

# PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 33 Número 2

Julio-diciembre 2023

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

## Psychology and Health

### SUMARIO

Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud  
*Julia Córdoba Wolman, Magalí Gilles Guigou y Andrea Ganella*

Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica mexicana  
*Ángel López-Ortiz, Ángela Paola Manjarás-Mauricio y Marcos Alejandro Reyes-López*

Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería  
*Eduardo Amaranto Jiménez-Padilla, Mónica Ramírez-Orozco, Juan Jiménez-Flores, Cristiane Decat-Bergerot, Abelardo Meneses-García y Oscar Galindo-Vázquez*

Algunos efectos de la preocupación en los patrones de decisión  
*Francisco Augusto Laca Arcena*

Eficacia de las intervenciones psicológicas en la atención de problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama  
*Liliana Rivera Fong, Rafael Vázquez-Romo, Juan Enrique Bargalló-Rocha, José Luis Aguilar-Ponce, Sergio Aguilar y Ángel Herrera*

Evaluación de las funciones cognitivas en personas con enfermedad renal crónica en comparación con trasplantados y personas sanas  
*Cecilia Medina-Pérez, Victoria González-Ramírez y Ferrán Padrós-Blázquez*

Evaluación del Modelo de Consistencia de Grawe en población mexicana  
*Georgina Cárdenas-López, Irene Alice Chicchi-Giglioli, Raúl Durán-Figueroa, Fabiola Reyes, Lucía A. Carrasco-Ribelles y Mariano Alcañiz-Raya*

Tendencia de suicidios en el Estado de Nayarit, México, 2013-2019  
*Jorge Cabrales-Arreola y Carlos Hernández-Girón*

Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso  
*Karla Suárez y Edgar Landa-Ramírez*

"¿Ahora cómo me alejo?". Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para erradicar la violencia en el noviazgo  
*Karla Fernanda Ledesma-Ortega y Angélica Riveros Rosas*

Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down  
*Paulina Alejandra Vázquez-García, Christian Israel Huerto-Solano, Héctor Rubén Bravo-Andrade, Norma Alicia Ruvalcaba-Romero y Xolyanetzin Montero-Pardo*

Efectos del apoyo social sobre el estrés cotidiano en supervivientes de cáncer  
*Ornella Castagnetta, Tomás Blasco Blasco y Jordi Fernández-Castro*

Factores de riesgo psicosocial y trastorno por estrés postraumático en trabajadores de primera respuesta a emergencias  
*Alejandra María Díaz-Tamayo, Cecilia Andrea Ordoñez-Hernández y Herney Andrés García-Perdomo*

Influencia de la representación del poder espectral de la variabilidad cardiaca al evaluar el estrés  
*Erik Leonardo Mateos-Salgado, José Esael Pineda-Sánchez, Benjamín Domínguez-Trejo, Brian Michelle González-Hernández y Rebeca Guzmán-Saldaña*

Intervención cognitivo-conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II  
*Elda Madalí Lara-Acosta y Bárbara de los Angeles Pérez-Pedraza*

Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PICO  
*María de Jesús Cruz-Peralta y Ana Luisa González-Celis*

Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto  
*Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández, Cinthia Huerta Barrientos, Isabo Cecilia Monroy-Ortiz, Silvia Monserrat Sánchez-Ramos y Juan José Sánchez-Sosa*

Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfagia) en pacientes con gastrectomía en manga  
*Citlim Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayara Ortega-Luyando y Adriana Amaya-Hernández*

Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios  
*María E. Navarro-Calvillo, Julio C. Flores-Lázaro, Eliana Medrana, Narda D. Bustos-Rojas y Luis R. Zapata-Enríquez*

Violencia de género: de la argamasa burocrática a la realidad social en salud mental  
*Raúl Gutiérrez Mercado*

Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios  
*Esperanza Cabrera-Díaz, Sergio Andrés Charry-Méndez y Gilberto Astoiza-Arias*

El Modelo de Factor Dual de Salud Mental en adolescentes: relevancia de los factores intrapersonales y contextuales de protección y riesgo  
*Manuel González, Concepción Correa, Sofía Ruiz y Emma Barrasa*

El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña  
*Rafael Armando Samaniego Garay, Mayra Aracely Chávez Martínez, Aurelia Morales Martínez, María de Lourdes del Río Mendoza y Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza*

Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica  
*Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González y Claudia Sánchez Bravo*

# 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

## DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández • *Universidad Veracruzana (México)*  
Dr. Enrique Barra Almagiá • *Universidad de Concepción (Chile)*  
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)*  
Dr. Bernardo Moreno Jiménez • *Universidad Autónoma de Madrid (España)*  
Dra. María Erika Ortega Herrera • *Universidad Veracruzana (México)*  
Dr. Stefano Vinaccia Alpi • *Universidad del Sinú (Colombia)*

## EDITORES ASOCIADOS

Dra. Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*  
Dr. Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México*  
Dr. Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*  
Dr. Juan Carlos Sierra • *Universidad de Granada (España)*  
Dra. Eva Urbón Ladrero • *Universidad de Zaragoza (España)*  
Dra. Ma. de los Ángeles Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Volumen 33, Número 2 • Julio-diciembre 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](mailto:psicologiaysalud@uv.mx) y [rbulle@uv.mx](mailto: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, DORA y EBSCO Essentials.

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

# SUMARIO

Volumen 33, Número 2  
Julio-diciembre de 2023

Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud <i>Julia Córdoba Wolman, Magalí Gilles Guigou y Andrea Gonella</i> .....	267
Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica mexicana <i>Ángel López-Ortiz, Ángela Paola Monjarás-Mauricio y Marcos Alejandro Reyes-López</i> .....	283
Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería <i>Eduardo Amaranto Jiménez-Padilla, Mónica Ramírez-Orozco, Juan Jiménez-Flores, Cristiane Decat-Bergerot, Abelardo Meneses-García y Óscar Galindo-Vázquez</i> .....	291
Algunos efectos de la preocupación en los patrones de decisión <i>Francisco Augusto Laca Arocena</i> .....	299
Eficacia de las intervenciones psicológicas en la atención de problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama <i>Liliana Rivera Fong, Rafael Vázquez-Romo, Juan Enrique Bargalló-Rocha, José Luis Aguilar-Ponce, Sergio Aguilar y Ángel Herrera</i> .....	307
Evaluación de las funciones cognitivas en personas con enfermedad renal crónica en comparación con trasplantados y personas sanas <i>Cecilia Medina-Pérez, Victoria González-Ramírez y Ferrán Padrós-Blázquez</i> .....	315
Evaluación del Modelo de Consistencia de Grawe en población mexicana <i>Georgina Cárdenas-López, Irene Alice Chicchi-Giglioli, Raúl Durón-Figueroa, Fabiola Reyes, Lucía A. Carrasco-Ribelles y Mariano Alcañiz-Raya</i> .....	323
Tendencia de suicidios en el Estado de Nayarit, México, 2013-2019 <i>Jorge Cabrales-Arreola y Carlos Hernández-Girón</i> .....	337
Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso <i>Karla Suárez y Edgar Landa-Ramírez</i> .....	345
“¿Ahora cómo me alejo?”. Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para erradicar la violencia en el noviazgo <i>Karla Fernanda Ledesma-Ortega y Angélica Riveros-Rosas</i> .....	357
Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down <i>Paulina Alejandra Vázquez-García, Christian Israel Huerta-Solano, Héctor Rubén Bravo-Andrade, Norma Alicia Ruvalcaba-Romero y Xolyanetzin Montero-Pardo</i> .....	369
Efectos del apoyo social sobre el estrés cotidiano en supervivientes de cáncer <i>Ornella Castagnetta, Tomás Blasco Blasco y Jordi Fernández-Castro</i> .....	379
Factores de riesgo psicosocial y trastorno por estrés postraumático en trabajadores de primera respuesta a emergencias <i>Alejandra María Díaz-Tamayo, Cecilia Andrea Ordoñez-Hernández y Herney Andrés García-Perdomo</i> .....	387

Influencia de la representación del poder espectral de la variabilidad cardiaca al evaluar el estrés <i>Erik Leonardo Mateos-Salgado, José Esael Pineda-Sánchez, Benjamín Domínguez-Trejo, Brian Michelle González-Hernández y Rebeca Guzmán-Saldaña</i> .....	397
Intervención cognitivo-conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II <i>Elda Madai Lara-Acosta y Bárbara de los Ángeles Pérez-Pedraza</i> .....	407
Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO <i>María de Jesús Cruz-Peralta y Ana Luisa González-Celis</i> .....	415
Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto <i>Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández, Cinthia Huerta Barrientos, Isabo Cecilia Monroy-Ortiz, Silvia Monserrat Sánchez-Ramos y Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	427
Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfagia) en pacientes con gastrectomía en manga <i>Cittim Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayaro Ortega-Luyando y Adriana Amaya-Hernández</i> .....	441
Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios <i>María E. Navarro-Calvillo, Julio C. Flores-Lázaro, Eliana Medrano, Narda D. Bustos-Rojas y Luis R. Zapata-Enríquez</i> .....	455
Violencia de género: de la argamasa burocrática a la realidad social en salud mental <i>Raúl Gutiérrez Mercado</i> .....	467
Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios <i>Esperanza Cabrera-Díaz, Sergio Andrés Charry-Méndez y Gilberto Astaiza-Arias</i> .....	477
El Modelo de Factor Dual de Salud Mental en adolescentes: relevancia de los factores intrapersonales y contextuales de protección y riesgo <i>Manuel González, Concepción Correa, Sofía Ruiz y Emma Barroso</i> .....	487
El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña <i>Rafael Armando Samaniego Garay, Mayra Aracely Chávez Martínez, Aurelia Morales Martínez, María de Lourdes del Río Mendoza y Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza</i> .....	499
Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica <i>Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González y Claudia Sánchez Bravo</i> .....	509

# SUMMARY

Volume 33, Number 2  
July-December 2023

Conceptual and normative dialogues between schizophrenia and disability: The case of Uruguay from the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health <i>Julia Córdoba Wolman, Magalí Gilles Guigou and Andrea Gonella</i> .....	267
Validation and psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale in a Mexican clinical sample <i>Ángel López-Ortiz, Ángela Paola Monjarás-Mauricio and Marcos Alejandro Reyes-López</i> .....	283
Validation of the Maslach Burnout Inventory in Mexican nursing personnel <i>Eduardo Amaranto Jiménez-Padilla, Mónica Ramírez-Orozco, Juan Jiménez-Flores, Cristiane Decat-Bergerot, Abelardo Meneses-García and Óscar Galindo-Vázquez</i> .....	291
Some effects of worry on the decision making patterns <i>Francisco Augusto Laca Arocena</i> .....	299
Effectiveness of psychological interventions in the management of body image problems in breast cancer patients <i>Liliana Rivera Fong, Rafael Vázquez-Romo, Juan Enrique Bargalló-Rocha, José Luis Aguilar-Ponce, Sergio Aguilar and Ángel Herrera</i> .....	307
Assessment of cognitive functions in people with chronic kidney disease compared with transplant recipients and healthy ones <i>Cecilia Medina-Pérez, Victoria González-Ramírez and Ferrán Padrós-Blázquez</i> .....	315
Evaluation of the Grawe's Consistency Model in Mexican Population <i>Georgina Cárdenas-López, Irene Alice Chicchi-Giglioli, Raúl Durón-Figueroa, Fabiola Reyes, Lucía A. Carrasco-Ribelles and Mariano Alcañiz-Raya</i> .....	323
Suicide trend in the state of Nayarit, Mexico, 2013-2019 <i>Jorge Cabrales-Arreola and Carlos Hernández-Girón</i> .....	337
Adaptation of remote cognitive behavioral therapy for childhood depression: A case study <i>Karla Suárez and Edgar Landa-Ramírez</i> .....	345
Now how do I get away? An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention to eliminate violence in the courtship <i>Karla Fernanda Ledesma-Ortega and Angélica Riveros-Rosas</i> .....	357
Burden and positivity in informal primary caregivers of people with Down's syndrome <i>Paulina Alejandra Vázquez-García, Christian Israel Huerta-Solano, Héctor Rubén Bravo-Andrade, Norma Alicia Ruvalcaba-Romero and Xolyanetzin Montero-Pardo</i> .....	369
Effects of social support on daily stress in cancer survivors <i>Ornella Castagnetta, Tomás Blasco Blasco and Jordi Fernández-Castro</i> .....	379
Psychosocial risk factors and post-traumatic stress disorder in first responders to emergency workers <i>Alejandra María Díaz-Tamayo, Cecilia Andrea Ordoñez-Hernández and Herney Andrés García-Perdomo</i> .....	387

Influence of power spectral representation of heart rate variability in assessing stress <i>Erik Leonardo Mateos-Salgado, José Esael Pineda-Sánchez, Benjamín Domínguez-Trejo, Brian Michelle González-Hernández and Rebeca Guzmán-Saldaña</i> .....	397
An online cognitive-behavioral intervention to improve life style in type II diabetes mellitus <i>Elda Madai Lara-Acosta and Bárbara de los Ángeles Pérez-Pedraza</i> .....	407
Interventions to improve quality of life in older adults: Systematic review with PIO questions <i>María de Jesús Cruz-Peralta and Ana Luisa González-Celis</i> .....	415
Online clinical supervision program for cognitive-behavioral therapists at hospital settings: a pilot study <i>Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández, Cinthia Huerta Barrientos, Isabo Cecilia Monroy-Ortiz, Silvia Monserrat Sánchez-Ramos and Juan José Sánchez-Sosa</i> .....	427
Religiosity and postoperative recovery (pain, nausea, and dysphagia) in sleeve gastrectomy patients <i>Cittim Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayaro Ortega- Luyando and Adriana Amaya-Hernández</i> .....	441
Symptoms of attention deficit, anxiety, and depression in university students <i>María E. Navarro-Calvillo, Julio C. Flores-Lázaro, Eliana Medrano, Narda D. Bustos-Rojas and Luis R. Zapata-Enríquez</i> .....	455
Gender violence: From bureaucratic mortar to the social reality in mental health <i>Raúl Gutiérrez Mercado</i> .....	467
Association between depression, anxiety, stress and place of origin (internal migration-non-migration) in university students <i>Esperanza Cabrera-Díaz, Sergio Andrés Charry-Méndez and Gilberto Astaiza-Arias</i> .....	477
The Dual-Factor Model of Mental Health in Adolescents: Relevance of both intrapersonal and contextual protective and risk factors <i>Manuel González, Concepción Correa, Sofía Ruíz and Emma Barroso</i> .....	487
The role of depression, anxiety, and risk behaviors in health professionals: A review <i>Rafael Armando Samaniego Garay, Mayra Aracely Chávez Martínez, Aurelia Morales Martínez, María de Lourdes del Río Mendoza and Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza</i> .....	499
Obesity in infertile women: An explanation from clinical psychology <i>Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González and Claudia Sánchez Bravo</i> .....	509

# Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud<sup>1</sup>

*Conceptual and normative dialogues between schizophrenia  
and disability: The case of Uruguay from the perspective  
of the International Classification of Functioning,  
Disability and Health*

*Julia Córdoba Wolman, Magalí Gilles Guigou y Andrea Gonella*

Universidad de la República<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Julia Córdoba Wolman, [jcordoba@psico.edu.uy](mailto:jcordoba@psico.edu.uy).

## RESUMEN

El presente trabajo surge debido a la necesidad de contextualizar los nuevos enfoques y perspectivas que hay sobre la esquizofrenia en los ámbitos clínico, profesional, social y cultural y se centra en tres dimensiones que pretenden dar cuenta del desarrollo que ha tenido esta condición de salud. En primer lugar, se expone un recorrido cronológico sobre la definición conceptual de la esquizofrenia y de la discapacidad, el paradigma integrador que aporta a ambas la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, las posibles conexiones entre estas y la instalación del estigma y el autoestigma como barreras para la inclusión social; en segundo lugar, se describe el proceso que han llevado a cabo distintos países para el abordaje de la salud mental y por último se profundiza en los avances normativos respecto a la salud mental que están ocurriendo en Uruguay.

**Palabras clave:** Estigma; Esquizofrenia; Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; Discapacidad.

## SUMMARY

*This paper arises from the need to understand the different views and perspectives concerning schizophrenia in the clinical, professional, social, and cultural spheres. It focuses on three dimensions that aim to give context to the development of this health condition. Firstly, a chronological overview of the conceptual definition of schizophrenia and disability, the integrative paradigm that the International Classification of Functioning, Disability, and Health brings to both the possible connections between the two, and the installation of stigma and self-stigma as a barrier to social*

<sup>1</sup> Este artículo se basa en el trabajo final Esquizofrenia y estigma. Un análisis desde el modelo CIF de la discapacidad para la obtención del título de licenciada en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

<sup>2</sup> Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Dr. Tristán Narvaja 1674, 11200 Montevideo, Departamento de Montevideo, Uruguay, tel. (59)824-00-85-55, correos electrónicos: [magagilles@gmail.com](mailto:magagilles@gmail.com) y [agonella@psico.edu.uy](mailto:agonella@psico.edu.uy).





*inclusion is presented. Secondly, it describes the process that different countries have undergone concerning the approach to mental Health. Lastly, we will examine in depth the normative advances in mental health issues that are taking place in Uruguay.*

**Key words:** Stigma; Schizophrenia; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Disability.

Recibido: 08/10/2021

Aceptado: 25/03/2022

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una condición de salud que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo (0.3% de la población mundial), cuyo inicio ocurre por lo regular al final de la adolescencia o al comienzo de la vida adulta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). En general, se suele considerar solamente su aspecto sanitario, pero es también importante considerar su impacto en otras áreas, como la tasa de empleo, la utilización de los recursos sociales y el efecto en los familiares cuidadores y en la expectativa de vida, entre otros (Frank, 2021). Respecto a este último punto, el impacto del diagnóstico es tal que varios estudios señalan que la expectativa de vida para esta población es en promedio 20% menor que el de la población general (Tiihonen *et al.*, 2009; Thornicroft, 2011; Walker, McGee y Druss, 2015).

Históricamente, la concepción de la esquizofrenia ha generado grandes debates en torno a sus causas y consecuencias. Durante la Edad Media se la relacionaba con los demonios o a las “posiciones demoníacas” debido, principalmente, a los síntomas que las personas exhibían (Torres, 2002). Generalmente, tales interpretaciones no eran hechas por expertos sino por personas vinculadas al ámbito religioso. Desde ese momento se vuelve evidente el importante lugar que ocupa la interpretación social y cultural de la época en este problema (Castoriadis, 2002).

Muchos siglos después, Morel (1852), en un esfuerzo por desprenderse de las concepciones espirituales y religiosas en aras de un enfoque más

biologicista, introduce el término “demencia precoz” para denominar a las personas con un trastorno mental que comenzaba en la adolescencia y que producía un deterioro significativo a lo largo de la vida. Años más tarde, Hecker (1899) identifica la hebefrenia, la que describe en detalle no solo consolidando algunos de los conceptos de Morel, sino también introduciendo nuevas observaciones, por ejemplo, que se caracteriza por una desorganización del comportamiento y el lenguaje que afecta la afectividad del individuo, generando así un deterioro en la personalidad. Kraepelin (1896/2008), apoyándose en el término de Morel, mantiene la idea de que esta condición de salud surge a una edad temprana, en oposición a la psicosis maniaco-depresiva, y describe algunos tipos de la misma; paranoide, catatónica y hebefrénica, aportando así la base de la que Bleuler (1911) denominaría “esquizofrenia”, para quien dicha condición era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica (*cf.* López, Sanmillán, Cainet y Olivares, 2015).

Ya entrado el siglo XX, Kasanin y Hanfmann (1938) hacen una aportación diferente, apoyándose en que las personas con esquizofrenia no solo manifiestan síntomas formales (ideas delirantes, alucinaciones, afecto aplanado), sino también variaciones en lo afectivo, teniendo momentos asociados a la depresión y otros momentos de gran exaltación (*cf.* López, *et al.*, 2015).

Con la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (1952) (en adelante DSM) se ordenan y se clasifican los distintos tipos de esquizofrenia estudiados hasta el momento, incluyendo para cada uno sus características y síntomas.

Desde entonces, la esquizofrenia ha sufrido variaciones en cuanto a su definición; Ey, Bernard y Brisset (1994) la definen como una patología mental grave que “... altera profundamente la personalidad y [...] provoca una modificación profunda y durable de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico” (p. 473).

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (en adelante CIE 10), elaborada por

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1992, “la esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones [...]. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos” (p. 308).

Actualmente está vigente la quinta edición del DSM (2013), donde se destaca la conceptualización de la esquizofrenia como un “trastorno del espectro esquizofrénico” y evita el uso de determinadas expresiones que le adjudican a la persona la única característica de ser alguien con este trastorno. En este sentido, entre las sugerencias se evita hacer referencia a las personas con estas realidades como “el esquizofrénico”, a cambio de “persona con esquizofrenia”, en consonancia con las solicitudes de los colectivos sociales vinculados a la salud mental (DSM-V, 2002).

Si bien en determinados ámbitos la actualización sobre este trastorno es esporádica, existen otros ámbitos donde perduran concepciones caducas que condicionan y promueven conductas estigmatizantes. Estas actitudes no se dirigen únicamente al señalamiento y la exclusión, sino que se han instalado en prácticas amparadas por la ciencia y el Estado, ya que las opciones para quienes manifiestan los síntomas son el aislamiento y el encierro permanentes (López *et al.*, 2008; López *et al.*, 2015).

En su surgimiento, el objetivo de las instituciones manicomiales fue asistir y ocuparse de las personas que tenían algún tipo de enfermedad mental, mostraran otro tipo de condiciones de salud o que se encontraran en situaciones de vulnerabilidad. Este fin se fue desvirtuando con el paso del tiempo hasta desembocar en la reclusión y represión a quienes se hallaban internados, en general contra su voluntad. A tales instituciones se les llegó a considerar como una solución para las familias de las personas con esquizofrenia, que solicitaban que no se le diera el alta a su consanguíneo; de esta manera, gran parte de quienes ingresaban a los manicomios permanecían internados hasta el día de su muerte (Sacristán, 2009).

En la segunda mitad del siglo XX, ya en los años sesenta, surge entre los movimientos sociales de la época la antipsiquiatría, que propone alterna-

tivas a las instituciones asilares mediante un enfoque social y comunitario en el tratamiento e intervención de las personas con trastornos mentales graves (en adelante TMG). Desde esta perspectiva, se considera que los hospitales psiquiátricos, en vez de promover la autonomía en el marco de una rehabilitación psicosocial, provocan que las personas dependan de la institución (Pastor y Ovejero, 2009).

Este último aspecto a su vez está alineado con lo planteado en la Declaración de Caracas (OMS, 1990) en cuanto a la reestructuración de la atención psiquiátrica. Allí se plantea el cambio del abordaje psiquiátrico convencional vigente en ese momento por una atención primaria de la salud basada en modelos alternativos centrados en la comunidad. Para que estos avances puedan implementarse y ser una realidad en términos de derechos e inclusión es fundamental conocer cómo es que, aun habiendo acuerdos internacionales e importantes marcos normativos, la realidad de las personas que padecen esta condición de salud y sus familias sigue atravesando dificultades como si nada se hubiera modificado.

El presente trabajo surge de la necesidad de pensar sobre esta dimensión del problema para poder implementar un cambio real, de acuerdo a los paradigmas propuestos internacionalmente tanto por la comunidad científica como por los integrantes de colectivos vinculados directa o indirectamente a la esquizofrenia y a los TMG.

Es por ello inevitable, al realizar este análisis, considerar el recorrido similar que ha sufrido el concepto de *discapacidad*.

## La esquizofrenia y la discapacidad

La concepción que se tiene hoy en día de la discapacidad ha ido fluctuando a través de las distintas épocas y perspectivas, de un modo similar al trayecto conceptual que tuvo la esquizofrenia.

Según Palaciosy Bariffi (2007), el primer modelo surge en la Edad Media y se lo conoce como de “prescindencia”, el cual se basaba en que la discapacidad se encontraba ligada a lo religioso, asociando su causa a castigos divinos. Este modelo excluye a las personas con discapacidad, suprime sus derechos y las considera improductivas

en virtud de que no contribuyen económicamente a la sociedad.

No fue sino hasta el siglo XX que surge el modelo “rehabilitador”, que plantea que la discapacidad tiene orígenes materiales concretos; es decir, las causas de la misma ya no se asocian a las creencias religiosas. Tal convicción supone también que la persona discapacitada puede ser integrada a la sociedad siempre y cuando sea rehabilitada, y afirma que el valor como persona comienza a existir cuando se asemeja a los demás, dicho de otra manera, cuando ya es “normal”.

Uno de los problemas que tiene este modelo es que no considera ningún otro aspecto fuera de lo biológico; asume que la discapacidad es solamente un problema de la persona que la padece, ocasionado directamente por una causa precisa, por lo que el abordaje se lleva a cabo solo de forma individual, sin tomar en cuenta el contexto social y cultural ni algún otro aspecto que afecte al individuo. Desde esta perspectiva, las actitudes hacia quienes presentan un TMG fueron de segregación en razón de que la persona con discapacidad, que anteriormente era tratada como un “animal salvaje”, ahora pasó a ser considerada como un “animal doméstico”, expulsándola hacia las instituciones psiquiátricas y con el objetivo de, nuevamente, ser “normalizados” (Hernández, 2015). En suma, el modelo mantiene una actitud paternalista y asistencialista en el que las personas con discapacidad son vistas como menos valiosas que el resto, lo que refuerza la discriminación y la continuación de la vulneración de sus derechos humanos.

Es a partir de los años setenta que nace el modelo “social”, como respuesta al rehabilitador, que señala que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales, no individuales, ya que es la sociedad la que impone limitaciones. Desde esta perspectiva no se intenta “normalizar” o “rehabilitar” a la persona con discapacidad, sino que la que debe rehabilitarse es la sociedad en su conjunto. A raíz de esta visión comienzan a surgir definiciones asociadas a los derechos humanos que resaltan la idea de una equiparación de oportunidades e inclusión social, lo que propicia la idea de que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la medida en que sean

aceptadas y respetadas por su entorno. Este modelo considera que son las barreras físicas y sociales las que impiden que la persona pueda vivir en igualdad de condiciones que los demás, y que es una tarea socialmente compartida la que debe llevarse a cabo para erradicar las barreras y sus efectos. Entonces, dicho modelo busca no solo la autonomía de las personas con discapacidad para decidir sobre todos los aspectos de su vida, sino también para generar igualdad de oportunidades al potenciar las cualidades con las que cada uno cuenta (Palacios y Bariffi, 2007).

Finalmente, el modelo “integrador”, surgido por la misma época, incorpora los dos modelos mencionados anteriormente; también conocido como “biopsicosocial”, tiene en cuenta las dimensiones biológicas (médicas) y las perspectivas social y psicológica que pueden dar origen a la discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y la Discapacidad (en adelante CIF) (cf. OMS, 2001) es la referencia de este modelo, que considera la discapacidad como un concepto “paraguas” ya que incluye restricciones en la participación debido a las limitaciones en las actividades de la vida diaria (en adelante AVD) (Romero, 2007) e incorpora –al momento de analizar la situación de una persona– los facilitadores y barreras presentes en el entorno, denominados *factores contextuales*.

La CIF permite entender la esquizofrenia como una condición de salud que puede producir discapacidad si genera limitaciones para la realización de las AVD y restricciones en la participación (barreras) si la persona no cuenta con ayudas y ajustes (facilitadores) que puedan compensar tales dificultades.

En la Tabla 1 se propone señalar, a modo de resumen, cómo es que el desarrollo histórico del concepto de esquizofrenia y el de discapacidad tienen puntos de contacto al establecer una relación directa entre los TMG y las situaciones de discapacidad, junto con los avances científicos y las organizaciones sociales que condicionan el conjunto de ideas y actitudes que rodean la salud mental y la discapacidad.

**Tabla 1.** Cuadro comparativo concepto de esquizofrenia y modelos de discapacidad.

Periodos	Concepción de esquizofrenia	Modelo de discapacidad
Edad Media	No existía un concepto propiamente dicho; se asociaba la esquizofrenia a ciertas creencias religiosas.	Modelo de Prescendencia, el cual basa la discapacidad en lo religioso.
Segunda mitad del siglo XIX	Surge el concepto de <i>demencia precoz</i> para denotar la esquizofrenia.	
Primera mitad del siglo XX	Concepto de esquizofrenia basado en una mirada principalmente biologicista; surgimiento de varios tratados de psiquiatría.	Modelo Rehabilitador, el cual asocia la discapacidad solo con orígenes científicos.
Segunda mitad del siglo XX	Surgen movimientos antipsiquiátricos; cuestionamiento del concepto de esquizofrenia y de las formas de rehabilitación.	Modelo Social, el cual remite la discapacidad a factores sociales por sobre los biológicos.
Siglo XXI	Actualización de los distintos manuales de psiquiatría, tomando como base tanto factores médicos como sociales para definir la esquizofrenia, los que conforman esta condición de salud.	Modelo Integrador.

Los avances teóricos, científicos, técnicos y normativos sobre la discapacidad afectan directamente el heterogéneo colectivo de personas con TMG (Hultman, Forinder y Pergert, 2016; Mansell, Knapp, Beadle-Brown y Beecham, 2007; Rembis, Kudlick y Nielsen, 2018; Shakespeare, Porter y Stöckl, 2017). Aunque por momentos los señalamientos de estos dos grupos parecen estar separados, hay puntos en común que permiten una lectura vinculada.

Los principios de equiparación de oportunidades, atención de la salud integral, promoción de autonomía e inclusión laboral, educativa y social (Angelova-Mladenova, 2017; Castillo, 2014; Rojas, Verdugo y Troncoso, 2017; Schelly, 2008), si bien surgen de ámbitos específicos de la discapacidad, son fácilmente trasladables a las necesidades de las personas con TMG.

### Estigma y autoestigma como barreras en personas con esquizofrenia

Tanto las personas con discapacidad como las que viven con esquizofrenia sufren cotidianamente los efectos del estigma. Este suele caracterizarse por tener una connotación negativa que ubica y condiciona a un grupo de personas que comparten determinadas características, físicas o mentales. Consta de tres elementos: un problema de falta de conocimiento (*ignorancia*), un problema de actitud (*prejuicio*) y una conducta (*discriminación*) (Uribe, Mora y Cortés, 2007).

El término fue creado por los griegos, quienes consideraban a la persona que tuviera algún tipo de estigma como un esclavo, un criminal o una deshonra para la sociedad a la que debía evitarse (Goffman, 2006).

Hoy día el término sigue teniendo un significado negativo, pero ha incorporado otra dimensión; desde el punto de vista de Magallares (2011): “Un estigma se podría definir como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado” (p. 8).

El estigma exhibe un proceso de formación del que la sociedad debe ser parte, pues es en esta donde se establecen los diversos modos de categorizar a las personas según los atributos que se consideran deseables. Mientras ello acontece, el individuo que se manifiesta a los ojos de la sociedad puede mostrar un atributo que lo vuelve diferente de los demás y que rompe con el estereotipo social simbólicamente acordado; se convierte así en alguien menos estimado (Goffman, 2006).

Existe una tendencia a etiquetar los comportamientos o actitudes que no son los que podrían esperarse al suponerlos una amenaza. Etiquetar generalmente implica una distinción entre el “ellos” y el “nosotros”, y en ella desempeña un papel fundamental el lenguaje, mediante el cual también se manifiestan actitudes vinculadas al estigma al comparar el modo en que se hace referencia a las personas con esquizofrenia y a las personas que tie-

nen una condición de salud cuya afectación es física (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015).

Es pertinente apuntar que hay distintos tipos de estigma, los que pueden fluctuar en concordancia con los cambios sociales y culturales de una sociedad; tales son los estigmas físicos, los de personalidad y los que se relacionan con la identidad de grupo (Magallares, 2011). El estigma de personalidad o carácter es uno de los que más se asocian con la esquizofrenia, y ubica a las personas en un lugar que les es asignado socialmente en una comunidad o en un grupo; en el caso de las personas con esquizofrenia, ocurre un cambio en la identidad de la persona ya que tiene una historia de vida previa al diagnóstico (Uribe *et al.*, 2007).

El estigma no solo es producido por el exterior, sino que también puede surgir en el mundo interno de una persona, a lo que se denomina “autoestigma”, el cual se vincula directamente con el lugar que toma la persona; es decir, asume determinadas suposiciones que la sociedad formula en torno a sus características (Rodrigues, 2014).

La autoestigmatización suele ser poco considerada y estudiada en virtud de que no se valora la percepción de quien posee la condición. En uno de los estudios realizados sobre el estigma autopercebido (Ochoa *et al.*, 2011) se halló que las personas con esquizofrenia sienten más preocupación sobre algunos aspectos que los hacen más propensos a ser discriminados, como la culpa (asociada generalmente a las causas de la enfermedad, como por ejemplo el consumo problemático de sustancias), la pérdida de roles y vínculos sociales (relacionados al rechazo social) y la percepción de peligrosidad, siendo esta última la más mencionada por los participantes.

El proceso de estigmatización afecta la posibilidad de sostener las consultas en el marco de los tratamientos y controles de salud; generalmente, las personas con este tipo de TMG no consultan, lo que altera, entre otros aspectos, sus posibilidades de inclusión social (Pederson, 2005). Comienza así un círculo iatrogénico, originado por el estigma, cuyo impacto emocional lleva a la persona que lo padece a buscar estrategias de aislamiento para evitar exponerse a situaciones de rechazo y discriminación. Tal angustia provoca que la persona se niegue a buscar nuevas estrategias en el

marco de la promoción de su autonomía, inclusión social y calidad de vida (Rodrigues, 2014).

