décadas, influyendo así en el periodo de sobrevida (Butow *et al.*, 2010).

Se ha observado que la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos puede variar duran-

te el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Por ejemplo, Murphy, Bartholomew, Carpentier, Bluethmann y Vernon (2012) y Magai, Consedine, Neugut y Hershman (2007) señalan que la falta de adherencia terapéutica puede variar entre 15 y 60% a lo largo de los años en tratamientos tales como la quimioterapia y la hormonoterapia, y que se ha identificado el estrés como una de las fuentes de esa variabilidad.

Desde un modelo transaccional, se entiende el estrés como: “una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Según tal definición, los comportamientos asociados al estrés implicados en las variaciones de adherencia terapéutica se explican por medio del concepto de “evaluación cognitiva”, o sea, la valoración que los pacientes oncológicos hacen sobre los eventos a los que se ven expuestos.

El proceso de evaluación cognitiva implica dos momentos: una evaluación primaria y una secundaria. La primera se centra en identificar las posibles consecuencias de un evento específico hacia el sujeto, de las que hay tres posibilidades: *a)* una evaluación irrelevante en la que el paciente no identifica las posibles consecuencias, o bien estas carecen de importancia; *b)* una evaluación benigno-positiva, que implica la identificación de consecuencias gratificantes, y *c)* una evaluación estresante, que considera los posibles daños actuales (o pérdida), prevé daños a futuro (amenaza), y en algunos casos genera impaciencia por vencer en la confrontación con el medio ambiente (desafío). La evaluación secundaria, por su parte, se focaliza en las estrategias, recursos y habilidades para hacer frente a la situación (Lazarus y Folkman, 1986), por lo que el resultado de este proceso haría posible identificar lo que un paciente hace ante eventos como el tratamiento médico. Las investigaciones efectuadas en población oncológica refieren que el estrés y la evaluación cognitiva tienen una función reguladora en problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión (Bright y Stanton, 2017; Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007; Hulber-Williams, Neal, Morrison, Hood y Wilkinson, 2012). A su vez, la regulación de

dichas variables impacta en el periodo de supervivencia, la adherencia al tratamiento y la adquisición y mantenimiento de conductas saludables (Aguado *et al.*, 2013).

A pesar de la importancia de la evaluación cognitiva como variable reguladora de la adherencia terapéutica, gran parte de las investigaciones sobre la relación del estrés con los padecimientos crónicos se han centrado en la descripción de las estrategias de afrontamiento (Gutiérrez y Lemos, 2016; Hefner, Csef y Kunzmann, 2017) y la relación que tienen con variables tales como el estado de salud y la eficacia del tratamiento médico (Andrés, Torrico y Remesal, 2012), la adherencia terapéutica y la depresión (Bright y Stanton, 2017), la calidad de vida y las emociones negativas (Gaviria *et al.*, 2007; Hulber-Williams *et al.*, 2012). Una consecuencia de lo anterior es que instrumentos como la Brief COPE (Aguado *et al.*, 2013; Bright y Stanton, 2017; Carver, 1997; Langford *et al.*, 2017), el Ways of Coping (Folkman y Lazarus, 1985;), la Escala de Modos de Afrontamiento (Andrés *et al.*, 2012), el Emotional Approach Coping (Bright y Stanton, 2017), el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Gaviria *et al.*, 2007) y el Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (Vega, Muñoz, Berra, Nava y Gómez, 2012) le den preponderancia en la medición del afrontamiento, dejando de lado la medición del concepto de evaluación cognitiva.

La construcción de un instrumento que permita dar cuenta de la evaluación cognitiva resulta relevante, ya que para el modelo transaccional de estrés esta variable es un punto focal para analizar el comportamiento de los pacientes.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo de esta investigación con diseño no experimental (Kerlinger y Lee, 2002) y de corte transversal (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 1990) es presentar los resultados de procedimientos para estimar la confiabilidad y validez de una nueva escala que permite medir la evaluación cognitiva a partir del modelo transaccional de estrés. El instrumento propuesto se construyó a partir de seis subescalas. Para el caso de la evaluación primaria, se incluye la evaluación irrelevante, benigno-positiva y estresante en las categorías de daño-pérdida, amenaza y desafío, constituyendo la última subescala la evaluación secundaria.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no aleatorio intencional en el cual se conformó una muestra de 200 pacientes de los servicios de oncología del Hospital Juárez de México, de la clínica de mama y de oncología médica. En la Tabla 1 se describen las características de la muestra.

Tabla 1. Datos de la muestra: sexo, diagnóstico oncológico y tratamiento médico.

Variable	n	%
Sexo		
Mujer	144	72.0
Hombre	56	28.0
Diagnóstico oncológico		
Mama	114	57.0
Testículo	32	16.0
Cuello uterino	18	9.0
Próstata	16	8.0
Linfoma no Hodgkin	5	2.5
Colon	4	2.0
Laringe	4	2.0
Sarcoma	2	1.0
Amígdala	1	0.5
Astrocitoma	1	0.5
Encía	1	0.5
Epidermoide	1	0.5
Glioblastoma	1	0.5
Tratamiento médico		
Quimioterapia	75	37.5
Cirugía	57	28.5
Quimioterapia + Radioterapia	56	28
Tratamiento hormonal	11	5.5
Radioterapia	1	0.5

La mayoría de los participantes fueron mujeres, y el tipo de cáncer de mayor frecuencia fue de mama. Los criterios de inclusión a considerar fueron tener un diagnóstico oncológico confirmado, haber iniciado la etapa de tratamiento, tener dominio del idioma español y saber leer y escribir. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que manifestaran deterioro cognitivo por tratamiento o por enfermedad, o bien que se encontraran en etapa terminal.

Instrumento

Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés (EECyE). Para construir la EECyE se tomó como eje rector el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), así como las consideraciones señaladas por Zapata y Canet (2008). En un primer momento, la EECyE se constituyó con 54 ítems (ver Anexo 1), con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va de 5, “Totalmente de acuerdo”, a 1, “Totalmente en desacuerdo”, organizados como sigue: *Evaluación primaria-Irrelevante* (cinco ítems: 2, 6, 7, 26, 42); *Evaluación primaria-Benigno/Positiva* (siete ítems: 4, 16, 24, 31, 46, 47, 48); *Evaluación primaria-estresante [daño/pérdida]* (diez ítems: 5, 15, 19, 20, 30, 32, 34, 39, 41, 44); *Evaluación primaria-estresante [amenaza]* (diez ítems: 9, 10, 11, 13, 23, 25, 28, 37, 43, 51); *Evaluación primaria-estresante [desafío]* (cuatro ítems: 8, 36, 53, 54), y *Evaluación secundaria* (dieciocho ítems: 1, 3, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 27, 29, 33, 35, 38, 40, 45, 49, 50, 52).

Procedimiento

La EECyE se aplicó en el área de consulta externa del servicio de oncología del citado hospital. Durante las consultas de la clínica de mama y oncología médica se identificó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, tras de lo cual se les invitó a participar voluntariamente en el estudio. A los pacientes que aceptaron se le entregó un formato de consentimiento informado para su firma y se les aplicó la escala, lo que tuvo una duración aproximada de 10 minutos.

Análisis de datos

Para el procesamiento estadístico se utilizaron los programas SPSS®, versión 26 de Mac (IBM, 2019) y RStudio® (2020), version 4.0.2. Se analizó la distribución de frecuencias de cada reactivo, así como su asimetría y curtosis (Nunnally y Bernstein, 1994). Se analizó asimismo la normalidad multivariada mediante la prueba de Mardia (Cain, Zhang y Yuan, 2017). La confiabilidad inicial de la escala se evaluó mediante la consistencia em-

pleando el coeficiente alfa de Cronbach, en los que se consideraron como criterios de eliminación una correlación ítem-total inferior a .20 o una correlación negativa (Cozby, 2005; Quero-Virla, 2010).

Para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio se siguieron las directrices descritas por Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014), según las cuales se consideran como criterios aceptables un índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mayor a .80, una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa, y un determinante superior a 0. De modo similar, los criterios elegidos para el análisis factorial exploratorio fueron, a saber: cargas factoriales superiores a .40; discriminación entre factores con un mínimo de .10 respecto de las cargas secundarias; que cada factor se constituya al menos por tres ítems, y que la agrupación guarde coherencia teórica. Por último, la confiabilidad final de la escala se evaluó mediante el coeficiente omega en cada factor (Dunn, Baguley y Brunson, 2013), conjuntando así criterios teóricos y numéricos para identificar las estructuras factoriales posibles.

RESULTADOS

Basados en los resultados de asimetría y curtosis de la prueba de Mardia, se vio que los datos no cumplían con los criterios de normalidad multivariada, según se observa en la Tabla 2 (*cf.* Cain *et al.*, 2017), y se analizó seguidamente la consistencia interna del instrumento. Se hallaron ítems con valores de correlación ítem-total menores a .20, así como con valores negativos, los que se eliminaron (2, 6, 7, 26, 42, 4, 16, 24, 31, 43, 46, 47, 48). Se corrió nuevamente el análisis y se identificó que todos los ítems restantes mantenían una correlación ítem-total mayor a .20, con un valor alfa de .92 (*cf.* Cozby, 2005; Quero-Virla, 2010).

Tabla 2. Test de Mardia.

	$\hat{\beta}$	κ	p
Asimetría	553.1392	18437.97468	< .05
Curtosis	1315.3997	23.59839	< .05

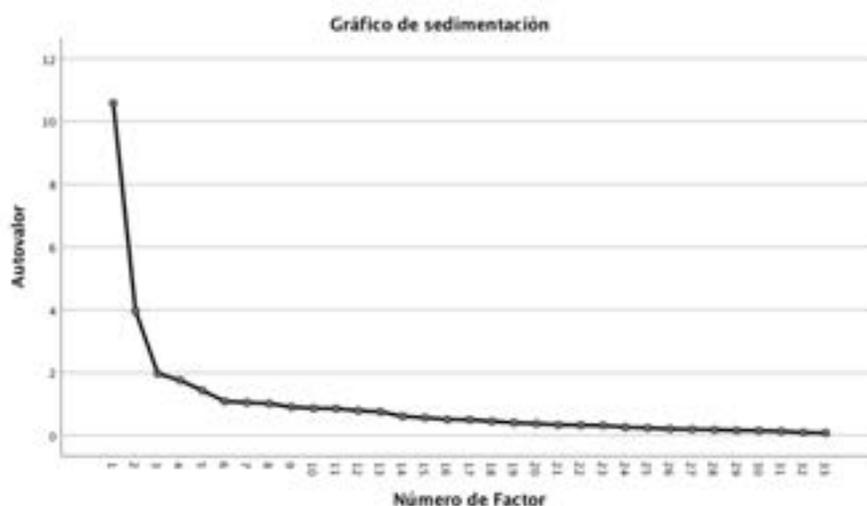
Una vez analizada la consistencia interna e identificada la carencia de normalidad multivariada,

se siguieron las recomendaciones de Izquierdo, Olea y Abad (2014), Frías y Pascual (2012) y Watkins (2018). Se efectuó el análisis factorial exploratorio empleando un método de extracción por mínimos cuadrados no ponderados y rotación oblicua Oblimin. Con base en los criterios descritos por Lloret *et al.* (2014), se consideraron los datos de la medida de adecuación muestral del KMO de 0.815 y la prueba de Esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(528)} = 4237.036, p < .01$). De acuerdo con estos resultados, se consideró apropiado llevar a cabo el análisis factorial. Para identificar el número

de factores se eliminaron de manera individual los ítems 15, 27, 1, 40, 22 y 20, cuya saturación fue menor de .40, dado que cada ítem solo puede pertenecer a un factor. En el caso de aquellos ítems que presentaron saturación en dos factores, se tomaron como criterio de eliminación una diferencia menor a .10, que fue el caso de los ítems 11, 19 y 34, y cargas factoriales negativas: 53 y 8.

Al analizar los autovalores y el decaimiento del gráfico de sedimentación se observaron tres factores (Figura 1).

Figura 1. Gráfica de sedimentación.



Sin embargo, considerando los argumentos de Izquierdo *et al.* (2014) y Zamora, Monroy y Chávez (2010), se optó por una solución de dos factores

con cinco iteraciones que explican 61.01% de la varianza. La distribución de los ítems se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Matriz de Patrón.

Ítems	Factor	
	Evaluación secundaria	Evaluación primaria
14 Me siento capaz de cumplir con el tratamiento.	.830	-.014
17 Soy capaz de modificar mis actividades diarias para seguir las indicaciones médicas.	.779	.004
33 Mis habilidades me ayudarán a cumplir con las indicaciones de mi médico.	.750	-.011
29 Soy capaz de controlar las molestias físicas derivadas de cualquier tratamiento médico.	.726	-.030
50 Mis familiares me apoyan durante mi tratamiento.	.720	.180
49 Me considero capaz de pedir ayuda durante mi tratamiento médico.	.692	-.068
45 Tengo a la mano todos los materiales o herramientas para seguir las indicaciones de mi médico.	.663	-.016
12 Soy capaz de cambiar mi alimentación como el doctor me lo indicó.	.660	.042
21 Tengo el conocimiento necesario para seguir las indicaciones del médico.	.648	.069

Continúa...

54 Me entusiasma poder enfrentar el tratamiento.	.638	-.310
3 Tengo gente a mi alrededor que me apoya durante el tratamiento (amigos, conocidos, vecinos, etc.).	.632	.152
36 Me siento motivado para iniciar el tratamiento.	.629	.001
18 Conozco lo que debo hacer para llevar de mejor manera mi tratamiento.	.569	.201
38 Tengo un buen estado de salud para adecuarme a las indicaciones del médico.	.543	.052
52 Tengo todo lo necesario para el cuidado de mi salud durante mi tratamiento.	.535	.183
35 Conozco las características del tratamiento.	.535	.077
10 El tratamiento no me permite estar preparado para el futuro.	.489	.239
23 Creo que el tratamiento me irá desgastando en el futuro.	-.070	.693
41 Con el tratamiento freno mis habilidades.	-.062	.674
30 El tratamiento trajo muchos cambios inesperados.	-.188	.667
32 Actualmente el tratamiento me está generando daño físico.	-.038	.631
28 Más adelante el tratamiento me obligará a conseguir más dinero.	-.007	.596
44 El tratamiento está perjudicando mi trabajo.	.041	.594
39 Hoy en día el tratamiento me ha hecho perder dinero.	.105	.524
5 Actualmente el tratamiento me ha limitado en mis actividades.	.068	.502
9 Pienso que a futuro el tratamiento no me permitirá controlar los efectos secundarios (vómito, caída del cabello, cansancio, etc.).	.139	.501
25 En un futuro el tratamiento me traerá dificultades.	.087	.490
51 El tratamiento me generará problemas en el trabajo.	.206	.486
37 Creo que el tratamiento tendrá resultados inciertos.	.118	.449
13 El tratamiento me generará dolor en el futuro.	.198	.433

Finalmente, al efectuar los análisis de confiabilidad, se obtuvo un valor α de .92 para el total de la escala, con valores de .93 en el primer factor y de .87 en el segundo. Sin embargo, siguiendo los argumentos de Socan (2000) y Dunn *et al.* (2013), se apreció que el valor de α puede presentar dificultades por el incumplimiento de sus supuestos, atenuando así sus estimaciones de consistencia interna. Siguiendo a estos mismos autores, y debido a que la escala es bifactorial, se sugiere el uso del coeficiente omega (Ω) para una estimación más precisa al reportar individualmente los resultados de cada factor. Por lo tanto, se empleó el dicho coeficiente para analizar la consistencia interna; obteniendo un valor de .93 (CI 95% Bca [.91-.94]) para el primer factor, y de .87 (CI 95% Bca [.84-.90]) para el segundo. El resultado final de los análisis da como resultado una escala con un total de 30 ítems (ver Anexo 2) y una solución de dos factores, con 17 ítems para el factor “Evaluación Secundaria” y de 13 para el factor “Evaluación Primaria”.

DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo mostrar las propiedades psicométricas de una escala que permite la medición de la variable Evaluación cognitiva en una muestra de pacientes oncológicos. Los resultados muestran una escala con propiedades psicométricas adecuadas, la cual se agrupa en dos factores teóricamente coherentes (ver Anexo 2).

En relación con el argumento teórico que guió el estudio, el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1986) describe tres tipos de evaluación primaria: irrelevante, benigno-positiva y estresante. Los datos obtenidos no permitieron que los ítems se agruparan de esta manera, por lo que se eliminaron 13 ítems correspondientes a los tipos de evaluación irrelevante y benigno-positiva. Con base en tales datos, se obtuvo una agrupación de dos factores que considera en lo general a las evaluaciones primaria y secundaria, y no una de seis subescalas, como se tenía proyectado al inicio.

Los factores obtenidos fueron denominados “Evaluación primaria y “Evaluación secundaria”, manteniendo una agrupación teóricamente coherente. El factor orientado a la evaluación secundaria considera los recursos y habilidades de los pacientes en los ítems 3, 10, 12, 14, 17, 18, 21, 29, 33, 35, 36, 38, 45, 49, 50, 52 y 54, mientras que el factor dirigido a la identificación de las consecuencias, que corresponde a la evaluación primaria estresante, condensa las categorías de daño-pérdida, amenaza y desafío en los ítems 5, 9, 13, 23, 25, 28, 30, 32, 37, 39, 41, 44 y 51. Esta agrupación coincide con lo que el modelo predice sobre el proceso psicológico de estrés, ya que la evaluación primaria (específicamente estresante), en conjunto con la evaluación secundaria, son la antesala del comportamiento de las personas.

En cuanto al proceso de validación y confiabilidad de la escala, Cain *et al.* (2017) subrayan la importancia de los análisis de normalidad multivariada como una alternativa a la asunción clásica de la normalidad. En una línea similar, Socan (2000) y Dunn *et al.* (2013) señalan la influencia de las violaciones a los supuestos clásicos de la normalidad y del efecto que se observa en los análisis de confiabilidad basados en el coeficiente alfa de Cronbach; dichos efectos hacen que este último atenúe sus estimaciones de consistencia interna, por lo que se ha propuesto como alternativa el uso del coeficiente omega, con intervalos de confianza y estimaciones robustas, para el análisis preciso de la consistencia interna. En los resultados del presente estudio no se observaron diferencias pronunciadas entre ambos coeficientes, y es posible afirmar que la escala muestra consistencia interna adecuada en ambos factores según los resultados del coeficiente omega.

En relación con las decisiones tomadas en el procedimiento del análisis factorial exploratorio, Izquierdo *et al.* (2014) y Watkins (2018) sugieren lo siguiente: 1) tener presente el modelo teórico para prever y analizar el número de factores; 2) tomar en cuenta que en las ciencias sociales y de la salud es

normal observar factores correlacionados; 3) obtener una muestra mínima de 200 participantes; 4) emplear diferentes procedimientos para decidir el número de factores, y 5) emplear rotaciones oblicuas cuando no hay independencia de factores. Tales recomendaciones se observaron en este trabajo, lo que indica que los resultados obtenidos del análisis factorial exploratorio se apegaron a las mencionadas recomendaciones, y que los resultados derivados de este análisis pueden considerarse como una buena indicación de la validez de constructo de la escala.

CONCLUSIONES

La Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés es una herramienta de medición que muestra poseer propiedades adecuadas en cuanto a la confiabilidad y validez y que mantiene coherencia teórica con el modelo transaccional de estrés. Se pretende que este instrumento funcione como un recurso complementario para el análisis de los procesos de estrés que afronta la población oncológica a lo largo del tratamiento médico, y que en investigaciones posteriores haga posible predecir las estrategias que emplean los pacientes para ese fin, así como la influencia y la modificación de la adherencia terapéutica.

Se sugiere para próximos estudios refinar las estrategias metodológicas de muestreo para garantizar la homogeneidad de las varianzas con el fin de replicar y contrastar los resultados. Del mismo modo, se recomienda emplear dicha escala, complementada con herramientas destinadas a medir el afrontamiento y la adherencia terapéutica de la población oncológica, tanto en las diferentes etapas de la enfermedad como durante el tratamiento médico, para así identificar las posibles diferencias entre grupos y correlaciones entre las variables que permitan llegar a una conclusión sólida sobre el modelo teórico que le subyace.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca 481095 otorgada al primer autor como parte de sus estudios doctorales, con Número de Registro de Becario 336010.

Citación: Miguel C., R., Vega V., C.Z. y Ruiz M., D. (2023). Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés: análisis de sus propiedades psicométricas con pacientes oncológicos. *Psicología y Salud*, 33(1), 229-240. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2786>.

REFERENCIAS

- Aguado, C., Baldwin, J., McDermott, R., McMillan, S., Martínez, D., Yamoslkaya, S. y Vandeweerd, C. (2013). Risk factors associated with increased depressive symptoms among Latinas diagnosed with breast cancer within 5 years of survivors-hip. *Psycho-Oncology*, 22, 2779-2788. Doi: 10.1002/pon.3357.
- Andrés V., M., Torrico, E. y Remesal, R. (2012). Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. *Anales de Psicología*, 28(3), 753-762. Doi: 10.6018/analesps.28.3.156051.
- Bright, E. y Stanton, A. (2017). Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 242-253. Doi: 10.1037/ccp0000272.
- Butow, P., Palmer, S., Pai, A., Goodenough, B., Luckett, T. y King, M. (2010). Review of adherence-related issues in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4800-4809. Doi: 10.1200/JCO.2009.22.2802.
- Cain, M.K., Zhang, Z. y Yuan, K.H. (2016). Univariate and multivariate skewness and kurtosis for measuring nonnormality: Prevalence, influence and estimation. *Behavior Research Methods*, 49(5), 1716-1735. Doi: 10.3758/s13428-016-0814-1.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the Brief Coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Cozby, P. (2005). *Métodos de investigación del comportamiento* (8ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Dunn, T.J., Baguley, T. y Brunson, V. (2013). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. Doi: 10.1111/bjop.12046.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. Doi: 10.1037/0022-3514.48.1.15.
- Frías N., D. y Pascual, M. (2012). Práctica del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica*, 19(1), 47-58.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gutiérrez, M. y Lemos, V. (2016). Estudio preliminar sobre estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer. *Anuario de Investigaciones*, 23, 331-338.
- Hefner, J., Csef, E. y Kunzmann, V. (2017). Adherence and coping strategies in outpatients with chronic myeloid leukemia receiving oral tyrosine kinase inhibitors. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 232-240. Doi: 10.1188/17.ONF.E232-E240.
- Hulber-Williams, N., Neal, R., Morrison, V., Hood, K. y Wilkinson, C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*, 21, 857-867. Doi: 10.1002/pon.1980.
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Mac, Versión 26.0* [software de cómputo]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *¿De qué mueren los mexicanos?* Cuernavaca (México): INSP.
- Izquierdo, I., Olea, J. y Abad, F. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395-400. Doi: 10.7334/psicothema2013.349.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Langford, D., Cooper, B., Paul, S., Humphreys, J., Keagy, C., Conley, Y., Hammer, M., Levine, J., Wright, F., Melisko, M., Miaskowski, C. y Dunn, L. (2017). Evaluation of coping as a mediator of the relationship between stressful life events and cancer-related distress. *Health Psychology*, 36(12), 1147-1160. Doi: 10.1037/hea0000524.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (2ª ed.). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lloret S., S., Ferreres T., A., Hernández B., A. y Tomás M., I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. Doi: 10.6018/analesps.30.3.199361.
- Magai, C., Considine, N., Neugut, A. y Hershman, D. (2007). Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: A conceptual review and synthesis. *Journal of Women's Health*, 16(1), 11-23. Doi: 10.1089/jwh.2006.0024.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (1990). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis* (2ª ed.). México: Trillas.

- Murphy, C., Bartholomew, L., Carpentier, M., Bluethmann, S. y Vernon, S. (2012). Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 134, 459-478. Doi: 10.1007/s10549-012-2114-5.
- National Cancer Institute (2020). *Cancer Statistics*. Bethesda, MD: NCI.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1995). *Teoría psicométrica* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Ginebra: OMS Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Temas de salud: Enfermedades crónicas*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Perfiles de país sobre cáncer, 2020*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=15716:country-cancer-profiles-2020yItemid=72576ylang=es.
- Quero V., M. (2010). Confiabilidad y coeficiente alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252.
- Rstudio (2020). *RStudio: Integrated Development for R. RStudio* [software de cómputo]. <https://www.rstudio.com>.
- Socan, G. (2000). Assessment of reliability when test items are not essentially tau-equivalent. *Advances in Methodology and Statistics*, 15, 23-35.
- Soria, R., Vega, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88.
- Vega, Z., Muñoz, S., Berra, E., Nava, C. y Gómez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de estrés, emociones y afrontamiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1051-1073.
- Watkins, M.W. (2018). Exploratory factor analysis: A guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246. Doi: 10.1177/0095798418771807.
- Zamora, S., Monroy, L. y Chávez, C. (2010). *Análisis factorial: una técnica para evaluar la dimensionalidad de las pruebas*. México: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A.C.
- Zapata, G. y Canet, M. (2008). Propuesta metodológica para la construcción de escalas de medición a partir de una aplicación empírica. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(2), 1-26.