Otros estudios evidencian que no todas las personas con esta condición de salud experimentan el autoestigma (Mascayano *et al.*, 2015). De hecho, muchas de ellas tienen una autoestima elevada y no toman en cuenta las actitudes estigmatizantes que puedan recibir de la sociedad. Por lo regular, quienes se encuentran en esta situación específica no se sienten identificadas con el grupo de personas estigmatizado aun teniendo conciencia de su enfermedad, lo que puede deberse a que cuentan con determinados recursos personales que les permiten no asumir ese lugar.

El estigma y el autoestigma pueden analizarse mediante los conceptos de barreras y facilitadores de la CIF (OMS, 2001), definiéndolos como los “... factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran o limitan el funcionamiento y reducen o generan la discapacidad” (p. 228).

En este sentido, el estigma tiene impactos significativos en la calidad de vida de la persona que vive con esa condición de salud, de su familia y del entorno cercano. El proceso de estigmatización condiciona las estrategias de tratamiento y rehabilitación (Ochoa *et al.*, 2011; Loubat, Lobos y Carrasco, 2017), así como los intentos de suicidio cuyas principales causas son la soledad, la desesperanza, la irritación y la depresión (Rascón *et al.*, 2004).

Se insiste en que la afectación también trastorna a la familia cuando se analiza la realidad del padre, la madre y los hermanos de una persona con esquizofrenia (Núñez, Jodar, Meana y Ruiz, 2013). Uno de los puntos que determinan las posibles diferencias entre estos roles familiares es el momento vital en que se encuentran progenitores y hermanos; los padres se preguntan quién va a cuidar de su hijo cuando ya no estén o no puedan hacerlo, y los hermanos se cuestionan cómo va a ser su vida con esta realidad. Se suma a ello la diversidad de niveles de afectación que puede generar este TMG ya que no necesariamente son personas dependientes, y los cuidados y apoyos que pueden ser requeridos deben acompañar las necesidades asociadas al ciclo vital (Martín, 2010).

Algo similar al efecto que tiene en la familia ocurre con la comunidad en la que vive una persona con esquizofrenia. La cercanía que tiene esta con su comunidad puede instalarse como una barrera si el lugar adjudicado por esa comunidad es fijo y está asociado a su condición de salud, o como un facilitador en tanto existan redes de apoyo entre los miembros de la comunidad que promuevan la autonomía de este integrante (Pederson, 2005).

Por otro lado, en el ámbito laboral las personas con esquizofrenia se encuentran con muchos obstáculos y limitaciones, toda vez que se suele asociar esta enfermedad con la violencia, lo que dificulta notablemente que puedan obtener empleo. Al ser una condición no tan evidente, las personas que trabajan con quien presenta esta condición

pueden ignorar que la tiene y, en caso de saberlo, pueden no conocer la sintomatología asociada. De cualquier manera, la falta de empleo implica carecer de dinero propio, lo que dificulta que la persona pueda tener independencia económica para solventar sus gastos personales, lo que puede considerarse como una de las principales barreras para las personas con esquizofrenia (Magallares, 2011).

Para seguir profundizando en relación a cómo impacta el estigma, se propone en la Tabla 2 un análisis basado en los factores contextuales de la CIF, a fin de poder identificar, desagregar y relacionar cómo el contexto condiciona al instalar barreras o facilitadores, los que parten generalmente del estigma y la discriminación.

**Tabla 2.** Cuadro comparativo factores contextuales (CIF) y estigma.

Factores personales	Estigma
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Se hace referencia a la pérdida de ciertas capacidades, a raíz de lo cual no se valoran las opiniones que una persona con esquizofrenia pueda tener, ubicándola como alguien que no puede tomar decisiones o resolver un problema (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Tareas y demandas generales	En muchas familias suelen ver al paciente con esquizofrenia como un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades, destacando el aspecto de dependencia y no involucrándose activamente (Uribe <i>et al.</i> , 2007).
Comunicación	Muchas de las personas que tienen esquizofrenia evitan mencionar que sufren esta condición de salud, acción que también llegan a realizar sus familias (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Movilidad	Muchas personas con esquizofrenia sienten que no tienen el control de su vida, lo que los lleva a pensar que necesitan la protección y supervisión de sus familiares y a veces suelen sentirse controlados y dependientes (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Autocuidado	Algunas de las personas que tienen esquizofrenia llegan a percibir que además de ser discriminadas por su diagnóstico también lo son por tener determinadas características personales, como no cumplir con normas de higiene esperadas” (Carcamo <i>et al.</i> , 2019).
Vida doméstica	Con frecuencia se presentan dificultades para que una persona con esquizofrenia pueda alquilar un lugar donde vivir, de hecho, un alto porcentaje de propietarios se niegan a alquilar su propiedad cuando se enteran de que será una persona con esquizofrenia la que vivirá en la misma (Robles, 2006).
Interacciones y relaciones interpersonales	En general a raíz de distintas investigaciones puede observarse que a la gente “normal” no le gusta estar con personas que tengan ningún tipo de enfermedad mental (Magallares, 2011).
Áreas principales de la vida	La noción de que las personas con esquizofrenia son violentas dificulta que las mismas puedan conseguir o conservar un empleo (Magallares, 2011).
Vida comunitaria, social y cívica	Aún existen importantes barreras en la participación directa en el que hacer comunitario. Generalmente, los promotores de las diferentes actividades no pueden notar como a través de sus funciones pueden beneficiar y mejorar el acceso a estos servicios (Pederson, 2005).
Factores ambientales	Estigma
Productos y tecnología	Se han encontrado varios materiales filmados e impresos de los medios de comunicación en los cuales se visualiza el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos (Muñoz, Uriarte, 2006). Los distintos medios de comunicación juegan un papel determinante en la construcción del estigma, mayor que tener contacto previo con una persona con esquizofrenia (Pederson, 2005).

Continúa...

Apoyos y relaciones	La familia de una persona con esquizofrenia puede pasar por distintas etapas, entre ellas la negación de la enfermedad (Uribe <i>et al.</i> , 2007).
Actitudes	El uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo persona con esquizofrenia (Muñoz, Uriarte 2006).
Servicios, sistemas y políticas	A raíz del estudio realizado se constata la presencia de dinámicas estigmatizantes en la relación trabajadores-usuarios que mantienen un patrón basado en una tolerancia fría y paternalismo. Esto significa que los trabajadores toleran la presencia de los usuarios, pero muchas veces los evitan o en otras circunstancias los sobreprotegen (Badallo, García y Yélamos, 2013).

Los ejemplos presentados en la Tabla 2 pretenden ilustrar y aclarar cómo estas actitudes pueden desplegarse en ámbitos íntimos o públicos, o que se asume que no debieran seguir sucediendo.

A su vez, un mismo factor contextual, por ejemplo el de apoyos y relaciones, puede ser distinto para personas con características de salud similares; es decir, la familia, como se ilustra en este caso, puede ser tanto una barrera que aumenta los niveles de estigma y exclusión y vivir como un núcleo el estigma de tener un integrante con esta situación, o ser un facilitador que promueve la participación y la mejora de la calidad de vida del integrante con TMG (Grossman y Magaña, 2016).

En todas las dimensiones de la CIF analizadas en este apartado la presencia y el acceso a recursos y apoyos para estas personas pueden transformar su situación, y los movimientos que afectan a algunas personas generan grandes cambios en toda la sociedad (Gómez, Restrepo, Gañán y Cardona, 2018).

### Experiencias internacionales en el abordaje de la salud mental

Aunque no es tan común como otros tipos de trastornos de la salud mental, la esquizofrenia es una de las más estigmatizadas (Campo y Herazo, 2015; Kudva *et al.*, 2020; Mascayano *et al.*, 2015; Moreno, Sánchez, López y Sarmiento, 2014). Los países han asumido esta preocupante realidad (OPS, 2014) y se han generado distintas estrategias para su abordaje mediante programas y servicios para los procesos de tratamiento, intervención y rehabilitación, así como para garantizar la inclusión de las personas con TMG.

Estados Unidos (Cuertos, 2006), por ejemplo, inició en los años cincuenta el proceso que se llamaría “desinstitucionalización”, logrando reducir

la cantidad de usuarios que se encontraban residiendo en hospitales psiquiátricos y así generar la idea de trabajar sobre un modelo comunitario con y para las personas que tuvieran trastornos mentales graves y persistentes, como la esquizofrenia. Movimientos similares se realizaron en Europa (European Social Network, 2010; Knapp, McDaid, Mossialos y Thornicfort, 2007), África (Ibrahim, 2014; Petersen *et al.*, 2016), Asia (Newnham *et al.*, 2020) y Australia (Meurk, Leung, Hall, Head y Whiteford, 2016), no sin discusiones y críticas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2018; Yates, 2018).

En América Latina, Colombia (Zaraza y Hernández, 2016), Chile (Gobierno de Chile, 2017), Brasil (Cavalcanti, 2019), Cuba (Peña *et al.*, 2013) y Argentina (Daray, 2015) son algunos de los países que han avanzado considerablemente en el diseño de estrategias e intervenciones comunitarias a partir de enfoques interdisciplinarios; sin embargo, estos movimientos son insuficientes, lo que deja casi intocado el persistente el estigma hacia las personas con esquizofrenia (Chung, Tse, Lee, Wong y Chan, 2019; Magallares, 2011; Oliveira, Esteves y Carvalho, 2015).

En Uruguay, al igual que en algunos países mencionados anteriormente, sucede un proceso de desinstitucionalización que ha tenido como consecuencia que la población que se encuentra en instituciones asilares, como los manicomios, haya disminuido en los últimos años. Este desarrollo sucede, principalmente, gracias a cuatro grandes hitos: la instalación de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015), la promulgación de la Ley de Salud Mental en el año 2017, la creación de la Red de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2019) y el Plan Nacional de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2020).

Si bien Uruguay ha logrado avances en términos legales y en relación con los procesos de sensibilización y visibilización de la situación de las personas con esquizofrenia, según se dijo anteriormente, se vuelve necesario comparar –con una referencia internacionalmente validada, como es la CIF– cuáles son, en detalle, aquellos aspectos en los que es evidente la mejora y en los que aún queda mucho camino por recorrer.

En el contexto de este país, se aprecia que, hasta principios del siglo XIX, las personas con algún tipo de TMG vivían amparadas por sus familias de origen, y muchas otras pasaban su vida en la calle, hasta que en 1880 surge el primer hospital psiquiátrico: el Hospital Vilardebó. Luego, debido a la sobrepoblación de ese primer nosocomio nace la Colonia Etchepare, fundada bajo un modelo asilar que tenía como base la cura a través del trabajo (Techera, Apud y Borges, 2010).

A principios del siglo XX, la sociedad uruguaya comienza a dar otro sentido a los TMG, considerándolos como un trastorno complejo que se relaciona con múltiples factores, además del orgánico, si bien prevalecen las concepciones predominantemente médicas (Techera *et al.*, 2010).

En el año 1936 se crea la Ley 9.581, llamada “Psicópatas”, basada en una perspectiva biologicista, acorde a los modelos conceptuales promovidos por los círculos académicos, instituciones estatales y organismos internacionales de la época. Además, dicha ley surge antes de la medicación antipsicótica, que aparece por primera vez en los años cincuenta, cuando se utilizó el primer fármaco, comprobando que tenía efectos sedantes sobre los síntomas psicóticos positivos (Herlyn, 2016).

Para comenzar el análisis, la Ley 9.581 denomina a las personas con algún tipo de enfermedad mental como “psicópatas”, asignando a esos individuos una mayor peligrosidad que al resto de la sociedad, con lo que marca desde el primer momento una diferencia y genera así una gran estigmatización.

Se basa principalmente en la asistencia psiquiátrica y hospitalización en los llamados “establecimientos” psiquiátricos. Expone que puede haber hospitalización voluntaria, por indicación médica o por orden judicial, y la internación domiciliaria, haciendo notar que las personas que in-

gresaran de manera voluntaria no figurarían en el registro general de psicópatas.

La actual Ley de Salud Mental 19529 (Gobierno de Uruguay, 2017) plantea que los aspectos más importantes a tener en cuenta son; la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación que posibilite una vida digna para todos, en especial para las personas que presentan una patología mental, reconociéndolas de manera integral, teniendo en cuenta sus singularidades y considerando la hospitalización como último recurso.

La Ley de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2017) parte desde una perspectiva de derechos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 18211), el cual se basa en garantizar la cobertura universal para el acceso a la atención integral de la salud a todos los residentes del país. El SNIS toma como principios la promoción de la salud, sin perder de vista los estilos de vida de la población; la equidad; el respeto de los derechos de los usuarios, y la sustentabilidad, entre otros. Plantea como uno de sus objetivos principales alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos de vida saludables.

Basada en estos principios, la Ley de Salud Mental promueve y defiende los derechos de las personas con trastorno mental grave, teniendo presente una perspectiva de salud distinta a la que se plantea en la Ley del Psicópata. Otra de las cualidades de la ley actual es que se prioriza el trabajo interdisciplinario, dejando de lado la perspectiva médico-psiquiátrica como la única válida.

Si bien gran parte de las dificultades en la implementación de esta ley se debe a la falta de presupuesto, la otra gran parte de la dificultad radica en la transición que deben hacer los trabajadores de la salud (Campo, Oviedo y Herazo, 2014).

En la Tabla 3 se propone nuevamente, para el análisis en profundidad de ambas leyes, los factores contextuales de la CIF (OMS, 2001), lo que permite desagregar con detalle las dimensiones fundamentales para el estudio de las situaciones de discapacidad que pueden surgir de la presencia de un diagnóstico de esquizofrenia.



**Tabla 3.** Cuadro comparativo factores contextuales (CIF) y marco regulatorio uruguayo.

Factores personales	Ley N° 9.581	Ley N° 19529
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	La presente ley promueve la inclusión educativa, velando por que se favorezca la integración educativa y cultural. Particularmente en el caso de los niños, se protegerá el derecho a la educación durante el ciclo educativo, considerando las necesidades específicas de cada persona.
Tareas y demandas generales	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Comunicación	La ley no posibilita la intervención por sí mismo del usuario en las cuestiones relativas a su tratamiento o internación. Para ello es necesario recurrir a la asistencia y eventual patrocinio de un abogado o de institutos jurídicos (De León, Kakuk, 2015).	Se expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a comunicarse y a recibir información completa sobre su situación, sus derechos y los posibles tratamientos, pudiendo manifestar en todo momento si está o no de acuerdo con estos.
Movilidad	Esta Ley no plantea un modelo de índole comunitaria ya que la única forma de rehabilitación que considera como válida es la hospitalización (voluntaria o involuntaria) del individuo	Se habla de rehabilitación tomando el modelo comunitario, sin dejar de lado las particularidades de cada individuo, con el fin de favorecer la inclusión y la calidad de vida, utilizando la hospitalización como último recurso. Se propiciará el trabajo con las familias de las personas.
Autocuidado	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Vida doméstica	La presente ley plantea que las personas con algún tipo de patología mental deben ser asistidos por sus familias o encargados, en caso de no poder se solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública. No presenta ningún indicio de que la persona pueda vivir de forma autónoma.	Se plantea la coordinación de los diferentes Ministerios para promover programas que posibiliten, entre otras cosas, la adquisición de viviendas para las personas con algún tipo de enfermedad mental, fomentando para ello un mayor desarrollo del Plan nacional de Vivienda. Además, promueve los distintos estilos de vida de la población y los factores determinantes del entorno.
Interacciones y relaciones interpersonales	La Ley ubica a las personas como “objeto de tratamiento” a quienes denominan “psicópatas”; desviándose la condición de sujeto de la centralidad de la persona (De León y Kakuk, 2015).	Expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental debe ser reconocida siempre como sujeto de derechos y respetando su vida privada, además de poder optar en todo momento por la compañía de su elección durante y después del tratamiento que se le practique.
Áreas principales de la vida	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Presenta dentro de sus principios la vinculación de la salud mental con el derecho a la educación y al trabajo, entre otros. Promueve la capacitación e inserción laboral, fomentando así la autonomía de la persona.
Vida comunitaria, social y cívica	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Plantea la integración educativa y cultural, facilitando el acceso a las mismas. Expone dentro de los derechos de la persona el de comunicarse y acceder a actividades culturales y recreativas.
Factores ambientales	Ley N° 9581.	Ley N° 19529.
Productos y tecnología	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Se expone que se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Continúa...

Apoyos y relaciones	En la presente ley se manifiesta que los parientes o representantes gestionan el alta de la hospitalización, para luego devolver al paciente a su hogar. En el nivel médico, se inspecciona la situación de los enfermos que se encuentren en su domicilio.	La persona tiene derecho a estar acompañada cuando lo desee de familiares o amigos, quienes podrán participar del proceso de tratamiento. Se brindará el apoyo de equipos interdisciplinarios.
Actitudes	Toda persona que requiera atención psíquica será atendida en un establecimiento psiquiátrico o de forma particular. Por otra parte, la denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.	La persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a ser tratada con respeto, como todo ser humano, siendo protegida de todo tipo de explotación, estigmatización y trato discriminatorio.
Servicios, sistemas y políticas	Se proporcionan los llamados establecimientos psiquiátricos, con un director encargado médico. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias. Se propiciará la formación de patronatos para la protección de los enfermos que egresen de los establecimientos psiquiátricos.	La atención en salud mental priorizará el primer nivel de atención. Se fomentarán las redes territoriales de atención. Se establecerán programas de dispositivos residenciales de apoyo. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias como último recurso.

Se vuelve evidente cómo la nueva legislación contiene nuevas dimensiones mediante las que, desde el ámbito normativo, se debe amparar y dar respuesta. De cualquier manera, la transformación en este ámbito requiere más que la creación de una ley; para su implementación, es necesaria la participación de los diferentes actores involucrados, teniendo en cuenta asimismo las posibles resistencias que pueden surgir desde determinados ámbitos, por ejemplo el médico, o específicamente el vinculado a la psiquiatría más tradicional (Agrest, Mascayano, Assis, Molina y Ardila, 2018).

## CONCLUSIONES

En este acercamiento a la esquizofrenia, a su historia y a los efectos que tiene el estigma y el autoestigma sobre las personas que tienen esta condición de salud, puede apreciarse que erradicar o reducir el estigma social y las maneras en que son consideradas por la sociedad las personas con esquizofrenia es todavía un desafío mayúsculo.

Tanto el desarrollo histórico del concepto de discapacidad como el de esquizofrenia, en el contexto nacional e internacional, así como el desarrollo teórico y científico, muestran un recorrido y un avance en cuanto a mejorar la calidad de vida de este colectivo. A pesar de ello, es neces-

rio continuar trabajando en materia de inclusión, principalmente, ya que más allá de los cambios a lo largo del tiempo el estigma continúa estando presente en la sociedad.

El estigma y el autoestigma hacen las veces de barreras, desde el enfoque de la CIF, lo que genera consecuencias que condicionan la vida de las personas con esquizofrenia y sus familiares. Es de suma importancia comenzar un proceso de sensibilización no únicamente en el entorno cercano de la persona, sino también en el personal de salud y en la sociedad en general. Este aspecto debe afectar hasta el lenguaje que se utiliza cotidianamente para hacer referencia a este colectivo, calificando su condición –en este caso la esquizofrenia–, como una característica única y determinante de la persona, lo que es similar al proceso de estigmatización que reciben aquellas que se encuentran discapacitadas.

La norma, si bien es fundamental, no es suficiente; tal es el ejemplo de Uruguay, donde se cuenta con una ley de salud mental que propone un cambio de paradigma que deje atrás los prejuicios y que plantea una nueva forma de pensar y abordar dicha salud, en la cual se incorporan nuevas estrategias para que las personas que viven con una condición de salud como la esquizofrenia pueden tener acceso a rehabilitación e inclusión social (De León, 2018). El desafío radica en que

lo que se plantea se lleve a cabo a través de acciones concretas en los ámbitos estatal, técnico-profesional, comunitario y cultural.

La CIF es una buena herramienta que hace posible el análisis en distintos niveles de compara-

ción normativa y análisis teóricos, así como también el abordaje técnico individual. Los presentes autores esperan, por consiguiente, que este artículo sea de ayuda para la formación y actualización de quienes trabajan en el campo de la salud mental.

*Citación:* Córdoba W., J, Gilles G., M. y Gonella, A. (2023). Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Psicología y Salud*, 33(2), 267-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2808>.

## REFERENCIAS

- Agrest, M., Mascayano, F., Assis T., R., Molina B., C. y Ardila G., S. (2018). Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex*, 29(141), 334-345.
- Angelova-Mladenova, L. (2017). The right to live independently and be included in the community. Addressing barriers to independent living across the globe. *European Network on Independent Living*. Recuperado de [http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/06/The-right-to-live-independently\\_FINAL.pdf](http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/06/The-right-to-live-independently_FINAL.pdf).
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015). *Anteproyecto de ley de salud mental*. Montevideo: Cainfo. Recuperado de <https://www.cainfo.org.uy/2015/09/asamblea-instituyente-por-salud-mental-desmanicomializacion-y-vida-digna-presento-anteproyecto-de-ley-de-salud-mental/>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Badallo, A., García A., S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 37-47. Doi: 10.4321/S0211-57352013000400005.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Viena: Deuticke.
- Campo A., A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. Doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.001.
- Campo A., A. y Herazo, E. (2015) El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250.2015. Doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.003.
- Carcamo G., K., Cofre L., I., Flores O., G., Lagos A., D., Oñate V., N. y Grandon F., P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 18(2). Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1582/1039>.
- Castillo A., T. (2014). La persona protagonista de su vida independiente. Un modelo de escucha de profesionales y familia. *Educación Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 58, 29-44.
- Castoriadis, C. (2002). *La institución imaginaria de la sociedad. El imaginario social y la institución* (v. 2). Buenos Aires: Tusquets Editores. [https://revolucioncantonal.net.files.wordpress.com/2019/01/kupdf.com\\_la-institucion-acuten-imaginaria-de-la-sociedad-cornelius-castoriadis.pdf](https://revolucioncantonal.net.files.wordpress.com/2019/01/kupdf.com_la-institucion-acuten-imaginaria-de-la-sociedad-cornelius-castoriadis.pdf).
- Cavalcanti, M. (2019). Perspectivas para la política de salud mental en Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-5. Doi: 10.1590/0102-311x00184619.
- Chung, K.F., Tse, S., Lee, C.T., Wong, M.M. y Chan, W.M. (2019). Experience of stigma among mental health service users in Hong Kong: Are there changes between 2001 and 2017? *The International Journal of Social Psychiatry*, 65(1), 64-72. Doi: 10.1177/0020764018815926.
- Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(2), 345-373.
- Daray, F. (2015). La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. *Vertex*, 26(122), 382-389.
- De León, N. (2018). "Avanzamos para constituir una lucha regional por los derechos humanos y la salud mental". *Encuentro Montevideo*. Recuperado de <http://idepsalud.org/avanzamos-para-constituir-una-lucha-regional-por-los-derechos-humanos-y-la-salud-mental/>.
- De León, N. y Kakuk, M. (2015). *XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U. de la R. / Salud Mental y Derechos Humanos: fundamentos para la creación de un órgano de revisión en salud mental*. Recuperado de [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10842/1/XIV%20JCS\\_De%20Le%20c3%b3n\\_Kakuk.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10842/1/XIV%20JCS_De%20Le%20c3%b3n_Kakuk.pdf).

- European Social Network (2010). *Salud mental y bienestar en Europa: un enfoque comunitario centrado en la persona*. Recuperado de [https://fsclm.com/web/images/documentos/otros\\_documentos/SaludMentalyBienestarenEuropa.pdf](https://fsclm.com/web/images/documentos/otros_documentos/SaludMentalyBienestarenEuropa.pdf).
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1994). *Tratado de Psiquiatría* (8ª ed.). Barcelona: Masson.
- Frank, B. (2021). Approximation to general economic costs of mental illness. *Liberec Economic Forum*, 110-123. Recuperado de <https://www.dpublication.com/wp-content/uploads/2021/07/12-1431.pdf>.
- Gobierno de Chile (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile: Autor. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.
- Gobierno de Uruguay (1936). *Ley 9.581: Psicópatas*. 24 de agosto. Montevideo: Autor. Recuperado de [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT\\_CAT\\_ADR\\_URY\\_16764\\_s.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_16764_s.pdf).
- Gobierno de Uruguay (2007). *Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. 5 de diciembre. Montevideo: Autor. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>.
- Gobierno de Uruguay (2017). *Ley 19.529: Salud Mental*. 24 de agosto. Montevideo: Autor. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.
- Gobierno de Uruguay (2019). *Ordenanza N° 1046/019*. Montevideo: Autor. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046019-red-atencion-salud-mental>.
- Gobierno de Uruguay (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amarrortu Editores.
- Gómez R., N.E., Restrepo O., D.A., Gañán E., J. y Cardona A., D. (2018). La discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades y su relación con la salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). Doi: 10.11144/Javeriana.rgps17-35.dedc.
- Grossman, B.R. y Magaña, S (2016). Introduction. Special Number: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237-251. Doi: 10.1080/10522158.2016.1234272.
- Hecker, E. (1899). Nekrolog über Kahlbaum. *Psychiatrische Wochenschrift*, 14, 125-128.
- Herlyn, S. (2016). *Antipsicóticos*. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/antipsicoticos\\_2016.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/antipsicoticos_2016.pdf).
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Hultman, L., Forinder, U. y Pergert, P. (2016). Assisted normality –a grounded theory of adolescent’s experiences of living with personal assistance. *Disability and Rehabilitation*, 38(11), 1053-1062. Doi: 10.3109/09638288.2015.1091860.
- Ibrahim, M. (2014). Mental health in Kenya: Not yet Uhuru. *Disability and the Global South*, 1(2), 393-400. Recuperado de [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1503/Art\\_ibrahimM\\_MentalHealthKenya\\_2014.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1503/Art_ibrahimM_MentalHealthKenya_2014.pdf?sequence=1).
- Kasanin, J. y Hanfmann, E. (1938). An experimental study of concept formation in schizophrenia. Quantitative analysis of the results. *American Journal of Psychiatry*, 95, 35-48.
- Knapp, M., McDavid, D., Mossialos, E. y Thornicfort, G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*. Bruselas: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarias. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>.
- Kraepelin, E. (1896/2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- Kudva, K., El Hayek, S., Gupta, A.K., Kurokawa, S., Bangshan, L., Armas-Villavicencio, M.V.C., Oishi, K., Mishra, S., Tiensuntisook, S. y Sartorius, N. (2020). Stigma in mental illness: Perspective from eight Asian nations. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(2), 1-10. Doi: 10.1111/appy.12380.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez A., M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 44-83.
- López R., P., Sanmillán B., H., Cainet B., A. y Olivares M., O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189/1407>.
- Loubat, M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25.
- Magallares S., A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. y Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living –outcomes and costs: report of a European study* (v. 2: Main Report. Canterbury, UK: University of Kent Press.

- Martín P., M. (2010). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Revista Zerbitzuan*, 48, 57-69.
- Mascayano T., F., Lips C., W., Mena P., C. y Manchego S., C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Meurk, C., Leung, J., Hall, W., Head B., W. y Whiteford, H. (2016). Establishing and governing e-mental health care in Australia: A systematic review of challenges and a call for policy-focussed research. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1). Doi: 10.2196/jmir.4827.
- Morel, B.A. (1852-53). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*. Nancy (Francia): Grimblot.
- Moreno H., A.M., Sánchez S., F. y López L.S., M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 6(1), pp. 17-26. Doi: 10.25115/psy.v6i1.505.
- Newnham, E.A., Dzidic, P.L., Mergelsberg, E.L.P., Guragain, B., Chan, E.Y.Y., Kim, Y., Leaning, J., Kayano, R., Wright, M., Kaththiriarachchi, L., Kato, H., Osawa, T. y Gibbs, L. (2020). The Asia Pacific Disaster Mental Health Network: Setting a mental health agenda for the region. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 17, 2-9. Doi: 10.3390/ijerph17176144.
- Núñez P., J.P., Jodar A., R., Meana P., R. y Ruiz, T. (2013). Mi hermano tiene esquizofrenia. En B. Charro B. y M. J. Carrasco G. (Eds.): *Crisis, vulnerabilidad y superación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/17757/Mi%20hermano%20tiene%20esquizofrenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García F., M., López, E., Vilellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. Doi: 10.4321/s0211-57352011000300006.
- Oliveira, S., Esteves, F. y Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 167-173. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.047.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Doi: 10.1787/health\_glance\_eur-2018-en.
- Organización Panamericana de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10)*. Décima Revisión. Washington, D.C.: PAHO Press. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de Acción sobre salud mental 2015-2020*. Rev.1. Washington, D.C.: PAHO Press. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-sm-2014.pdf>.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Pastor M., J. y Ovejero B., A. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 293-299.
- Pederson, D. (2005). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y la investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 55(1), 39-50.
- Peña G., L., Clavijo P., A., Casas R., L., Fernández, C., Bermúdez S., O. y Ventura V., R.E. (2013). Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(2), 221-234. Recuperado de <https://1library.co/document/lq5g35gy-desarrollo-perspectivas-salud-mental-cuba.html>.
- Petersen, I., Fairall, L., Bhana, A., Kathree, T., Selohilwe, O., Brooke-Sumner, C., Faris, G., Breuer, E., Sibanyoni, N., Lund, C. y Patel, V. (2016). Integrating mental health into chronic care in South Africa: The development of a district mental healthcare plan. *British Journal of Psychiatry*, 208(56), 29-39. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.153726.
- Rascón M., L., Gutiérrez M., L., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. y Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5), 44-52.
- Rembis, M., Kudlick, C. y Nielsen, K.E. (2018). *The Oxford Handbook of Disability History*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rodrigues, S. (2014). Familiarización con el estigma: Una breve introducción. *Boletín Informativo de Psiquiatría*, 11(4). Doi: 10.7191/pib.1089.
- Rojas M., A., Verdugo L., C. y Troncoso M., S. (2017). Servicios de apoyo para la vida independiente desde una perspectiva de derecho, autonomía y calidad de vida. Una experiencia de SENADIS. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 1(2), 44-59.
- Romero A., D.M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271.

- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189.
- Schelly, D. (2008). Problems associated with choice and quality of life for an individual with intellectual disability: a personal assistant's reflexive ethnography. *Disability & Society*, 23(7), 719-732. Doi: 10.1080/09687590802469206.
- Shakespeare, T., Porter, T. y Stöckl, A. (2017). *Personal assistance relationships power, ethics, and emotions*. Norwich, UK: University of East Anglia.
- Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC. Doi: 10.13140/2.1.1347.4242.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441-442. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.092718.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. y Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374(9690), 620-627. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X.
- Torres R., A. (2002). Locura, esquizofrenia y sociedad. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(3), 162-168.
- Uribe, M., Mora O., L. y Cortés R., A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
- Walker, E.R., McGee, R.E. y Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
- Yates, M. (2018). Out of the shadows: Mental health in Asia Pacific. *Reuters Events*. Recuperado de <https://www.reutersevents.com/pharma/column/out-shadows-mental-health-asia-pacific>.
- Zaraza M., D. y Hernández H., D. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(8), 2607-2618. Doi: 10.1590/1413-81232015218.14732015.



# Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica mexicana

## *Validation and psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale in a Mexican clinical sample*

Ángel López-Ortiz, Ángela Paola Monjarás-Mauricio  
y Marcos Alejandro Reyes-López

Clínica de Psicología “Descubre”<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Ángel López-Ortiz, [angel.lopez.psy@gmail.com](mailto:angel.lopez.psy@gmail.com).

### RESUMEN

**Introducción.** La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale [SWLS]) ha sido validada en diferentes partes del mundo, probando ser un instrumento fiable para evaluar este constructo. Sin embargo, los estudios realizados en México con población clínica han sido escasos en comparación con los realizados en ambientes escolares. **Objetivo.** Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica que asistía a psicoterapia en modalidad ambulatoria. **Método.** Mediante un muestreo por disponibilidad, se integró una muestra de 170 participantes, asistentes a psicoterapia en una clínica ubicada en Ciudad Juárez (México). Además, se aplicó un análisis de fiabilidad utilizando el modelo alfa y se evaluó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio (AFE), utilizando el método de extracción, un análisis de componentes principales y la rotación ortogonal, aunados a las pruebas KMO y Barlett. **Resultados.** La consistencia interna, medida con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, fue de 0.83. El AFE confirmó una estructura unidimensional que explica 60.6% de la varianza, con estrecha relación entre los reactivos. La prueba de esfericidad de Bartlett aportó un efecto  $\chi^2$  de 320.28 ( $gl = 10, p < .001$ ), siendo el indicador de adecuación del tamaño de muestra KMO de .827. **Discusión.** La Escala de Satisfacción con la Vida tiene buena consistencia interna y validez de constructo, lo que concuerda con otros registros. Se concluye que la versión mexicana del instrumento es fiable y válida en ambientes clínicos, por lo que se sugiere su uso en este contexto.

**Palabras clave:** Escala de Satisfacción con la Vida; Validación; Muestra clínica; Psicoterapia.

### ABSTRACT

**Introduction.** The satisfaction with life scale (SWLS) has been validated in different parts of the world and has proven to be a reliable instrument to evaluate this construct. However, the studies in Mexico with a clinical population have been fewer than those conducted in school environments. **Objective.** To evaluate the psychometric properties of the SWLS in a clinical sample attending psychotherapy in an outpatient setting. **Method.** The study used sampling by availability with 170 participants attending psychotherapy in a clinic in Juárez, Chihuahua. Reliability analysis used the

<sup>1</sup> Departamento de Investigación, Parque Escondido 8218 -B, Fracc. Los Cisnes, tel. (656) 97-95-57, Ciudad Juárez, México, correos electrónicos: [angel.lopez.psy@gmail.com](mailto:angel.lopez.psy@gmail.com), [monjaras.am@gmail.com](mailto:monjaras.am@gmail.com) y [alereyescfic@gmail.com](mailto:alereyescfic@gmail.com).





*alpha model and the construct validity through exploratory factor analysis (EFA), using the extraction method: principal component analysis and orthogonal rotation. Additionally, the study used the KMO and Bartlett tests. Results. A good internal consistency was obtained ( $\alpha = .83$ ). The EFA confirmed a one-dimensional structure that explains 60.60% of the variance, presenting a relationship between the items. The Bartlett's sphericity test indicated effect  $c^2 = 320.28$ ,  $gl = 10$ ,  $P < .001$ , and the KMO sample size adequacy indicator was .827. Discussion and conclusions. The satisfaction with the life scale presents good internal consistency and construct validity, which agrees with other reported findings. These findings show that the Mexican version of the SWLS is reliable and valid within clinical settings, which is why its use within this context is suggested.*

**Key words:** Satisfaction with Life Scale; Validity; Clinical sample; Psychotherapy.

Recibido: 04/08/2021

Aceptado: 12/05/2022

El concepto de *satisfacción vital* ha sufrido cambios a lo largo del tiempo, como diferentes acepciones y diversos intentos para medirlo. Sin embargo, hasta hace unas décadas se resistía a una definición unificadora (Veenhoven, 1994). Se le ha descrito, por ejemplo, como la evaluación cognitiva que hace un individuo de la calidad de sus experiencias vividas, mediada por el sistema homeostático, pretendiendo definir con ello un sentido positivo de bienestar general (Arita, 2005; Fergusson *et al.*, 2015). Este concepto forma parte de otro constructo denominado *bienestar subjetivo*, el cual consiste en sentirse bien (subjetivamente) y no necesariamente estar bien (objetivamente), en las interacciones del individuo con su entorno (Montoya y Landero, 2008).

Se ha concluido que el bienestar subjetivo, psicológico y social se relaciona estrechamente con la salud mental (Moreta *et al.*, 2018). Otros autores han concluido que hay diversos factores de riesgo para manifestar bajos niveles en la satisfacción con la vida, como experimentar dependencia emocional (Ponce, Aiquipa y Arboccó, 2019), bajos niveles de autoestima y pobre autoconcepto (Oliver, Galiana y Bustos, 2018; Ruiz, Medina,

Zayas y Gómez, 2018), carecer de apoyo parental (Miranda, Oriol, Amutio y Ortúzar, 2019), ser varón y practicar estilos de humor negativos (Salavera y Usán, 2017) y tener un bajo nivel académico (Vázquez, Duque y Hervás, 2013).

La valoración de la satisfacción con la vida puede incluir áreas tales como salud, familia, trabajo, amistades, pasatiempos y otras. También puede valorarse de manera general aplicando instrumentos como la Escala de Satisfacción con la Vida (ESV en lo sucesivo) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), la cual consiste de 48 ítems en su versión original; sin embargo, Padrós, Gutiérrez y Medina (2015), después de realizar los análisis factorial exploratorio y confirmatorio los resumieron a cinco ítems. Tal versión fue validada en diferentes estudios reportados en el mismo informe. En el primer estudio, dichos autores utilizaron una muestra de 176 estudiantes universitarios, obteniendo una consistencia interna de 0.87 que explicó 66% de la varianza. En el segundo, la muestra se conformó de 163 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología, en la que efectuaron una validación convergente, obteniendo buenos resultados, y en el tercer estudio utilizaron una muestra geriátrica de 53 adultos mayores.

Previamente, Pavot y Diener (2009) reportaron en su trabajo de revisión sistemática que la escala presentaba una consistencia interna  $\alpha$  de entre .79 y .89, así como relación con otros instrumentos que miden constructos similares. También se le ha validado en estudiantes universitarios de pregrado y posgrado de Hong Kong (Sachs, 2003) y en países como Suecia (Hultell y Gustavsson, 2008) y Brasil (Zanon, Bardagi, Layous y Hutz, 2013), en donde la consistencia interna hallada fue de entre .82 y .88. En población adolescente y adulta con muestras representativas en países como España (Atienza, Pons, Balaguer y García, 2000; Vázquez *et al.*, 2013), Noruega (Clench-Aas, Nes, Dalgard y Aaro, 2011) y Chile (Bagherzadeh *et al.*, 2018), la consistencia interna registrada fue de entre .80 y .91, y con población trabajadora en países como India (Dahiya y Rangnekar, 2020), el reporte fue de .95.

En el caso de México, se han llevado a cabo diversas investigaciones para evaluar las propiedades psicométricas de esta escala en población

general. En un estudio hecho con una muestra de 13,220 adultos, presentó una consistencia interna de .74 y un solo factor (López, Torres y Rosas, 2016), y en un contexto estudiantil obtuvo una de .82 (Cantú *et al.*, 2010). En contextos clínicos, esta escala ha sido validada en una investigación internacional que incluyó a cinco países europeos, con 350 participantes diagnosticados con Parkinson, concluyéndose que la escala presenta una consistencia interna de .81 (Lucas, Den Oudsten, Eser y Power, 2014). En Malasia, aplicada a 483 pacientes con trastornos psiquiátricos o médicos, registró un solo factor y una consistencia interna de .86 (Aishvarya *et al.*, 2014). Sin embargo, en México no se encontró una cantidad considerable de estudios al respecto. Si bien predominan los trabajos hechos con población adolescente en ambientes escolares, son escasos los realizados en ambientes clínicos. En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue validar la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica que asistía a psicoterapia en México.

## MÉTODO

### Diseño del estudio y participantes

Participó en el estudio un total de 170 pacientes que asistían a terapia psicológica en una clínica privada en el municipio de Juárez, Chih., de los cuales 116 fueron mujeres (65.9%) y 60 hombres (34.1%), en un rango de edad de 14 a 58 años, con una media de 26.79 años y desviación estándar de 7.27. Con base en la fórmula para poblaciones finitas, y considerando que el total de la población atendida durante ese periodo fue de 302 pacientes, el tamaño de la muestra se consideró representativo al corresponder a 56.29% de dicha población. El diseño fue transversal e instrumental (Ato, López y Benavente, 2013), y atendiendo a los procedimientos factoriales que se efectuaron con el instrumento, se contó con un mínimo de cinco participantes por ítem para realizar el análisis factorial exploratorio (MacCallum, Widaman, Preacher y Hong, 2001; Nunnally y Bernstein, 1995).

## Instrumentos

### *Escala de Satisfacción con la Vida*

La versión original mostró una consistencia interna de  $r = .87$ , y una correlación en la prueba-posprueba de  $r = .82$  (Diener *et al.*, 1985). Para fines de esta investigación, se utilizó la versión adaptada en México, que ha alcanzado una consistencia interna de entre .82 y .83 (Cantú *et al.*, 2010; Martínez, Ávila, Vera, Bahena y Musitu, 2015; Padrós *et al.*, 2015).

## Procedimiento

Se giró una invitación a los citados pacientes para participar en el estudio, a quienes se explicó el propósito de la investigación y los aspectos éticos implicados, y a quienes decidieron participar se les leyó el formato de consentimiento informado. En el caso de los menores de edad, se utilizó un formato con un espacio para la firma de autorización de sus tutores legales. Debido a que se atendió de manera virtual a una parte de los participantes, se siguieron las recomendaciones éticas para las investigaciones en salud realizadas *online* (Hunter *et al.*, 2018). El periodo en el cual se administraron los instrumentos de evaluación fue de octubre de 2020 a junio de 2021. El trabajo no implicó experimentación, por lo que no se recurrió al código de ética sobre experimentación humana de la World Medical Association (2013) (Declaración de Helsinki).

## Análisis estadísticos

Se evaluó la correlación ítem-total ( $r$ ), el coeficiente de determinación ( $r^2$ ) (varianza explicada) con los reactivos de la escala, así como el valor de fiabilidad si se eliminaba el reactivo, lo cual no fue necesario. Consecuentemente, se midió la validez de constructo a través de un análisis factorial exploratorio utilizando el método de extracción: análisis de componentes principales y analizando la matriz de correlaciones basada en autovalores mayores que 1. Para obtener el índice de validación de confiabilidad con consistencia interna, se

realizó un análisis con el coeficiente alfa de Cronbach. Con referente a la rotación, se utilizó la varimax, o rotación ortogonal, por ser la más utilizada cuando se reportan correlaciones bajas y se buscar maximizar las ponderaciones de cada factor (Méndez y Rondón, 2012). Adicionalmente, se observó la distribución y adecuación de la muestra utilizando las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (KMO) y de Barlett. Todos los análisis se realizaron en el programa IBM-SPSS, v. 23.

## RESULTADOS

### Análisis de consistencia interna

Se obtuvieron correlaciones bivariadas, con efecto menor a  $p < 0.05$ , entre los elementos que conforman el único factor del instrumento. Los valores muestran variación dentro del intervalo de correlaciones positivas moderadas, de  $r = .376$  a  $r = .687$  (Tabla 1).

**Tabla 1.** Coeficientes de correlación entre asociación de pares de ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida.

Nombre del ítem	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.					
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	.503**				
3. Estoy satisfecho con mi vida.	.687**	.563**			
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	.498**	.376**	.618**		
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada.	.487**	.391**	.478**	.430**	

Nota: \*\* $p < 0.01$

A su vez, la consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, indicó un puntaje de .83,

confirmando de este modo la relación coherente entre todos los reactivos de la prueba (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis de fiabilidad.

Ítems	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.	.777
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	.813
3. Estoy satisfecho con mi vida.	.760
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	.804
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada.	.825

### Análisis factorial exploratorio

En la solución final del análisis, los valores eigen superiores a 1 indican que un factor explicó 60.6% de la varianza. Además, los ítems obtuvieron cargas factoriales de entre .70 y .87, con comunilidades entre los rangos de .49 y .76, lo que sugiere una relación entre los reactivos. El instrumento final quedó conformado por los mismos cinco reactivos del instrumento original mostrados en la Tabla 1. La prueba de esfericidad de Bartlett aportó un efecto de  $\chi^2 = 320.28$ , con 10 gl y  $p$  de .001; el indicador de adecuación del tamaño de muestra

Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.827, lo que muestra un análisis factorial apropiado en virtud de que es mayor de 0.5 (Cerny y Kaiser, 1977).

## DISCUSIÓN

La satisfacción con la vida es un concepto que ha incrementado su importancia con el paso del tiempo, principalmente a partir de que dejó de considerarse la salud como la ausencia de enfermedad (Moreta, Gabior y Barrera, 2017; World Health Organization, 2006). Se ha indicado que conceptos

como *satisfacción con la vida y bienestar subjetivo* son de especial importancia para la salud física y mental y la calidad de vida (Cantón, 2001; García, 2014; Villafuerte *et al.*, 2017). Por ello, tener instrumentos que permitan medir estas variables para la intervención clínica es de considerable valor. De ahí lo relevante del presente estudio al evaluar las propiedades psicométricas de la versión mexicana de la Escala de Satisfacción con la Vida en una población clínica.

Los resultados confirmaron propiedades psicométricas adecuadas respecto a la validez de constructo, así como a la consistencia y confiabilidad del mismo, lo que concuerda con diversos estudios (Aishvarya *et al.*, 2014; Cantú *et al.*, 2010; Diener, Tay y Oishi, 2013; Glaesmer, Grande,

Braehler y Roth, 2011; Jovanović, 2016; López, Torres y Rosas, 2016; Lucas *et al.*, 2014; Vinaccia *et al.*, 2019), en los que se registraron escalas unidimensionales con elevados coeficientes alfa de Cronbach.

En conclusión, en el presente estudio se encontró que el instrumento analizado tiene propiedades psicométricas adecuadas para su uso en ambientes clínicos. Sin embargo, no está exento de limitaciones en virtud de que el tamaño muestral no es representativo. Por consiguiente, es recomendable replicar investigaciones similares con muestras mayores de participantes seleccionados aleatoriamente, así como el incluir el análisis factorial confirmatorio y otro tipo de validaciones de constructo, como la convergente y divergente.

*Citación:* López-Ortiz, Á., Monjarás-Mauricio, Á.P. y Reyes-López, M.A. (2023). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Satisfacción con la Vida en una muestra clínica mexicana. *Psicología y Salud*, 33(2), 283-289. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2810>.

## REFERENCIAS

- Aishvarya, S., Maniam, T., Karuthan, C., Sidi, H., Nik Jaafar, N.R. y Sumantri Oei, T.P. (2014). Psychometric properties and validation of the Satisfaction with Life Scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), S101-S106. Doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.010.
- Arita W., B.Y. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126. Doi: 10.25009/pys.v15i1.826.
- Atienza F., L., Pons, D., Balaguer, I. y García M., M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511.
- Bagherzadeh, M., Loewe, N., Mouawad, R.G., Batista F., J.M., Araya C., L. y Thieme, C. (2018). Spanish version of the Satisfaction with Life Scale: Validation and factorial invariance analysis in Chile. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, 1-17. Doi: 10.1017/sjp.2018.2.
- Cantón C., E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 1(1), 27-38.
- Cantú, R., Alegre, J., Martínez, O., Chávez, M., Arellano, S., Saucedo, C. y Landero, R. (2010). Satisfacción con la vida, comunicación con padres y estrés percibido en jóvenes universitarios del noreste de México. *Summa Psicológica UST*, 7(2), 83-92.
- Cerny, B.A. y Kaiser, H.F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12(1), 43-47. Doi: 10.1207/s15327906mbr1201\_3.
- Clench-Aas, J., Nes, R.B., Dalgard, O.S. y Aaro, L.E. (2011). Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway. *Quality of Life Research*, 20(8), 1307-1317. Doi: 10.1007/s11136-011-9859-x.
- Dahiya, R. y Rangnekar, S. (2020). Validation of Satisfaction with Life Scale in the Indian manufacturing sector. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 12(3), 251-268. Doi: 10.1108/APJBA-03-2019-0045.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901\_13.
- Diener, E., Tay, L. y Oishi, S. (2013). Rising income and the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 267-276. Doi: 10.1037/a0030487.
- Fergusson, D.M., McLeod, G.F.H., Horwood, L.J., Swain, N.R., Chapple, S. y Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine*, 45(11), 2427-2436. Doi: 10.1017/S0033291715000422.

- García A., J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. y Roth, M. (2011). The German versión of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127-132. Doi: 10.1027/1015-5759/a000058.
- Hultell, D. y Gustavsson, P. (2008). A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1070-1079. Doi: 10.1016/j.paid.2007.10.030.
- Hunter, R.F., Gough, A., O’Kane, N., McKeown, G., Fitzpatrick, A., Walker, T. y Kee, F. (2018). Ethical issues in social media research for public health. *American Journal of Public Health*, 108(3), 343-348. Doi: 10.2105/AJPH.2017.304249.
- Jovanović, V. (2016). The validity of the Satisfaction with Life Scale in adolescents and comparison with single-item life satisfaction measures: a preliminary study. *Quality of Life Research*, 25, 3173-3180. Doi: 10.1007/s11136-016-1331-5.
- López O., M., Torres C., S. y Rosas C., O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Secondary analysis of the Mexican health and aging study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(170), 2-7. Doi: 10.1186/s12955-016-0573-9.
- Lucas C., R., Den Oudsten, B.L., Eser, E. y Power, M.J. (2014). Using the Satisfaction with Life Scale in people with Parkinson’s disease: A validation study in different European countries. *The Scientific World Journal*, 1-7. Doi: 10.1155/2014/680659.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Preacher, K.J. y Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36(4), 611-637. Doi: 10.1207/s15327906mbr3604\_06.
- Martínez F., B., Ávila G., M.E., Vera J., J.A., Bahena R., A. y Musitu O., G. (2016). Satisfacción con la vida, victimización y percepción de inseguridad en Morelos, México. *Salud Pública de México*, 58(1), 16-24.
- Méndez M., C. y Rondón S., M.A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207. Doi: 10.1016/S0034-7450(14)60077-9.
- Miranda, R., Oriol, X., Amutio, A. y Ortúzar, H. (2019). Bullying en la adolescencia y satisfacción con la vida: ¿puede el apoyo de los adultos de la familia y de la escuela mitigar este efecto? *Revista de Psicodidáctica*, 24(1), 39-45. Doi: 10.1016/j.psicod.2018.07.001.
- Montoya B., I. y Landero, R. (2008). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 18(1), 117-122.
- Moreta H., R., Gaibor, I. y Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud y Sociedad*, 8(2), 172-184.
- Moreta H., R., López C., C., Gordon V., P., Ortiz O., W. y Gaibor G., I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 112-126. Doi: 10.15517/ap.v32i124.31989.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill.
- Oliver, A., Galiana, L. y Bustos, V. (2018). Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida y su relación con las dimensiones del autoconcepto en universitarios peruanos. *Revista de la Facultad de Psicología*, 21(2), 29-44.
- Padrós B., F., Gutiérrez H., C.Y. y Medina C., M.A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232.
- Pavot, W. y Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Social Indicators Research Series*, 39, 101-117. Doi: 10.1007/978-90-481-2354-4\_5.
- Ponce D., C.R., Aiquipa T., J.J. y Arboccó H., M. (2019). Dependencia emocional, satisfacción con la vida y violencia de pareja en estudiantes universitarias. *Propósitos y Representaciones*, 7(Núm. Esp.), 351-351. Doi: 10.20511/pyr2019.v7nSPE.351.
- Ruiz G., P., Medina M., Y., Zayas, A. y Gómez M., R. (2018). Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 66-77.
- Sachs, J. (2003). Validation of the Satisfaction with Life Scale in a sample of Hong Kong university students. *Psychologia, an International Journal of Psychology in the Orient*, 46(4), 225-234. Doi: 10.2117/psysoc.2003.225.
- Salavera, C. y Usán, P. (2017). Relación entre los estilos del humor y la satisfacción con la vida en estudiantes de secundaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(2), 87-97. Doi: 10.30552/ejihpe.v7i2.198.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-15. Doi: 10.1017/sjp.2013.82.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Villafuerte R., J., Alonso A., Y.A., Alonso V., Y., Alcaide G., Y., Leyva B., I.M. y Arteaga C., Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor: un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85-92.
- Vinaccia A., S., Parada, N., Quiceno, J.M., Riveros M., F. y Vera M., L.A. (2019). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): Análisis de validez, confiabilidad y baremos para estudiantes universitarios de Bogotá. *Psicogente*, 22(42), 1-13. Doi: 10.17081/psico.22.42.3468.

World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.

World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki: Medical Research Involving Human Subjects*. Chicago, IL: WMA.

Zanon, C., Bardagi, M.P., Layous, K. y Hutz, C.S. (2013). Validation of the satisfaction with life scale to Brazilians: Evidences of measurement noninvariance across Brazil and U.S. *Social Indicators Research*, 119(1), 443-453. Doi: 10.1007/s11205-013-0478-5.



# Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería

## *Validation of the Maslach Burnout Inventory in Mexican nursing personnel*

Eduardo Amaranto Jiménez-Padilla<sup>1</sup>, Mónica Ramírez-Orozco<sup>2</sup>,  
Juan Jiménez-Flores<sup>1</sup>, Cristiane Decat-Bergerot<sup>3</sup>,  
Abelardo Meneses-García<sup>2</sup> y Óscar Galindo-Vázquez<sup>2</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Cancerología<sup>2</sup>  
Centro de Câncer de Brasília<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Oscar Galindo Vázquez, [psigalindo@yahoo.com.mx](mailto:psigalindo@yahoo.com.mx).

### RESUMEN

Los profesionales de enfermería están expuestos constantemente a factores estresantes, lo que los hace propensos a desarrollar problemas psicosociales, siendo el síndrome de burnout uno de los más prevalentes. Entre los instrumentos más usados en América Latina se halla el Inventario de Burnout de Maslach (MBI); sin embargo, en México no se ha validado este instrumento en el personal de enfermería. *Método.* Se empleó un diseño transversal, por disponibilidad y con un muestreo no probabilístico. Se incluyeron 211 enfermeras y enfermeros con edades de 22 a 60 años. Se realizó un análisis de consistencia interna y un análisis factorial confirmatorio. *Resultados.* En el personal de enfermería, dicho instrumento mostró una consistencia interna de .84 y una estructura factorial confirmatoria de tres *elementos* que explican 99% de la varianza, obteniéndose una estructura factorial similar a la versión original. *Discusión.* El MBI es un instrumento válido y confiable para su uso en la atención clínica e investigación dirigida al personal mexicano de enfermería.

**Palabras clave:** Burnout; Enfermería; Estrés; Inventarios; Salud.

### ABSTRACT

*Nursing professionals are constantly exposed to stressors, which makes them prone to developing psychosocial problems, with burnout syndrome being one of the most prevalent. One of the most used instruments in Latin America is the Maslach Burnout Inventory (MBI); however, in Mexico, this instrument needs to be validated for nursing personnel. Method. A cross-sectional design was used by availability and non-probabilistic sampling. Two hundred eleven nurses aged 22 to 60 (M = 35.5 years) participated. Instrument. Maslach Burnout Inventory. Statistical analysis: Internal consistency and confirmatory factor analysis were performed. Results. The MBI in nursing personnel presented an internal consistency of .84 and a confirmatory factorial structure of 3 factors*

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av Guelatao 66, Ejército de Oriente, Col. Indeco II ISSSTE, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [psieduardoam@hotmail.com](mailto:psieduardoam@hotmail.com) y [jimenezfloresjuan07@gmail.com](mailto:jimenezfloresjuan07@gmail.com).

<sup>2</sup> Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México: correos electrónicos: [psiunigalindo@gmail.com](mailto:psiunigalindo@gmail.com), [moni2387@gmail.com](mailto:moni2387@gmail.com) y [amnesesg@incan.edu.mx](mailto:amnesesg@incan.edu.mx).

<sup>3</sup> Edificio de Clínicas - SMH/N Quadra 02, 12º Andar - Asa Norte, Brasília, D.F., 70710-904, Brasil, correo electrónico: [crisbergerot@gmail.com](mailto:crisbergerot@gmail.com).





that explained 99% of the variance. A factorial structure similar to the original version resulted. Discussion. The MBI is a valid and reliable instrument for clinical care and research aimed at Mexican nursing personnel.

**Key words:** Burnout; Nursing; Stress; Inventories; Health.

Recibido: 29/10/2021

Aceptado: 13/04/2022

El síndrome de *burnout* (SB en lo sucesivo) puede definirse como una respuesta a los estresores crónicos y se caracteriza por una sensación de agotamiento emocional, despersonalización y pobre realización personal (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El cansancio emocional se refiere a un sentimiento de agotamiento que evidencia desinterés por el trabajo; la despersonalización se identifica por actuaciones y sentimientos negativos hacia los pacientes, mientras que la baja realización personal se percibe como la actitud negativa hacia uno mismo y al trabajo. Tales efectos generan irritabilidad, escasa productividad, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima (Anzules, Véliz, Vincés y Menéndez, 2019; Grisales, Muñoz, Osorio y Robles, 2016).

El burnout suele afectar más a los profesionales de la salud, entre los que se encuentra el personal de enfermería, una profesión en la que el estrés es considerado como inherente a sus actividades, lo que hace a este grupo más propenso a desarrollarlo. En el mundo, entre 2 y 59% de estos profesionales de la salud reportan padecerlo, solo por debajo de los médicos, en quienes hay una prevalencia de 12-70% (Montoya *et al.*, 2020).

Aunado a lo anterior, la enfermería constituye uno de los grupos de profesionales de la salud más estudiado en América Latina (Berrío, Foronda y Ciro, 2019; Foronda, Ciro y Berrío, 2018; Loya, Valdez y Bacardi, 2017). En México, la presencia del SB se ha estimado entre 1.4 y 82.5 % del personal que labora en los diferentes hospitales del país (Colmenares *et al.*, 2018; Miranda, Monzalvo,

Hernández y Ocampo, 2017), cifra muy similar a la reportada internacionalmente.

Hay diferentes instrumentos que han sido utilizados para medir el burnout, tales como el Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) (Gil-Monte y Moreno, 2007), diseñado y validado en población latinoamericana, y la Escala de Agotamiento del Personal (SBS por sus siglas en inglés) (Jones, 1980). Tanto la escala general como las subescalas del primero de estos instrumentos muestran una adecuada consistencia interna, mientras que el segundo tiene una adecuada consistencia interna general, aunque se ha validado únicamente en Estados Unidos (Torres, El-Sahili y Gutiérrez, 2019).

Destaca sin embargo el Inventario de Burnout de Maslach (MBI, por sus siglas en inglés) (Maslach y Jackson, 1981) debido a sus adecuadas propiedades psicométricas, en comparación con las escalas antes mencionadas. Posee una fiabilidad de 90% (Loya *et al.*, 2017) y se le ha validado en distintos países. Adicionalmente, se han diseñado diferentes versiones destinadas a los diversos grupos de profesionales que pueden estar expuestos a situaciones heterogéneas de estrés relacionadas con las labores que desempeñan (Berrío *et al.*, 2019; Grisales *et al.*, 2016).

La versión del MBI para los Servicios de Salud (MBI-HSS) contiene 22 reactivos, está compuesto por tres factores que explican 43.39% de la varianza, se le ha utilizado en la mayor parte de investigaciones relacionadas con este constructo (Berrío *et al.*, 2019), y sus reactivos se evalúan en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, que van de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos los días”).

Actualmente, en México hay algunos estudios que analizan sus propiedades psicométricas, uno de ellos realizado por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008) en una muestra de psicólogos; los autores identificaron una confiabilidad de .80, obteniendo un buen ajuste del modelo de tres elementos mediante un análisis factorial confirmatorio; sin embargo, en el trabajo no se incluyeron otros tipos de profesionales de la salud, por lo que no se logró determinar si estos resultados serían similares en el personal de enfer-

mería ya que, al ser el burnout un síndrome cuyos factores de riesgo provienen principalmente del ambiente laboral, no se puede inferir que ambos grupos de profesionales experimenten situaciones laborales y estresores similares (Grisales *et al.*, 2016).

En un segundo estudio (Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia, 2014), efectuado con una muestra heterogénea de diferentes profesionales, trabajadores tanto del área de la salud como no relacionadas con servicios humanos o médicos, se identificó un coeficiente alfa de Cronbach de .86. También cabe señalar que en esta investigación solo se realizó un análisis factorial exploratorio, por lo que carece de validez externa en el caso del personal de salud (Kulakova, Moreno, Garrosa, Sánchez y Aragón, 2017).

Otro trabajo que utilizó una muestra heterogénea de profesionales de la salud fue el efectuado por Hernández, Llorens y Rodríguez (2011), en el cual se encontró que en la subescala de Cansancio emocional la escala tenía una fiabilidad de .81, en la de Despersonalización de .32 y en la de Realización personal de .80; el análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo de tres factores con sus dimensiones correlacionadas se ajusta razonablemente bien a los datos, obteniendo buenos índices de ajuste (RMSEA: .06, CFI: .87, TLI: .86). Sin embargo, en el citado estudio no se indica claramente la cantidad de personas pertenecientes al área de enfermería que participaron, ni tampoco la de los diferentes profesionales de salud que integraron la muestra.

Si bien hay otros estudios que validan esta escala en personal mexicano con muestras heterogéneas o con un solo grupo de profesionales, resulta importante conocer la validez de este instrumento en los diversos campos laborales (Berrío *et al.*, 2019). Específicamente, en el personal de enfermería no se tiene suficiente información sobre la validez y confiabilidad del MBI (Buzzetti, 2005; Kulakova *et al.*, 2017). Por esta razón, el objetivo de esta investigación, con diseño no experimental y de tipo transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) fue determinar las propiedades psicométricas del MBI en el personal de enfermería en población mexicana.

## MÉTODO

Participaron 211 profesionales de enfermería de ambos sexos que laboraban en hospitales públicos y privados de la República Mexicana. La obtención de la muestra fue por disponibilidad, a lo largo de seis meses y por vía electrónica, mediante los padrones de enfermería del país, a quienes se explicó por medio del correo electrónico el objetivo de la investigación, el procedimiento, la confidencialidad de los datos, así como los posibles riesgos y beneficios. Todos los individuos participaron voluntariamente y concedieron su consentimiento por la misma vía. Los criterios de inclusión fueron, a saber, ser hombres y mujeres con el grado mínimo de técnicos en enfermería, que se encontrasen laborando bajo contrato en alguna institución de salud pública o privada; los de exclusión, ser pasantes de enfermería o estar realizando el servicio social, y los de eliminación, haber llenado los cuestionarios con respuestas no comprometidas (por ejemplo, encontrar repetidamente la misma respuesta en los cuestionarios).

Los procedimientos de esta investigación cumplieron con las disposiciones de la Declaración de Helsinki respecto a la investigación en humanos.

## Instrumentos

### *Cédula de identificación*

Se diseñó una cédula de identificación, con datos sociodemográficos sexo, edad, número de hijos, estado civil, lugar de trabajo, estado de salud de la persona, situación laboral y antecedentes sobre si había recibido algún tipo de terapia psicológica o psiquiátrica anteriormente, así como si atendía a pacientes con COVID-19 y si presentaban aislamiento de los miembros de su familia.

### *Inventario de Burnout de Maslach*

(versión para Servicios de Salud [MBI-HSS])

Desarrollado por Maslach y Jackson (1997), está constituido por 22 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de seis opciones de respuesta, y que se encuentran agrupados en tres dimensiones: Cansancio emocional (CE), Despersonaliza-

ción (DE) e Ineficacia/Realización personal (RP). Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach global de 0.80; cada subescala muestra un alfa de 0.90 (CE), 0.79 (DE) y 0.71 (RP). Las subescalas se califican individualmente bajo los siguientes puntos de corte: 0-18, bajo; 19-26, medio, y 27, alto. Para Despersonalización: 5, bajo; 6-9, medio, y 10 alto; para Ineficacia/Realización personal: 48 alto; 34-39 medio y 33 bajo.

### Análisis estadísticos

Se realizaron análisis de tendencia central para conocer la frecuencia de las respuestas en los puntajes totales de cada instrumento aplicado. Se determinó su consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, adoptándose un nivel de significancia estadística de  $p < .05$ .

### Análisis factorial confirmatorio

Se evaluó el ajuste de los tres factores descritos por Maslach y Jackson (1997) mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), usando para ello

el método de máxima verosimilitud, que incluyó la identificación y especificación del modelo, la estimación de parámetros estandarizados (correlaciones  $R^2$ , covarianzas, índices de modificación y proporciones críticas de las diferencias) y la evaluación del ajuste mediante la observación de límites aceptables de los estimadores y de no colinealidad en las variables medidas. Se estimaron los siguientes índices:  $X^2$ , razón  $X^2/gl$ , índice de bondad de ajuste (GFI) y sus complementos (AGFI, TLI), así como el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA).

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 211 participantes del personal de enfermería, con una edad promedio de 35 años ( $\bar{x} = 35.5$ ,  $\sigma = 9.5$ ), de los cuales 82% fueron mujeres; 45% carecía de pareja, con grado de licenciatura en su mayoría (74%) y 82% sin enfermedades crónico-degenerativas (Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción de la muestra (N = 211).

Variable		n	%	Variable		n	%
<b>Edad</b>	$\bar{x} = 35.5$ 22 - 60 (9.5)			<b>Enfermedad crónico-degenerativa</b>	Sí	37	17.5
<b>Sexo</b>	Mujer	174	82.5		No	174	82.5
	Hombre	37	17.5	<b>Solicitud de licencia</b>	Sí	43	20.4
<b>Estado civil</b>	Casado/a	100	47.4		No	168	79.6
	Viudo, divorciado, separado	30	14.2	<b>Número de hijos</b>	0	80	37.9
	Unión libre	81	37.9		1	35	16.6
<b>Escolaridad</b>	Carrera técnica	54	25.5		2	65	30.8
	Licenciatura	107	50.7		3 o más	31	14.6
	Posgrado/Especialidad	50	23.6	<b>Vive aislado de su familia</b>	Sí	112	53.1
<b>Atención a pacientes con COVID-19</b>	Sí	170	80.6		No	99	46.9
	No	41	19.4				
<b>Percepción de discriminación</b>	Sí	116	55.0				
	No	95	45.0				

El 80% del personal evaluado brindaba atención a pacientes contagiados de COVID-19, 53% de los cuales había tenido que aislarse de su familia por el temor a contagiarla; 20% pidió alguna licencia o incapacidad durante el periodo de la pandemia, y 55% se había sentido discriminado o estigmati-

zado debido a ser personal de salud. En referencia a la atención de salud mental, 23% la había recibido en algún momento de su vida, principalmente de la especialidad de psicología (17%) y solamente 3% de psiquiatría.

## Análisis factorial confirmatorio

Como resultado del análisis factorial confirmatorio, efectuado a través del método de máxima verosimilitud, se corroboran los tres factores propuestos en la versión original de Maslach y Jackson (1981): Agotamiento emocional, Despersonaliza-

ción y Realización. Sin embargo, en la muestra analizada se observó que algunos reactivos obtuvieron cargas factoriales bajas ( $> .50$ ) o tendían a puntuar en dos factores, por lo que se decidió probar varios modelos, como se observa en la Tabla 2, con la finalidad de controlar dichas variables y hallar así el mejor modelo estructural.