Anexo 1

Listado original de preguntas de la Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés (EECyE)

1. Anteriormente he resuelto situaciones como este tratamiento.
2. No me preocupan las consecuencias del tratamiento (caída del cabello, daños en la piel, reducción de peso, cambios de humor, cansancio, etc.).
3. Tengo gente a mi alrededor que me apoya durante el tratamiento (amigos, conocidos, vecinos, etc.).
4. Considero que el tratamiento me ha unido con mi familia.
5. Actualmente el tratamiento me ha limitado en mis actividades.
6. No he pensado en los efectos del tratamiento.
7. Son irrelevantes los efectos secundarios del tratamiento.
8. Estoy impaciente por enfrentarme al tratamiento y retomar mis actividades.
9. Pienso que a futuro el tratamiento no me permitirá controlar los efectos secundarios (vómito, caída del cabello, cansancio, etc.).
10. El tratamiento no me permite estar preparado para el futuro.
11. Con el tratamiento vendrán consecuencias negativas para mi familia.
12. Soy capaz de cambiar mi alimentación como el doctor me lo indicó.
13. El tratamiento me generará dolor en el futuro.
14. Me siento capaz de cumplir con el tratamiento.
15. Actualmente el tratamiento me está afectando con mi pareja.
16. El tratamiento me ayudó a ver la vida de manera diferente.
17. Soy capaz de modificar mis actividades diarias para seguir las indicaciones médicas.
18. Conozco lo que debo hacer para llevar de mejor manera mi tratamiento.
19. Pienso que actualmente el tratamiento pone en riesgo mi bienestar.
20. Considero que el tratamiento también afecta a mi familia.
21. Tengo el conocimiento necesario para seguir las indicaciones del médico.
22. Ya he vivido una situación similar en el pasado.
23. Creo que el tratamiento me irá desgastando en el futuro.
24. El tratamiento solamente tendrá resultados positivos en mi salud.
25. En un futuro el tratamiento me traerá dificultades.
26. No me importan los resultados que pueda tener el tratamiento médico (reducir el tamaño del tumor, detener el avance de la enfermedad, extraer el tumor, etc.).
27. Mis recursos económicos me ayudarán a cumplir con todo el tratamiento.
28. Más adelante el tratamiento me obligará a conseguir más dinero.
29. Soy capaz de controlar las molestias físicas derivadas de cualquier tratamiento médico.
30. El tratamiento trajo muchos cambios inesperados.
31. El tratamiento ha traído cambios positivos a mi vida.
32. Actualmente el tratamiento me está generando daño físico.
33. Mis habilidades me ayudarán a cumplir con las indicaciones de mi médico.
34. Hoy en día el tratamiento me ha alejado de las personas.
34. Conozco las características del tratamiento.
36. Me siento motivado para iniciar el tratamiento.
37. Creo que el tratamiento tendrá resultados inciertos.
38. Tengo un buen estado de salud para adecuarme a las indicaciones del médico.
39. Hoy en día el tratamiento me ha hecho perder dinero.
40. Tengo el dinero suficiente para mi tratamiento.
41. Con el tratamiento freno mis habilidades.
42. No me preocupan los cambios que tengo que realizar.
43. Cambiará mi estilo de vida en un futuro.
44. El tratamiento está perjudicando mi trabajo.
45. Tengo a la mano todos los materiales o herramientas para seguir las indicaciones de mi médico.
46. Las indicaciones de mi médico me dan una nueva oportunidad de vivir.
47. Las indicaciones de mi médico me permitirán seguir con mis actividades.
48. El tratamiento me traerá beneficios.
49. Me considero capaz de pedir ayuda durante mi tratamiento médico.
50. Mis familiares me apoyan durante mi tratamiento.
51. El tratamiento me generará problemas en el trabajo.
52. Tengo todo lo necesario para el cuidado de mi salud durante mi tratamiento.
53. Siento urgencia de terminar el tratamiento para regresar al trabajo.
54. Me entusiasma poder enfrentar el tratamiento.

Anexo 2

Versión final de la Escala de Evaluación Cognitiva y Estrés (EECyE)

Instrucciones:

A continuación, se presentan una serie de frases, lea con atención cada una de ellas y marque con una X el cuadro que mejor le represente en general.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	X			

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas y que todas ellas son igualmente válidas.

	Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Tengo gente a mi alrededor que me apoya durante el tratamiento (amigos, conocidos, vecinos, etc.).					
2.	Actualmente el tratamiento me ha limitado en mis actividades.					
3.	Pienso que a futuro el tratamiento no me permitirá controlar los efectos secundarios (vómito, caída del cabello, cansancio, etc.)					
4.	El tratamiento no me permite estar preparado para el futuro.					
5.	Soy capaz de cambiar mi alimentación como el doctor me lo indicó.					
6.	El tratamiento me generará dolor en el futuro.					
7.	Me siento capaz de cumplir con el tratamiento.					
8.	Soy capaz de modificar mis actividades diarias para seguir las indicaciones médicas.					
9.	Conozco lo que debo hacer para llevar de mejor manera mi tratamiento.					
10.	Tengo el conocimiento necesario para seguir las indicaciones del médico.					
11.	Creo que el tratamiento me irá desgastando en el futuro.					
12.	En un futuro el tratamiento me traerá dificultades.					
13.	Más adelante el tratamiento me obligará a conseguir más dinero.					
14.	Soy capaz de controlar las molestias físicas derivadas de cualquier tratamiento médico.					

Continúa...

15.	El tratamiento trajo muchos cambios inesperados.					
16.	Actualmente el tratamiento me está generando daño físico.					
17.	Mis habilidades me ayudarán a cumplir con las indicaciones de mi médico.					
18.	Conozco las características del tratamiento.					
19.	Me siento motivado para iniciar el tratamiento.					
20.	Creo que el tratamiento tendrá resultados inciertos.					
21.	Tengo un buen estado de salud para adecuarme a las indicaciones del médico.					
22.	Hoy en día el tratamiento me ha hecho perder dinero.					
23.	Con el tratamiento freno mis habilidades.					
24.	El tratamiento está perjudicando mi trabajo.					
25.	Tengo a la mano todos los materiales o herramientas para seguir las indicaciones de mi médico.					
26.	Me considero capaz de pedir ayuda durante mi tratamiento médico.					
27.	Mis familiares me apoyan durante mi tratamiento.					
28.	El tratamiento me generará problemas en el trabajo.					
29.	Tengo todo lo necesario para el cuidado de mi salud durante mi tratamiento.					
30.	Me entusiasma poder enfrentar el tratamiento.					

Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula en adolescentes del sureste mexicano

Psychometric properties of the Scale of Criminal and Violent Behavior in the Classroom in adolescents from southeast Mexico

Lizeth Alonso Matías¹, Ricardo Saracco Álvarez¹,
Mireya Chávez Oliveros² y Francisco Paz Rodríguez²

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”¹
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”²

Autor para correspondencia: Francisco Paz Rodríguez, fpaz@innn.edu.mx.

RESUMEN

La violencia en el ámbito escolar se ha convertido en un problema creciente que afecta a los adolescentes por los comportamientos perturbadores frecuentes y graves que acarrea. Ante esta situación se requiere contar con instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas que permitan la medición y la investigación de este fenómeno. El propósito de esta investigación fue analizar los parámetros psicométricos de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula mediante la categorización de la conducta disruptiva y violenta y la victimización de estudiantes del sureste mexicano. *Método.* Se evaluaron 393 adolescentes: 211 mujeres (53.7%) y 182 varones (46.3%), que cursaban el noveno grado de escolaridad, con edades de 14 a 16 años. Se analizó la consistencia interna del instrumento, la validez convergente con otras variables y la capacidad discriminativa de los ítems. *Resultados.* Se encontró en dicha escala una fiabilidad interna adecuada (coeficiente omega de .884); sus 18 ítems representaron 52.4% de varianza y valoran tres dominios: conducta disruptiva, conducta violenta y victimización. Se obtuvo una correlación entre las variables de satisfacción familiar, depresión, conductas alimentarias de riesgo e impulsividad. *Discusión.* La escala analizada demostró ser un instrumento fiable y válido para estimar el comportamiento delictivo y violento en el aula de estudiantes de la ciudad de Oaxaca, México.

Palabras clave: Conducta violenta; Violencia; Violencia escolar; Adolescencia; Tamizaje.

ABSTRACT

Antecedents. Violence in school environments has become of public interest because school disruptive behavior is becoming a more frequent and severe problem. The prevalence of this type of violence impacts society, which is why adequate instruments should support research and treatment. *Objective.* This study aimed to analyze the psychometric properties of the Scale of Criminal and Violent Behavior in the Classroom by categorizing disruptive behavior, violent behavior,

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas, Calzada México Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 Ciudad de México, México.

² Departamento de Neuropsicología, Av. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, 14269 Ciudad de México, México.



and victimization of students from the southeast Mexican state of Oaxaca. Method. A total of 393 ninth-grade adolescents participated: 211 women (53.7%) and 182 men (46.3%) aged 14 to 16 years. Analyses included Internal consistency, coherence with other variables, and discriminative capacity of the items. Results. Adequate internal reliability resulted. Items represented 52.4% of the variance, assessing three domains: disruptive behavior, violent behavior, and victimization. A correlation between family satisfaction, depression, risky eating behaviors, and impulsiveness resulted. Discussion. The scale proved to be a reliable and valid instrument to estimate criminal and violent behavior by students in the classroom in the represented geographical area.

Key words: Violent behavior; Violence; School violence; Adolescence; Screening.

Recibido: 01/03/2021

Aceptado: 29/06/2021

La violencia en el ámbito escolar es un problema creciente por su elevada prevalencia y el impacto social negativo que trae consigo. Se define la violencia como el comportamiento que provoca daño intencional a otros mediante una acción física, verbal o psicológica (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2019; World Health Organization [WHO], 2014). Este fenómeno exhibe etiologías multifactoriales y heterogéneas en las que los aspectos individuales, familiares y sociales pueden ser factores de riesgo o de protección (Aguilar, 2012; Dragone, Esposito, De Angelis, Affuso y Bacchini, 2019; Steffgen, Recchia y Viechtbauer, 2013).

Los tipos de agresión escolar se diferencian según la edad y el sexo. En la etapa adolescente, por ejemplo, la intimidación se produce de forma grupal hacia los pares, y quienes pertenecen a estos grupos intimidatorios tienden a aumentar sus comportamientos agresivos debido a las recompensas obtenidas, además de ser propensos al uso de sustancias psicoactivas y prácticas antisociales (Salmivalli, 2010; Silva, Lima, Acioli y Barreira, 2020; Somerville y Casey, 2010). A su

vez, los receptores de las agresiones son proclives a exhibir sintomatología ansiosa, depresiva, estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria (Díaz *et al.*, 2019; Lie, Rø y Bang, 2019; Mestre, Samper y Frías, 2004; Rosario, Salzinger, Feldman y Ng-Mak, 2008; Strohacker, Wright y Watts, 2019). En relación con el sexo, las mujeres refieren un mayor número de agresiones, como el acoso y el abuso, en tanto que los varones indican más episodios de violencia física (Méndez y Pereda, 2019; Šmigelskas *et al.*, 2018).

En México, se estima que 1.4% de niños y adolescentes con edades de 10 a 17 años han sufrido violencia en el contexto escolar, 56% física y 44% verbal. Entre las víctimas de agresión física, 6 de cada 10 estudiantes son hombres, en tanto que las de violencia de tipo sexual 12.8% son mujeres con edades de 15 a 17 años. Asimismo, los datos indican que en las escuelas de áreas urbanas ocurren determinados tipos de agresiones que son más comunes en las mujeres que en los hombres, y que la percepción de inseguridad es mayor entre los estudiantes de instituciones públicas que de las privadas (UNICEF, 2019).

Con base en la relevancia del fenómeno, los estudios clínicos en ambientes académicos son indispensables, requiriendo mediciones contextualizadas de los tipos de comportamientos disruptivos que los adolescentes manifiestan en las escuelas. De acuerdo con la literatura a este respecto, existe un número limitado de pruebas de autoinforme que miden tales comportamientos; entre ellas, la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula (ECCVA en lo sucesivo), instrumento que cuenta con amplios parámetros de validación en población española y chilena (Cava, Musitu y Murgui, 2006; Estévez, Musitu y Herro, 2005; Torregrosa, Inglés, Estévez, Musitu y García, 2011).

Por consiguiente, dada la influencia cultural de la violencia en México, se ha hecho necesario conocer las propiedades psicométricas de la ECCVA en esta población, lo que le permitiría ser un instrumento útil para la detección temprana y el diseño de programas de prevención en futuras investigaciones sociales y clínicas. Por ello, el obje-

tivo del presente estudio, con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, fue analizar las propiedades psicométricas de dicha escala mediante la obtención de su validez discriminante y convergente, así como la categorización de las dimensiones que la conforman (conductas disruptiva, violenta y victimización) en estudiantes del sureste mexicano.