**Tabla 2.** Índices de bondad de ajuste del modelo confirmatorio de la escala MBI (n = 211).

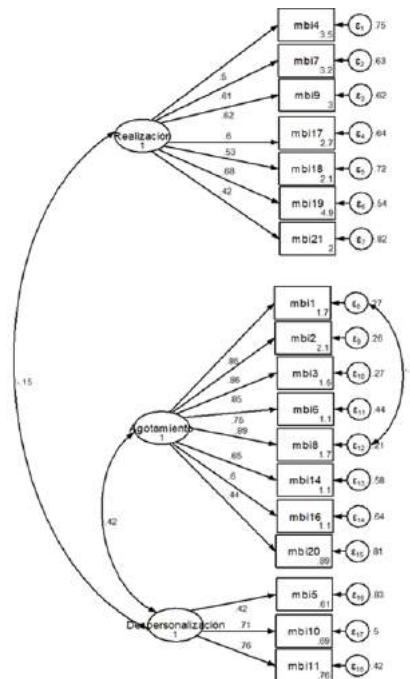
Modelo	$\chi^2$	(CMIN/gl)	CFI	TLI	[(S)RMR]	(RMSEA)
3 Factores independientes	561.8(209)	2.6	.812	.792	.147	.089
3 Factores relacionados	511.74(206)	2.4	.837	.817	.094	.084
3 Factores relacionados 21 reactivos	443.14(186)	2.3	.854	.836	.082	.081
3 Factores relacionados 20 reactivos	364.29(167)	2.1	.878	.861	.077	.075
3 Factores relacionados 19 reactivos	338(149)	2.3	.860	.862	.078	.078
3 Factores relacionados 18 reactivos	278.26(131)	2.1	.904	.888	.075	.073

El presente modelo obtuvo un índice de confiabilidad total, medido por alfa de Cronbach de .84, de forma independiente, el factor Realización personal obtuvo un índice de confiabilidad  $\alpha = .75$ , el factor agotamiento  $\alpha = .90$  y el concerniente a Despersonalización de  $\alpha = .64$ ; mientras que la varianza explicada del instrumento en general fue de 41%.

Los reactivos que se decidió eliminar fueron, a saber: R12 y R13 debido a su inestabilidad

al puntuar en dos factores; R15 por su baja carga factorial (.47) y escasa variabilidad de respuesta, y R22 por la misma razón (.34) y poca relevancia clínica. Eliminados en ese orden, se obtuvo finalmente, un modelo de 18 reactivos con cargas factoriales que van de .42 a .89 (Figura 1), que resulta ser el más parsimonioso, relevante para la población estudiada y con los mejores indicadores de ajuste, siendo todos ellos de aceptables a buenos.

**Figura 1.** Modelo estructural de tres factores del MBI para personal de enfermería mexicana (N = 211).



$$\chi^2 = 265(132 \text{ gl}), \text{CFI} = .907, \text{TLI} = .892, \text{SRMR} = .075, \text{RMSEA} = .069, \text{CD} = .995.$$

## DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos, el MBI es un instrumento válido y confiable en personal de enfermería, identificándose que el instrumento tiene una estructura factorial de tres elementos relacionados con menos reactivos, compatible con la propuesta por Maslach, Jackson y Leiter (1997), lo que muestra que puede ser usado en dicho personal a pesar de que la subescala de Despersonalización presenta una consistencia moderada.

Estos resultados, identificados a través del análisis factorial confirmatorio, muestran que el MBI se puede incorporar como una herramienta eficiente para detectar si el personal llega a padecer este tipo de sintomatología y servir para realizar un diagnóstico efectivo (Berrío *et al.*, 2019).

El modelo encontrado en esta investigación es compatible, como se dice antes, con la versión original, y si bien existe un buen ajuste de los tres factores, tal como propone la primera versión, también hay diferentes estudios en los que se han hallado otras estructuras factoriales usando únicamente dos factores y eliminando la dimensión de baja realización personal, lo que puede deberse a la utilización de diferentes grupos laborales, así como por el uso indiscriminado de instrumentos no validados para la población a la que se está estudiando (Buzzetti, 2005; García, Remuzgo y Fuentes, 2007; Gil-Monte y Moreno, 2008).

Los resultados concuerdan asimismo con lo reportado en otros estudios hechos en América Latina que indican que las subescalas de cansancio emocional y realización personal, muestran un índice de confiabilidad adecuado; no obstante, la escala de despersonalización ha demostrado tener índices aceptables de confiabilidad (Gilla, Giménez, Morán y Olaz, 2019). Estas diferencias en cuanto a la confiabilidad de la escala se han visto reflejadas en el estudio de Pando, Aranda y López (2015), en el cual se encontró que había diferencias en cuanto a la fiabilidad de la escala, pues el coeficiente alfa de Cronbach osciló entre 0.44 en Costa Rica y 0.93 en Bolivia.

Los estudios realizados en México muestran algunas inconsistencias respecto a la fiabilidad de la subescala de despersonalización. En el de Grajales (2001), por ejemplo, se vio que explicaba 39%

de la varianza, mostraba una confiabilidad en general de 0.80, que en la citada subescala fue de 0.62. En este trabajo no se realizó un análisis confirmatorio y la población estudiada incluyó profesionales distintas a las del equipo de salud.

En un segundo estudio (Meda *et al.*, 2008), hecho únicamente con psicólogos, sí se efectuó un análisis factorial confirmatorio, hallándose que el modelo de tres factores fue el que mejor se ajustó, tal y como ocurrió en esta investigación. Además, mostró los siguientes resultados: CFI = 0.94, GFI = 0.97, explicando 46.99% de la varianza. En él, el índice de confiabilidad en despersonalización fue de 0.53; sin embargo, las labores clínicas de los profesionales de la salud son distintas, aún más por la pandemia de COVID-19.

En este contexto, los hallazgos del presente estudio corroboran la fortaleza psicométrica del MBI para evaluar la ocurrencia del síndrome de burnout (Foronda *et al.*, 2018; Manzano, 2020). Si bien a nivel global se han encontrado diferentes resultados de la fiabilidad de las subescalas que componen el instrumento, tales resultados pueden deberse a que desde sus inicios el síndrome de burnout y sus dimensiones fueron constructos fundamentados mediante la identificación de los síntomas de grupos de trabajadores que pertenecían al área de la salud y no a todas las áreas laborales (Kulakova *et al.*, 2017; Meda *et al.*, 2008). Disponer de instrumentos que ayuden a evaluar si una persona muestra el síndrome será de gran ayuda para identificar a los grupos con estas afectaciones y diseñar programas de atención oportunos que prevengan la afectación psicosocial y la de su calidad de vida.

### *Limitaciones y perspectivas futuras*

Se recomienda utilizar este instrumento para identificar los efectos de las intervenciones psicosociales en el personal de enfermería. Sin embargo, se sugiere tomar en cuenta algunas consideraciones resultantes del presente estudio, como identificar la confiabilidad test-retest e identificar la validez concurrente.

Adicionalmente, cabe resaltar que la muestra que participó en la investigación no fue representativa de todo el personal de enfermería de México; a pesar de ser una muestra heterogénea

que laboraba en diferentes hospitales públicos y privado, no se llevó a cabo un muestreo aleatorio.

De igual forma, se debe tener en cuenta que el personal de enfermería estuvo expuesto a una situación de mayor carga laboral debido a la pandemia por COVID-19 durante el tiempo en que se recolectaron los datos.

En conclusión, el MBI muestra confiabilidad y validez adecuadas, con una estructura factorial

confirmatoria similar a la versión original, por lo que se recomienda su uso en la atención clínica y la investigación en el personal de enfermería que puede estar expuesto a los factores relacionados con el burnout. Finalmente, se requiere desarrollar más programas de tamizaje y atención psicosocial a este grupo de profesionales de la salud de forma oportuna.

*Citación:* Jiménez-Padilla, E.A. Ramírez-Orozco, M., Jiménez-Flores, J., Decat-Bergerot, C., Meneses-García, A. y Galindo-Vázquez, O. (2023). Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería. *Psicología y Salud*, 33(2), 291-298. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2811>.

## REFERENCIAS

- Anzules, J., Véliz, I., Vines, M. y Menéndez, T. (2019). Síndrome de burnout: Un riesgo psicosocial en la atención médica. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 3(6), 839. Doi: 10.35381/s.v.v3i6.393.
- Berrío, N., Foronda, D. y Ciro G. (2019). Síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 10(2), 157-181. Doi: 10.17533/udea.rp.v10n2a07.
- Buzzetti, M. (2005). *Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI) en dirigentes del colegio de profesores a.g. de Chile*. Tesis inédita de licenciatura. Santiago de Chile Universidad de Chile). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137677>.
- Colmenares, J., Acosta, R., Ayón, E., Patricio, C., Vera, C., Beatriz, O., Suárez, G., Rocío, M., Díaz, H., Guadalupe, M., Quezada, H., Orozco, R. y Cordero B., I. (2018). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 19(2), 14-18.
- Foronda, D., Ciro, D. y Berrío, N. (2018). Vista de síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 151-181.
- García, J., Remuzgo, S. y Fuentes, J. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25(2), 157-174.
- Gil-Monte, P. y Moreno, B. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 175-178.
- Gilla, M., Giménez, S., Morán, V. y Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Revista Peruana de Psicología*, 25(2), 179-193. Doi: 10.24265/liberabit.2019.v25n2.04.
- Grajales, T. (2001). Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory, versión española, en una población de profesionales mexicanos. *Burnout o Síndrome de Estrés Laboral Asistencial*, 13(1), 1-10. [https://www.academia.edu/4813114/Estudio\\_de\\_la\\_validez\\_factorial\\_del\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_versión\\_Española\\_en\\_una\\_población\\_de\\_profesionales\\_mexicanos](https://www.academia.edu/4813114/Estudio_de_la_validez_factorial_del_Maslach_Burnout_Inventory_versión_Española_en_una_población_de_profesionales_mexicanos).
- Grisales, H., Muñoz, Y., Osorio, D. y Robles, E. (2016). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia de Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 15(1), 244. Doi: 10.6018/eglobal.15.1.212851.
- Hernández, C., Llorens, S. y Rodríguez, A. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Revista del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)*, 73(16), 837-846.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Jones, J.W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, ILL: London House.
- Juárez, A., Idrovo, Á., Camacho, A. y Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 52-55.
- Kulakova, O., Moreno J., B., Garrosa, E., Sánchez, M. y Aragón, A. (2017). Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(10), 2679-2690. Doi: 10.1016/j.aippr.2017.05.001.
- Loya, K., Valdez, J. y Bacardi, M. (2017). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative & No Positive Results*, 3(1), 40-48.

- Manzano, A. (2020). Síndrome de burnout en docentes de una unidad educativa de Ecuador. Horizontes. *Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 4(16), 499-511. Doi: 10.33996/revistahorizontes.v4i16.132.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. En C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.): *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Lanham, MD: The Scarecrow Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Meda L., R.M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, E. y Ortiz V., R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(30), 107-116.
- Miranda, V., Monzalvo, G., Hernández, B. y Ocampo, M. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del IMSS*, 24(2), 115-122.
- Montoya, M., Peña, S., Villa, E., Hernández, R., Vargas, M. y Ocaño, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(3), 479-506. Doi: 10.6018/eglobal.398221.
- Pando, M., Aranda, C. y López, M. (2015). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países latinoamericanos. *Ciencia y Trabajo*, 17(52), 28-31. Doi: 10.4067/s0718-24492015000100006.
- Torres, F., El-Sahili, L. y Gutiérrez, V. (2018). Análisis del burnout y sus escalas de medición. *Praxis Investigatia Redie*, 11(20), 106-124.

# Algunos efectos de la preocupación en los patrones de decisión

## *Some effects of worry on the decision making patterns*

*Francisco Augusto Laca Arocena*

Universidad de Colima<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Francisco Augusto Laca Arocena, [francisco\\_laca@ucol.mx](mailto:francisco_laca@ucol.mx).

### RESUMEN

La preocupación es un proceso cognitivo anticipatorio de las posibles consecuencias de una situación que, más allá de su función adaptativa de alerta y balance de recursos propios de afrontamiento a las situaciones, afecta los procesos de toma de decisiones. Las primeras investigaciones sobre la preocupación se centraron en las causas más habituales de la misma y su frecuencia; más recientemente, se investigan las explicaciones que las personas se dan a sí mismas para justificar sus niveles de preocupación elevados, pese a los altos costos que ello les supone. Es desde esta segunda perspectiva que se analiza la preocupación y su relación con los patrones de decisión en una muestra mexicana, conformada por 116 participantes. Finalmente, se comparan las puntuaciones de los patrones de decisión de nuestros participantes con las de miembros de las culturas anglosajona y asiática.

**Palabras clave:** Preocupación; Toma de decisiones; Conflicto de decisión; Patrones de decisión.

### ABSTRACT

*Worry is a cognitive process anticipating the possible consequences of a situation that affects decision-making processes beyond its adaptive function of alertness and balance of own resources to cope with situations. Early research on worry focuses on its most common causes and frequency. More recently, some studies examined people's explanations to justify high levels of worry despite the high costs involved. From this second perspective, in this study, we analyze worry and its relationship with decision-making patterns in a Mexican sample (N= 116; 66 males, 50 females). We also compare the scores of the Mexican sample in decision-making patterns with those of the members of other cultures, Anglo-Saxon and Asian.*

**Key words:** Worry; Decision making; Decisional conflict; Decision patterns.

Recibido: 03/08/2021

Aceptado: 12/02/2022

---

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 333, Col. las Víboras, 28040 Colima, Col., México, tel. (312)31-10-91.





## Perspectivas de la preocupación

La preocupación es un proceso cognitivo anticipatorio; esto es, las personas anticipan posibles resultados de eventos futuros que puedan afectarlas negativamente, un proceso que implica pensamientos e imágenes que generan temor ante la perspectiva de sufrir resultados negativos e incluso traumáticos que al individuo le parecen posibles (Matthews y Funke, 2006). Tales consecuencias son pensadas repetidamente sin ser resueltas, y el pensamiento vuelve continuamente sobre ellas. Hay, por tanto, una superposición entre preocupación y rumiación (Matthews y Wells, 2004; Watkins, 2004). Siendo de naturaleza primordialmente anticipatoria, rumiando sobre las probabilidades de amenazas futuras, quienes viven más focalizados en el presente serán menos susceptibles a la preocupación.

Desde la perspectiva clínica, la preocupación se considera relevante por su asociación con el estrés y la ansiedad. La alarma ante la percepción de las demandas que debe afrontar provoca en el individuo la autoevaluación de si posee o no los recursos para ello. En el ámbito de los estudios sobre el estrés este balance entre las demandas del entorno y los recursos personales se conoce como *modelo transaccional* (Lazarus y Folkman, 1986). Hasta un cierto momento la preocupación tiene una función adaptativa: alertar al individuo provocando en él procesos de comparación entre las amenazas de una situación y los recursos de que dispone para afrontarlas.

Los estados de alerta son adaptativos cuando responden a desafíos reales de una situación; por el contrario, se tornan disfuncionales cuando el sujeto permanece innecesariamente en frecuentes estados de alerta por un sesgo de una atención selectiva a buscar continuamente información amenazante (MacLeod y Rutherford, 2004), pudiéndose en algunos casos hablar de “una búsqueda voluntaria de amenazas” (Matthews y Harley, 1996).

La preocupación excesiva es una característica común en varias patologías, particularmente en el trastorno de ansiedad generalizada.

Más allá de cierto umbral de preocupación necesaria para actuar ante una situación, la preo-

cupación excesiva provocará efectos disfuncionales, interfiriendo con varios procesos cognitivos (Zeidner, 1998), los que son necesarios para la ejecución eficaz de la tarea (por ejemplo, la toma de decisiones que son objeto de este estudio). Hay que señalar que diversos autores distinguen entre “rasgo de preocupación” y “estado de preocupación”; el primero remite a una predisposición habitual a mantenerse preocupado, incluso en ausencia de situaciones que parezcan justificar tal preocupación. El segundo alude a experiencias puntuales de preocupación ante una situación específica próxima, distinción esta entre rasgo y estado que proviene de diversos estudios para medir la ansiedad (Eysenck, 1992; Spielberger, Goursh y Lushene, 2008). Desde la perspectiva transaccional, se estima que los rasgos y los estados están interrelacionados; en el caso de la preocupación, el estado sería generado por la interacción del rasgo previo en el individuo con los estresores de su situación (Matthews, Deary y Whiteman, 2003). El rasgo, a su vez, predispone y aumenta la frecuencia e intensidad de los estados de preocupación.

Inicialmente, la investigación se centró en las causas y la frecuencia: por qué causas se preocupa la gente y con qué frecuencia según el caso. Actualmente se exploran los mecanismos cognitivos que los individuos utilizan para darse razones de sus preocupaciones y así justificarlas, pese al elevado coste emocional y práctico que ello les supone.

Consecuentemente, con estos diferentes enfoques de la investigación, las escalas de preocupación tradicionales, como el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Freston, Rhéaume, Lertarte, Dugas y Ladoucer, 1994), preguntaba por la presencia o ausencia de preocupaciones y su frecuencia (por ejemplo: “Muchas situaciones hacen que me preocupe”, “Una vez que comienzo a preocuparme, no puedo detenerme”); no obstante, la investigación actual se interesa más por las justificaciones que las personas se dan a sí mismas para preocuparse (por ejemplo: “Si me preocupo, puedo encontrar una forma mejor de hacer las cosas”, “Me preocupo para intentar tener un mayor control sobre mi vida”). Quienes se perciben a sí mismos sufriendo frecuentes estados de preo-

pación sostienen su creencia de que preocuparse puede tener utilidad al prevenir tal vez eventos negativos (Brown, O'Leary y Barlow, 1993). Algunos estudios contradicen tal creencia, pues la predisposición a detectar frecuentemente amenazas en eventos ambiguos mantiene a la gente en estado de hipervigilancia (Matthews, 1990), la que, como se verá al tratar la toma de decisiones, se trata de un patrón muy inadaptado que precipita decisiones sin tener el tiempo necesario para recabar y evaluar la información que las sustenta (Mann, Burnett, Radford y Ford, 1997).

Se evalúa esta dimensión de la preocupación a través de una escala que se describe más adelante, y que distingue dos factores en la vivencia de preocuparse: 1) Un factor compuesto por reactivos relacionados con la creencia de que la mera preocupación impide o, al menos, minimiza la probabilidad de eventos negativos; esto es, una vivencia pasiva de la preocupación sin disposición a la acción, y 2) Un factor compuesto por reactivos relacionados con la creencia de que preocuparse facilita hallar soluciones eficaces, o sea, una vivencia proactiva de la preocupación que estimula la acción. En su validación del instrumento en lengua española, González, Bethencourt, Fumero y Fernández (2006) denominan al primer factor "Preocuparse como estrategia negativa de afrontamiento" (PRENA), en el que preocuparse es un medio para distraerse del temor por las situaciones preocupantes; mientras que al segundo lo denominan "Preocuparse como perfeccionismo positivo" (PREPP), donde la preocupación desempeña un rol activo que busca controlar la situación y facilitar la resolución de conflictos.

La experiencia de preocuparse va ligada a la percepción de los peligros asociados a una situación. Los riesgos son aquellos cuya probabilidad de ocurrencia e intensidad se cree poder calcular (Bauman, 2007), por ejemplo las primas de riesgo que calculan las compañías de seguros por cubrir una actividad. Con frecuencia, muchos de aquellos no son fácilmente calculables, y por tanto la categoría de riesgo expresa el hecho de tener que tratar con la incertidumbre (Beck, 2007). Tener que tomar decisiones en escenarios de incertidum-

bre da relevancia a la cuestión de hasta qué punto se es o no eficaz para procesar información y decidir (Laca, 2012). Finalmente, la preocupación conduce a la cuestión de la decisión.

### Perspectivas de la toma de decisiones

En la literatura sobre este tópico, los términos "decisión" y "elección" aparecen frecuente y erróneamente como sinónimos: decidir es favorecer al menos una de dos alternativas posibles, y elegir implica rechazar, decidirse por un curso de acción, lo que conlleva rebatir otras posibles acciones. Vacilar entre la elección y el rechazo genera en el individuo considerables niveles de estrés, particularmente cuando las consecuencias de la decisión son importantes. Retomando la conocida distinción en el ámbito del riesgo entre la aversión al mismo y su búsqueda, algunos investigadores de las actitudes hacia la toma de decisiones distinguen entre la aversión a tomar decisiones y la búsqueda de oportunidades para decidir (Beattie, Baron, Hershey y Spranca, 1994) como una característica diferenciada en los individuos. Los primeros evitarán o aplazarán tomar decisiones (procrastinación), en tanto que los segundos buscarán oportunidades para decidir. Una justificación racional para la búsqueda de situaciones propicias para tomar decisiones es que esta actitud favorece la búsqueda de información adicional sobre las situaciones y sus alternativas de elección (Beattie *et al.*, 1994).

Janis y Mann (1979) propusieron un modelo descriptivo de la toma de decisiones sobre el supuesto de que la necesidad de tomar una decisión implica un conflicto de decisión que provoca estrés generado por dos intereses: de una parte, preocupación por las pérdidas objetivas materiales que podrían resultar de la alternativa elegida; de la otra, preocupación por las pérdidas subjetivas o psicológicas que afecten el prestigio personal o profesional y la autoestima (Janis y Mann, 1979). Se trata de un modelo de evaluación similar a otros cognitivos, tales como el de Lazarus y Folkman (1984) o el de Bandura (1986). Cabe hacer notar que estos prototipos implican una doble evalua-

ción: una de las demandas de un entorno específico, y una autoevaluación de los recursos personales para responder a aquellas. En el modelo de Janis y Mann (1979), el recurso más importante que afecta la calidad del proceso de decisión es el tiempo disponible (*cf.* Alzate, Laca y Valencia, 2004; Laca y Alzate, 2004). La presencia o ausencia de tres condiciones determina el patrón de decisión que sigan los individuos: 1) conciencia de riesgos graves si no se hace nada, 2) esperanza de encontrar una mejor alternativa a la situación presente y 3) creencia de que habrá tiempo suficiente para buscar información, evaluar la situación y elegir la mejor opción.

Los cinco patrones de decisión resultantes posibles son, a saber: la adherencia no conflictiva a la situación sin decidir cambios; el cambio no conflictivo; la evitación defensiva; la vigilancia y la hipervigilancia. Esta última se describe como el patrón menos adaptado para tomar decisiones, caracterizado por la indiferencia ante el problema y sin búsqueda alguna de información, hasta que, presentada la crisis, y bajo una fuerte presión de tiempo, se decide impulsiva y precipitadamente. Tan solo la vigilancia es un patrón adaptativo para tomar decisiones, caracterizándose por la búsqueda sistemática de información, la consideración cuidadosa de las opciones que parezcan viables y la toma de una decisión no apresurada. En 1982, Mann presentará el Cuestionario de Toma de Decisiones Flinders para evaluar cuantitativamente la mayor o menor frecuencia en el uso de uno u otro patrón de toma de decisiones. En 1997, tras diversos análisis psicométricos, Mann *et al.* reducen los 31 ítems originales de dicho instrumento a 22, denominándolo “Melbourne”, el cual evalúa la frecuencia con la que un individuo utiliza cada uno de estos cuatro patrones: Vigilancia, Hipervigilancia, Transferencia y Aplazamiento o Procrastinación. Dicho instrumento se describe más abajo.

## MÉTODO

### Participantes

116 N, 66 H, 50 M, rango de edad 19-43.

## Instrumentos

*Cuestionario Melbourne de Toma de Decisiones* (Mann *et al.*, 1997)

Traducido y validado por Alzate, Laca y Valencia (2004), está compuesto por 22 ítems que informan sobre cuatro patrones de toma de decisiones según el modelo de Janis y Mann (1979): vigilancia (6 ítems, ejemplo: “Me gusta considerar todas las alternativas”), hipervigilancia (5 ítems, ejemplo: “Me siento como si estuviera bajo una tremenda presión de tiempo cuando tomo decisiones”), transferencia (6 ítems, ejemplo: “Prefiero dejar las decisiones a otros”) y aplazamiento (5 ítems, ejemplo: “Aplazo tomar decisiones hasta que es demasiado tarde”). Cada ítem describe actitudes del sujeto al afrontar la necesidad de decidir, éste responde con tres opciones: 0 (“No es cierto en mi caso”), 1 (“Es cierto algunas veces”) y 2 (“Es cierto en mi caso”). Alzate *et al.* (2004) reportaron confiabilidades de .65, .62, .78 y .71, en dichas escalas en el análisis factorial confirmatorio de su traducción.

*Cuestionario ¿Por qué se preocupa la gente?* (Freeston *et al.*, 1994)

Con una traducción exploratoria de Laca (2020), consta de 20 ítems repartidos en dos factores: Factor 1, lo integran ítems referentes a la creencia de que preocuparse minimiza por sí solo la probabilidad de que ocurran eventos negativos (ejemplo, Si no me preocupo y sucediera lo peor sería mi culpa), implica una actitud pasiva a la preocupación. Factor 2, compuesto por ítems que expresan la idea de que preocuparse es un medio positivo para encontrar soluciones (ejemplo: *Si me preocupo puedo encontrar una forma mejor de hacer las cosas*), implica una actitud proactiva hacia la preocupación. Para evaluar la frecuencia con la que el individuo relaciona el texto con su actitud habitual se ofrecen cinco opciones desde 0, “Nunca”, hasta 4, “Muy Frecuentemente”.

## RESULTADOS

Las medias en los seis factores del estudio se muestran en la Tabla 1. La prueba de diferencia

de medias no arrojó diferencias significativas por sexo.

**Tabla 1.** Medias por sexo en los dos factores de preocupación, los cuatro patrones de decisión y la autoestima como tomadores de decisiones (N = 116, H = 66, M = 50).

Factores	Hombres	Mujeres
Preocupación 1	1.13	1.28
Preocupación 2	2.64	2.66
Vigilancia	10.27	9.52
Hipervigilancia	4.70	5.12
Transferencia	4.91	4.92
Aplazamiento	3.09	3.00

Las correlaciones bivariadas entre los seis factores del estudio se muestran en la Tabla 2.

Los dos factores de la preocupación (preocupación pasiva y activa) mostraron correlaciones muy significativas, positivas en unos casos, y negativas en otros, con los patrones de decisión.

En el caso de los cuatro patrones de decisión, sus puntuaciones se muestran en sus sumatorias totales, sin promediar por el número de ítems, con el fin de facilitar la comparación con las medias en esos patrones en muestras de anglosajones (estadounidenses y australianos) y asiáticos (japoneses y taiwaneses), que Mann *et al.* (1997) presentaron en sus puntuaciones totales sin promediar (Tabla 3).

**Tabla 2.** Correlaciones bivariadas entre los seis factores del estudio.

	Preocup. 1	Preocup. 2	Vigilancia	Hipervigilancia	Transferencia	Aplazamiento
Preocupación 1	1	.070 .600	-.340 ** .009	.455** .000	.295* .025	.386** .003
Preocupación 2		1	.153 .251	.106 .430	.054 .690	-.077 .564
Vigilancia			1	.035 .794	-.511** .000	-.180 .176
Hipervigilancia				1	.354** .006	.498** .000
Transferencia					1	.626** .000
Aplazamiento						1

Índices de significatividad: \*.05%, \*\*.01%

**Tabla 3.** Medias en los cuatro patrones de decisión en muestra mexicana (N = 116, H = 66, M = 50), en comparación con muestras anglosajonas y asiáticas (tomado de Mann, Burnett, Radford y Ford, 1997).

Factores	México		Estados Unidos		Australia		Japón		Taiwán	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Vigilancia	10.27	9.52	9.23	9.49	9.37	9.40	9.16	9.11	10.15	9.57
Hipervigilancia	4.70	5.12	4.48	4.95	3.64	4.25	5.06	5.49	4.67	4.57
Transferencia	4.91	4.92	4.22	4.93	3.93	4.00	5.13	5.42	5.72	5.53
Aplazamiento	3.09	3.00	3.52	3.63	2.73	3.04	5.41	5.17	4.51	4.32

Ciertas correlaciones muy significativas, con relevancia para el objeto de esta investigación sobre los efectos de la preocupación en los patrones de decisión, se tratan más adelante.

## DISCUSIÓN

El factor Preocupación 1, que describe una actitud pasiva ante los eventos preocupantes, correlaciona negativa y significativamente con el patrón de vigilancia, el único eficiente entre los cuatro

patrones de decisión del modelo; congruentemente, este factor ineficiente de preocupación correlaciona significativa y positivamente con los tres patrones ineficaces para tomar decisiones: hipervigilancia, transferencia y aplazamiento. Por el contrario, el factor Preocupación 2, que describe una actitud proactiva en que la preocupación impulsa la búsqueda de información y de respuestas eficaces de afrontamiento, correlaciona significativa y positivamente con el patrón eficiente de vigilancia, y significativa y negativamente con los tres patrones de decisión ineficaces.

Lo anterior apoya la propuesta de esta investigación de que hay una correlación estrecha entre la forma en la que un individuo vive sus preocupaciones y la manera en que toma decisiones. La vivencia pasiva de preocuparse, estancándose en la rumiación de amenazas y riesgos y descuidando las posibles acciones, refiere a patrones ineficaces en la toma de decisiones. La vivencia proactiva de preocuparse evaluando con realismo los riesgos posibles, buscando información relevante para su afrontamiento y manteniéndose en un eficiente estado de vigilancia, favorece la toma de decisiones eficaces al afrontar el problema.

El patrón eficaz de vigilancia fue elevado en los varones de la muestra mexicana; tan solo sus semejantes de Taiwán alcanzaron una puntuación similar. En hipervigilancia, el patrón más ineficaz, las mujeres mexicanas mostraron una elevada puntuación, inferior tan solo a sus pares japonesas. La muestra australiana obtuvo las puntuaciones más bajas en los patrones ineficaces de hipervigilancia, transferencia y aplazamiento; por el contrario, la muestra japonesa presentó las puntuaciones más altas en los citados patrones. Exceptuando su elevada puntuación en cuanto a vigilancia, en el resto de patrones la muestra mexicana logró puntuaciones similares a los de las otras culturas, con excep-

ción de los japoneses. En el estudio intercultural de Mann *et al.* (1997) no hubo participantes latinos, por lo que no se tienen muestras de culturas relativamente próximas a la mexicana con las que se pueda establecer comparaciones. Por la parte del presente autor, en trabajos previos utilizando el instrumento Melbourne con participantes mexicanos, se halló una media en vigilancia algo inferior a la de esta investigación, y en el resto de los patrones puntuaciones similares (Laca, Mejía y Mayoral, 2011; Luna, Laca y Cedillo, 2012; Luna y Laca, 2014).

Ante amenazas y retos todos nos preocupamos, pero con frecuencia la preocupación no es proporcional a la probabilidad de la amenaza (Kahneman, 2021). La posibilidad de ocurrencia de un evento se exagera generalmente por encima de su probabilidad estadística real cuanto más dramático es. Un grave accidente aéreo, suceso estadísticamente muy improbable, extiende desproporcionadamente el temor a volar en quienes tienen que hacerlo en los siguientes días. En otros términos, eventos de escasa probabilidad son sobrestimados (Kahneman, 2021). Hay que señalar que antes que los psicólogos, los matemáticos ya eran conscientes de la percepción tan limitada que la mayoría de la gente tiene calculando probabilidades (Paulos, 2019).

Siendo la preocupación un constructo multifactorial, en el que intervienen desde los niveles del estado de ansiedad y el bienestar subjetivo hasta los sesgos en los heurísticos para procesar información y elegir, son diversas las líneas de investigación posibles en este campo, como el nexo entre los niveles de ansiedad y la preocupación, así como la relación entre dicha preocupación y los sesgos cognitivos en el procesamiento de la información.

*Citación:* Laca A., F.A. (2023). Algunos efectos de la preocupación en los patrones de decisión. *Psicología y Salud*, 33(2), 299-305. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2812>.

## REFERENCIAS

- Alzate, R., Laca F., A. y Valencia J., F. (2004). Decision making patterns, conflict styles, and self-esteem. *Psicothema*, 16(1), 110-116.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Barcelona: Paidós.
- Beattie, J., Baron, J., Hershey, J.C. y Spranca, M.D. (1994). Psychological determinants of decision attitude. *Journal of Behavioral Decision Making*, 7, 129-144.
- Beck, U. (2007). Teoría de la sociedad del riesgo. En J. Berriain (Comp.): *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 123-154). Barcelona: Anthropos.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1992). Generalized anxiety disorders. En D. H. Barlow (Ed.): *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 137-189). New York: The Guilford Press.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- González, M., Bethencourt, J.M., Fumero, A. y Fernández, A. (2006). Adaptación española del cuestionario ¿Por qué preocuparse? *Psicothema*, 18, 313-318.
- Janis, I.L. y Mann, L. (1979). *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: The Free Press.
- Kahneman, D. (2021). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debolsillo.
- Laca A., F.A. (2012). Racionalidad limitada en la sociedad del riesgo mundial. *Revista de Economía Institucional*, 14(26), 121-135.
- Laca A., F.A. y Alzate, R. (2004). Estrategias de conflicto y patrones de decisión bajo presión de tiempo. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 14(1), 11-32.
- Laca A., F.A., Mejía, J.C. y Mayoral, E. (2011). Conflict communication, decision-making, and individualism in Mexican and Spanish university students. *Psychology Journal*, 8(1), 1-15.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Luna A., C. y Laca A., F.A. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32(1), 40-65.
- Luna A., C., Laca A., F.A. y Cedillo L., I. (2012). Toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes bachilleres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 295-311.
- MacLeod, C. y Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.): *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 109-142). New York: The Guilford Press.
- Mann, L. (1982). *Decision-Making Questionnaire*. Manuscrito no publicado. Adelaide (Australia): Flinders University of South Australia.
- Mann, L., Burnett, P., Radford, M. y Ford, S. (1997). The Melbourne Decision Making Questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making*, 10, 1-19.
- Matthews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Matthews, G. y Funke, G.J. (2006). Worry and information-processing. En G. C. L. Davey y A. Wells (Eds.): *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment, and treatment* (pp. 51-67). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Matthews, G. y Harley, T.A. (1996). Connectionist models of emotional distress and attentional bias. *Cognition and Emotion*, 10, 561-600.
- Matthews, G. y Wells, A. (2003). Rumination, depression, and metacognition: the S-REF Model. En C. Papageorgiou y A. Wells (Eds.): *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 125-151). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Paulos, J.A. (2019). *La vida es matemática. Las ecuaciones que explican los avatares de nuestra biografía*. Ciudad de México: Tusquets (Col. Metatemáticas).
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (2008). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality & Individual Differences*, 37, 679-694.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. New York: Plenum Press.



# Eficacia de las intervenciones psicológicas en la atención de problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama

## *Effectiveness of psychological interventions in the management of body image problems in breast cancer patients*

Liliana Rivera-Fong<sup>1, 2</sup>, Rafael Vázquez-Romo<sup>1</sup>,  
Juan Enrique Bargalló-Rocha<sup>1</sup>, José Luis Aguilar-Ponce<sup>1</sup>,  
Sergio Aguilar-Villanueva<sup>1</sup> y Ángel Herrera<sup>1</sup>

Instituto Nacional de Cancerología<sup>1</sup>  
Universidad Nacional Autónoma de México<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Liliana Rivera-Fong, [lmeylenf@hotmail.com](mailto:lmeylenf@hotmail.com).

### RESUMEN

En los últimos años se han desarrollado diversas intervenciones psicológicas especializadas para disminuir el efecto negativo en la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama; sin embargo, no se cuenta con revisiones sistemáticas que permitan valorar su eficacia. *Objetivo.* Evaluar la evidencia y viabilidad de las intervenciones psicológicas disponibles para atender problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Método.* Se realizó una búsqueda de la literatura en el campo en cuatro de las principales bases de datos mediante el sistema PIO. Se identificaron quince artículos publicados entre 2011 y 2020, de los cuales siete se analizaron mediante el sistema PICO, además de identificar su nivel de evidencia y recomendación con los criterios de Shekelle. *Resultados.* 85% de las intervenciones se llevaron a cabo en países desarrollados, 71% fueron individuales; 71.42% en modalidad presencial y 28.57% en versión *online*. Dichas intervenciones se basaron en diferentes enfoques y estrategias, con componentes cognitivo-conductuales, hipnosis y escritura reflexiva, pero todas ellas fueron breves, con un promedio de seis sesiones. Las intervenciones con componentes cognitivo-conductuales mostraron tener una mayor consistencia en la eficacia y en el nivel de recomendación y evidencia entre los estudios. *Conclusión y discusión.* Se cuenta con diversas alternativas de intervención psicológica para atender a pacientes con cáncer de mama y con problemas de imagen corporal, alternativas que pueden tener efectos incluso en variables distales, como depresión y calidad de vida.

**Palabras clave:** Imagen corporal; Intervención psicológica; Cáncer de mama; Eficacia.

### ABSTRACT

*Specialized psychological interventions have been developed to reduce the negative impact on body image in patients with breast cancer; however, there are no systematic reviews to assess their efficacy. Objective. To evaluate the evidence and feasibility of psychological interventions*

<sup>1</sup> Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México.





*available for body image problems in patients with breast cancer. Method. Fifteen articles emerged in four essential databases following the PIO system. Articles appeared between 2011 and 2020. There Seven interventions were analyzed using the PICO system. Additionally, the Shekelle criteria identified each intervention's level of evidence and recommendation. Results. 85% of the studies were conducted in high-income countries; 71% of interventions used individual modality; 71.42% used a face-to-face model, and 28.57% a digital version. The interventions implemented different approaches and strategies, such as cognitive behavioral components, hypnosis, and reflective writing, but all were brief, with an average of six sessions. Interventions with cognitive-behavioral components showed greater efficacy consistency, evidence level, and recommendations than the other studies. Discussion and conclusion. There are different alternatives for psychological intervention to attend body-image problems in patients with breast cancer. Interventions could have an impact even on distal variables, such as depression and quality of life.*

**Key words:** Body-image; Psychological intervention; Breast cancer; Efficacy.

Recibido: 30/11/2021

Aceptado: 03/10/2022

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020), desde el año 2010 se ha observado un aumento constante en el número de casos nuevos de mujeres de 20 años o más con cáncer de mama: de 22.98 casos por cada 100 mil féminas en 2010, a 35.24 casos nuevos en 2019. El grupo etario con mayor riesgo de sufrir cáncer de mama es el que corresponde al de 60 a 64 años. En relación con la letalidad, en 2017 se identificó que fue de 1.5 por cada 100 egresos por cáncer de mama en mujeres de 20 años o más.

Las estadísticas indican que el cáncer de mama es una enfermedad con una alta incidencia y prevalencia, pero que a su vez tiene una letalidad relativamente baja, lo que implica que un gran número de mujeres sobreviven al cáncer de mama tras un tratamiento médico que puede incluir cirugía, radioterapia o quimioterapia.

Si bien se han logrado avances considerables en el tratamiento del cáncer de mama, es importante señalar que aquel puede generar daños físicos, psicológicos y sociales a lo largo del proceso de salud-enfermedad; entre ellos, problemas de insatisfacción con la imagen corporal (Avis *et al.*, 2004; Garrusi y Faezee, 2008; Speer *et al.*, 2005) y en la sexualidad (Burwell *et al.*, 2008; Emilee *et al.*, 2010).

La imagen corporal se considera actualmente como un concepto multifacético que integra la percepción del cuerpo referida a las experiencias relacionadas con el propio cuerpo, los aspectos cognitivos sobre este, las emociones asociadas al cuerpo y las conductas específicas al mismo (Schier, 2014). Partiendo de esta definición, es frecuente observar que las pacientes con cáncer de mama sufren afectaciones físicas que pueden tener un impacto negativo en su imagen corporal debido a la enfermedad o al tratamiento.

Específicamente, la cirugía es uno de los tratamientos más comunes en esta población, y a ese respecto algunas mujeres pueden experimentar dificultades para aceptar la asimetría o la desproporción de sus senos, o requieren usar aditamentos accesorios al sostén para sentirse cómodas. A su vez, la quimioterapia se encuentra asociada a la pérdida de cabello, la cual frecuentemente se vive como una experiencia traumática; además, se han documentado ciertos efectos secundarios, como un aumento de la transpiración, cambios diversos en los rasgos faciales y uñas quebradizas o ennegrecidas (Kolodziejczyk y Pawlowski, 2019). En conjunto, tales cambios físicos pueden contribuir al desarrollo de problemas de imagen corporal que, de no atenderse oportunamente, pueden derivar en problemas sexuales, de autoaceptación o de la calidad de las relaciones interpersonales, así como generar dificultades sociales y laborales al evitar la paciente el contacto con otras personas (Kolodziejczyk y Pawlowski, 2019).

Debido al efecto negativo que pueden tener los problemas de imagen corporal en la calidad de vida de las pacientes y su funcionalidad, resulta imprescindible disponer de intervenciones psicológicas eficaces para su atención que se adapten a las condiciones y cambios que enfrenta una mujer

con cáncer de mama. Por ello, el objetivo del presente artículo fue evaluar la evidencia y viabilidad de las intervenciones psicológicas disponibles para atender problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama.

## MÉTODO

Dicho estudio consistió en una revisión de la literatura en esta área a través de una búsqueda sistemática en las principales bases de datos de carácter médico y psicológico (Pubmed, RedALyC, Scopous y EBSCOhost) con base en el modelo PIO (Population, Intervention, Outcome) (variable resultado) para lo cual los términos clave utilizados fueron “Breast neoplasms”, “Psychotherapy” AND “Body image” en español e inglés. Se consideró como criterio de inclusión el que fuesen artículos publicados entre los años 2011 y 2020, que reportaran intervenciones psicológicas en pacientes adultas y que estuvieran escritos en español o inglés.

Los trabajos incluidos en el estudio fueron descritos a través del método PICO (Population, Intervention, Control, Outcome) con el fin de identificar los componentes de la intervención y la solidez del diseño metodológico empleado. Adicionalmente, a partir de las principales fuentes de invalidez interna, se reportaron los posibles sesgos en cada artículo a fin de evaluar la calidad de la evidencia mostrada por los trabajos. Finalmente, se tomaron en consideración los criterios de las Guías Clínicas propuestos por Shekelle *et al.* (1999) para clasificar la evidencia de cada artículo y establecer su nivel de recomendación.

## RESULTADOS

Se identificaron quince artículos, de los cuales ocho se eliminaron, pues cuatro no eran estudios de intervención, ya que dos contenían la evaluación de proceso, pero este no era de carácter psicológico, uno estaba escrito en alemán y otro mostraba resultados parciales de otro de los estudios analizados.

En cuanto a las características demográficas y sociales reportadas en las intervenciones encontradas resalta que 85% se llevaron a cabo en países desarrollados, tal es el caso de Estados Unidos (Barton *et al.*, 2019; Cieslak *et al.*, 2016), Inglaterra (Lewis-Smith *et al.*, 2018), Canadá (Trachtenberg *et al.*, 2019), Australia (Sherman *et al.*, 2018), Italia (Andreis *et al.*, 2018)] y uno en un país en vía de desarrollo: México (Pintado y Andrade, 2017).

La edad promedio de las mujeres atendidas en los diversos estudios fue de 50 años, con un rango de 18 a 68 años. Con base en los datos reportados en los estudios, 93.96% de las participantes tenían diagnóstico de cáncer de mama y 6.03% algún tipo de cáncer ginecológico. En los trabajos que reportaron el tipo de cirugía a la que fueron sometidas las pacientes, se observa que 25.27% había sufrido cirugía conservadora, 24.18% mastectomía, 18.68% mastectomía con reconstrucción, 7.69% a mastectomía bilateral con reconstrucción, 6.04% lumpectomía, 10.99% ooforectomía. En 6.04% de los casos no se especificó el tipo de intervención.

Respecto a la forma de evaluación de la imagen corporal, se emplearon la Escala de Imagen Corporal (BIS) (Andreis *et al.*, 2018; Lewis-Smith *et al.*, 2018; Pintado y Andrade, 2017; Sherman *et al.*, 2018), la Escala del Impacto del Tratamiento (ITS) (Barton *et al.*, 2019; Cieslak *et al.*, 2016), la Escala de Autoesquema de Sexualidad (Barton *et al.*, 2019; Cieslak *et al.*, 2016), la Escala de Conexión Corporal (SBC) (Pintado y Andrade, 2017) y el Cuestionario de Imagen Corporal después del Cáncer de Mama (BIBCQ) (Trachtenberg *et al.*, 2019).

En cuanto a la modalidad de las intervenciones, 71% de estas fueron individuales (Barton *et al.*, 2019; Cieslak *et al.*, 2016; Lewis-Smith *et al.*, 2018; Pintado y Andrade, 2017; Sherman *et al.*, 2018) y 28.57% grupales (Andreis *et al.*, 2018; Trachtenberg *et al.*, 2020). Cabe mencionar que de ese total, 71.42% se llevaron a cabo de manera presencial (Andreis *et al.*, 2018; Barton *et al.*, 2019; Cieslak *et al.*, 2016; Lewis-Smith *et al.*, 2018; Pintado y Andrade, 2017) y 28.57% en modalidad virtual (Sherman *et al.*, 2018; Trachtenberg *et al.*, 2019). Las intervenciones fueron breves en todos

los estudios, con un promedio de seis sesiones y con un rango de una a ocho.

En la Tabla 1 se muestran los artículos consultados, y en ella se describen los elementos del

sistema PICO, así como su nivel de evidencia y recomendación basada en los criterios de la Escala Modificada de Shekelle (*cf.* Barrera *et al.*, 2016).

**Tabla 1.** Descripción y evaluación de evidencia de los artículos sobre intervenciones para manejo de problemas de autoimagen en mujeres con cáncer de mama.

Cita	Participantes (P)	Intervención (I)	Control (C)	Resultado (O)	Evidencia / recomendación
Andreis, <i>et al.</i> , 2018	97 pacientes mayores de 18 años, con cáncer de mama en su primer diagnóstico, candidatas a quimioterapia adyuvante o neoadyuvante, sin diagnóstico psiquiátrico o trastornos de personalidad. 46% fueron sometidas a cirugía conservadora y 41% a mastectomía.	Grupos de apoyo para enseñar a las mujeres estrategias para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida asociados con el cáncer. Se hicieron 13 grupos de apoyo, cada uno con ocho sesiones de dos horas de duración, a razón de una cada quince días. Tres sesiones se enfocaron en promover que las pacientes compartieran las principales dificultades psicológicas, sociales y de relación que experimentaron e individualizaran formas de afrontamiento a las situaciones críticas. En las siguientes sesiones un oncólogo, un cirujano, un ginecólogo obstetra, un terapeuta físico y un nutriólogo brindaron información sobre sus áreas de especialidad.	No se incluyó grupo control	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las evaluaciones 1 y 2 en la Escala de Imagen Corporal ( $x_1=23.41$ vs. $x_2=23.28$ , $p = 0.754$ ). 46 y 45% de las pacientes expresaron insatisfacción con su cuerpo en la primera y segunda evaluación, respectivamente.	Ib / B
Barton <i>et al.</i> , 2019	Mujeres con diagnóstico de mama o ginecológico en cualquier estado de tratamiento; las pacientes debían reportar en el cribado un cambio negativo en la imagen corporal desde el diagnóstico y en su deseo de mejorar. No se incluyeron mujeres con algún diagnóstico de salud mental o historia de abuso sexual. 59 pacientes fueron referidas al grupo de hipnosis y 28 al programa de relajación progresiva muscular.	Las participantes, se aleatorizaron 2:1 a intervenciones basadas en hipnosis o relajación progresiva muscular, cada una con una duración de seis semanas. Ambas intervenciones consistieron en tres sesiones presenciales de aproximadamente 60 minutos, con un lapso de dos semanas entre cada sesión. Las participantes practicaron en casa al menos tres veces por semana empujando un audio proporcionado por el terapeuta. La intervención con hipnosis incluyó una sesión de sugestión como inducción hipnótica. La primera sesión se centró en la relajación, sentimientos de bienestar, integridad, fuerza y confianza. La segunda sesión se enfocó en la imagen corporal relacionada con la sexualidad, viviendo como ser sexual, así como el deseo sexual, la pasión y el romanticismo; la tercera sesión incluyó los componentes de las sesiones previas y se agregó un componente conductual.	El programa de relajación progresiva muscular (RPM) consistía en educación y práctica de la técnica. La primera sesión se centró en la evaluación de las fuentes de estrés, información y demostración de la RPM e información sobre la grabación. La segunda sesión evaluó los cambios en estrés, el uso de la RPM, las barreras percibidas para el uso de la grabación y una práctica sobre la técnica. La tercera sesión fue similar a la segunda e incluyó una evaluación del uso de la RMP.	La imagen corporal se evalúa mediante la Escala de Impacto del Tratamiento (ITS). No se encontraron efectos significativos por la asignación a grupos en la ITS. No hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.15$ ) en los cambios en ITS entre grupos a las seis semanas. En ambos grupos hubo mejorías clínicamente significativas ( $d$ de Cohen = 0.49-0.75).	Ib / A
Cieslak <i>et al.</i> , 2016	11 mujeres con cáncer de mama, con una media de edad de 47.36 años. Los criterios de selección incluyeron que las mujeres hubieran reportado deseos de participar en una intervención específica de autoimagen e imagen corporal. 90% eran caucásicas y 90% estaban casadas.	La intervención basada en relajación hipnótica incluyó cuatro sesiones enfocadas a establecer una relación, el fortalecimiento del ego y la autoestima, la individualización y el empoderamiento. Se instruyó a las participantes para que se enfocaran en un punto en la pared y se les guio con inducción hipnótica usando ritmo, conteo e imágenes para facilitar la relajación profunda.	No hubo grupo control	Todas las mujeres refirieron sentirse al menos un poco mejor respecto a su cuerpo (54% dijeron sentirse mejor o mucho mejor en niveles moderados). En la Escala de Impacto del Tratamiento (empleada para evaluar el estrés por los cambios corporales) se observaron mejorías estadísticamente significativas en cuanto a la línea base ( $p = 0.004$ ).	Ib / B

Continúa...

Cita	Participantes (P)	Intervención (I)	Control (C)	Resultado (O)	Evidencia / recomendación
Lewis-Smith, Claire y Harcourt, 2018.	Se incluyeron 22 mujeres con una media de edad de 51.55 años, de las que 95.5% eran caucásicas, 95.5% tenían pareja, 63.6% trabajaban, 72.7% contaban con estudios superiores a la educación secundaria. Todas habían sido diagnosticadas y tratadas desde hacía por lo menos dos años y 59.1% se trataron con mastectomía con reconstrucción y tratamiento adyuvante; 68.2% con quimioterapia; 77.3% con radioterapia y 86.4% con terapia hormonal). La intervención se llevó a cabo en dos grupos de 9 a 12 participantes.	Se adaptó una intervención denominada "Liberar tu cuerpo", que originalmente emplea estrategias cognitivo-conductuales para abordar las preocupaciones asociadas a los cambios de apariencia relacionados con el envejecimiento o con trastornos de alimentación. La intervención fue adaptada a mujeres con cáncer, para lo cual se eliminó todo el contenido referente a los trastornos de la alimentación; además, se agregaron ejemplos asociados a las preocupaciones relacionadas con los cambios de apariencia por el tratamiento. La intervención incluyó se efectuó en siete sesiones. La versión adaptada se denominó "Aceptando tu cuerpo después del cáncer", llevándose a cabo en siete sesiones de dos horas cada una.	No hubo grupo control.	Se observaron mejorías significativas de tamaño del efecto mediano ( $d_s = 0.65 - 0.72$ ) en el seguimiento de la insatisfacción con el cuerpo (tanto en la evaluación general, como en la relacionada con el cáncer). Las mejorías en la evitación de la imagen corporal no mostraron diferencias estadísticamente significativas, con un tamaño del efecto de pequeño a mediano ( $d = 0.36$ ). No hubo mejorías estadísticamente significativas en la actitud de autocuidado relacionado con el cuerpo del postest y el seguimiento. La evaluación de medidas arrojó un efecto significativo por tiempo, con tamaño del efecto grande (parcial $n^2_s = 0.26 - 0.36$ ) en cuidado de la apariencia, comparaciones por apariencia, evitación de intimidad por la imagen corporal, autoestima y distrés.	Iib / B
Pintado y Andrade, 2017.	Participaron 29 pacientes con cáncer de mama en estadio I o II, mayores de 18 años (media de edad de 49.34 años), que no recibían terapia adyuvante al momento del estudio y que no practicaban meditación o <i>mindfulness</i> ; 55.2% fueron atendidas mediante mastectomía y 44.8% con cirugía conservadora. El grupo experimental incluyó a 15 participantes, y 14 el grupo control.	Durante la intervención se pusieron en práctica estrategias de <i>mindfulness</i> basadas en el programa de Reducción de Estrés mediante <i>Mindfulness</i> (MBSR), adaptadas a pacientes con cáncer. Duró dos meses y un total de ocho sesiones. Se incluyeron la técnica de BodyScan, meditación sentada, ejercicios de yoga y meditación guiada para el perdón y la bondad.	El grupo control recibió cinco sesiones grupales de "asesoría sobre la imagen corporal", a razón de una sesión por semana. Se incluyó asesoramiento sobre la correcta elección de pelucas y peinados, el uso de turbantes, maquillaje, vestimenta correcta de acuerdo a la complejión y tono de piel y el cuidado y diseño de las uñas.	Se observaron diferencias significativas en cuanto a la imagen corporal en la pre y la postintervención, evaluadas mediante la Escala de Imagen Corporal (BIS) ( $p < 0.01$ ). Adicionalmente, el programa de intervención aumentó la conciencia sobre el cuerpo y redujo la disociación corporal evaluada con la Escala de Conexión Corporal (SBC) (ambas con $p < 0.01$ ). Se encontraron diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en la imagen corporal a favor del primero ( $F[1, 28] = 12.616; p < 0.01$ ).	Ib / A
Sherman, Przedziecki, Alcorso et al., 2018	N = 304 participantes (155 en el grupo control [GC] y 149 en el grupo experimental [GE]). Las participantes tenían una edad promedio de 57.5 años en el GE y 57.23 en el GC. 242 (79%) eran casadas, 151 (49.67%) eran desempleadas. 222 (73%) fueron tratadas con cirugía, 78 (25.66%) recibieron cirugía con reconstrucción y una (0.32%) radioterapia y quimioterapia.	Intervención psicológica en línea denominada "Mi cuerpo cambiando". Consistió en una sesión de 30 minutos de ejercicios estructurados de escritura en línea para promover actitudes de autocompasión. Primeramente, se indicó a las participantes que pensaran sobre eventos estresantes relacionados con su cuerpo después del cáncer de mama y que escribieran libremente sobre ello. Después, continuaron escribiendo sobre su imagen corporal tras el tratamiento, guiadas por cinco indicaciones de autocompasión, empezando por un enfoque limitado a aspectos negativos de ellas mismas, pasando gradualmente a una perspectiva más amplia de autocompasión y terminando con un enfoque limitado a la situación personal.	Los participantes del grupo control recibieron atención de una sesión de 30 minutos mediante escritura expresiva no estructurada.	Se obtuvieron interacciones significativas por grupo-tiempo para distrés por imagen corporal al mes ( $F$ global = 2.89, $p = 0.035$ ; 1 mes, $p = 0.023$ , $d = 0.25$ ) y apreciación corporal en todos los seguimientos ( $F$ global = 4.39, $p = 0.004$ ; una semana, $p = 0.016$ , $d = 0.28$ ; un mes $p = 0.002$ , $d = 0.36$ ; tres meses, $p = 0.003$ , $d = 0.35$ ). Los seguimientos indicaron de manera significativa que más participantes del GE mostraron mejorías en una semana (15% vs. 6%, $z = -2.56$ , $p = 0.005$ ) y al mes (22.2% vs. 8%, $z = -2.97$ , $p = 0.002$ ), en comparación con el GC. No hubo diferencias en la proporción de participantes del GE y el GC que presentaron deterioro o no mejoría desde la línea base con una semana y un mes.	Ib / A

Continúa...

Cita	Participantes (P)	Intervención (I)	Control (C)	Resultado (O)	Evidencia / recomendación
Trachtenberg et al., 2019.	N = 60 pacientes de entre 18 y 65 años, de las cuales 67% tenían cáncer de mama y 33% cáncer ginecológico. 63% eran caucásicas, 73% estaban casadas y 55% tenían un empleo de tiempo completo o medio tiempo. De las 60 pacientes, 44 completaron la evaluación y se incluyeron en los análisis finales.	Intervención <i>online</i> grupal que consistió en ocho sesiones que combinaban tres elementos: a) ejercicios de imaginación guiada para facilitar la expresión y conocimientos relacionados con el cuerpo y dificultades de autoimagen; b) material de psicoeducación, que incluyó conocimientos relacionados con las influencias socioculturales sobre la imagen corporal, y c) procesos psicoterapéuticos grupales. Grupos de 5 a 8 participantes.	No hubo grupo control	Al final de la intervención, las participantes experimentaron una reducción significativa en el malestar emocional de su imagen corporal, medida con el Cuestionario de Imagen Corporal después del Cáncer de Mama (BIBCQ) ( $F [1, 43] = 16.00$ ; $p < 0.01$ ). Los análisis <i>post hoc</i> mostraron una reducción significativa en vulnerabilidad corporal (sentimientos de susceptibilidad al cáncer) y estigma corporal (sentimientos de necesidad de esconder su cuerpo). Tras la intervención, también se observaron mejoras significativas en "embodiment" ( $F [1, 43] = 8.1$ ; $p < 0.01$ ). Los análisis <i>post hoc</i> mostraron mejoras en la conexión positiva con su cuerpo y la experiencia y expresión del deseo sexual.	I Ib / B

Categoría de la evidencia: Ia. Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorizados; Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado; IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización; IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte; III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas; IV. Evidencia de comité de expertos, reportes de opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.

Fuerza de la recomendación: A. Directamente basado en evidencia categoría I; B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I; C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II; D. Directamente basada en evidencia de categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III.

En dicha tabla se puede observar que las intervenciones basadas en información, ya sea mediante educación para la salud o psicoeducación, no mostraron mejoría en problemas de autoimagen con una fuerza de recomendación B; lo que indica que la sola información no es suficiente para una sintomatología de imagen corporal. En contraste, las intervenciones con componentes de hipnosis o relajación hipnótica obtuvieron resultados clínicos o estadísticamente significativos para mejorar el impacto percibido del tratamiento; por lo que se recomienda su uso para la modificación de dicha variable, no obstante que no es una medida directa de la autoimagen.

Por otro lado, las intervenciones de sesión única de escritura expresiva mostraron mejorías en el distrés y la apreciación de imagen corporal en seguimientos de hasta tres meses, por lo que se recomienda su uso en la atención de los problemas de imagen corporal. Finalmente, las intervenciones que emplearon componentes de la terapia cognitivo-conductual, ya sea de segunda o tercera generación, mostraron consistentemente efectos clínicamente significativos y, en algunos casos, cambios clínicos de medianos a grandes en variables directas o indirectas de la autoimagen, como insatisfacción con el cuerpo, imagen corporal, co-

nexión corporal, vulnerabilidad corporal, estigma corporal e impacto del tratamiento; sin embargo, no tuvo efectos significativos en la evitación de la imagen corporal. Estos hallazgos se obtienen con niveles de recomendación A o B, lo que permiten apoyar su uso para atender este tipo de problemas.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la evidencia y viabilidad de las intervenciones psicológicas disponibles para atender problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. La revisión permitió apreciar que existen diferentes alternativas de intervención psicológica para la atención de problemas de imagen corporal en pacientes con esta condición; sin embargo, los resultados sobre su eficacia arrojan que la terapia cognitivo-conductual ha mostrado tener mejores resultados al lograr cambios estadística y clínicamente significativos, por lo que se recomienda como el enfoque de primera elección para la atención de la citada población. A pesar de ello, el número de estudios clínicos aleatorizados es limitado, lo que dificulta su generalización.

Adicionalmente, las intervenciones revisadas han mostrado tener efectos no solamente en variables directas de la imagen corporal, sino también en diversas variables indirectas, algunas relacionadas con la sexualidad, el tratamiento y la enfermedad propiamente dicha, todas ellas, variables relevantes asociadas al efecto psicosocial de las pacientes (Al-Azri *et al.*, 2014; Hungr *et al.*, 2017), lo que sugiere que ese efecto podría generalizarse o ampliarse a otras áreas de su vida.

En relación a la modalidad de las intervenciones, no se logró identificar alguna diferencia entre las intervenciones grupales o individuales. Ni entre las presenciales o en línea, lo cual es consistente con los resultados de estudios de comparación efectuados en diversas poblaciones y con sintomatologías psicológicas de distinta índole, como ansiedad, depresión y trastornos psiquiátricos (Axelsson *et al.*, 2020; Carlbring *et al.*, 2017; Luo *et al.*, 2020). La consistencia de tales hallazgos hace posible considerar el desarrollo de intervenciones *online* que permitan ampliar la población beneficiada. Sin embargo, en poblaciones como la mexicana se deben considerar las limitaciones que hay en cuanto al acceso a los servicios de internet y a los recursos económicos de algunas pacientes.

En cuanto a las intervenciones grupales o individuales, la evidencia reportada en otras poblaciones también es consistente con que ambas modalidades de intervención pueden ser equiparables para atender problemas como la depresión (O'Shea *et al.*, 2015) o el consumo excesivo de alcohol (Epstein *et al.*, 2018).

Tras la revisión de la literatura y su contrastación con estudios previos, el presente análisis per-

mite concluir que las intervenciones psicológicas han mostrado ser eficaces para la atención de problemas de imagen corporal en mujeres con cáncer de mama. A pesar de contar con diversas modalidades y enfoques de intervención, las evidencias más sólidas corresponden a las intervenciones con enfoque cognitivo-conductual, sin que haya diferencias entre las modalidades presenciales u *online*, grupales o individuales, aunque en este último punto se podría recomendar la implementación de intervenciones grupales que pueden favorecer ligeramente la adherencia al tratamiento.

Si bien se dispone de evidencias respecto a la eficacia de las intervenciones psicológicas para la atención de los problemas de imagen corporal en mujeres con cáncer de mama, la evidencia sigue siendo limitada, principalmente en países en vías de desarrollo (solamente uno de los estudios incluidos en la revisión se llevó a cabo en México), por lo que su generalización y adaptación a las necesidades de esta población y a las condiciones del sistema de salud actual requieren de más estudios clínicos controlados y aleatorizados que brinden una evidencia más sólida acerca de las intervenciones más eficaces para dicha población.

Finalmente, cabe resaltar que implementar intervenciones eficaces en pacientes con cáncer de mama con problemas de imagen puede tener un impacto positivo en la disminución o prevención del desarrollo de sintomatología que ha mostrado correlacionar positivamente con la depresión (Aguilar *et al.*, 2015; Begovic-Juhant *et al.*, 2012) y negativamente con la calidad de vida (Begovic-Juhant *et al.*, 2012).

*Citación:* Rivera-Fong, L., Vázquez-Romo, R., Bargalló-Rocha, J.E., Aguilar-Ponce, J.L., Aguilar, S. y Herrera, Á. (2023). Eficacia de las intervenciones psicológicas en la atención de problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 33(2), 307-314. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2813>.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M.J., Mur, N., Neri, M., Pimentel R, M.L., García R., A. y Gómez, E. (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 371-379.
- Al-Azri, M., Al-Awisi, H., Al-Rasbi, S., El-Shafie, K., Al-Hinai, M., Al-Habsi, H. y Al-Moundhri, M. (2014). Psychosocial impact of breast cancer diagnosis among Omani women. *Oman Medical Journal*, 29(6), 437-444.
- Andreis, F., Meriggi, F., Codignola, C., Frigoli, I., Prochilo, T., Mutti, S., Huscher, A., Libertini, M., Di Biasi, B., Abeni, C., Oglioni, C., Noventa, S., Rota, L., Pedrali, C. y Zaniboni, A. (2018). Impact of a psycho-educational team in early breast

cancer patients' coping strategies: the Verene project. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 13, 274-280.

- Avis, N.E., Crawford, S. y Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M. y Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 915-924. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0940.
- Barrera C., A., Viniestra O., A., Valenzuela F., A.A., Torres A., L.P. y Dávila, J. (2016). Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(1), 78-91.
- Barton, D.L., Brooks, T.M., Cieslak, A., Elkins, G.R., Clark, P.M., Baydoun, M., Smith, A.B. y Van Poznak, C.H. (2019). Phase II randomized controlled trial of hypnosis versus progressive muscle relaxation for body image after breast or gynecologic cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 178, 357-365. Doi: 10.1007/s10549-019-05395-6.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S. y Champan, L.A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. Doi: 10.1080/07347332.2012.684856.
- Burwell, S.R., Case, D.L., Kaelin, C., Avis, N.E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18), 2815-2821.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. y Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18. Doi: 10.1080/16506073.2017.1401115.
- Cieslak, A., Elkins, G., Banerjee, T., Marsack, J., Hichman, K., Johnson, A., Henry, N.L. y Barton, D. (2016). Developing a hypnotic relaxation intervention to improve body image: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), E233-E241. Doi: 10.1188/16.ONF.E233-E241.
- Emilee, G., Ussher, J.M. y Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas*, 66, 397-407.
- Epstein, E.E., McCrady, B.S., Hallgren, K.A., Gaba, A., Cook, S., Jensen, N., Hildebrandt, T., Glanton, C. y Litt, M.D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 27-43. Doi: 10.1016/j.jsat.2018.01.003.
- Garrusi, B. y Faezee, H. (2008). How do Iranian women with breast cancer conceptualise sex and body image? *Sex Disabilities*, 26, 159-165.
- Hungr, C., Sánchez-Varela, V. y Bober, S.L. (2017). Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de Investigación Clínica*, 69, 114-122.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020, 15 de octubre). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama*. Comunicado de Prensa Núm. 462/20. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>.
- Kolodziejczyk, A. y Pawlowski, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 28(8), 1137-1142.
- Lewis-Smith, H., Claire, P. y Harcourt, D. (2018). A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. *Body Image*, 27, 21-31.
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., Hoang, P., Schmidt, J., Lee, J., Haber, S., Puckering, M., Buchanan, N., Lee, P., Ng, K., Sun, S., Kheyson, S., Cho-Yan, D., Sanger, S., Thabane, L. y Samaan, Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Medicine*, 24, 1-16. Doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100442.
- O'Shea, G., Spence, S.H. y Donovan, C.L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 1-19. Doi: 10.1017/s1352465814000216.
- Pintado, S. y Andrade, S. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, 12, 147-152. Doi: 10.1016/j.eujim.2017.05.009.
- Schier, K. (2014). *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról wrodzinie*. Warszawa (Poland): Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Shekelle, P.G., Woolf, S.H., Eccles, M. y Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: developing guidelines. *British Medical Journal*, 318(7183), 593-596. Doi: 10.1136/bmj.318.7183.593.
- Sherman, K.A., Przewdziecki, A., Alcorso, J., Kilby, C.J., Elder, E., Boyages, J., Koelmeyer, J. y MAckie, H. (2018). Reducing body image-related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: results from the My Changed Body Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 36(19), 1930-1940.
- Speer, J.J., Hillenberg, B., Sugrue, D.P., et al. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast Journal*, 11(6), 440-447.
- Trachtenberg, L., Wong, J., Rennie, H., McLeod, D., Leung, Y., Warner, E. y Esplen, M.J. (2019). Feasibility and acceptability of i-Restoring Body Image after cancer (i-ReBIC): a pilot trial for female cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 29, 639-646.