MÉTODO

Participantes

Se evaluó a 393 adolescentes de 14 a 16 años, todos ellos participantes voluntarios, estudiantes de tercer grado de secundaria de escuelas públicas del área metropolitana de la ciudad de Oaxaca (México).

Se efectuó un muestreo no aleatorio por conveniencia. El tamaño de la muestra se estimó con base en lo reportado en la literatura para este tipo de investigaciones (Hernández-Sampieri y Torres, 2018; Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014). Los criterios de exclusión fueron exhibir conductas disruptivas al momento de la aplicación y encontrarse en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas.

Instrumentos

Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula (ECCVA) (Rubini y Pombeni, 1992).

Compuesta por 19 ítems, con respuestas que se evalúan en una escala Likert con opciones de 1 a 5, dividida en dos subescalas: conducta violenta/disruptiva (ítems 1-13) y victimización (ítems 14-19). Mide el comportamiento delictivo y violento en el ámbito escolar estimando los comportamientos desadaptativos de los estudiantes. Cuenta con una confiabilidad (medida por el coeficiente alfa de Cronbach) de .897 y validez con dos factores y una varianza total de 47.4%, con parámetros psicométricos obtenidos en poblaciones española y chilena (Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008; Vera y Gálvez, 2014).

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca y López (1996).

En este instrumento de 27 ítems cada pregunta tiene un par de adjetivos antónimos, con seis niveles de respuestas divididas en dos segmentos; a cada adjetivo y su antónimo le corresponden tres opciones (“totalmente”, “bastante y algo”). El tiempo de aplicación es de diez minutos. Las propiedades psicométricas en población mexicana evidencian una buena confiabilidad (alfa de Cronbach de .88) y adecuada validez, con una varianza que explica 49.7% con seis factores (Barraca y López, 1999; Tercero *et al.*, 2013).

Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004).

El instrumento consta de diez ítems que engloban la preocupación por el peso, las prácticas y conductas alimentarias en los últimos tres meses. Con ítems que se califican en una escala Likert, una mayor puntuación corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. El instrumento cuenta con parámetros adecuados en población mexicana, los cuales indican una adecuada confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de .83) y una estructura interna de tres factores, con una varianza explicada de 64.7%.

Inventario de Depresión de Beck en Adolescentes (IDBA) (Beck, Steer y Brown, 1996).

Dicho inventario mide síntomas depresivos en adolescentes y consta de 21 ítems con respuestas tipo Likert y se compone de dos factores (Cognitivo-afectivo y Somático). Las propiedades psicométricas son consistentes y muestra una confiabilidad adecuada (alfa de Cronbach de .92) y una validez que explica una varianza total de 45.14%. Dicho inventario cuenta con datos normativos obtenidos en población mexicana (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012; Jurado *et al.*, 1998).

Escala de impulsividad de Plutchik (EIP) (Plutchik y Van Praag, 1989).

Validada en español, dicha escala explora la tendencia de los sujetos a involucrarse en conductas

impulsivas. Consta de 15 reactivos con respuestas tipo Likert (escala 1-4) y una puntuación de 0 a 3. Posee cuatro subescalas (Autocontrol, Planificación, Comportamiento fisiológico y Acción espontánea). La consistencia interna es adecuada (alfa de Cronbach de .71), con una validez que explica una varianza total de 47.3%. Además, cuenta con datos normativos en población mexicana (Alcázar, Verdejo y Bouso, 2015; Cano, Araque y Cándido, 2011; Páez *et al.*, 1996).

Procedimiento

Cuatro secundarias de la zona urbana de la ciudad de Oaxaca fueron seleccionadas para llevar a cabo el presente estudio. Se tramitaron los permisos correspondientes de cada institución, hecho lo cual se realizaron reuniones en cada una en las que los evaluadores invitaron a los padres o tutores legales y les informaron sobre el estudio. Previa autorización de los responsables, se invitó a los alumnos a participar, para lo cual firmaron una carta de consentimiento informado y los padres una de asentimiento informado. La participación fue voluntaria, asegurando la confidencialidad y anonimidad de las respuestas.

La sesión de aplicación de los instrumentos se realizó grupalmente. Los participantes se ubicaron en un espacio suficiente para estar alejados entre sí. Los evaluadores leyeron las instrucciones y cada uno de los reactivos. La aplicación de las escalas fue en un orden prefijado, con lápiz y papel. Una vez completados, se depositaron en una caja cerrada. Todo el proceso de este estudio se llevó a cabo bajo los criterios éticos de investigación en seres humanos y de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Se efectuó un análisis descriptivo para los datos sociodemográficos y para cada variable estudiada. Considerando el total de la muestra, se aplicó un

análisis de ítems, después un análisis factorial exploratorio, se realizaron correlaciones policóricas y se eligió el método de análisis del factor de rango mínimo con rotación Promin (*cf.* Lloret *et al.*, 2014). Para la fiabilidad de la escala se calculó el coeficiente omega (Ω) y para el análisis factorial se empleó el paquete estadístico FACTOR 10.9.02 WIN64 (*cf.* Lloret *et al.*, 2017).

Para conocer la validez convergente se utilizó el paquete estadístico SPSS, v. 22. Se contrastó la hipótesis de normalidad mediante el test Kolmogorov-Smirnov y se consideró usar pruebas no paramétricas o paramétricas dependiendo de la normalidad de las puntuaciones. Las variables cualitativas se describen por medio de su frecuencia absoluta y porcentaje.

Se calculó la correlación de Spearman para conocer la validez concurrente entre las puntuaciones de la escala ECCVA y las otras escalas, y se utilizaron los instrumentos ESFA, CBCAR, IDBA y EIP, los cuales miden variables clínicas relacionadas con la violencia escolar y cuentan además con validez en población mexicana.

Para conocer si las puntuaciones de los factores de la ECCVA mostraban diferencias en función de variables sociodemográficas, se realizó un análisis comparativo mediante las pruebas t-test y ANOVA o pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis) dependiendo del número de categorías de comparación. La magnitud del efecto (*effect size*, o ES) se obtuvo con el módulo de cálculo MS Excel.

RESULTADOS

La muestra quedó integrada por 393 participantes, todos ellos escolares del área metropolitana de la ciudad de Oaxaca, de los cuales 53.7% fueron mujeres ($n = 211$) y 46.3% hombres ($n = 182$), con una edad promedio de 14.52 (D.E. = .598) y nueve años de escolaridad (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los estudiantes.

Variables	Total N = 393	Mujeres n = 211	Hombres n = 182	χ^2
Edad en años ($M \pm D.E.$)	14.52 \pm .39	14.47 \pm .55	14.58 \pm .64	1.68
Uso de alcohol, n (%)				0.01
No	297 (75.6)	159 (40.5)	138 (35.1)	
Sí	96 (24.4)	52 (13.2)	44 (11.2)	
Escuelas, n (%)				7.13
Sec. 1	70 (17.8)	46 (11.69)	24 (6.1)	
Sec. 2	127 (32.3)	56 (14.24)	71 (18.05)	
Sec. 3	96 (24.4)	55 (13.97)	41 (10.42)	
Sec. 4	100 (25.4)	54 (13.71)	46 (11.68)	

Detallado solo para contrastes que demostraron ser significativos.

Análisis descriptivo de los ítems de la ECCVA

En los promedios de los reactivos del cuestionario se observa que las puntuaciones más altas se obtienen en el ítem 14 (2.424), que es el que presenta el mayor valor, mientras que en el 4 se ob-

serva el promedio más bajo (1.056). Las variables presentan cierto grado de asimetría, mostrándose en general asimétrico-positivas; la curtosis indica que no hay una distribución normal en todos los reactivos; de hecho, los que alcanzan las mayores puntuaciones son el 2, 4, 8 y 12 (Tabla 2).

Tabla 2. Estadística de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula.

Ítem	M	IC (95%)	Varianza	Sesgo	Curtosis
It 1. He pintado o dañado las paredes de la escuela	1.41	(1.33 – 1.51)	0.47	1.98	5.18
It 2. He robado objetos de mis compañeros/as o de la escuela	1.07	(1.04 – 1.11)	0.07	3.94	16.06
It 3. He insultado o engañado a propósito a los profesores/as	1.55	(1.46 – 1.65)	0.51	1.36	2.39
It 4. He dañado el auto de los profesores/as	1.05	(1.01 – 1.10)	0.11	7.75	69.09
It 5. He hecho equivocarse a un/a compañero/a de clase en las tareas a propósito	1.40	(1.31 – 1.51)	0.55	2.26	5.75
It 6. He agredido y golpeado a los compañeros/as de la escuela	1.62	(1.53 – 1.72)	0.50	1.12	1.66
It 7. He molestado o fastidiado al profesor/a en clase	1.34	(1.25 – 1.43)	0.43	2.15	4.87
It 8. He roto los vidrios de las ventanas de la escuela	1.08	(1.05 – 1.13)	0.09	3.70	14.06
It 9. He insultado a compañeros/as de clase	2.01	(1.90 – 2.14)	0.83	0.78	0.40
It 10. He provocado conflictos y problemas en clase	1.32	(1.25 – 1.41)	0.38	2.24	6.19
It 11. He respondido agresivamente a mis profesores/as	1.26	(1.18 – 1.34)	0.33	2.60	7.40
It 12. He roto apuntes y trabajos de mis compañeros/as	1.14	(1.09 – 1.20)	0.18	3.32	11.66
It 13. He provocado conflictos y problemas entre mis compañeros/as	1.27	(1.21 – 1.35)	0.29	2.03	4.17
It 14. Alguien de la escuela me miró con mala cara	2.42	(2.27 – 2.57)	1.30	0.60	-0.39
It 15. Algún/a compañero/a me insultó o me pegó	1.71	(1.60 – 1.82)	0.67	1.32	2.12
It 16. Algún compañero/a me robó algo	1.82	(1.69 – 1.96)	0.97	1.25	1.26
It 17. Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño	1.58	(1.47–1.70)	0.74	1.69	2.87
It 18. Alguien de la escuela ofendió a mi familia	1.39	(1.29 – 1.49)	0.59	2.30	5.33
It 19. Alguien de la escuela me echó la culpa de algo que yo no había hecho	1.81	(1.68 – 1.94)	0.97	1.32	1.51

M = Media, IC (95%) = Intervalo de confianza.

Dimensionalidad de la ECCVA

La distribución multivariada de los datos resultantes de esta depuración no se consideró normal, aunque sí para la asimetría (Mardia = 214.915, valor = 13503.800, $p \leq 1.000$) y el apuntamiento (Mardia = 214.915, valor = 13622.068, $p \leq 0.001$). Por ello, se elaboraron las matrices de correlación policóricas.

Los resultados del índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .84976 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 [171] = 1731.0$, $p < .001$) pusieron de manifiesto una buena adecuación e identificación de los datos para su análisis factorial. En este, resultaron tres factores a retener en la solución factorial y uno en el análisis de factor de rango mínimo. Se utilizó el método de rotación oblicua Promin, siendo el criterio que se siguió para considerar un

reactivo dentro de un factor, mostrar un coeficiente de estructura factorial estimada mayor de 0.30 en el factor y no uno mayor o igual en otro.

Se utilizaron tres medidas generales para evaluar la bondad de ajuste del modelo factorial con los siguientes datos: 1) el porcentaje acumulado de varianza común explicada representó 52.55% de la varianza común total; 2) la raíz media cuadrática de los residuales fue de .067, un valor ligeramente mayor que .050, y 3) la observación de la distribución de los residuos estandarizados mostró una distribución aproximadamente normal y centrada en torno a una media 0 ($M = -.03$). Sin embargo, algunos valores extremos en ambas colas de la distribución (menor residual estandarizado de -3.71, mayor residual estandarizado de 3.68) puso de manifiesto algunas zonas con ajuste débil (Tabla 3).

Tabla 3. Cargas factoriales de la matriz factorial rotada mediante el método Promin.

Variable	Conducta violenta	Conducta disruptiva	Victimización	Factor global
It 3	0.706			0.565
It 5	0.312			0.471
It 7	0.693			0.554
It 11	0.544			0.510
It 4	0.984	-0.419		0.319
It 2		0.503		0.526
It 6		0.568		0.619
It 10		0.739		0.638
It 12		0.996		0.558
It 13		0.828		0.583
It 8	0.378	0.331	-0.483	0.242
It 9		0.510	0.328	0.635
It 14			0.686	0.272
It 15			0.741	0.402
It 16			0.613	0.359
It 17			0.753	0.364
It 18			0.488	0.475
It 19			0.564	0.453
Varianza explicada	33.400	10.530	8.460	52.39
Fiabilidad				0.884

La bondad de ajuste del modelo mostró que las medidas de error de aproximación cuadrática media fueron de .034 y el índice de ajuste compa-

rativo de .954, lo que indica que el ajuste puede considerarse aceptable. Por ello, sería aceptable considerar que los ítems de la ECCVA miden una

dimensión común o general de conducta disruptiva y violenta.