# Evaluación de las funciones cognitivas en personas con enfermedad renal crónica en comparación con trasplantados y personas sanas

*Assessment of cognitive functions in people with chronic kidney disease compared with transplant recipients and healthy ones*

Cecilia Medina-Pérez, Victoria González-Ramírez  
y Ferrán Padrós-Blázquez

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

Autor para correspondencia: Victoria González Ramírez, [victoria.gonzalez@umich.mx](mailto:victoria.gonzalez@umich.mx).

## RESUMEN

*Introducción.* Debido a los escasos estudios que hay respecto al funcionamiento cognitivo de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), especialmente al comparar a los trasplantados con los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, se realizó el presente trabajo. *Objetivo.* Comparar el funcionamiento cognitivo en personas con ERC en tratamiento de hemodiálisis, con postrasplante de riñón y con personas sanas. *Método.* Se utilizaron pruebas neuropsicológicas estandarizadas (MoCa Test, Figura de Rey y el Token Test) para la valoración de las funciones cognitivas. *Resultados.* Se observó un mejor rendimiento cognitivo en la prueba de cribaje y en la memoria visual en el grupo control y en el de trasplantados respecto al de hemodiálisis. *Discusión.* Se concluye que las personas con enfermedad renal crónica con tratamiento de trasplante mejoran el rendimiento cognitivo de forma significativa al transcurrir un periodo de entre seis y doce meses posteriores a la intervención.

**Palabras clave:** Hemodiálisis; Inmunosupresores; Sistema nervioso central; Neuropsicología.

## ABSTRACT

*Introduction.* The present study was carried out due to the few previous studies on cognitive functioning in patients with chronic kidney disease (CKD), especially comparing transplant recipients with patients receiving hemodialysis treatment. *Objective.* To compare cognitive functioning in people with CKD under hemodialysis treatment, post-kidney transplantation, and healthy people. *Method.* The study applied standardized neuropsychological tests: MoCa Test, King Figure, and Token Test to assess cognitive functions. *Results.* Better cognitive performance occurred in the screening test and visual memory in the control and the transplanted groups than in the hemodialysis group. *Discussion.* The findings suggest that people with chronic kidney disease with transplant treatment improve cognitive performance significantly after 6 to 12 months after the intervention.

**Key words:** Hemodialysis; Immunosuppressors; Central nervous system; Neuropsychology.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. (443)312-00-09.





Recibido: 16/08/2021

Aceptado: 06/07/2022

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC en lo sucesivo) se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud en la cual la función de los riñones se ve disminuida y se presentan anomalías en la composición de la sangre o la orina (Gorostidi *et al.*, 2014).

En México, la ERC es una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias y hospitalización; asimismo, es considerada una enfermedad catastrófica debido a su elevada prevalencia, a los altos costos (recursos de infraestructura y humanos) y elevadas tasas de morbilidad y mortalidad (Méndez *et al.*, 2010). De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en el año 2013 México ocupaba el segundo lugar con más alto índice de población con ERC, esto es, alrededor de 124 mil enfermos a lo largo y ancho del país que requerían alguna de las terapias sustitutivas o reemplazativas, como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal (*cf.* Tamayo y Lastiri, 2016). Cabe mencionar que se ha estimado un deterioro cognitivo de entre 30 y 60% en dicha población (Bugnicourt, Godefroi, Chillon, Coukroun y Massy, 2013).

Se considera el trasplante renal como uno de los tratamientos que se asocia con una mejor calidad de vida en el largo plazo (Estrada, López, Alvarado y Cervantes, 2009). Actualmente se buscan estrategias para aumentar o prolongar la función del órgano trasplantado. El trasplante consiste en colocar el riñón de otra persona (donador vivo o cadavérico) en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto (órgano) se coloca en el interior de la parte baja del abdomen e implica la conexión de la arteria y vena renales del injerto con la arteria ilíaca externa y la propia del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y este comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la

única modalidad de tratamiento de reemplazo renal, o TRR, que realmente previene el desarrollo de la uremia, definida como la acumulación en la sangre de las sustancias tóxicas provenientes de la orina (Estrada *et al.*, 2009). Se ha descrito que el trasplante es un tratamiento que mejora la energía del paciente al reducir la fatiga y el cansancio crónicos (Jenkins y Mahon, 2008).

No todos los pacientes con ERC son candidatos a recibir un trasplante renal; ello depende de que el tratamiento de hemodiálisis ya no surta el efecto esperado, de la presencia de otras patologías y de que el médico tratante apruebe el procedimiento, por lo que una evaluación médica es fundamental para la toma de decisiones y, con ello, optimizar los tratamientos para minimizar la morbilidad y mortalidad (López, Venado, Moreno y Rodríguez, 2009).

La hemodiálisis es uno de los tratamientos más comunes para tratar la ERC y consiste en filtrar la sangre durante un periodo de tres a cinco horas, aproximadamente. Se lleva a cabo mediante un aparato que se introduce en el acceso vascular para extraer y retornar la sangre y eliminar así los desechos y líquidos que no son necesarios (Alvarado, 2014).

No obstante, los tratamientos descritos pueden afectar la función cognitiva puesto que desde antes del trasplante los pacientes están sometidos a un tratamiento invasivo e incluso agresivo, lo que deteriora su función cognitiva.

En un estudio de Bugnicourt *et al.* (2013) se pone de manifiesto que la función cognitiva global varía significativamente en el transcurso de la sesión de hemodiálisis; así, el rendimiento cognitivo se ve afectado durante las sesiones de diálisis, observándose una mejoría entre las mismas.

En otra investigación, Kramer *et al.* (1996) analizaron los beneficios del trasplante renal. Los autores señalan que las respuestas obtenidas por medio del electroencefalograma y las pruebas psicométricas sugieren que los pacientes pueden recuperar sus niveles normales de funciones cerebrales afectadas por la ERC, siempre y cuando el trasplante se haga durante el periodo de vida útil del órgano; ello significa que todo órgano extraído tiene un periodo durante el cual es apto para

seguir funcionando en otro cuerpo. En el caso del riñón, este no debe exceder las 24 horas.

Gelb, Jean, Hill y Loken (2008) llevaron a cabo un estudio basado en las condiciones cognitivas en tres grupos en que se evaluó a 42 receptores de trasplante renal, 45 pacientes con ERC en prediálisis (etapa en la que la enfermedad se encuentra en estadios avanzados, pero en la cual aún no es necesario el tratamiento con diálisis) y 49 controles sanos. Los autores concluyen que el funcionamiento ejecutivo mejora después de un trasplante renal exitoso, aunque hay diferencias respecto a un individuo sano, pero no al punto de considerarse un déficit en los trasplantados, y que el trasplante mejora la calidad de vida no solo física sino también cognitivamente.

Vita, Portillo, Álvarez, Llarena y Bruno (2020) compararon el rendimiento cognitivo asociado a la ERC en cuatro pacientes que accedieron al trasplante, encontrándose que todos ellos vieron comprometido su funcionamiento cognitivo, como la atención, sus funciones ejecutivas y la evocación en tareas de memoria. Gómez, Lindao, Vásquez y Tettamanti (2020), a su vez efectuaron una investigación sobre la ERC y su relación con el deterioro cognitivo, concluyendo que los pacientes de edad temprana con alteraciones cognitivas por dicha enfermedad pueden ver afectada su calidad de vida.

Sánchez, Ostrosky, Morales, Nogués y Alberú (2010) realizaron un estudio para determinar el impacto del trasplante renal sobre el funcionamiento cognoscitivo del paciente con ERC, notando una mejora en la atención, las funciones

ejecutivas y la memoria en los seis u ocho meses posteriores al trasplante. Asimismo, Pawar *et al.* (2006) encontraron una mejoría de dichas funciones después de tres meses de ocurrido el trasplante, aunque siguió prevaleciendo un cierto deterioro, más significativo entre los pacientes de mayor edad.

Debido a las pocas investigaciones que hay respecto al funcionamiento cognitivo de pacientes con ERC, especialmente comparando los trasplantados con pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, el objetivo de la presente investigación fue comparar el rendimiento cognitivo en personas con tratamiento de hemodiálisis, trasplantadas y sanas.

## MÉTODO

### Participantes

Se evaluaron 19 personas, mismas que fueron divididas en tres grupos.

*Grupo A.* Integrado por ocho participantes trasplantadas en un periodo superior a seis meses e inferior a un año. Se excluyeron aquellos que tuvieran algún otro padecimiento físico.

*Grupo B.* Constituido por cuatro participantes con ERC y en tratamiento de hemodiálisis superior a un año y en lista de espera para trasplante.

*Grupo control.* Conformado por siete participantes sin padecimientos físicos ni emocionales. Las características sociodemográficas de los grupos y de la muestra total se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Distribución de la muestra de acuerdo al sexo, edad, escolaridad y estado civil.

	Grupo Hemodiálisis	Grupo Trasplantado	Grupo Control	Total
<i>N</i>	4 (21.1%)	8 (42.1%)	7(36.8%)	19 (100%)
<b>Sexo</b>				
Hombres	0 (0%)	3 (37.5%)	3 (42.9%)	6 (31.6%)
Mujeres	4 (100%)	5 (62.5%)	4 (57.1%)	13 (68.4%)
<b>Edad</b>				
M	25.25	28.25	25.43	26.58
D.E.	5.91	8.65	4.54	6.63

Continúa...

<b>Escolaridad</b>				
Primaria	0 (0%)	1 (12.5%)	0 (0%)	1 (5.3%)
Secundaria	4 (100%)	2 (25.0%)	1(14.3%)	7 (36.8%)
Preparatoria	0 (0%)	4 (50.0%)	3 (42.9%)	7 (36.8%)
Universidad	0 (0%)	1 (12.5%)	3 (42.9%)	4 (21.1%)
<b>Edo. Civil</b>				
Soltero	4 (100%)	5 (62.5%)	4 (57.1%)	13 (68.4%)
Casado	0 (0%)	2 (25%)	3 (42.9%)	5 (26.3%)
Divorciado	0 (0%)	1 (12%)	0 (0%)	1 (5.3%)

*Nota:* Entre paréntesis aparece el porcentaje. M: Media aritmética. D.E.: Desviación estándar.

## Instrumentos

### *Evaluación Cognitiva Montreal*

(MoCA-B, Montreal Cognitive Assessment Basic) (Nasreddine *et al.*, 2005).

Elaborada para la evaluación en personas con o sin deterioro cognitivo leve y con demencia, no requiere un rango de edad especificado para su aplicación, aunque usualmente se emplea en adultos. Se administra individualmente en aproximadamente 10 minutos. El puntaje máximo es de 30 puntos, el cual arriba de 26 o más se considera normal. Cada uno de los ejercicios que integra mide a modo de cribaje una función cognitiva: función ejecutiva, denominación, atención, percepción visual, memoria diferida, abstracción, cálculo, orientación, fluidez y memoria inmediata.

La versión en español del MoCA ha mostrado ser útil para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve y también de la demencia. Es un test con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.76). Los resultados son estables en el tiempo, con una fiabilidad test-retest de 0.92 y una fiabilidad interexaminadores de 0.91 (Lozano, Watt y Huerta, 2009).

### *Test de Token* (De Renzi y Vignolo, 1962).

Destinado a evaluar la comprensión del lenguaje, su aplicación es muy simple y sensible a los déficits de la comprensión auditiva. Puede emplearse individualmente a niños y adultos sin límite de tiempo. Para su aplicación el examinador lee la orden, sin repetir, mientras el sujeto trata de cumplirla. Consta de 20 fichas de diferentes formas,

colores y tamaños. En una muestra de 120 personas de edad avanzada (76 mujeres), con promedios de 71.1 años y de 6.9 años de educación formal, se encontraron correlaciones significativas ( $p < 0.01$ ) entre el puntaje en el Test Token y la educación formal y la edad, que correspondieron respectivamente a 5 y a 21% de la varianza (Moreira *et al.*, 2011).

### *Test de Copia de una Figura Compleja* (Rey y Osterrieth, 1941).

Diseñado originalmente para evaluar la organización perceptual y la memoria visual en individuos con lesión cerebral, se ha utilizado posteriormente para otro tipo de patologías, como el déficit de atención e hiperactividad. Su aplicación puede ser individual o colectiva a lo largo de al menos 2 horas. Primeramente se solicita al sujeto evaluado que copie una figura compleja utilizando lápices de colores. Luego se realiza una pausa de 10 minutos, donde se dialoga con aquel sin tomar en cuenta la figura que dibujó. Sin ayuda del modelo, se le solicita a continuación que copie la figura con un solo color y sin mover la hoja. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82, con una media de 22.47 y una desviación de 4.93. En la ejecución de memoria resultó de 0.78, con una media de 13.6 y una desviación estándar de 5.17. La validez en la estructura factorial tanto de la ejecución de la copia como de la memoria mostró cuatro factores con valores principales mayores a 1, mismo que explica 43.6 % de la varianza en la copia y 38.6% en memoria (Cortés, Galindo, Villa y Salvador, 1996).

## Procedimiento

La aplicación se llevó a cabo a lo largo de seis meses, por lo que las entrevistas y las evaluaciones se aplicaron en las aulas de estudio del hospital, en completo silencio, el mismo día previo a la cita del tratamiento. Se explicó a cada paciente el propósito de la investigación y la dinámica y confidencialidad de cada prueba. Se aplicaron las cuatro pruebas a los tres grupos, y además la entrevista previa que informó de cualquier dato que pudiera obstruir la fiabilidad de la investigación. En cuanto el grupo control, fue integrado por personas conocidas con características similares a las de los otros dos grupos.

Los datos se recabaron en función de la persona en tres o cuatro sesiones de 30 a 40 minutos cada una.

## Análisis de datos

Después de calificar cada prueba se hizo el vaciado de los datos en el programa IBM SPSS Statistics, versión 25, empleando los siguientes índices: media aritmética, desviación estándar, mediana, frecuencia y porcentaje; también se aplicaron las pruebas de  $\chi^2$ , Kruskal-Wallis y Wilcoxon para comparar los resultados por grupo y por prueba, tomándose como significativo un valor inferior a 0.05.

## Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el comité de ética del Hospital General "Dr. Miguel Silva"; asimismo, se contó con la aprobación de los pacientes y médicos del área, quienes firmaron un formato de consentimiento informado.

Para la captura de la muestra, a través de una llamada telefónica se solicitó la participación a los pacientes en hemodiálisis, trasplantados y personas sanas. En la cita, se justificaron los propósitos del estudio y se explicó cada prueba. Los resultados de las mismas se enviaron de manera

individual a los pacientes y a las personas sanas que así lo solicitaron.

## RESULTADOS

La muestra se conformó por 19 participantes, de los cuales un 68.4 % eran mujeres, en un rango de edad de 18 a 47 años (véase Tabla 1).

De acuerdo con los resultados, no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio y las variables de edad (Kruskal-Wallis  $p = .843$ ) y sexo ( $\chi^2 = 1.32$ ,  $p = .478$ ). Sin embargo, sí se encontraron ( $\chi^2 = 7.792$ ,  $p = .024$ ) entre los grupos respecto a la escolaridad, en los que el grupo de control mostró un mayor grado, siendo el de hemodiálisis el menor. En la variable de estado civil, no se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2 = 3.915$ ,  $p = .418$ ) (véase Tabla 1).

## Evaluación general por prueba

En la prueba MoCA se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $H [2] = 7.1569$ ,  $p < 0.05$ ), entre el grupo control ( $M = 25.28$ , D.E. = 2.69) y el grupo de hemodiálisis ( $M = 19.25$ , D.E. = 3.30;  $p < 0.01$ ).

En la prueba de Copia de la Figura de Rey no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $H [2] = 4.5752$ ,  $p = 0.10$ ) (Tabla 2). Sin embargo, en la prueba de memoria de dicha prueba sí las hubo ( $H [2] = 10.327$ ,  $p < 0.01$ ) entre el grupo control ( $M = 92.57$ , D.E. = 4.39) y el grupo de hemodiálisis ( $M = 62.50$ , D.E. = 22.17;  $p < 0.01$ ), así como entre el grupo control y el grupo de trasplantados ( $M = 65.62$ , D.E. = 20.94;  $p < 0.01$ ).

En prueba de comprensión del lenguaje no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $H [2] = 5.6886$ ,  $p < 0.058$ ) entre los grupos, aunque el resultado fue cercano a la significación (véase Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra de acuerdo a la Evaluación Cognitiva Montreal, Prueba de comprensión de Lenguaje, Copia de Figura de Rey y Memoria de Figura de Rey.

	<b>Grupo Hemodiálisis</b>	<b>Grupo Trasplantado</b>	<b>Grupo Control</b>	<b><i>p</i></b>
<i>N</i>	4 (21.1%)	8 (42.1%)	7(36.8%)	19 (100%)
<b>MoCA</b>				
M	19.25	22.75	25.29	0.028
D.E.	3.30	2.87	2.69	
Me	18.00	22.00	26.00	
<b>Test de Token</b>				
M	30.88	31.94	34.36	0.058
D.E.	1.65	1.88	2.10	
Me	31.00	32.75	36.00	
<b>Prueba de Copia de la Figura de Rey</b>				
M	67.25	73.13	86.71	0.102
D.E.	24.57	11.63	17.64	
Me	65.00	80.00	90.00	
<b>Prueba de Memoria de Figura de Rey</b>				
M	62.50	65.63	92.57	0.006
D.E.	22.17	20.95	4.39	
Me	60.00	72.5	90.00	

Nota: M: Media aritmética. D.E: Desviación estándar. Me: Mediana.

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar el funcionamiento cognitivo entre personas con trasplante, en hemodiálisis y sanas, obteniéndose resultados congruentes con los del estudio de Gelb *et al.* (2008), en el cual encontraron también diferencias estadísticamente significativas en el aprendizaje verbal y la memoria. Se concluye que el funcionamiento ejecutivo es relativamente adecuado después de un trasplante renal exitoso, ya que si bien existen diferencias con un individuo sano, estas no son de tal tamaño como para considerar un déficit.

A partir de la interpretación de los resultados obtenidos, y respondiendo la pregunta de investigación, se corroboró el rendimiento más pobre en el funcionamiento cognitivo en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis que en las personas con tratamiento de trasplante y personas sanas.

En este trabajo se plantearon cinco objetivos específicos; de los cuales tres consistieron en comparar el rendimiento de la memoria, la atención y la función ejecutiva, donde se observó una mejora en los trasplantados comparados con aquellos en hemodiálisis. De acuerdo con Sánchez *et al.* (2010), quienes efectuaron un estudio para determinar el impacto del trasplante renal sobre el funcionamiento cognoscitivo del paciente con ERC, hay una mejora a los seis u ocho meses posteriores al trasplante en las mismas áreas de atención, funciones ejecutivas y memoria.

En los objetivos sobre la comprensión de lenguaje y el rendimiento visoespacial, se observó un leve deterioro posterior al trasplante, pero después una mejora; sin embargo, Pawar *et al.* (2006) encontraron una mejora en ambas funciones después de tres meses de hecho el trasplante.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, destaca el reducido tamaño de la muestra. Nótese que para incrementar la validez interna

se utilizaron criterios de exclusión muy estrictos, pues se descartaron pacientes con alguna otra complicación, como hipertensión o ataques cardíacos, entre otros. Hay que subrayar también el menor nivel de escolaridad del grupo de hemodiálisis, lo cual pudo influir en los resultados obtenidos. Sería deseable realizar en el futuro análisis con muestras mayores y debidamente pareadas en todas las variables sociodemográficas.

Los presentes autores concuerdan con Kramer *et al.* (1996) en cuanto a que la mejor alternativa para el funcionamiento cognitivo en pacientes

con ERC es el trasplante; puesto que los pacientes pueden recuperar las funciones cognitivas afectadas por la intervención, pero esto solo si el trasplante se lleva a cabo en un periodo apto para el paciente.

La exploración neuropsicológica en pacientes trasplantados –y en mayor medida para los pacientes en tratamiento de hemodiálisis– es importante en cuanto que pueden ser susceptibles de recibir rehabilitación neuropsicológica y favorecer con ello su calidad de vida.

*Citación:* Medina-Pérez, C., González-Ramírez, V. y Padrós-Blázquez, F. (2023). Evaluación de las funciones cognitivas en personas con enfermedad renal crónica en comparación con trasplantados y personas sanas. *Psicología y Salud*, 33(2), 315-322. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2814>.

## REFERENCIAS

- Alvarado, M. (2014). *Complicaciones de pacientes en la unidad de hemodiálisis*. Tesis inédita de Maestría. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de [http://www.repositorio.usac.edu.gt/1512/1/05\\_9438.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/1512/1/05_9438.pdf).
- Bugnicourt, J., Godefroy, O., Chillon, J., Choukroun, G. y Massy, A. (2013). Cognitive disorders and dementia in CKD: The neglected kidney-brain axis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24, 353-363.
- Cortés S., J.F., Galindo, G., Villa, M. y Salvador, C.J. (1996). La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud Mental*, 19(3), 42-48. [http://revistasaludmental.com.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/598/598](http://revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/view/598/598).
- De Renzi, E. y Vignolo, L.A. (1962). The Token Test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85(4), 665-678. Doi: 10.1093/Brain/85.4.665.
- Estrada, V., López, A.M., Alvarado, R. y Cervantes, L. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. México: Unidad de Proyectos Especiales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02\\_feb\\_2k9.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf).
- Gelb, S., Jean S., R., Hill, A. y Loken T., W. (2008). Cognitive outcome following kidney transplantation. *Nephrology. Dialysis & Transplantation*, 23, 1032-1038.
- Gómez A., L.F., Lindao S., M.O., Vásquez C., D.A. y Tettamanti M., D. (2020). Asociación entre enfermedad renal crónica no terminal y deterioro cognitivo en adultos entre 55 a 65 años de edad. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(1), 30-34.
- Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández F., G., Galcerán, J., Goicoechea, M. y Ruilope, L. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista de Nefrología*, 34, 302-316. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n3/especial2.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *La enfermedad renal crónica en México*. Cuernavaca (México): Autor.
- Jenkins, K. y Mahon, A. (2008). *Enfermedad renal crónica (estadios 4-5)*. Madrid: Asociación Europea de Enfermeras de Diálisis y Trasplantes/Asociación Europea de Cuidado Renal (EDTNA/ERCA). Recuperado de: [https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/CKD\\_4-5\\_Esp\\_lr.pdf](https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/CKD_4-5_Esp_lr.pdf).
- Kramer, L., Madi, C., Stockenhuber, F., Yeganchfar, W., Eisenhuber, E., Derfler, K., Lenz, K., Schneider, B. y Grimm, G. (1996). *Beneficial effect of renal transplantation on cognitive brain function*. Viena: University of Vienna, 49, 833-838.
- López, M., Venado, A., Moreno, J. y Rodríguez, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de Proyectos Especiales. México: UNAM.
- Lozano, A., Watt, K.M. y Huerta, J. (2009). A comparison study of 12th grade Hispanic students' college anticipations, aspirations, and college preparatory measures. *American Secondary Education*, 38(1), 92-110. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/282853752>.
- Méndez D., A., Méndez, J.F., Tapia, T., Muñoz, A. y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1). Doi: 10.1016/s1886-2845(10)70004-7.

- Moreira, A., Guilherme, C.S., Jardim de P., J., Teixeira, M.D., Paiva, A., Cazita, V., Coutinho, G., Vinpicius, J.S. y Fernandes, L.M.D. (2011). Estudio normativo de la versión reducida de Token Test: datos preliminares para una población brasileña de edad avanzada. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 38(3), 97-101.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V. et al. (2005), The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53, 695-699.
- Pawar, A.A., Rathod, J., Chaudhury, S., Saxena, S.K., Saldanha, D., Ryali, V.S.S.R. y Srivastava, K. (2006). Cognitive and emotional effects of renal transplantation. *Indian Journal of Psychiatry*, 48, 21-26.
- Rey, A. y Osterrieth, P.A. (1941). *Test de Copia de una Figura Compleja* (Adapt. de M. V. de la Cruz). México: TEA Ediciones.
- Sánchez R., S., Ostrosky S., F., Morales B., L.E., Nogués V., M.G., Alberú G., J. (2010). Trasplante renal: efectos en el perfil cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(2), 82-90.
- Tamayo, J.A. y Lastiri, H.S. (2016). *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Vita, L., Portillo, F., Álvarez, G., Llarena, S. y Bruno, D. (2020). *Perfil cognitivo de cuatro pacientes con enfermedad renal crónica que acceden a trasplante renal*. San Luis (Argentina): Universidad Católica de Cuyo.

# Evaluación del Modelode Consistencia de Grawe en población mexicana

## *Evaluation of the Grawe's Consistency Model in Mexican Population*

*Georgina Cárdenas-López<sup>1</sup>, Irene Alice Chicchi-Giglioli<sup>2</sup>, Raúl Durón-Figueroa<sup>1</sup>, Fabiola Reyes<sup>1</sup>, Lucia A. Carrasco-Ribelles<sup>2</sup> y Mariano Alcañiz-Raya<sup>2</sup>*

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Universitat Politècnica de Valencia<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Raúl Durón Figueroa, [raulduron7@gmail.com](mailto:raulduron7@gmail.com).

### RESUMEN

Los trastornos mentales representan una de las principales problemáticas sociales a nivel mundial, por lo que se han propuesto modelos teóricos para fundamentar intervenciones integradoras. El modelo de Consistencia de Grawe, plantea que existen cuatro necesidades básicas que requieren ser satisfechas para el mantenimiento de la salud mental. Estas se refieren al apego, autoestima, control o autoeficacia y la disminución del dolor e incremento del placer. A pesar de que existen algunos estudios que han analizado la relación entre estos constructos, existen pocos que se centran en la evaluación del modelo de Grawe. Por tanto, esta investigación tuvo como objetivo evaluar la relación existente entre las cuatro necesidades básicas en población mexicana. Se contó con un total de 61 participantes, de los cuales fueron 29 hombres y 31 mujeres, a los cuales se les administró una serie de escalas que miden los cuatro constructos mencionados. De manera general, los resultados mostraron correlaciones significativas en las distintas escalas y subescalas. El estudio permitió contar con una mayor comprensión en cuanto a las necesidades psicológicas básicas planteadas en el modelo de Grawe en población mexicana, sin embargo, se comentan algunas limitaciones y aspectos a considerar en trabajos futuros.

**Palabras clave:** Modelo de Consistencia; Necesidades psicológicas básicas; Evaluación psicológica; Población mexicana.

### ABSTRACT

*Mental disorders represent one of the leading social problems in the world, revolving around several theoretical models to support integrative interventions. Grawe's Consistency Model states that four basic psychological needs must be satisfied to maintain mental health. These needs refer to attachment, self-esteem, control or self-efficacy, and decreased pain and increased pleasure. Although some studies have analyzed the relationship between these constructs, few studies focused on evaluating Grawe's model. Objective. The present study aimed to evaluate the relationship between the four basic psychological needs in the Mexican population. Sixty-one participants: 29 men and 31 women, were administered a series of scales measuring the abovementioned four cons-*

<sup>1</sup> Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

<sup>2</sup> Instituto de Investigación e Innovación en Bioingeniería (i3B), Cubo Azul - Edif. 8B - Acceso N - Camino de Vera, s/n, 46022 Valencia, España.





*tracts. Results. Results showed significant correlations in the different scales and subscales. Discussion. The present study allowed a greater understanding of the basic psychological needs raised in Grawe's model in the Mexican population; however, the study had some limitations and cautionary aspects for future studies.*

**Key words:** Consistency model; Basic psychological needs; Psychological evaluation; Mexican population.

Recibido: 08/09/2021

Aceptado: 15/09/2022

Los trastornos mentales representan una de las principales problemáticas sociales que afectan a la población mundial. Según la World Health Organization (WHO) (2011), se estima que los trastornos mentales explican 28% de discapacidad en la vida diaria. Como respuesta a las demandas de la salud mental y a las consecuencias que generan dichos trastornos, han surgido nuevos modelos teóricos que fundamentan ciertas intervenciones integradoras. Uno de los modelos que ha destacado en los últimos años es el planteado por Grawe (2007), el cual está basado en la neuropsicoterapia y propone que los procesos mentales están fundamentados en patrones neuronales, por lo que las alteraciones mentales se explican como disfunciones en dichos patrones. Así, los modelos propuestos sugieren que hay una relación entre cuatro necesidades psicológicas básicas, así como un conjunto de esquemas mentales y neuronales, mismos que son descritos en la teoría de la consistencia de dicho autor (Grawe, 2004). Según esta, los objetivos y los esquemas motivacionales son elementos que interactúan entre sí y, como resultado, gobiernan la actividad mental; los primeros hacen referencia a la satisfacción de las cuatro necesidades básicas reconocidas por Grawe: apego, autoestima, control y evitación del estrés. En este enfoque, el ser humano, a lo largo de su vida, busca continuamente la compensación de cada una de ellas, de tal manera que cuando son satisfechas se manifiesta un funcionamiento mental óptimo, y como consecuencia emerge la consistencia, que se traduce como una gratifica-

ción equilibrada entre tales necesidades (Grawe, 2007). Por el contrario, surge la inconsistencia cuando dichas necesidades son continuamente violadas, lo que tiene como resultado la psicopatología (Berking *et al.*, 2003). Con base en lo anterior, la consistencia puede definirse como el estado de compatibilidad y armonía en el funcionamiento mental (Grawe, 2007).

Los esquemas motivacionales, por su parte, pueden definirse como los patrones o tendencias que emplea el individuo para satisfacer sus necesidades básicas, los que dividen en dos grandes categorías: los esquemas de aproximación y los de evitación; cada uno de ellos se imprime de manera diferente en las redes neurales y son sumamente influidos por el estilo de apego desarrollado desde la infancia. Por ejemplo, si una persona crece dentro de un ambiente en el que sus necesidades fueron satisfechas de la mejor manera posible (principalmente dentro de los primeros cinco años de vida), es muy probable que sus esquemas de interacción tiendan hacia la aproximación. De forma opuesta, el esquema motivacional de alguien que creció en un entorno en el que sus necesidades fueron constantemente violadas o amenazadas, tenderá a caracterizarse por la evitación; por tanto, la manera en que intentará satisfacer sus necesidades será mediante conductas que muestran inseguridad, ansiedad o evitación, en comparación con aquellos que se desarrollaron en estructuras más reforzantes.

De manera general, cuando la relación entre los objetivos, los esquemas motivacionales y las estructuras neuronales subyacentes se encuentra en armonía, se alcanza un estado total de consistencia; por el contrario, cuando no hay una asociación armónica entre ellos, se experimenta la inconsistencia, ante la cual se desarrollarán una serie de mecanismos para evitarla, como diversas estrategias de afrontamiento o de regulación emocional.

De este modelo teórico se desprende asimismo el concepto de "congruencia", que puede describirse como un estado armonioso en el que predomina la compatibilidad entre los objetivos motivacionales y la percepción de la realidad. La congruencia, por tanto, alude a la correlación que hay entre la satisfacción de las necesidades y la interacción con el entorno. Cuando dicha corre-

lación es positiva recibe el nombre de *congruencia*, y cuando es negativa, el de *incongruencia*. Lo anterior permite afirmar la existencia de mecanismos de retroalimentación que se encargan de monitorear el contraste entre nuestras percepciones y el cumplimiento de nuestros objetivos.

### *Apego*

El apego, de acuerdo con Bowlby (1973), podría entenderse como el conjunto de conductas que se despliegan con el propósito de establecer y conservar la cercanía y contacto con otro individuo al que se considera como una figura capacitada para hacer frente al entorno y sus amenazas. Ainsworth *et al.* (1978) reconocen tres estilos de apego, a saber: seguro, ansioso/ambivalente y evitativo; el desarrollo de uno u otro dependerá de la sensibilidad, disponibilidad y consistencia con la que los padres, en la etapa infantil, procuren gratificar las necesidades biológicas de sus hijos; así, en el bebé comenzarán a configurarse diversas representaciones mentales acerca de sí mismo y de la forma en que debe interactuar con los otros y con su medio ambiente, patrones que determinarán de manera importante sus futuras relaciones sociales.

El apego *seguro* se manifiesta en aquellos niños cuyas necesidades han sido satisfechas por sus cuidadores la mayor parte de las veces y en el momento preciso; lo anterior se traduce en confianza y tranquilidad tanto en situaciones en las que el objeto de apego se encuentre ausente, como en los momentos de relacionarse con otros y de establecer vínculos afectivos con ellos. El apego *ansioso* o ambivalente se caracteriza por una marcada necesidad de mantenerse cerca de las figuras de apego, de tal manera que si estas se alejan, el menor experimentará emociones de miedo o ansiedad, lo que se explica porque los padres han mostrado un patrón inconsistente en la atención de sus necesidades. En el caso del *apego evitativo*, los cuidadores no han atendido las necesidades básicas de los niños, por lo que estos han aprendido que no hay una persona que esté disponible para ellos, y en consecuencia tienden a alejarse de las personas y procuran no establecer vínculos cercanos.

Atendiendo al contexto de las necesidades planteadas en el modelo de consistencia, la necesidad de apego se define como la confianza que el ser humano muestra hacia las demás personas, patrones estos que determinarán sus relaciones interpersonales y que prevalecerán durante la vida social adulta.

### *Autoestima*

La necesidad de autoestima representa un elemento fundamental de acuerdo con este modelo (Grawe, 2007). Dicho constructo tiene que ver con la evaluación propia de cada individuo (Rosenberg, 1979). De este constructo se han identificado dos dimensiones: la competencia, que se refiere al grado de percepción de la capacidad y eficacia, y el valor, en el cual las personas perciben el grado de valor de ellas mismas. En el modelo de consistencia la autoestima implica la capacidad del individuo para tener plena conciencia de sí mismo y pensar reflexivamente, misma que se encuentra estrechamente relacionada con los esquemas motivacionales al ser una búsqueda constante de los medios para aumentarla y protegerla (Grawe, 2007).

### *Control*

A su vez, la necesidad de control u orientación se define como la capacidad de regular el entorno mediante la percepción y congruencia del logro de objetivos personales (Grawe, 2003). En la literatura al respecto, dicho constructo puede determinarse mediante los modelos de autoeficacia (Bandura, 1982), que hacen referencia a la percepción de la capacidad para completar objetivos específicos o afrontar situaciones. Así, dicha necesidad consiste en tener un número suficiente de alternativas para lograr objetivos específicos o afrontar situaciones concretas, y que las necesidades de control y apego están relacionadas durante la etapa infantil, ya que los niños regulan el control mediante las figuras de apego.

### *Evitación del estrés*

Por último, la necesidad de evitar el estrés tiene que ver con la maximización del placer y la minimización del dolor. En efecto, el ser humano ma-

nifiesta comportamientos que tienden a evitar el dolor físico o emocional, lo que representa un mayor acercamiento al bienestar emocional y al equilibrio de las necesidades. Así pues, dichos comportamientos se encuentran determinados por las evaluaciones negativas o positivas que hace la persona, las cuales desencadenan respuestas de aproximación o de evitación, mismas que son influidas por los esquemas motivacionales (Elliot y Covington, 2001; Grawe, 2004). Según esto, existen dos sistemas de motivación: el sistema de activación comportamental (*Behavioral Activation System*, o *BAS*) y el sistema de inhibición comportamental (*Behavioral Inhibition System*, o *BIS*). El primero se activa ante el reforzamiento y se traduce en conductas de aproximación hacia el logro de objetivos orientados a alcanzar consecuencias positivas; por tanto, a través del mismo se busca la gratificación, el bienestar y el deseo de placer. En contraposición, el sistema BIS responde a los procesos que inhiben el comportamiento y aumentan los estados de alerta, tales como el castigo condicionado, el no reforzamiento y el miedo innato. Desde la perspectiva neuropsicológica, se ha encontrado que el sistema BIS se relaciona con una mayor actividad cortical frontal, la cual desempeña un papel importante en la atención selectiva hacia los estímulos afectivos, mientras que el sistema BAS se asocia con una mayor actividad cortical izquierda, misma que se relaciona con el procesamiento de los estímulos afectivos (Cuthbert *et al.*, 1998; Peterson *et al.*, 2008).

Con base en los modelos teóricos planteados, hay algunos estudios que han analizado la relación entre las necesidades psicológicas básicas mencionadas. Uno de los constructos más estudiados ha sido el apego. Al respecto, hay diversos estudios que analizan la relación del apego con otros constructos psicológicos relevantes (Mikulincer y Shaver, 2012), como la relación que hay entre el apego y la autoestima; de manera general, se ha propuesto que existe una correlación positiva entre ambos constructos (Cassidy, 1990; Mikulincer y Shaver, 2005), y más específicamente entre un apego seguro y un alto grado de autoestima positiva (Gorrese y Ruggieri, 2013). A su vez, se ha hallado que los patrones de apego inseguro están

correlacionados con una baja autoestima (Cooper *et al.*, 1998).

En cuanto a la necesidad de control y orientación –hablando específicamente de la autoeficacia percibida–, algunos estudios han encontrado relaciones significativas entre la percepción de autoeficacia y los estilos de apego, la percepción de autoeficacia y dichos estilos, y relaciones positivas entre la autoeficacia y la autoestima (Kogut, 2016; Lane *et al.*, 2004).

En cuanto a la búsqueda de placer y evitación del dolor, diversas investigaciones han analizado su relación con los estilos de apego, hallándose que estos tienen una influencia en la aproximación o evitación de situaciones amenazantes (Meyer *et al.*, 2005). Por otro lado, también se ha encontrado que los niveles de autoestima determinan asimismo las respuestas de activación o inhibición conductual (Erdle y Rushton, 2010).

De manera general, se han estudiado las relaciones entre algunos de los constructos descritos en el modelo de las necesidades básicas de Grawe; sin embargo, hoy día no se cuenta con suficientes análisis en los que se examine la relación existente entre dichos constructos bajo el modelo teórico planteado.

El presente trabajo describe la fase inicial del proyecto ATHENEA (Advanced Therapeutical Tools for Mental Health), desarrollado por el LabLenni de la Universidad Politécnica de Valencia, en el que se diseñaron cuatro ambientes virtuales centrados en cada una de las necesidades psicológicas básicas revisadas líneas atrás, con el objetivo de evaluar esos constructos mediante la interacción del participante con los entornos virtuales (Chicchi-Giglioli *et al.*, 2017). En ese estudio inicial se analizó en qué medida se correlacionan los constructos del modelo en la población mexicana para que en una investigación futura se pueda efectuar la evaluación mediante la realidad virtual. Para ese propósito, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación que hay entre los constructos de las cuatro necesidades básicas en la citada población, para entender mejor dichos constructos. En consecuencia, se presentan los resultados de esta fase inicial del mencionado proyecto, esperando tener un ajuste del modelo adecuado para,

posteriormente, evaluar los ambientes virtuales de modo que sea posible contar con un sistema de evaluación conveniente.

## MÉTODO

### Participantes

En este trabajo se contó con 61 participantes cuya media de edad fue de 35.6 años (D.E. = 10.03), de los cuales 29 fueron hombres y 31 mujeres. Se consideraron como criterios de inclusión el que fueran mayores de edad y que no padecieran algún deterioro cognitivo significativo, y como criterio de exclusión algún trastorno mental grave o dependencia de sustancias. Los participantes fueron reclutados a través de los medios de difusión universitarios y en línea, como las redes sociales. Antes de iniciar el estudio, los participantes recibieron y firmaron una carta de consentimiento informado.

### Diseño

El diseño consistió en un estudio descriptivo y correlacional con evaluaciones autoaplicadas, en el cual se evaluaron las relaciones entre las variables predictivas y las de criterio.

### Instrumentos

*Cuestionario de Apego Adulto* (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Es esta una escala autoaplicada compuesta por 40 reactivos que se responden con opciones que se presentan en una escala tipo Likert de cuatro puntos: de 1 (“Muy en desacuerdo”) a 6 (“Totalmente de acuerdo”). Este instrumento evalúa cuatro factores: 1) Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; 2) resolución de conflictos hostiles, rencor y posesividad, 3) Afecto seguro o expresión de sentimientos y comodidad con la relación, y 4) Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. La adaptación al español de Melero y Cantero (2008) halló las siguientes consistencias internas  $\alpha$  de esos factores: .86, .80, .77 y .68.

*Cuestionario de Relaciones (RQ)* (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Evalúa los distintos estilos de apego en población adulta y se estructura en dos partes. En la primera se presentan cuatro párrafos (A, B, C y D), que corresponden a cada uno de los cuatro estilos de apego (seguro, desvalorizador, preocupado y temeroso), y los participantes deben indicar cuál de estos describe mejor su relación con los demás; lo anterior con base en dos dimensiones: ansiedad (modelo sí) y evitación (modelo de otros). En la segunda parte el participante debe valorar en una escala Likert de siete puntos (donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 7 “Totalmente de acuerdo”) cada uno de los cuatro párrafos. La validación en español fue hecha por Yáñez-Yaben y Comino (2011), y en ella se confirmó la estructura independiente ( $r = -.01$ ) de dos factores: ansiedad y evitación. Más tarde, Castillo y Williams (2018) llevaron a cabo un estudio con el propósito de conocer las propiedades psicométricas del RQ en población limeña. Como resultado, se encontraron dos factores que explicaron 30.26% de la varianza, y asimismo que el instrumento obtuvo una confiabilidad test-retest aceptable ( $ICC > .40$ ).

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

Está compuesta por diez reactivos (cinco positivos y cinco negativos) que evalúan el nivel de autoestima general en una escala tipo Likert de cuatro puntos, de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 4 (“Totalmente de acuerdo”); de esta manera, los valores finales pueden fluctuar entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). En cuanto a sus propiedades psicométricas, el instrumento tiene una elevada consistencia interna ( $\alpha = .93$ ). Esta escala fue validada en una muestra chilena (Rojas *et al.*, 2009) que incluía jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores, arrojando los resultados un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.75; además, se confirmó la estructura de dos factores agrupados en cinco reactivos positivos y cinco negativos, que explicaron 51.78% de la varianza. En México, en un estudio llevado a cabo por De León y García (2016) con adultos mayores, se obtuvo una varianza explicada de 52%, un coeficiente  $\alpha$  de .73 y una estructura bifactorial.

*Escala General de Autoeficacia*  
(Schwarzer y Jerusalem, 2010).

Este instrumento está compuesto por diez reactivos basados en una escala tipo Likert de diez puntos que miden la autopercepción positiva para afrontar situaciones complicadas; el total mínimo que se puede obtener es de 10 puntos, mientras que el máximo es de 40, de tal manera que una puntuación mayor refleja también una mayor autoeficacia general percibida. La consistencia interna del instrumento va de .76 a .90. En lo referente a los estudios de validación en muestras latinoamericanas, una investigación llevada a cabo por Cid, Orellana y Barriga (2010) con adolescentes y adultos chilenos, con edades de 15 a 65 años, confirmó esta escala como un instrumento válido y confiable para medir la autoeficacia al arrojar una estructura homogénea de una sola dimensión, cuyo coeficiente de confiabilidad fue de 0.84.

*Escala de Activación e Inhibición Conductual*  
(Carver y White, 1994).

Es un instrumento compuesto por 24 reactivos que se valoran en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que van de 1 (“Muy verdadero”) a 4 (“Muy falso”), distribuidos en cuatro subescalas, tres de ellas agrupadas en la escala BAS (sistema de activación comportamental) y una correspondiente a la BIS (sistema de inhibición comportamental). Las incluidas en el sistema BAS son: *a*) Pulsión (P), con cuatro ítems que evalúan la fuerza asociada a la consecución de objetivos; *b*) Búsqueda de diversión, placer o sensaciones (BDP, con cuatro ítems), que mide las acciones orientadas a la satisfacción personal, y *c*) Responsividad a la recompensa (RR), con cinco ítems, que valora las conductas encaminadas a la obtención de un refuerzo. En cuanto a las propiedades psicométricas, las subescalas alcanzan índices de consistencia interna de .74 para la escala BIS, y de .76 (P), .73 (RR) y .66 (BDP).

*Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento Abreviada* (Brief COPE) (Carver, 1997).

Evalúa las estrategias de afrontamiento efectivas e inefectivas. Consta de 28 preguntas distribuidas

en catorce subescalas de dos ítems cada una. Se puntúa en una escala Likert de cuatro opciones que van de 0 (“Nunca hago esto”) a 3 (“Siempre hago esto”). En el análisis psicométrico para la versión española llevado a cabo por Morán *et al.* (2010), se observó que las catorce dimensiones originales se agrupaban de forma diferente en cuatro factores: Afrontamiento cognitivo, que incluye las subescalas de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, humor y desconexión (inverso); Afrontamiento mediante apoyo social, que consta de las subescalas de apoyo (emocional y social) y desahogo; Bloqueo del afrontamiento (evitación), que agrupa las subescalas de negación, autodistracción, autoinculpación y uso de sustancias, y Afrontamiento espiritual, compuesto únicamente por la subescala de religión. Cabe destacar que el Brief COPE fue adaptado y validado para la población española por Crespo y Cruzado (1997), arrojando una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach entre 0.60 y 0.90).

*Escala de Locus de Control* (Rotter, 1966).

Está compuesta por 29 reactivos que evalúan si existe un locus de control interno o externo. Un puntaje alto refleja un locus de control externo, y uno bajo, interno. El instrumento presenta un índice de consistencia interna de .65.

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

Es una escala autoaplicada de 36 reactivos que se valoran en una escala tipo Likert que va de 1 (“Casi nunca”) a 5 (“Casi siempre”). Cuenta con cinco subescalas: 1) Impulsividad, dificultades de control y acceso limitado a estrategias de regulación emocional; 2) Negación y falta de aceptación a respuestas emocionales; 3) Interferencia o dificultad en comportamientos dirigidos a objetivos; 4) Falta de atención o conciencia de emociones, y 5) Confusión o falta de claridad emocional. Puntajes altos en cada una de ellas reflejan dificultades en regulación emocional. La versión en español de Hervás y Jódar (2008) mostró tener un índice de consistencia interna de .93.

### *Escala de Expresividad Emocional (EES)* (Kring *et al.*, 1994).

Esta escala se compone de 17 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert que va de 1 a 5, los cuales evalúan cómo las personas expresan sus emociones: La interpretación del instrumento plantea que la suma del puntaje representa el nivel de menor a mayor expresividad emocional. La versión en español de Piemontesi (2012) muestra un índice de consistencia interna de .94.

### *Cuestionario de Ambivalencia en la Expresividad Emocional (AEQ)* (King y Emmons, 1990).

Compuesto por 28 reactivos divididos en dos subescalas, evalúa la ambivalencia derivada de emociones positivas y negativas: 1) el miedo a la repercusión de la expresión de emociones negativas, y 2) la inseguridad en cuanto a la habilidad de expresar emociones. Respecto a sus propiedades psicométricas, este instrumento presenta un índice de consistencia interna de .89.

### *Cuestionario de Apoyo Social* (Broadhead *et al.*, 1988).

En su versión en español de Bellón *et al.* (1994), consta de once reactivos que se miden en una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos, que evalúan la percepción de apoyo social en las personas. Un puntaje igual o mayor que 32 indica una percepción normal, mientras que un puntaje menor a 32 refleja una percepción baja.

## **Procedimiento**

Inicialmente, se realizó el reclutamiento de los participantes a través de medios de difusión universitarios y redes sociales. Los participantes interesados establecieron un contacto directo con los investigadores responsables por medio de correo o teléfono para confirmar su participación en el estudio, para lo cual se les solicitaba que acudieran a la institución para su evaluación. Una vez que se les explicó en qué consistía la investigación, se les proporcionó para su firma una carta de consentimiento informado para, después, responder los instrumentos.

## **Análisis estadístico**

En cuanto al procedimiento estadístico, en un inicio se detectaron los *outliers* de cada uno de los grupos de variables descritas y pruebas de normalidad para, posteriormente, realizar el análisis descriptivo de las distintas variables. En cuanto al análisis de correlaciones y regresiones, se utilizó inicialmente la correlación de Pearson para analizar la existencia de relaciones lineales entre las principales variables continuas y, a su vez, se efectuaron regresiones lineales múltiples para profundizar en el estudio de las relaciones encontradas. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el software R (versión 3.6.1). La definición que proporciona Wikipedia de este software es la siguiente: “R es un entorno y lenguaje de programación con un enfoque al análisis estadístico. R nació como una reimplementación de software libre del lenguaje S, adicionado con soporte para ámbito estático”.

El protocolo del proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Psicología de Universidad Nacional Autónoma de México, el cual emitió su aval el día 27 de mayo de 2019.

## **RESULTADOS**

Se contó con un total de 61 participantes, con una media de edad de 35.6 (D.E.=10.03), de los cuales fueron 29 varones y 32 mujeres. En cuanto a las características sociodemográficas, 33 de los participantes informaron ser solteros, 23 casados y 5 divorciados; de acuerdo con el nivel educativo, nueve participantes tenían estudios inferiores a 10 años; seis, entre 10 y 12 años; veinticuatro, entre 12 y 16 años; diez, entre 16 y 18 años, y doce, más de 18 años de estudios; de acuerdo con su ocupación, 14 participantes eran estudiantes, 21 empleados, 7 trabajadores independientes (*freelancers*), 9 se dedicaban al hogar y 10 estaban desempleados.

En la Tabla 1 se muestran los resultados descriptivos obtenidos en los distintos instrumentos utilizados.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de las variables de estudio.

Variables	M	Med.	D.E.	Mín.	Máx.
APEGO Subescala 1	33.23	29.5	11.22	18	57
APEGO Subescala 2	27.21	25	9.9	15	56
APEGO Subescala 3	37.63	38	4.01	29	46
APEGO Subescala 4	21.15	20	4.67	10	35
AUTOESTIMA	34.78	36	5.19	20	40
AUTOEFICACIA	81.88	88	14.64	25	100
BAS Subescala 1	11.36	11	1.72	9	15
BAS Subescala 2	11.44	11	2.09	8	16
BAS Subescala 3	16.63	17	2.20	11	20
BIS Subescala 4	17.26	18	3.55	9	27
BREIF COPE Evitación	26.34	26	5.24	10	36
BRIEF COPE Aproximación	28.53	29	4.20	19	38
LOCUS DE CONTROL	7.69	8	2.54	2	15
DERS Subescala 1	13.71	10.5	7.57	8	44
DERS Subescala 2	12.69	11	6.02	7	28
DERS Subescala 3	8.38	8	3.94	4	20
DERS Subescala 4	15.40	16	3.13	6	20
DERS Subescala 5	9.07	9	1.99	4	14
EES	40.40	40	5.91	29	55
AEQ Subescala 1	35.21	33	13.27	17	66
AEQ Subescala 2	15.30	16	4.22	7	24
APOYO SOCIAL	39.40	41	10.30	11	54

En la escala de apego primera subescala (baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo), la mayoría de los participantes obtuvo puntajes de bajos a moderados; en la segunda (resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad), alcanzó en su mayoría puntajes bajos; en la tercera subescala (afecto seguro o expresión de sentimientos y comodidad con la relación), al igual que en las anteriores, mostraron puntajes bajos y, por último, en la cuarta (autosuficiencia

emocional e incomodidad con la intimidad) la mayoría de los participantes alcanzó puntajes altos. En la escala de autoestima, la mayor parte de los participantes reportó tener una alta autoestima; en autoeficacia, la escala específica muestra que la mayoría de los participantes obtuvo puntajes altos, mientras que en la escala de locus de control obtuvo puntajes por debajo del punto de corte.

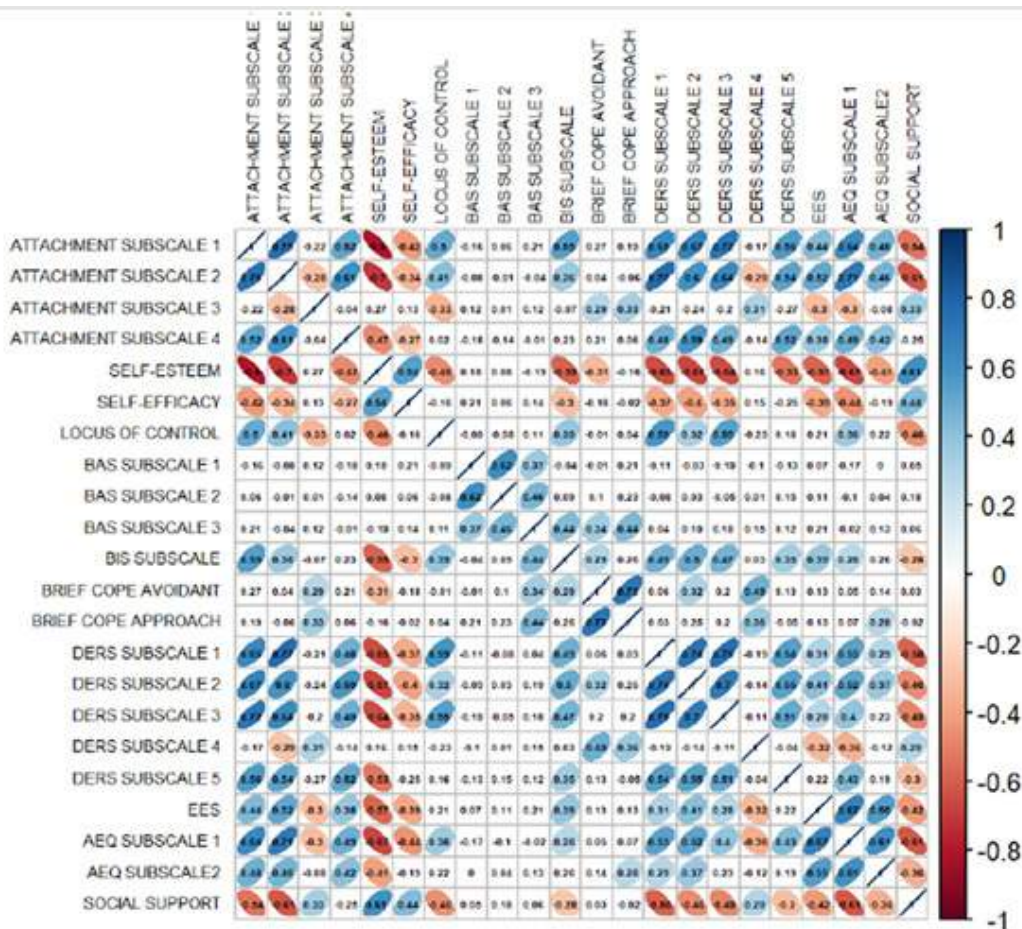
A su vez, las escalas BIS/BAS arrojaron puntajes altos. En cuanto a las escalas complementa-

rias a las necesidades psicológicas evaluadas, las subescalas 1 (limitación en acceso a estrategias de regulación emocional), 2 (falta de aceptación de respuestas emocionales), 3 (interferencia en comportamientos dirigidos a objetivos) y 5 (confusión en claridad emocional) del DERS la mayoría de los participantes mostraron puntajes bajos; por el contrario, en la subescala 4 (falta de atención a emociones) se encontraron puntajes altos. En la escala de expresividad emocional, todos los participantes mostraron puntajes altos. Como parte del cuestionario de ambivalencia de expresividad

emocional se obtuvieron puntajes altos y bajos en la subescala 1 (miedo a la repercusión de expresión de emociones negativas) y bajos en la 2 (inseguridad en habilidad para expresar emociones) en la mayor parte de los participantes; por último, en el cuestionario de apoyo social la mayoría alcanzó puntajes altos.

Se efectuó a continuación el análisis de correlaciones entre las distintas escalas y subescalas de los diversos constructos. Como se aprecia en la Figura 1, las correlaciones más altas se hallaron en las subescalas que pertenecen al mismo constructo.

Figura 1. Matriz de correlaciones. Coeficiente de Pearson para las escalas y subescalas.



Destacan asimismo otras correlaciones altas entre los constructos que cabe mencionar. En cuanto a las subescalas de apego, se lograron identificar correlaciones positivas con la escala de locus de control y la subescala de inhibición comportamental (BIS, subescala 4); de las subescalas del DERS con la escala de expresividad emocional y con las

subescalas de ambivalencia en expresividad emocional; a su vez, se hallaron correlaciones altas negativas con las escalas de autoeficacia, autoestima y apoyo social. Por su parte, la escala de autoestima, además de las correlaciones negativas mencionadas con las subescalas de apego, muestra también correlaciones negativas con la escala de locus de

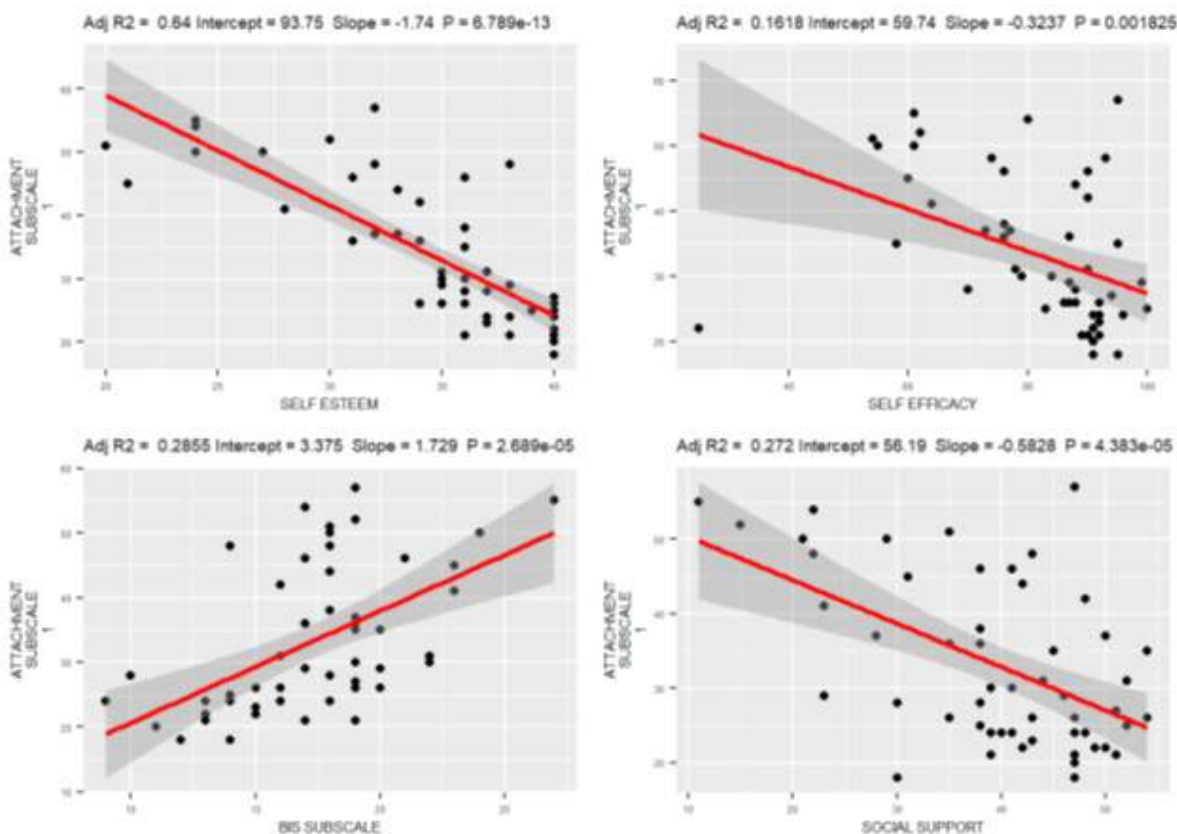


control, BIS, la escala de afrontamiento evitativo, las subescalas del DERS y las subescalas de ambivalencia en expresividad emocional, mientras que las correlaciones positivas altas fueron con la escala de autoeficacia y apoyo social. De acuerdo con la escala de autoeficacia, además de las correlaciones mencionadas con los constructos de apego y autoestima, los resultados mostraron correlaciones negativas significativas con la subescala BIS 4, las subescalas 1, 2 y 3 del DERS, la escala de expresividad emocional y la subescala 1 de ambivalencia en expresividad emocional. En cuanto a las correlaciones positivas, se encontraron correlaciones altas con las escalas de apoyo social y autoestima, y en las subescalas de afrontamiento, además de presentar correlaciones altas entre ellas, se hallaron correlaciones positivas altas entre el BIS 4 y las subescalas de baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (1) y resolución de conflictos hostiles, rencor y pose-

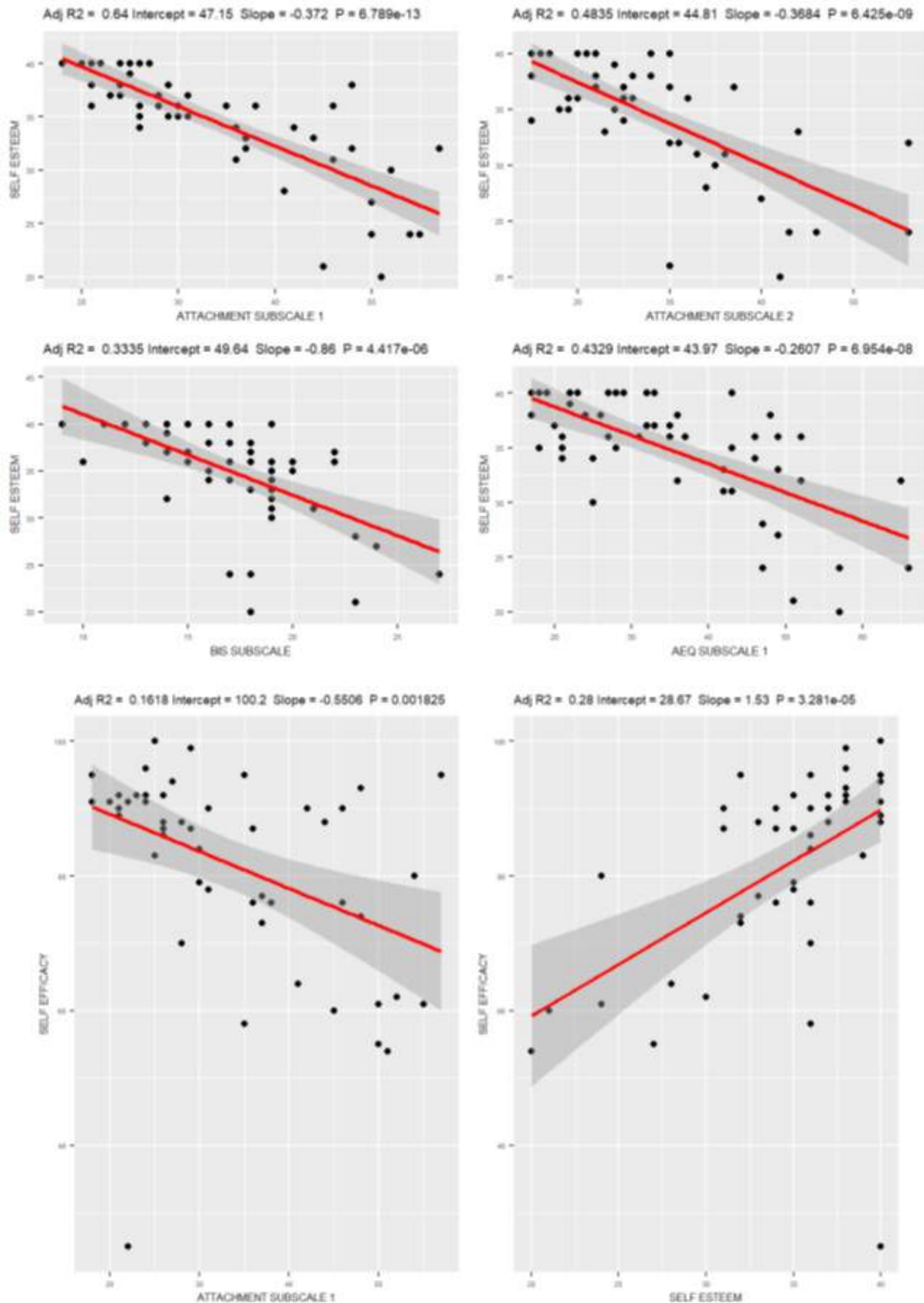
sividad (2), de apego, locus de control, afrontamiento evitativo, y entre las subescalas 1, 2, 3 y 5 del DERS y las escalas de expresividad emocional. En lo que respecta a las correlaciones negativas, destacan las escalas de autoeficacia, autoestima y apoyo social. Por último, las subescalas de estilos de afrontamiento mostraron correlaciones positivas con la subescala 3 de apego (afecto seguro o expresión de sentimientos y comodidad con la relación), BAS 3 (responsividad a la recompensa), subescalas 2 y 3 del DERS y subescala 2 de ambivalencia en expresividad emocional, y negativa con autoestima.

Por último, para profundizar en las correlaciones significativas encontradas, se realizaron análisis de regresiones lineales múltiples. En las Figuras 2 y 3 se observan las regresiones entre las variables que correlacionaron de manera significativa, de acuerdo con los constructos de apego, autoestima y autoeficacia, respectivamente.

**Figura 2.** Regresiones lineales para apego y las variables con correlaciones significativas.



**Figura 3.** Regresiones lineales para Autoestima y las variables con correlaciones significativas.



## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo analizar las correlaciones existentes entre las cuatro necesidades básicas del modelo de consistencia de Grawe (2004) en población mexicana para así entender mejor dichos constructos. Por medio del análisis de correlaciones y regresiones, se esperaba específicamente determinar la naturaleza de la relación entre los estilos de apego y los constructos de autoestima, orientación y control y la búsqueda de placer y evitación del dolor.

En general, los resultados encontrados muestran correlaciones significativas entre los constructos analizados: por una parte, las hubo entre las distintas subescalas entre los constructos y, por otra, correlaciones significativas entre los diversos constructos del modelo. En este sentido, las relaciones halladas en el presente trabajo son consistentes con el modelo de consistencia de Grawe (2007), principalmente el constructo de apego fue predictor de los demás constructos del modelo.