Los componentes hallados fueron los siguientes:

Conducta delictiva. Este aspecto explica 33.4% de la varianza y está compuesto por seis ítems con una puntuación media de 7.73 (D.E. = 2.15). Los reactivos aluden a las conductas que tiene el adolescente en su entorno escolar y se refieren a situaciones tales como causar daños a la propiedad de otro/escuela, engañar o insultar, molestar y ser agresivo con el profesor.

Conducta violenta. Describe la intimidación, acoso o burla del que se es objeto por parte de los compañeros de clase. Explica 10.5% de varianza y está compuesto de seis ítems cuya puntuación media es de 8.47 (D.E. = 2.45). Los reactivos describen las conductas violentas que se ejercen contra los compañeros, a lo que se denominó *conducta violenta* y que implica destruir, provocar conflictos, agredir, insultar y robar a los compañeros de clase.

Victimización. Explica 8.44% de la varianza y se compone de seis ítems cuya puntuación media es de 10.78 (D.E. = 3.74). **Componente general,** explica 52.4% de varianza, se compone de 18 ítems con una puntuación media de 26.99 (D.E. = 6.76)

y una fiabilidad Ω de 0.884 (Ventura y Caycho, 2017) (véase Tabla 3).

Validez discriminante mediante la diferenciación entre sexos

La validez discriminante se comprobó mediante las diferencias significativas entre los grupos de hombres y mujeres. Se compararon las medias de las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala, así como de las dimensiones obtenidas. Los hombres puntuaron más alto que las mujeres en todos los ítems, siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas en varios casos.

En las dimensiones hubo diferencias en la conducta violenta y disruptiva. En la primera, la media obtenida por los hombres fue de 8.12, con una D.E. de 2.31, siendo mayor ($p < 0.001$) que la media de las mujeres: 7.40, con una D.E. de 1.95. En la segunda, la media obtenida por los hombres fue de 18.68, con una D.E. de 4.45, mayor ($p < 0.001$) que la media de las mujeres: 16.73, con una D.E. de 4.02. En cuanto a la victimización, no se encontraron diferencias significativas, pero los hombres alcanzaron una media de 10.98, con D.E. de 3.97, mayor a la obtenida por las mujeres, que fue de 10.61, con una D.E. de 3.53 (Tabla 4).

Tabla 4. Validez discriminante de la ECCVA. Comparaciones por sexo.

	Masculino			Femenino			U	p	ES
	M	DE	RP	M	DE	RP			
<i>Conducta violenta</i>	8.12	2.310	220.78	7.40	1.95	170.66	14873.0	0.001	0.201
It 3. He insultado o engañado a propósito a los profesores/as	1.58	0.781	195.95	1.56	0.697	197.91	19009.5	0.848	0.010
It 4. He dañado el auto de los profesores/as	1.06	0.281	199.16	1.06	0.386	195.13	18807.0	0.290	0.053
It 5. He hecho equivocarse a un/a compañero/a de clase en las tareas a propósito	1.58	0.822	221.78	1.27	0.637	175.63	14691.0	0.001	0.252
It 7. He molestado o fastidiado a los profesores en clase	1.46	0.798	211.31	1.23	0.550	184.66	16597.0	0.003	0.151
It 11. He respondido agresivamente a mis profesores/as	1.28	0.598	199.5	1.26	0.602	194.85	18746.5	0.569	0.029
<i>Conducta disruptiva</i>	18.68	4.451	227.54	16.73	4.015	170.66	13304.5	0.001	0.253
It 2. He robado objetos de mis compañeros/as o de la escuela	1.09	0.292	201.71	1.06	0.287	192.93	18343.0	0.092	0.085
It 6. He agredido y pegado a los compañeros/as de la escuela	1.75	0.772	215.12	1.52	0.650	181.37	15904.0	0.001	0.164
It 9. He insultado a compañeros/as de clase	2.24	0.896	225.54	1.82	0.892	172.38	14006.5	0.001	0.248

Continúa...

It 10. He provocado conflictos y problemas en clase	1.43	0.692	210.73	1.26	0.544	185.16	16702.5	0.004	0.145
It 12. He roto apuntes y trabajos de mis compañeros/as	1.18	0.452	204.00	1.12	0.426	190.96	17926.5	0.042	0.103
It 13. He provocado conflictos y problemas entre mis compañeros/as	1.35	0.628	207.43	1.21	0.472	188.00	17302.5	0.023	0.114
<i>Victimización</i>	10.98	3.973	202.07	10.61	3.532	192.63	18278.5	0.409	0.042
It 8. He roto los vidrios de las ventanas de la escuela	1.16	0.414	210.69	1.03	0.193	185.19	16709.0	0.001	0.227
It 14. Alguien de la escuela me miró con mala cara	2.26	1.135	181.28	2.58	1.158	210.56	16339.5	0.008	0.134
It 15. Algún compañero/a me insultó o me golpeó	1.76	0.844	202.80	1.69	0.843	192.00	18145.0	0.304	0.052
It 16. Algún compañero/a me robó algo	1.75	0.976	188.94	1.88	1.024	203.95	17733.5	0.159	0.071
It 17. Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño	1.67	0.935	205.85	1.52	0.813	189.36	17589.5	0.102	0.082
It 18. Alguien de la escuela ofendió a mi familia	1.58	0.936	215.40	1.26	0.610	181.13	15852.5	0.001	0.195
It 19. Alguien de la escuela me echó la culpa de algo que yo no había hecho	1.96	1.032	214.88	1.69	0.945	181.57	15946.0	0.002	0.158

M = Media, DE = Desviación Estándar, RP = Rango promedio, U = Prueba U de Mann-Whitney, ES = Magnitud del efecto.

Validez convergente mediante correlaciones entre las puntuaciones de la ECCVA y CBCAR, ESFA, IDBA y EIP

En general los dominios de conducta delictiva y violenta muestran una relación moderada ($r = .603$) en cambio, con el dominio victimización expresan una relación menor ($r = .502$, $r = .347$).

En lo referente a la validez concurrente, se observan relaciones bajas y significativas únicamente con la EIP, en particular en sus componentes de autocontrol, conducta fisiológica y actuación espontánea. En la escala CBCAR existe una relación en particular con el criterio de atracón purga (Tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones entre puntuaciones de las escalas ECCVA, ESFA, CBCAR, IDBA y IEP.

Variables	Conducta violenta	Conducta disruptiva	Victimización	Factor global
<i>Satisfacción familiar</i>	-.081	-.089	-.165**	-.149**
<i>Conductas alimentarias de riesgo</i>				
Atracón-purga	.127*	.192**	.268**	.259**
Medidas compensatorias	.071	.038	.103*	.093
Restricción	.051	.121*	.212**	.177**
<i>Depresión (Inventario de Beck)</i>				
Cognitivo-afectivo	.048	.044	.215**	.150**
Somático	-.034	-.050	.129*	.042
<i>Impulsividad (Escala de Plutchnik)</i>				
Autocontrol	.234**	.198**	.265**	.293**
Planeación	.041	-.019	-.067	-.031
Conductas fisiológicas	.219**	.212**	.144**	.226**
Actuación espontánea	.234**	.241**	.257**	.304**

Detallado solo para contrastes que han demostrado ser significativos, * $p < .05$, ** $p < .001$

Comparación con variables demográficas

El análisis comparativo de las variables demográficas y de los resultados obtenidos en la ECCVA mostró un mayor puntaje en el grupo masculino, con diferencias significativas ($p = .001$) [$Z_{(393)} = 3.633, 28.15$ vs. 25.99]. Además, se encontró un efecto significativo en la conducta violenta ($Z_{(393)} = -3.978, 8.11$ vs. 7.40) y conducta disruptiva ($Z_{(393)} = -35.021, 9.05$ vs. 7.98).

En lo referente al consumo de alcohol, se aprecian diferencias en conducta violenta ($Z_{(393)} = 3.392, 8.42$ vs. 7.50), conducta disruptiva ($Z_{(393)} = 2.695, 8.90$ vs. 8.34), victimización ($Z_{(393)} = 3,038, 11.73$ vs. 10.48) y la ECCVA ($Z_{(393)} = 3,606, 29.04$ vs. 26.32); es decir, los que consumen alcohol alcanzan una mayor puntuación.

DISCUSIÓN

Se ha constatado por diversos medios informativos, académicos y sociales un aumento considerable de la violencia en México, y el ámbito escolar no es la excepción. Esta es una razón de peso para disponer de instrumentos validados que faciliten la detección temprana de este problema.

Esta investigación evidenció que la ECCVA cuenta con características psicométricas adecuadas a la población mexicana que se corresponden con los obtenidos en estudios análogos (Vera y Gálvez, 2014). La estructura interna obtenida mediante el análisis factorial reveló que la mencionada escala mide tres constructos: conducta violenta, conducta disruptiva y victimización, con lo que se corrobora el argumento que indica que la violencia es un fenómeno multidimensional (Herrero, Estévez y Musitu, 2006; Vogel y Van-Ham, 2018). Adicionalmente, la detección de estas categorías proporciona datos descriptivos del problema, lo que puede favorecer en el futuro la planeación, evaluación e intervención de la violencia escolar considerando, por un lado, a los estudiantes que exhiben conductas delictivas y violentas y, por otro, a los que se perciben como víctimas de dichos comportamientos.

La manera en que la ECCVA y otras pruebas se correlacionan permite sostener la validez concurrente del instrumento; de hecho, se detectó que

los factores de conducta violenta y conducta disruptiva tienen una mayor relación con las puntuaciones en la Escala de Impulsividad de Plutchik, dato que coincide con los de numerosos estudios que muestran que los adolescentes violentos tienen un menor control de impulsos, lo que puede llevarlos a involucrarse en situaciones de violencia escolar (Cava, Musitu y Murgui, 2006). En cambio, el factor de victimización correlacionó negativamente con las puntuaciones de la Escala de Satisfacción Familiar, y positivamente con las escalas de Depresión, Conductas Alimentarias de Riesgo e Impulsividad, datos que confirman los obtenidos en estudios previos en los que se subraya la importancia del clima familiar como factor protector ante la violencia escolar (Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008; Lila, Herrero y Gracia, 2008); además, se evidencia que los adolescentes agresores y las víctimas de la violencia en el aula manifiestan una mayor sintomatología depresiva (Carlson y Corcoran, 2001; Moreno, Ramos, Martínez y Musitu, 2010). En el caso de las víctimas, los comportamientos con dificultad para el control de peso corporal se manifiestan con una mayor prevalencia (Isohookana, Marttunen, Hakko, Riipinen y Riala, 2016; Piontak *et al.*, 2017).

En términos generales, la ECCVA proporciona información rápida y fiable sobre la ocurrencia de conducta delictiva y violenta en el aula. No obstante, aunque este estudio es útil, tampoco está exento de limitaciones ya que se trata de un estudio transversal, lo que implica que no se puede concluir sobre su causalidad ni evaluar su validez predictiva. Es necesario continuar realizando más investigaciones longitudinales para comparar los resultados y obtener así una mayor comprensión de las cuestiones implicadas. Entre otros aspectos pendientes de evaluación se encuentra la aplicación del instrumento en muestras de diferentes regiones del país, a fin de calcular con mayor rigor la frecuencia del comportamiento disruptivo en el aula.

En definitiva, se destaca que esta investigación abre la posibilidad de emprender estudios sobre la violencia escolar, considerándola como un problema complejo y creciente. Los estudiantes que se encuentran en riesgo requieren cada vez más medidas de prevención mejoradas y sostenibles.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todos los voluntarios su participación en esta investigación, así como a los estudiantes de la Universidad Anáhuac Oaxaca por el apoyo prestado para la recolección de datos. En especial a CONACyT-Cátedras, proyecto Núm. 1578.

Citación: Alonso M., L., Saracco Á., R., Chávez O., M. y Paz R., F. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula en adolescentes del sureste mexicano. *Psicología y Salud*, 33(1), 241-251. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2787>.

REFERENCIAS

- Aguilar C., M. (2012). La influencia del contexto familiar en el desarrollo de conductas violentas durante la adolescencia: factores de riesgo y de protección. *Criminalidad*, 54(2), 27-46.
- Alcázar C., M., Verdejo, A. y Bouso S., J. (2015). Psychometric properties of Plutchik's Impulsivity Scale in juvenile Spanish-speaking population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 161-169.
- Barraca, M. y López Y., E. (1999). *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)* (2ª ed.). Madrid: TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. Manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández G., L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. Doi: 10.4067/s0718-48082012000100001.
- Cano, G., Araque, F. y Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23(2), 141-148. Doi: 10.20882/adicciones.157.
- Carlson, J. y Corcoran, N. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63, 779-792. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2001.00779.x.
- Cava, M.J., Musitu, G. y Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373.
- Díaz G., A., Espelt, A., Bosque P., M., Obradors R., N., Teixidó C., E. y Caamaño I., F. (2019). Association between negative mood states, psychoactive substances consumption and bullying in school-aged adolescents. *Adicciones*, 32(2), 128-135. Doi: 10.20882/adicciones.1265.
- Dragone, M., Esposito, C., De Angelis, G., Affuso, G. y Bacchini, D. (2019). Pathways linking exposure to community violence, self-serving cognitive distortions and school bullying perpetration: a three-wave study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 188. Doi: 10.3390/ijerph17010188.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008). Adolescent aggression: Effects of gender and family and school environments. *Journal of Adolescence*, 31, 433-450. Doi: 10.1016/j.adolescence.2007.09.007.
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: The role of parents and teachers. *Adolescence*, 40(157), 183-196.
- Hernández S., R. y Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación* (v. 4). Ciudad de México: Mc-Graw-Hill Interamericana.
- Herrero, J., Estévez, E. y Musitu, G. (2006). The relationships of adolescent school-related deviant behaviour and victimization with psychological distress: Testing a general model of the mediational role of parents and teachers across groups of gender and age. *Journal of Adolescent*, 29, 671-690. Doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.015.
- Isohookana, R., Marttunen, M., Hakko, H., Riiipinen, P. y Riala, K. (2016). The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 17-24. Doi: 10.1016/j.comppsy.2016.08.002.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Lie, S., Rø, Ø. y Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 497-514. Doi: 10.1002/eat.23035.
- Lila, M., Herrero, J. y Gracia, E. (2008). Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*, 43(170), 333-350.

- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. y Tomás, I. (2017). El análisis factorial exploratorio de ítems: análisis guiado según los datos empíricos y el software. *Anales de Psicología*, 33, 417-432. Doi: 10.6018/analesps.30.3.199361.
- Méndez L., C. y Pereda, N. (2019). Victimization and polyvictimization in a community sample of Mexican adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104100. Doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104100.
- Mestre, E., Samper, G. y Frías, N. (2004). Personalidad y contexto familiar como factores predictores de la predisposición pro-social y antisocial de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 445-457.
- Moreno, D., Ramos, M., Martínez, B. y Musitu, G. (2010). Agresión manifiesta y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Summa Psicológica*, 7(2), 45-54. Doi: 10.18774/448x.2010.7.122.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ariza, J., Soto, H. y Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Revista Salud Mental*, 19, 10-12.
- Piontak, J., Russell, M., Danese, A., Copeland, W., Hoyle, R. y Odgers, C. (2017). Violence exposure and adolescents' same-day obesogenic behaviors: New findings and a replication. *Social Science & Medicine*, 189, 145-151. Doi: 10.1016/j.socsci-med.2017.07.004.
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology, Biology, and Psychiatry*, 13, 523-534.
- Rosario, M., Salzinger, S., Feldman, R.S. y Ng-Mak, D. S. (2008). Intervening processes between youths' exposure to community violence and internalizing symptoms over time: the roles of social support and coping. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 43-62. Doi: 10.1007/s10464-007-9147-7.
- Rubini, M. y Pombeni, M. (1992). *Cuestionario de conductas delictivas* [mimeo]. Bolonia (Italia): Universidad de Bolonia.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112-120. Doi: 10.1016/j.avb.2009.08.007.
- Silva, G., Lima, M., Acioli, R. y Barreira, A., (2020). Prevalence and factors associated with bullying: differences between the roles of bullies and victims of bullying. *Jornal de Pediatria*, 19, 1-9. Doi: 10.1016/j.jped.2019.09.005.
- Šmigelskas, K., Vaičiūnas, T., Lukoševičiūtė, J., Malinowska-Cieślak, M., Melkumova, M., Movsesyan, E. y Zaborskis, A. (2018). Sufficient social support as a possible preventive factor against fighting and bullying in school children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 870. Doi: 10.3390/ijerph15050870.
- Somerville, L. y Casey, B. (2010). Developmental neurobiology of control and motivational systems. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(2), 236-241. Doi: 10.1016/j.conb.2010.01.006.
- Steffgen, G., Recchia, S. y Viechtbauer, W. (2013). The link between school climate and violence in school: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 300-309. Doi: 10.1016/j.avb.2012.12.001.
- Strohacker, E., Wright, L.E. y Watts, S.J. (2019). Gender, bullying victimization, depressive symptoms, and suicidality. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 65(10-11), 1123-1142. Doi: 10.1177/0306624x19895964.
- Tercero Q., G., Lavielle, M., Muñoz, O., Clark, P., Medeiros, M., Hernández, A. y Luque, M. (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental*, 36(5), 381-386. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.047.
- Torregrosa, M., Inglés, C., Estévez, E., Musitu, G. y García F., J. (2011). Evaluación de la conducta violenta en la adolescencia: revisión de cuestionarios, inventarios y escalas en población española. *Aula Abierta*, 39(1), 37-50. Doi: 10.5093/ed2013a5.
- Unikel S., C., Bojórquez C., L. y Carreño G., S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515. Doi: 10.1590/s0036-36342004000600005.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2019). *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. Ciudad de México: UNICEF México. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>.
- Ventura L., J. 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, 625-627.
- Vera B., D. y Gálvez, J. (2014). Evaluación psicométrica de la Escala de Conducta Delictiva y Violenta en el Aula en estudiantes chilenos. *Revista de Psicología*, 20, 324-334. Doi: 10.15446/rcp.v27n2.65500.
- Vogel, M. y Van-Ham, M. (2018). Unpacking the relationships between impulsivity, neighborhood disadvantage, and adolescent violence: an application of a neighborhood-based group decomposition. *Youth Adolescent*, 47(4), 859-871. Doi: 10.1007/s10964-017-0695-3.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Ginebra: WHO. Recuperado de <https://www.refworld.org/docid/54aa8de14.html>.

Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer

Psychometric properties of the Psychological Distress Scale (K-10) in primary caregivers of cancer patients

María Xóchitl Santos Vega¹, Patricia Ortega Andeane¹
y Óscar Galindo Vázquez²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Cancerología²

Autor para correspondencia: María Xóchitl Santos Vega, vega919@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción. El cuidado de los enfermos y personas discapacitadas tiene serias consecuencias en la salud mental de los cuidadores primarios, siendo el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva las más frecuentes. *Objetivo.* Evaluar las propiedades psicométricas de la K-10 en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en México. *Método.* Participaron 204 cuidadores, seleccionados por conveniencia, con edades de 18 a 70 años, de pacientes de un hospital de alta especialidad en la Ciudad de México. A los participantes se les administró un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Malestar Psicológico K-10 y la Escala de Estrés de Cohen. Se efectuaron análisis factoriales, de confiabilidad y de correlación para obtener validez divergente. *Resultados.* Se obtuvieron índices de ajuste adecuados y un coeficiente de confiabilidad aceptable. *Discusión.* La K-10 muestra propiedades psicométricas adecuadas y es semejante a la versión original. Se recomienda utilizar este instrumento para detectar la necesidad de atención psicológica en poblaciones similares a las del presente estudio.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Propiedades psicométricas; Cuidadores primarios; Cáncer.

ABSTRACT

Antecedents. Primary non-professional caregivers of cancer patients suffer severe consequences for their mental health, most frequently including stress, anxiety, and depressive symptoms. *Objective.* To evaluate the psychometric properties of the K-10 Scale in a sample of informal primary caregivers (IPC) of cancer patients in Mexico City. *Method.* Two hundred and four IPCs participated, selected for convenience, aged 18 to 70, from a high specialty hospital in Mexico City. Participants responded to a socio-demographic and clinical data questionnaire, the Scale of Psychological Distress (K-10), and the Cohen Stress Scale. Analyses included factorial, reliability, and

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Edificio D, Segundo piso, Cubículo 205, Ciudad Universitaria, 03410 Ciudad de México, México, correos electrónicos: vega919@hotmail.com y patricia.andeane@gmail.com.

² Servicio de Psicooncología, Calle Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx.



correlation analysis to obtain divergent validity. Results. Adequate fit indices and an acceptable reliability coefficient resulted. Discussion. The κ-10 has solid psychometric properties and is similar to the original version. This instrument adequately detects the need for psychological care in populations similar to those of the present study.

Key words: Anxiety; Depression; Psychometric properties; Primary caregivers; Cancer.

Recibido: 20/04/2021

Aceptado: 13/08/2021

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos de diversas agencias para la investigación del cáncer, una de cada cinco personas en el mundo desarrollará cáncer durante su vida; de hecho, uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres fallecen a causa de esta enfermedad. Los pacientes con cáncer ven afectada severamente su calidad de vida y requieren por lo general del apoyo de un cuidador primario informal (CPI en lo sucesivo), que es aquella persona que no pertenece a los servicios de salud, ni a redes o asociaciones de ayuda mutua, que se encarga de brindar ayuda para satisfacer las necesidades básicas e instrumentales del paciente sin recibir remuneración económica por ello (Martínez, Díaz y Gómez, 2010) y que puede ser un familiar, un vecino o un amigo (Rivera, 2001).

Respecto a los efectos negativos del cuidado, se ha reportado que los CPI experimentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, una disminución en su capacidad financiera y laboral, así como síntomas de ansiedad y depresión debido a que prácticamente asumen su rol ante la carencia de otras opciones de cuidado. Tal cuidado puede prolongarse por varios años y se convierte a la postre en un trabajo de tiempo completo sin remuneración alguna. Sin embargo, existe evidencia de que, no obstante las circunstancias adversas que afrontan, los CPI reportan sentir satisfacción por el desempeño de ese rol (Girgis, Lambert, Johnson, Waller y Currow, 2013).

Cada día aumenta el número de pacientes y de CPI (The National Alliance for Caregiving, 2020). Estos últimos reportan sufrir considerables efectos en su salud física y psicológica debido a los cambios que experimentan en su estilo de vida (Nemati, Rassouli, Ilkhani y Baghestani, 2018; Nipp *et al.*, 2016). Entre las consecuencias de tal cuidado se reporta frecuentemente la aparición de síntomas de ansiedad, depresión (Galindo *et al.*, 2017; Hasuo, Shizuma y Fukunaga, 2020) y estrés psicológico (Abuatiq, Brown, Wolles y Randall, 2020); además, es posible que también desarrollen cáncer y ciertas enfermedades cardiovasculares, como diabetes e hipertensión (Son *et al.*, 2011).

Los efectos psicológicos negativos del cuidado en los CPI están asociados con variables tales como el estado funcional del paciente (Germain *et al.*, 2017), la falta de apoyo familiar, el tiempo prolongado de cuidado, los problemas financieros de la familia, el pensamiento negativo sobre la enfermedad (Mitchell y Possel, 2017), la capacidad para adaptarse a la misma (Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoğlu y Karabulut, 2018) y la presencia de enfermedades crónicas en el CPI.

De acuerdo con diversos estudios (p.e. Li, Lin, Xu y Zhou, 2018; Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams y Yorke, 2018), existe una relación entre la salud psicológica del paciente con cáncer y la de su CPI; específicamente, se ha encontrado que cuando aumenta la sintomatología ansiosa y depresiva en el CPI, también aumenta en el paciente (Bhattacharjee y Banerjee, 2018). Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud (2021) indica que tanto la depresión como la ansiedad pueden ser condiciones crónicas o recurrentes que, si no se tratan y llegan a una etapa grave, pueden incapacitar a quienes las padecen. Así, en una investigación realizada por Rumpold *et al.* (2016) se encontró que más de la mitad de CPI de pacientes con cáncer tenía la sospecha de padecer al menos un trastorno asociado con su salud mental.

En virtud de la importancia que tiene el CPI en el proceso de recuperación del paciente con una enfermedad crónica como el cáncer, se requiere contar con instrumentos válidos, confiables y culturalmente relevantes para detectar y atender oportunamente los problemas de salud mental en esta población.

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10 en lo sucesivo), desarrollada por Kessler *et al.* (2002), parece ser un instrumento que permite llevar a cabo tal detección de manera breve y confiable. Dicho instrumento se ha traducido al español y se ha validado en poblaciones como la peruana (Arias, Rivera y Ceballos, 2019), argentina (Brenlla y Aranguren, 2010) y mexicana (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortés, 2011). En esta última se reportaron evidencias apropiadas de su validez y confiabilidad ($\alpha = 0.901$); de esta manera, la K-10 mostró ser un instrumento de tamizaje potencialmente útil para la detección de casos de depresión y ansiedad en población mexicana. Sin embargo, esta última versión padece algunas deficiencias, como la ausencia de evidencias de validez factorial confirmatoria y de criterio (concurrente o divergente) y no es específica para CPI.

Por ello, se consideró pertinente someter a un proceso de traducción, adaptación y obtención de propiedades psicométricas para la K-10 a partir de su versión original, esperando fortalecer así la evidencia psicométrica para detectar sintomatología ansiosa y depresiva en escenarios de salud.

MÉTODO

Participantes

Participaron en esta investigación instrumental, transversal, no experimental, dividida en dos fases (Montero y León, 2007) 204 CPI de pacientes con diferentes tipos de cáncer evaluados en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, cuyas características se muestran en la Tabla 1.

Todos los participantes fueron seleccionados por el método de conveniencia. Cada uno de ellos accedió colaborar en el estudio de manera voluntaria tras la lectura, comprensión y firma de una carta de consentimiento informado. Se invitó a los participantes a colaborar y se les entrevistó en las salas de espera de los diferentes servicios de un hospital de tercer nivel de atención. Se corroboró que los participantes cumplieran los criterios de inclusión y dispusieran de 15 minutos para responder los cuestionarios.

Tabla 1. Descripción de la muestra de CPI (n = 204).

Características	Frec. (%)
<i>Sexo de los CPI</i>	
Hombres	60 (42.2)
Mujeres	144 (57.8.)
<i>Estado civil</i>	
Con pareja	99 (48.5)
Sin pareja	105 (51.5)
<i>Escolaridad</i>	
Básica	84 (41.2)
Media superior	68 (33.3)
Superior	49 (24.3)
<i>Ocupación</i>	
Hogar	52 (57.8)
Empleado	27 (30.1)
Desempleado	11 (12.2)
<i>Procedencia</i>	
Estado de México	70 (34.3)
Ciudad de México	57 (29.9)
Otros	47 (35.8)
<i>Edad del cuidador</i>	M = 42; D.E. = 13.62
<i>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico</i>	M = 30.08; D.E. = 52.45
<i>Tiempo desempeñando el rol de cuidador</i>	M = 30.08 (D.E. = 52.45

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: ser familiar, conocido o amigo que de forma verbal indicase ser el principal proveedor de cuidados al paciente, saber leer y escribir, no recibir ninguna remuneración económica por el cuidado, participar voluntariamente y desempeñar el rol de cuidado desde seis meses antes como mínimo. A su vez, se estableció como criterio de exclusión contar con un adiestramiento profesional o técnico en cuidados de pacientes, y finalmente los criterios de eliminación fueron que hubiera hecho incorrectamente el llenado de los instrumentos o que decidiera no continuar participando.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos.

Consistió en la serie de preguntas estructuradas que se muestran en la Tabla 1.

Escala de Malestar Psicológico de Kessler
(Kessler *et al.*, 2002).

Es un instrumento validado en población mexicana por Vargas *et al.* (2011) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por diez reactivos que se evalúan en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La suma mínima de las puntuaciones es 10 y la máxima de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50). La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, de 0.90.

Escala de Estrés Percibido de Cohen
(Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

Validada para población mexicana por Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2016), es un instrumento compuesto por diez reactivos distribuidos en dos factores que miden estrés y afrontamiento. Los reactivos se valoran en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La escala completa tiene un índice de consistencia interna α de 0.86.

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la presente investigación, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cancerología. Todos los participantes firmaron la carta de consentimiento informado en la que se les aseguró que su participación era completamente voluntaria y confidencial, y que si lo decidían podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello repercutiera en la atención y el tratamiento que recibía su paciente en el hospital.

Fase 1. Traducción y adaptación cultural.

Se siguió el procedimiento para la construcción y adaptación de instrumentos de medición psicológicos propuesto por Carretero y Pérez (2007), y la obtención de evidencias de validez para pruebas psicométricas (DeVellis, 2017; Streiner, Norman y Cairney, 2017). El primer paso consistió en traducir al español de México la versión original de la escala mediante dos expertos angloparlantes y

diez profesionales hispanoparlantes pertenecientes al área de la salud. Después se hizo una traducción del español al inglés, el idioma original de la escala, para lo que nuevamente se recurrió a los dos traductores expertos, cuya lengua materna era el inglés. A continuación, un comité de siete expertos que dominaban ambos idiomas analizó las posibles discrepancias entre dichas traducciones, teniendo como resultado una primera versión de la K-10, que quedó conformada por diez reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Esta versión fue evaluada en los rubros de formato de la escala original, instrucciones, aplicación y opciones de respuesta para la población meta.

Fase 2. Prueba piloto y aplicación del instrumento.

Se efectuó una aplicación piloto de la batería a 25 CPI, hombres y mujeres mayores de 18 años. El objetivo del estudio piloto fue evaluar la claridad y comprensión total de cada uno de los reactivos, las instrucciones y las opciones de respuesta, así como la adecuación de la secuencia en la que se presentaban los reactivos. Con la información así obtenida se hicieron los ajustes necesarios para la versión final de la escala. Para la aplicación final se elaboró el instrumento en un formato de lápiz y papel, y se utilizó el método de entrevista de persona a persona. Se evaluó a los CPI en las salas de espera de consulta externa antes de la atención médica de su familiar. Los encuestadores estuvieron atentos en todo momento para resolver cualquier duda u observación acerca de la comprensión de los reactivos y las opciones de respuesta.

Análisis estadísticos

A fin de probar la estructura teórica de la escala, se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE), a través del programa SPSS, en su versión 21 en español. Se utilizó el método de ejes principales para evaluar si la estructura factorial de la K-10 coincidía con las reportadas en otros estudios hechos con diferentes poblaciones. Se empleó el AFE puesto que brinda buenos resultados en escalas de respuesta con cinco o más opciones (Ferrando y Anguiano, 2010). Para evaluar el ajuste del modelo obtenido en el AFE y obtener la validez de constructo se efectuó un análisis factorial confirmato-

rio mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados. Asimismo, se realizó un análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente, se obtuvo la validez de criterio convergente a través del estadístico r de Pearson. En todos los análisis se estableció un nivel de significancia estadística de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

La muestra total se conformó por 204 CPI de pacientes con cáncer. En este caso, la mayoría fue de mujeres, sin pareja, con educación básica, dedicadas al hogar, sin experiencia en otro hospital y

provenientes principalmente de Ciudad de México y de los estados circundantes.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

Derivado del AFE, se obtuvo un valor de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .891, siendo la significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett de $p < 0.001$, ambos datos satisfactorios. Este análisis arrojó un factor cuyo porcentaje de varianza explicada fue 45.94 %. En la Tabla 2 se muestran la solución y las cargas factoriales de cada uno de los reactivos, así como la media y la desviación estándar de los puntajes promedio de la escala total.

Tabla 2. Estructura factorial de K-10.

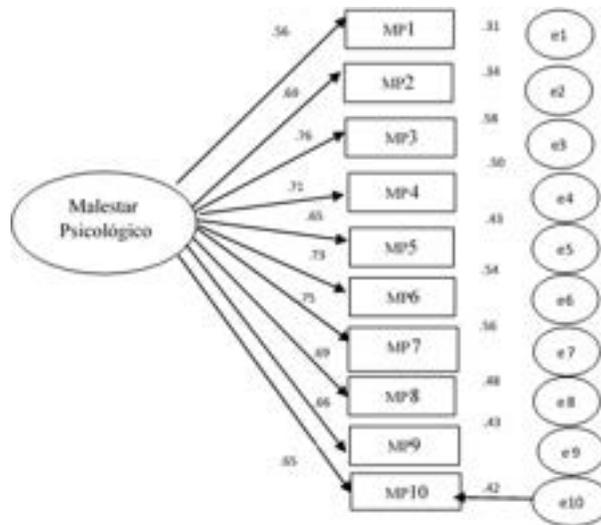
Reactivo	Carga factorial	M	D.E.
1. ¿Se ha sentido cansado(a) sin motivo?	.552	2.53	1.12
2. ¿Se ha sentido nervioso(a)?	.581	2.69	1.01
3. ¿Se ha sentido tan nervioso(a) que nada lo(a) podía calmar?	.767	1.63	.918
4. ¿Se ha sentido sin esperanza?	.708	1.61	.920
5. ¿Se ha sentido inquieto(a) o intranquilo(a)?	.653	2.33	.955
6. ¿Se ha sentido tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto(a)?	.746	1.72	.922
7. ¿Se ha sentido deprimido(a)?	.740	2.24	1.01
8. ¿Ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo?	.689	1.92	.994
9. ¿Ha sentido tanta tristeza que nada podía animarle?	.661	1.81	1.01
10. ¿Se ha sentido inútil o poco valioso(a)?	.648	1.52	.901
Varianza explicada	45.94%		
Confiabilidad	.893		

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Se obtuvo un modelo con coeficientes factoriales estandarizados e índices de ajuste satisfactorios: $\chi^2 = 74.366$, gl 35, $p = .001$, CMIN = 32.984, GFI = .988, NFI = .981, RFI = .976, RMR = .054. De esta manera, se encontró un modelo parsimonioso y compatible con la versión original. En la Figura 1 se puede apreciar el modelo confirmatorio de la K-10.

De igual manera, se obtuvo un índice de confiabilidad para la escala completa mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.893. Por su parte, las evidencias de validez de criterio de la K-10

se derivaron de las relaciones con otras variables establecidas en una red nomológica, lo que sugiere asociaciones teóricas entre sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva (medidas con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler) y el estrés psicológico (medido con las subescalas de estrés y afrontamiento de Escala de Estrés Percibido de Cohen). En la Tabla 3 se muestran los puntajes totales de la K-10 que fueron correlacionados con los puntajes totales de la Escala de Estrés Percibido. De esta forma, se obtuvieron correlaciones moderadas, positivas y significativas ($r = .389$, $p = .001$).

Figura 1. Modelo confirmatorio de la K-10.

Nota: $\chi^2 = 74.366$, gl 35, $p = .000$, CMIN = 32.984, GFI = .988, NFI = .981, RFI = .976, RMR = .054

Tabla 3. Coeficientes de correlación de la K-10 y las variables relacionadas en la red nomológica.

Variable	Mín.	Máx.	M.	D.E.	$r (\leq .001)$
Malestar psicológico	10.00	50.00	20.04	6.96	1.000
Estrés	3.00	18.00	10.14	2.58	.305
Afrontamiento	3.00	30.00	11.03	2.56	.306

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) ante la carencia de adaptaciones en español que reporten evidencias de validez, como el AFC. Para ello, se comenzó el proceso de traducción, retraducción y adaptación al español de la versión original realizada por Kessler *et al.* (2002). Como resultado, se obtuvo una versión adaptada de diez reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert de frecuencia (de “Nunca” a “Siempre”).

Con base en los criterios para obtención de evidencias de validez y construcción de instrumentos psicométricos (Carretero y Pérez, 2007; DeVellis, 2017; Streiner *et al.*, 2017), la K-10 mostró tener propiedades psicométricas adecuadas y confiables para su aplicación en la detección de sintomatología ansiosa y depresiva (malestar psicológico) en los CPI de pacientes con cáncer. El AFE mostró una estructura unifactorial que coin-

cide con otras versiones en español (Arias *et al.*, 2019; Brenlla y Aranguren, 2010; Lazarbal, Ramos, Jaramillo y Hong-Hong, 2020). Además, el modelo confirmatorio es parsimonioso y obtuvo coeficientes factoriales estandarizados e índices de ajuste satisfactorios. Estos resultados son relevantes dado que en otras versiones de la escala en español carecen de AFC, y las que lo reportan muestran un modelo sin ajuste.

Por su parte, el análisis de confiabilidad de la escala completa arrojó un coeficiente alfa de Cronbach alto y consistente con los obtenidos previamente en la versión peruana ($\alpha = .89$) (Arias *et al.*, 2019), argentina ($\alpha = .88$) (Brenlla y Aranguren, 2010) y mexicana ($\alpha = .90$) (Vargas *et al.*, 2011). Finalmente, las evidencias de criterio (divergente) se basaron en el análisis de las relaciones entre la K-10 y los factores de la Escala de Estrés Percibido. De acuerdo con la literatura correspondiente, las sintomatologías ansiosa y depresiva están asociadas de manera positiva con el estrés psicológico (Posluszny, Bovbjerg, Syrjala, Agha y Dew, 2019).

Existen en México adaptaciones para otros instrumentos de tamizaje para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, como es el caso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Galindo *et al.* (2015) evaluaron sus propiedades psicométricas en una muestra de cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Sus resultados muestran una estructura de dos factores y un índice de consistencia interna aceptable. Sin embargo, no reportan análisis confirmatorios, y el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue menor al de esta investigación.

Herrera, Galindo y Lerma (2018) probaron a su vez las propiedades psicométricas de esta escala en una muestra de 200 pacientes con enfermedades cardiovasculares. Los resultados obtenidos contrastan con la primera validación; en este caso, la estructura fue unidimensional, y tanto la varianza explicada como el índice de confiabilidad fueron superiores a otros encontrados previamente. No obstante, en esta versión tampoco hubo evidencias de análisis confirmatorios. En este trabajo también se encontró una estructura unidimensional para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión, y se coincide con la idea de que los participantes evalúan este grupo de síntomas como un malestar emocional general e indistinto.

En general, los CPI reportaron bajos puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva. Dichos hallazgos contrastan con los resultados obtenidos en esta población, en la que se ha evidenciado la ocurrencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la mayoría de los cuidadores evaluados (Ullrich, 2017). Así, una explicación que podría ayudar a comprender la razón de que se obtuvieran tales resultados es que, en el contexto de una enfermedad crónica, los cuidadores asumen el rol y aceptan la tarea sin objetarla, aunque la situación implique graves daños a su salud y estilo de vida (Galindo *et al.*, 2017; Nemati *et al.*, 2018; Nipp *et al.*, 2016), e incluso algunos estudios sugieren que los CPI pueden reportar niveles altos de satisfacción a pesar de la vulnerabilidad física y psicológica a la que se ven sometidos por la enfermedad de su paciente y el cuidado que entraña (Girgis *et al.*, 2013).

Es importante señalar que durante el desarrollo de la enfermedad los CPI sufren graves daños en su salud psicológica y que el rol de cuidado lo asumen principalmente mujeres, mayores de 30 años, amas de casa y con un bajo nivel educativo. Este perfil ya se ha reportado en otras investigaciones (Berry, Dalwadi y Jacobson, 2017; Puerto, 2015).

En conclusión, el presente estudio tiene ciertas fortalezas, como las evidencias aportadas a la validez y confiabilidad de la versión traducida y adaptada al español de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) en una muestra de CPI de pacientes con cáncer. Los hallazgos obtenidos en esta investigación sugieren que tal instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas y que puede utilizarse para evaluar en forma breve y confiable la sintomatología ansiosa y depresiva, así como detectar casos que requieran intervención psicológica en poblaciones con características similares a la evaluada.

Los CPI son una población especialmente vulnerable física y psicológicamente porque se exponen constantemente a los diversos estresores que se derivan de la enfermedad de su paciente y de sus características individuales y socioculturales, por lo que requieren el apoyo, el reconocimiento y la promoción de su salud mental como medida para disminuir las repercusiones negativas del cuidado e impulsar por consiguiente su calidad de vida.

Pese a que esta versión de la K-10 mostró tener propiedades psicométricas adecuadas y evidencias consistentes de su validez y confiabilidad, deben mencionarse las limitaciones del trabajo, tales como el tipo de muestreo no probabilístico que se utilizó. Por ello, se recomienda que los próximos estudios que se emprendan amplíen el tamaño de la muestra a fin de sea representativa de la población objetivo y, de ser posible, empleen un método más riguroso para la selección de los participantes. Adicionalmente, se sugiere que se pruebe la sensibilidad al cambio de la K-10 en intervenciones psicosociales, que se investigue la capacidad discriminativa del instrumento y, finalmente, que se compare y se pruebe la relación entre la salud mental del paciente y la de su CPI.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el financiamiento para realizar este estudio, con número de becario CVU 548390.

Alexandra Mulero Ortiz, Mariana Guadalupe Trujillo Reyes, Maricela Irepan Aguilar y Fransilvania Callejas Pérez.

Citación: Santos V., M.X., Ortega A., P. y Galindo V., O. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (κ-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2788>.

REFERENCIAS

- Abuatiq, A., Brown, R., Wolles, B. y Randall, R. (2020). Perceptions of stress patient and caregiver experiences with stressors during hospitalization. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 51-57. Doi: 10.1188/20.CJON.51-57.
- Arias G., W., Rivera C., R. y Ceballos C., K. (2019). Confiabilidad y estructura factorial de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en estudiantes universitarios de Arequipa (Perú). *Archivos de Medicina*, 19(2), 387-395. Doi: 10.30554/arch-med.19.2.2854.2019.
- Berry, L., Dalwadi, S.M. y Jacobson, J.O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for loved one with cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 13(1), 35-40.
- Bhattacharjee, A. y Banerjee, A. (2018). Impact of caregiver's stress on cancer patient's level of anxiety and depression. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9(4), 530-533.
- Brenlla, M.E. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (κ10). *Revista de Psicología*, 28(2), 309-340.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- DeVellis, R.F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ferrando P., J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero M., D.R. y Aguilar J., L. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2), 383-392. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L. y Aguilar, J.L., (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg –GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-81. Doi: 10.5209/PSIC.55812.
- Germain, V., Dabakuyo-Yonli, T.S., Marlier, S., Putot, A., Bengrigne-Lefevre, I., Arveux, P., Mankoundia, P. y Quipourt, V. (2017). Management of elderly patients suffering from cancer. Assessment of perceived burden and quality of life primary caregivers. *Journal of Geriatric Oncology*, 8(3), 220-228. Doi: 10.1016/j.jgo.2016.12.00.
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, J., Waller, A. y Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship and economic burden of caring for people with cancer: A review. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), 197-202.
- Hasuo, H., Shizuma, H. y Fukunaga, M. (2020). Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, apm-20-803. Doi: 10.21037/apm-20-803.
- Herrera, B., Galindo, O. y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130. Doi: 10.25009/pys.v28i1.2544.
- Karabekiroğlu, A., Demir, E.Y., Aker, S., Kocamanoglu, B. y Karabulut, G.S. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalized advanced cancer patients. *Singapur Medical Journal*, 59(11), 572-577. Doi: 10.11622/smedj.
- Kessler, R.C., Andrewa, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E. y Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. Doi: 10.1017 / s0033291702006074.

- Lazarbal F., A., Ramos N., M.I., Jaramillo Z., A. y Hong-Hong, A.E. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Subjetivo de Kessler (K-10) en adultos ecuatorianos. *Ciencia Americana*, 9(3), 27-40. Doi: <http://dx.Doi.org/10.33210/ca.v9i3.265>.
- Li, Q., Lin, Y., Xu, Y. y Zhou, H. (2018). The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient family caregiver dyads: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 230. Doi: 10.1186/s12955-018-1051-3.
- Martínez, E., Díaz, F. y Gómez, E. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Altepepaktli*, 6, 32-41.
- Mitchell, A. y Possel, P. (2017). Repetitive negative thinking: the link between caregiver and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 210-216. Doi: 10.1188/17.ONF.210-216.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- National Alliance for Caregiving (2020). *Fact sheet the "typical" Hispanic caregiver*. Recuperado de http://www.Caregiving.org/wpcontent/uploads/2020/05/AARP1316_CGProfile_Hispanic_May7v8.pdf.
- Nemati, S., Rassouli, M., Ilkhani, M. y Baghestani, A. (2018). Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 309-316. Doi: 10.1111/scs.12463.
- Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Gallagher, E.R., Park, E.R., Jackson, V.A., Pirl, W.F., Greer, J.A. y Temel, J.S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1607-1612. Doi: 10.1093/annonc/mdw205.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es>.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L. y Estrada, C. (2016). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Posluszny, D.M., Bovbjerg, D.H., Syrjala, K.L., Agha, M. y Dew, M.A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 591-600. Doi: 10.1007/s00520-018-4346-3.
- Puerto P., H.M. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra cáncer. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1029-1040.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Rumpold, T., Schur, S., Kirchheiner, K., Masel, E.K., Watzke, H. y Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*, 24(5), 1975-1982. Doi 10.1007/s00520-015-2987-z.
- Son, K.Y., Park, S.M., Lee, C.H., Choi, J.G., Lee, D.E., Jo, S.H., Lee, S.H. y Cho, B.H. (2011). Behavioral risk factors and use of preventive screening services among spousal caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*, 19, 919-927. Doi: 10.1007/s00520-010-0889-7.
- Streiner, D.L., Norman, G.R. y Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M. y Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1). Doi: 10.1111/ecc.12691.
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C. y Oechsli, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16, 31. Doi: 10.1186/s12904-017-0206.
- Vargas T., B.E., Villamil S., V., Rodríguez E., C., Pérez R., J. y Cortés S., J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Salud Mental*, 34, 323-333.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Child mental health and the treatment gap in Mexico
Karla Suárez and Alan E. Kazdin

Type 1 diabetes interventions featured from 2003 to 2021:
A bibliographic review
Martha Patricia Maldonado Espinoza and Marisela Gutiérrez Vega

Psychiatric symptoms in patients with chronic renal insufficiency
in hemodialysis treatment in Mexico
Irma María Niebla Guzmán, Xolyanetzin Montero Pardo and María Elena Rivera Heredia

Personalized psycho-educational program for diet adherence
of patients with diabetes and obesity: A pilot study
*Fernando Octavio Hernández Valles, Ma. de los Ángeles Vacío Muro,
Ricardo Pérez Almonacid and Martha Leticia Salazar Garza*

Evaluation of an e-program to promote healthy lifestyles
and reduce risk of childhood obesity in Mexico City schools
*Georgina Cárdenas López, Rosa M. Baños, Cristina Botella, Elia Oliver,
Emmanuel Castillo, Raúl Durón Figueroa and Jaime M. González Perellón*

Evaluation of feeding problems and food-refusal behavior
in children with autism spectrum disorders
*Varsovia Hernández Eslava, Diana Alejandra González García,
Ángeles Velásquez Carrasco and Rosa Carré Valdez*

Quality of life in children with attention deficit
hyperactivity disorder: From the Kidscreen-52
*Stefano Vinaccia, Luvy Barrera, Mayra Sánchez, María Alejandra Zuluaga, Mariana Arjona,
Shirley Franco, Soraya Bernal and Cristina Isabel Guerrero*

Suicidal risk: Influence of self-harm, eating behavior, and subjective pain
Modesto Solís Espinoza, Juan Manuel Mancilla Díaz and Rosalía Vázquez Arévalo

Suicide mortality trend in Mexico: Epidemiological panorama 1980-2015
*Julio Cesar Campuzano Rincón, Anaíd Hernández Álvarez, Marcela Sánchez Estrada,
Rubén Chávez Ayala, Evangelina Morales Carmona, Jorge Cabrales Arreola and Carlos Hernández Girón*

Contributions to the understanding and prevention of suicide
in the indigenous population: A narrative systemic revision
S'aya Ramos Camayo and Constanza Londoño Pérez

Vulnerability factors associated to the perception of social loneliness
in older adults from the department of Quindío (Colombia)
*Juan Gonzales Portillo, Joan Sebastián Arbeláez Caro, Andrés Ahumada Trejos,
Nelsi Marisol Ramírez Gallego, Alexa Viviana Trujillo Marín and Julián Andrés Velasco Gómez*

Compassionate mindfulness-based intervention
in music students with anxious symptomatology
*Nova Lucero Cortés-Hernández, Isaac González-Santoyo,
Alejandro López-Tello and Ana Beatriz Moreno-Coutiño*

Academic achievement and sexual behavior
of men and women recently entering college
Diana Moreno Rodríguez and Susana Robles Montijo

Family factors associated with sexual health
in university students of Sonora, Mexico
*Elba Abril Valdez, María José Cubillas Rodríguez,
Sandra Elvia Domínguez Ibáñez, María Ángeles Bilbao Ramírez
and María José Mera Lemp*

Emotional distress, anxiety, and depression
in breast cancer patients
identified by the health oncology team
*Oscar Galindo Vázquez, Enrique Bargalló Rocha,
Abel Lerma, Rosario Costas Muñiz,
Nancy Ariadna Acosta Santos and Abelardo Meneses García*

Differential effects of a communication skills training
workshop for Medicine students
*Mariel Yasneth Téllez Teodora, Carlos Ibáñez Bernal,
María Amelia Reyes Seáñez and Raúl Mireles Delgado*

Measurement of psychological well-being through the use
of self-support questionnaires. A systematic review
*Silvia Isela Ramírez Enríquez, Perla Jannet Jurado García,
Humberto Blanco Vega and Juan Cristóbal Barrón Luján*

Psychometric properties of the Self-compassion Scale
(SCS) in Mexico
*Alejandro López Tello, Raquel Mondragón Gómez,
Rodrigo Sánchez Ramos and Ana Beatriz Moreno Coutiño*

Cognitive Appraisal and Stress Scale: Analysis
of its psychometric properties with cancer patients
Roberto Miguel Corona, Cynthia Zaira Vega Valero and David Ruiz Méndez

Psychometric properties of the Scale of Criminal
and Violent Behavior in the Classroom
in adolescents from southeast Mexico
*Lizeth Alonso Matías, Ricardo Saracco Álvarez,
Mireya Chávez Oliveros and Francisco Paz Rodríguez*

Psychometric properties of the Psychological
Distress Scale (K-10) in primary caregivers
of cancer patients
*María Xóchitl Santos Vega, Patricia Ortega Andeane
and Óscar Galindo Vázquez*