En el modelo de consistencia en particular, en estudios previos se ha planteado analizar la relación entre los estilos de apego y los demás constructos psicológicos basados en las necesidades básicas (Mikulincer y Shaver, 2012). Así, en cuanto a los resultados obtenidos en esta investigación con base en las medidas de apego, se logró observar relaciones significativas con la mayoría de los constructos. Por una parte, los resultados sugieren que existe una relación significativa con autoestima, siendo otra de las necesidades básicas del modelo de consistencia, lo que es congruente con otros estudios de la relación de ambos constructos (Cassidy, 1990; Gorrese y Ruggieri, 2013); en lo que respecta a lo encontrado en trabajos llevados a cabo en muestras latinoamericanas, los presentes resultados están en la línea con los de Casariego, Peña y Rocha (2017), quienes encontraron en una muestra de estudiantes universitarios limeños que un adecuado vínculo afectivo con el padre y con la madre se asociaba a mayores niveles de autoestima. En contraposición, estudios como el de Loinaz (2011) demostraron una asociación entre apego inseguro y niveles bajos de autoestima en agresores de pareja. También se ha logrado observar relaciones existentes entre apego y autoeficacia

(*cf.* Kogut 2016; Lane *et al.*, 2004), mismos que plantean que los estilos de apego son de gran relevancia en la percepción de autoeficacia y consecución de objetivos. De acuerdo con la búsqueda de placer y evitación del dolor, también se pudo identificar relaciones significativas con las medidas de apego, siendo también coincidentes con lo hallado en estudios como el de Meyer *et al.* (2005). Por último, además de las relaciones encontradas con los constructos principales del modelo de consistencia, también se lograron apreciar relaciones significativas con las escalas adicionales utilizadas. Además de las relaciones entre las subescalas de apego y los demás constructos, los resultados también muestran general relaciones significativas entre las necesidades psicológicas planteadas en el citado modelo de consistencia.

A pesar de que los resultados obtenidos en el presente estudio son significativos en relación con la evaluación del citado modelo, resulta importante mencionar algunas limitaciones. Por una parte, para validar fehacientemente el modelo es necesario contar con una muestra más amplia y además con muestras clínicas para la formulación de tratamientos; por otra, considerando que este modelo podría contribuir a la comprensión de la etiología de los trastornos mentales, se esperaría disponer de tratamientos psicológicos basados en el modelo de consistencia, pues resulta ser una limitación carecer de una población clínica con trastornos psicológicos específicos, lo que implicaría una mayor comprensión del funcionamiento del modelo en dicha población para formular propuestas de tratamiento basadas en los resultados hallados.

En conclusión, este trabajo permitió una mayor comprensión de las necesidades psicológicas básicas basadas en el modelo de consistencia de Grawe (2004) y, más específicamente, las relaciones entre los constructos de dicho modelo en población mexicana. Con base en estos resultados, son necesarios más estudios para tener una mayor comprensión a través de un mayor número de participantes y, a su vez, contar con una muestra clínica para una mayor definición respecto a dichas relaciones para la formulación de tratamientos basados en los modelos teóricos mencionados. Con base en los resultados obtenidos, se espera anali-

zar la evaluación de dichos constructos mediante los ambientes virtuales del proyecto ATHENEA y

contar con más estudios para la evaluación psicológica mediante RV.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen su apoyo al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la UNAM y a la Universidad Politécnica de Valencia.

Este trabajo fue apoyado por el Proyecto “Advanced therapeutically tools for mental health” (DPI2016-77396-R) de la Universidad Politécnica de Valencia.

*Citación:* Cárdenas-López, G., Chicchi-Giglioli, I.A., Durón-Figueroa, R., Reyes, F., Carrasco-Ribelles, L.A. y Alcañiz-Raya, M. (2023). Evaluación del Modelo de Consistencia de Grawe en población mexicana. *Psicología y Salud*, 33(2), 323-336. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2815>.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226.
- Bellón, J.A., Delgado, A., De Dios L, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Berking, M., Holtforth, M.G. y Jacobi, C. (2003). Changes in clinically relevant goals and therapy outcome: A study with inpatients undergoing cognitive behavioral therapy. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie*, 53(3), 171-177.
- Bowlby, J. (1973). *A secure base: Clinical applications of attachment theory (Collected papers)*. Tavistock.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., De Gruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. Doi: 10.1097/00005650-198807000-00006.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long?: Consider the Brief Cope. *International journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92.
- Carver, C.S. y White, T.L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319.
- Cassidy, J. (1990). Theoretical and methodological considerations in the study of attachment and the self in young children. En T. M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.): *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 87-119). Chicago University Press.
- Chicchi-Giglioli, I.A., Pravettoni, G., Sutil M., D.L., Parra, E. y Alcañiz R., M. (2017). A novel integrating virtual reality approach for the assessment of the attachment behavioral system. *Frontiers in Psychology*, 8, 959. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00959.
- Cooper, M.L., Shaver, P.R. y Collins, N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380.
- De León R., C.A. y García M., M. (2016). Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencia Psicológica*, 10(2), 119-127.
- Elliot, A.J. y Covington, E.A. (2001). Approach and avoidance motivation. *Educational Psychology Review*, 13(2), 73-92. Doi: 10.1023/A:1009009018235.
- Erdle, S. y Rushton, J.P. (2010). The general factor of personality, BIS-BAS, expectancies of reward and punishment, self-esteem, and positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 762-766.
- Gorrese, A. y Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.

- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Hogrefe Publishing.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- King, L.A. y Emmons, R.A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864.
- Kogut, E. (2016). Adult attachment styles, self-efficacy, and causal attributional style for achievement-related failures. *Learning and Individual Differences*, 50, 64-72.
- Kring, A.M., Smith, D.A. y Neale, J.M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934.
- Lane, J., Lane, A.M. y Kyprianou, A. (2004). Self-efficacy, self-esteem and their impact on academic performance. *Social Behavior and Personality*, 32(3), 247-256.
- Melero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100.
- Meyer, B., Olivier, L. y Roth, D.A. (2005). Please don't leave me! BIS/BAS, attachment styles, and responses to a relationship threat. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 151-162.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2005). Mental representations of attachment security: Theoretical foundation for a positive social psychology. En M. W. Baldwin (Ed.): *Interpersonal cognition* (pp. 233-266). The Guilford Press.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Piemontesi, S.E. (2012). The emotional expressivity scale validation in Argentine university students. *Suma Psicológica*, 19(1), 59-68.
- Rojas B., C.A., Zegers P., B. y Förster M., C.E. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137(6), 791-800. Doi: 10.4067/s0034-98872009000600009.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. University Press.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1.
- Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (2010). The General Self-efficacy Scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(1), 329-345.
- World Health Organization (2011). *Global burden of disease*. WHO Health Statistics and Health Information Systems. WHO.

# Tendencia de suicidios en el Estado de Nayarit, México, 2013-2019

## *Suicide trend in the state of Nayarit, Mexico, 2013-2019*

*Jorge Luis Cabrales-Arreola<sup>1</sup> y Carlos Hernández-Girón<sup>2</sup>*

Secretaría de Salud de Nayarit<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Salud Pública<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Carlos Hernández-Girón, [chernand@insp.mx](mailto:chernand@insp.mx).

### RESUMEN

El suicidio es actualmente un problema de salud pública en todos los estados que conforman el país, y también se observa un incremento dinámico año con año de las tasas de ocurrencia en todo el mundo. Son los trastornos de salud mental el principal desencadenante del suicidio, que trae consigo consecuencias psicológicas devastadoras para las familias de quienes lo cometen. En el estado de Nayarit (México) se encontró un incremento notable, de casi el doble, de los suicidios consumados en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2018. Estos datos se obtuvieron a través del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Nayarit y el Servicio Médico Forense de la Fiscalía General del Estado. Para su análisis, se utilizó un diseño descriptivo de series temporales del evento epidemiológico de muertes por suicidio en México durante un periodo de seis años. Para prevenir este fenómeno es necesario aplicar las estrategias ya existentes recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y las instituciones de salud mexicanas, así como instrumentar estrategias para detectar oportunamente a quienes puedan cometer suicidio a fin de dar un mejor apoyo psicológico y psiquiátrico. El presente trabajo analiza algunos factores predisponentes que podrían haber provocado ese incremento de suicidios en la mencionada entidad.

**Palabras clave:** Suicidio; Trastornos mentales; Demografía; Nayarit; México.

### ABSTRACT

*Currently, suicide is a public health problem in all states of Mexico; its occurrence and the world-wide dynamic increase keep occurring year after year. In first-world countries and developing ones, mental health disorders are the main trigger for suicidal behavior, leaving in it is wake devastating psychological consequences for the families of the patient who performs the suicidal act. A notable increase of almost double the number of completed suicides occurred in Nayarit between 2013 and 2018. These data stemmed from the mental health department of the Health Secretariat at Nayarit and the offices of the forensic medical services of the state attorney general. The present study used a descriptive, time-series design, employing suicide deaths in Mexico over six years, reflecting the epidemiological increase in suicide deaths. It is necessary to urgently apply the existing strategies recommended by the World Health Organization and Mexican health institutions for the prevention of suicide, as well as to implement strategies to detect suicidal behaviors on time and generate better psychological and psychiatric support for patients with already detected mental*

<sup>1</sup> CESSA Tepic, Av. Juan Escutia s/n, Col. Centro, Tepic, Nayarit, México, tel. (311) 216 3943, correo electrónico: [cabjorgeluis8@gmail.com](mailto:cabjorgeluis8@gmail.com).

<sup>2</sup> Centro de Investigaciones en Salud Poblacional, Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatlán, 62100 Cuernavaca, Mor.



*disorders. All of the above leads us to reflect on the various predisposing factors that could have caused this increase in suicides in Nayarit, Mexico.*

**Key words:** Suicide; Mental health disorders; Demography; Nayarit; Mexico.

Recibido: 09/11/2021

Aceptado: 15/09/2022

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) señala que si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales sí son un factor muy importante asociado con ese fenómeno. Los estudios realizados por la OMS tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo revelan una prevalencia total de 80 a 100 por ciento de trastornos mentales en los casos de suicidio consumado. Hernández y Flores (2011) estiman que el riesgo de suicidio en personas con trastornos como la depresión es de 6-15%, con alcoholismo, de 7-15%, y con esquizofrenia, de 4-10%. Las circunstancias que caracterizan el entorno en el que se desarrolla un individuo y los acontecimientos que afronta, sobre todo en la infancia y la adolescencia, son la base sobre la cual se constituyen la propia identidad; hay que señalar que el desarrollo de mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales son factores importantes para su evolución (Sanz *et al.*, 2009).

Cabe destacar que el suicidio, dentro de su complejidad y multifactorialidad, es solo la manifestación más visible de un conflicto relacionado con aspectos personales, psicológicos, biológicos y sociales (Jiménez y Cardiel, 2013).

En México se ha mantenido un incremento constante del suicidio en las últimas décadas, lo que ha devenido un problema de salud pública. Durante 1990, la tasa de suicidio era de 2.4 suicidios por cada 100 mil habitantes; en 1999, la tasa fue de 3.4; en 2010, de 4.6 suicidios, y en 2011, de 4.9. Tales cifras significan un aumento de 399 por ciento en la tasa de muertes por suicidio en dicho periodo. Si estos datos son desagregados por sexo,

en el periodo de 1990-2011 la tasa de suicidios en varones creció de 4.3 a 7.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, con una ligera baja entre 2010 y 2011, en tanto que en las mujeres pasó de 0.6 a 1.7 suicidios por cada 100 mil habitantes, lo que muestra claramente que la prevalencia de suicidio en el sexo masculino es considerablemente mayor que en el femenino (Jiménez y Cardiel, 2013).

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue analizar la evolución del suicidio en el estado de Nayarit (México), durante un periodo de seis años y comparando datos de 2011 a 2018.

## MÉTODO

Se utilizó un estudio epidemiológico con diseño descriptivo de series temporales, empleando para ello las muertes por suicidio en dicha entidad y caracterizando su ocurrencia.

La información que aparece en cada uno de los registros está constituida por las variables básicas registradas en los oficios del Servicio Médico Forense (SEMEFO), de la Fiscalía General del Estado de Nayarit y en las actas defunción. Tal información está concentrada en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la Secretaría de Salud (SSA) del Estado de Nayarit (SINAIS, 2019) a partir de las bases de datos y registros de mortalidad validados por la Dirección General de Epidemiología (DGE).

Como la causa básica se emplean los códigos basados en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (OMS, 1996), de modo que en este estudio solamente se tomaron en cuenta los códigos X75 ("Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo") y X84 ("Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados") de dicha clasificación.

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico Stata, v. 12.0 (Stata Corporation, 2012). La gráfica de las tasas de mortalidad, ajustadas por edad, así como el mapa de la regionalización del evento, se hizo utilizando el software ArcMap, v. 10.0.

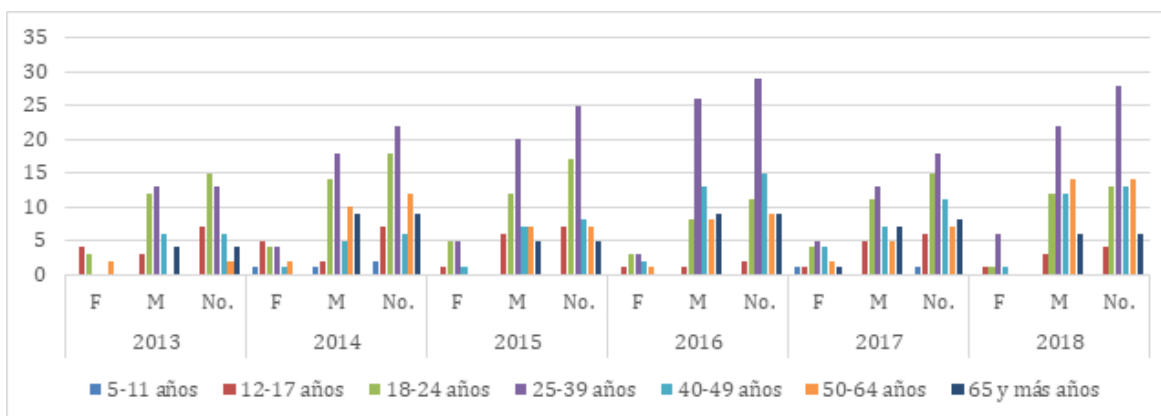
## RESULTADOS

Se recopilaron datos sobre 412 suicidios consumados en la entidad en el periodo 2013-2018. El análisis de la información reveló que el grupo de 25 a 39 años de edad mostró la ocurrencia de suicidio más alta, con aproximadamente 30% en

cada año estudiado, ocupando el segundo lugar el grupo de 18 a 24 años de edad, con aproximadamente 23% de los casos. En los grupos extremos de edad, de menos de 10 años de edad y más 65 años, se observaron las menores proporciones de casos (Tabla 1 y Gráfica 1).

**Tabla 1.** Ocurrencia de suicidios consumados en el estado de Nayarit, México 2013-2018.

Grupo de edad (Años)	2013				2014				2015				2016				2017				2018			
	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%
5-11	0	0	0	0.0	1	1	2	2.6	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	1	1	1.5	0	0	0	0.0
12-17	3	4	7	15	2	5	7	9.2	6	1	7	10.1	1	1	2	2.6	5	1	6	9.1	4	0	4	5.3
18-24	12	3	15	31.9	13	4	17	22.4	12	5	17	24.6	8	3	11	14.5	11	4	15	22.7	12	1	13	18.4
25-39	13	0	13	27.7	19	4	23	30.3	20	5	25	36.2	26	3	29	38.2	13	5	18	27.3	22	6	28	44.7
40-64	6	2	8	17.0	15	3	18	23.7	14	1	15	21.7	21	3	24	31.6	13	5	18	27.3	26	1	27	26.3
65 y más años	4	0	4	8.5	9	0	9	11.8	5	0	5	7.2	10	0	10	13.2	7	1	8	12.1	6	0	6	5.3
<b>Total general</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>17</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>12</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>17</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>78</b>	<b>100</b>



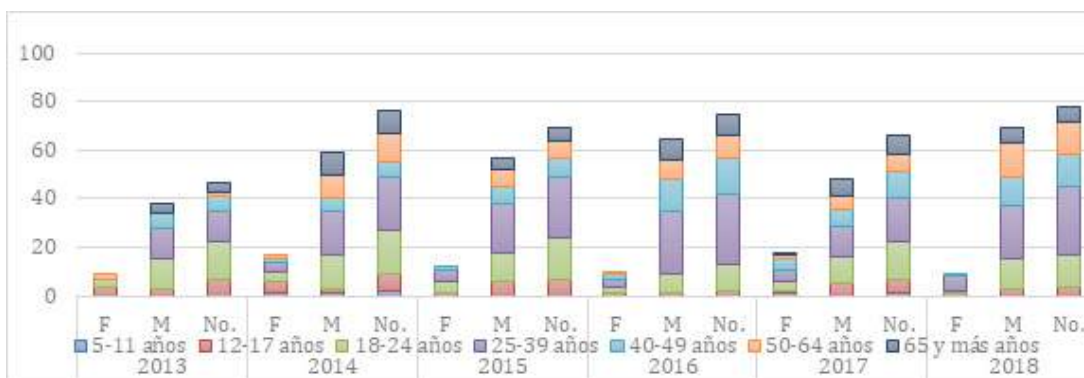
En relación con el método empleado para consumir el suicidio, se registró como el principal, en todos los años, el ahorcamiento, arriba de 60%, siendo el más utilizado por el sexo masculino en

comparación con el sexo femenino; el segundo más utilizado fue por uso de arma de fuego (Tabla 2, Gráfica 2).

**Tabla 2.** Método empleado para suicidio consumado en el estado de Nayarit, México 2013-2018.

Método	2013				2014				2015				2016				2017				2018			
	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%
Ahorcamiento	24	4	28	60	49	9	58	76	42	11	53	77	56	9	65	86	41	9	50	76	58	6	64	87
Arma blanca	15	0	15	32	6	0	6	8	8	0	8	12	3	0	3	4	0	0	0	-	2	0	2	3
Arma de fuego	4	0	4	9	5	7	12	16	5	1	6	9	2	0	2	2	5	1	6	9	8	0	8	7
Ingesta de sustancias químicas	0	0	0	0	0	0	0	-	1	0	1	1	5	1	6	8	3	7	10	15	1	3	4	3
Otro	0	0	0	0	0	0	0	-	1	0	1	2	0	0	0	-	0	0	0	-	0	0	0	-
<b>Total general</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>12</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>10</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>17</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>9</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

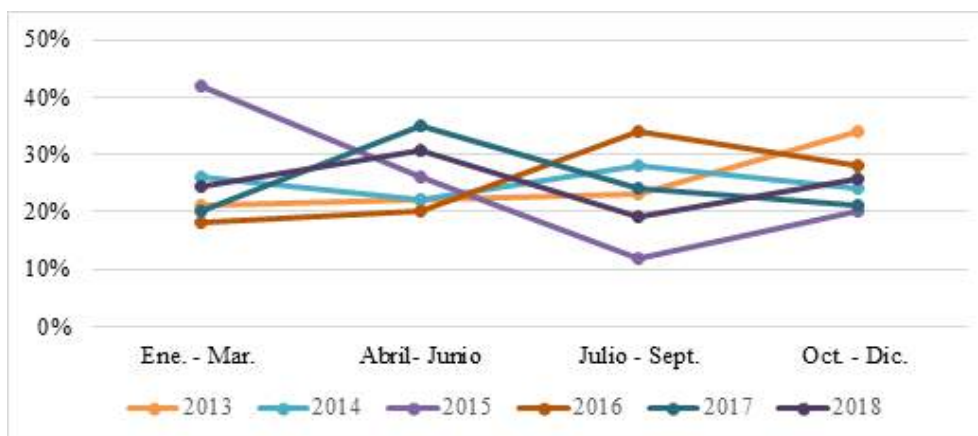




La ocurrencia de casos por meses del año fue mayor en 2015, en los meses de enero a marzo, con alrededor de 42%; a su vez, fue asimismo el año con la menor ocurrencia en los meses de julio-septiembre (12%) y octubre-diciembre (20%), en comparación con el resto de los años presentados

en la Gráfica 3. En el Cuadro 3 se presentan las características socioeconómicas por ocupación, hallándose que la categoría “Empleado” ocupó el primer lugar en suicidio consumado en los años 2013 (45%), 2014 (42%) y 2015 (34%).

**Gráfica 3.** Ocurrencia de casos por meses del año de 2013 a 2018.



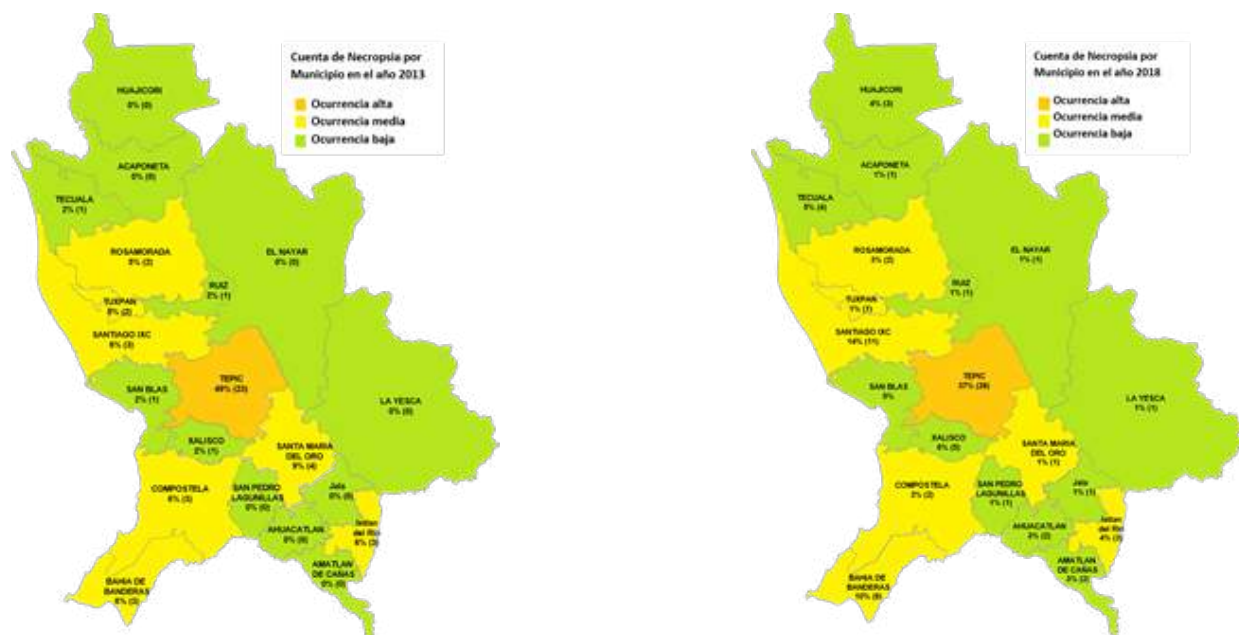
**Tabla 3.** Características socioeconómicas (ocupación) de casos de suicidios consumados. Nayarit, México 2013- 2018.

Etiquetas de fila	2013				2014				2015				2016				2017				2018			
	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%	M	F	No.	%
Estudiante	2	2	4	11	3	5	8	12	3	3	6	11	2	2	4	7	6	3	9	11	6	1	7	4
Empleado	15	6	21	45	19	12	31	42	17	8	25	34	22	4	26	32	16	6	22	34	12	0	12	19
Trabaja por su cuenta	15	0	15	30	25	0	25	31	23	0	23	32	24	2	26	35	21	1	22	36	25	0	25	46
Profesionista	5	1	6	12	8	0	8	10	5	1	6	9	8	1	9	11	1	5	6	9	1	0	1	3
Otro	1	0	1	2	4	0	4	5	8	1	9	14	11	0	11	15	6	1	7	10	32	1	33	28
<b>Final</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>17</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>9</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>16</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>2</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

La categoría “Trabaja por su cuenta” ocupó el primer lugar de suicidios consumados en el resto de los años: 2016 (35%), 2017 (36%) y 2018 (46%).

Por último, en la Gráfica 4 se muestra la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio por municipio del estado, comparando los años 2013 y 2018.

**Gráfica 4.** Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio por municipio en el Estado de Nayarit. Datos recogidos de SEMEFO (2013, 2018) Fiscalía General del Estado de Nayarit. Mapa 2018.



El municipio con mayor prevalencia en 2013 fue el de Tepic (49%), seguido de los municipios de Santa María del Oro (9%) y Bahía de Banderas (6%), en el sur de la entidad. En 2018, nuevamente el municipio de Tepic ocupó el primer lugar (37%), en segundo lugar el de Santiago Ixcuintla (14%), y finalmente Bahía de Banderas (14%).

## DISCUSIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública en México y en el mundo. Se debe tener en cuenta que 40% de los suicidios consumados ha sido precedido por al menos de diez a veinte intentos, así como por depresión y por antecedentes familiares de suicidio (un progenitor, un hermano u otro familiar de primer grado), entre otros factores (Juárez *et al.*, 2006). El rango de edades de 15 a 29 años es en el que se ha incrementado el número de suicidios, particularmente en el sexo masculino, por lo que se hace impostergable emprender una prevención eficaz, principalmente por parte del sector salud, con el apoyo del sector educativo y con el de la sociedad en general, promoviendo una salud mental oportuna para prevenir tal conducta.

Diversos estudios efectuados en todo el orbe son consistentes respecto al aumento de la tendencia de mortalidad por suicidio, como el de Chaparro (2019), quien reporta un aumento significativo en el periodo 1979-2014 en Colombia. En relación al sexo, se encontró que en los varones de los grupos de 5 a 14 años de edad y de 65 y más años son las edades en que hay una mayor ocurrencia de suicidio. En cuanto al método utilizado, se registró un aumento significativo de ahorcamientos y ahogamientos, y en las mujeres, de ahorcamiento y caída desde un lugar elevado. Gerstner y Lara (2019), en una investigación realizada en Ecuador, concluyen que el suicidio en la población menor de 25 años es un importante problema de salud pública. Un promedio de 313 suicidios por año ocurrió en ese país entre 1990 y 2017, con aumentos de 480% en niños y de 322% en niñas de entre 10 y 14 años, así como de 111% en adolescentes varones y de 57% en adultos jóvenes. En Brasil, en un estudio de Rodrigues *et al.* (2019) sobre la tendencia de suicidio de 1997 a 2015, se encontró que la tasa de suicidio fue mayor en los hombres que en las mujeres. Si bien las personas mayores de 60 años alcanzaron las tasas más altas, 84.7% de las muertes totales por suicidio ocurrieron en las edades de 15 a 59 años de edad.

El suicidio en Cuba es la novena causa de muerte en el cuadro de mortalidad general; de hecho, es la tercera causa de muerte en el grupo de 10-19 años y la cuarta en los grupos de 5-14 y de 15-49, aumentando las tasas a partir de los mayores de 60 años: de 24.1 por 100 000 habitantes hasta 48.3 por 100 000 habitantes en los mayores de 80 años durante el trienio 2008-2010. El daño autoinfligido intencionalmente ocupa el quinto lugar como causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la población general, con 2.8 años por cada 1000 habitantes; predomina en los hombres, con tasas de 4.5 respecto a las mujeres, que muestran tasas de 1.1 (Corona *et al.*, 2016). Los suicidios en el rango de edad de 5-14 años de edad se han venido reportando desde el siglo pasado como un problema de salud pública por su importante crecimiento. Shaffer (1974) reportó 30 casos de suicidio consumado en dos grupos de adolescentes de 12 a 14 años de edad ocurridos entre 1962 y 1968 en Inglaterra, concluyendo que un grupo de estos niños eran inteligentes y aislados, cuyas madres frecuentemente tenían problemas psiquiátricos, en tanto que el otro grupo era agresivo, con problemas conductuales en el colegio y que exhibía una conducta de suspicacia y vulnerabilidad ante la crítica.

Un caso extremo de organización disfuncional en la familia es el maltrato; experimentarlo puede propiciar un mayor índice de suicidio entre los adolescentes (Kopp y Mcintosh, 1997).

Finalmente, es necesaria la capacitación en las *Guías mhGAP* para que los médicos generales de primer contacto puedan detectar a los suicidas potenciales oportunamente, comenzar los tratamientos y referir los casos al segundo nivel de atención, esto es, a los especialistas en salud mental. El sector salud debe invertir en estancias residenciales, como las denominadas “villas psiquiátricas” o “casas de medio camino”, y en centros de salud mental para los pacientes con diversas patologías que elevan las tasas de suicidio, y a la vez aumentar la plantilla de los recursos humanos especializados en esta área de la salud mental: psiquiatras, psicólogos especializados, enfermeras especialistas en psiquiatría y trabajadores sociales, todos ellos necesarios para brindar una atención integral a la población.

El aumento acelerado de los trastornos psiquiátricos demanda de una gran voluntad política tanto de los gobiernos estatales como de la federación para dotar al país de una infraestructura especializada en salud mental, y a la vez priorizar una mejor redistribución del financiamiento que se le otorga a esta.

*Citación:* Cabrales-Arreola, J. y Hernández-Girón, C. (2023). Tendencia de suicidios en el Estado de Nayarit, México, 2013-2019. *Psicología y Salud*, 33(2), 337-343. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2816>.

## REFERENCIAS

- Chaparro N., P., Díaz J., D. y Castañeda O., C. (2019). Tendencia de la mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014. *Biomédica*, 39(2), 339-353. <http://dx.Doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4427>.
- Corona, B., Hernández, M. y García, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100.
- Gerstner, R. y Lara L., F. (2019). Trend analysis of suicide among children, adolescent and young adults in Ecuador between 1990 and 2017. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 9-18. Doi: 10.23938/ASSN.0394.
- Hernández B., H. y Flores A., R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69-101.
- Jiménez O., R. y Cardiel T., L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229.
- Juárez O., H., Barranco G., M., Flores P., J., Flores P., C. y Acosta B., M. (2006). Intentos suicidas con uso de medicamentos. Informe de dos casos y revisión de la literatura. *Acta Pediátrica de México*, 27(2), 55-59.
- Kopp, C. y Mcintosh, J. (1997). High risk environment and young child children. En J. Noshpitz, S. Greens, Wieder, J. y Osofsky, J. (Eds.): *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (v. 1, pp. 160-176). John Wiley & Sons.

- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Trastornos mentales y cerebrales, departamento de salud mental y toxicomanías*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1).
- Rodrigues, C., De Souza, D., Rodrigues, H. y Konstantyner, T. (2019). Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(5), 380-388. Doi: 10.1590/1516-4446-2018-0230.
- Sanz R., L., Gómez G.P., M., Almendro M., M., Rodríguez C., C., Izquierdo N., A. y Sánchez H., P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en el adolescente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 501-521.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 275-291.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (2019). *Bases de datos*. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
- Stata Corporation (2012). *Stata Reference Manual: Stata reléase 12.0*. College Station, TX: Autor.



# Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso<sup>1</sup>

## *Adaptation of remote cognitive behavioral therapy for childhood depression: A case study*

Karla Suárez<sup>2</sup> y Edgar Landa-Ramírez<sup>2, 3</sup>

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

Autor para correspondencia: Karla Suárez, [suarilez@comunidad.unam.mx](mailto:suarilez@comunidad.unam.mx).

### RESUMEN

Este artículo describe la adaptación de un tratamiento cognitivo-conductual en línea para la depresión en una niña de siete años. Destaca los retos que supone adaptar una intervención basada en evidencia probada en la práctica clínica de forma presencial, para su aplicación en internet. Se presenta un estudio de caso que ilustra los aspectos prácticos y técnicos de la implementación de la intervención, y demuestra la viabilidad de lograr resultados exitosos brindando la atención mediante esta vía. Se evaluó e implementó el tratamiento al inicio del aislamiento social debido a la pandemia del COVID-19. El programa ayudó a disminuir la sintomatología depresiva, así como sus comorbilidades (ansiedad, déficit de atención y problemas de conducta), además de mejorar en dos de las tres metas de tratamiento planteadas. Sin embargo, no se pueden obtener conclusiones firmes sobre la eficacia del tratamiento hasta que se disponga de diseños metodológicos más rigurosos. El estudio identifica direcciones para investigaciones futuras.

**Palabras clave:** Depresión; Terapia cognitivo-conductual; Internet; Online; Niños.

### ABSTRACT

*This article describes adapting an online cognitive behavioral treatment for depression in a seven-year-old girl. It highlights the challenges of adapting an evidence-based intervention tested in clinical practice in a face-to-face setting for implementation via the Internet. The study presents a case illustrating the practical and technical aspects of implementing the intervention and demonstrates the feasibility of achieving successful outcomes by providing care via the Internet. Treatment was evaluated and implemented at the onset of social isolation due to the COVID-19 coronavirus pandemic. The program helped to reduce depressive symptomatology, as well as its comorbidities (anxiety, attention deficit, and behavioral problems), in addition to improving two of three treatment goals. However, firm conclusions about treatment efficacy cannot be drawn until more rigorous methodological designs are available. The study identifies directions for future research.*

**Key words:** Depression; Cognitive behavioral therapy; Internet; Online; Children.

<sup>1</sup> Este artículo es un requisito doctoral de la primera autora bajo la dirección del segundo.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, Ciudad de México, México, teléfono: 56 22 23 32

<sup>3</sup> Programa de Psicología Urgencias, Calz. de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.



Recibido: 03/04/2022

Aceptado: 25/10/2022

La depresión es un trastorno que afecta alrededor de 350 millones de personas en el mundo (World Health Organization [WHO], 2012). La depresión infantil es un trastorno que se caracteriza por síntomas de tristeza, anhedonia, culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, aislamiento, irritabilidad, llanto excesivo y dificultad de concentración en las actividades (American Psychiatric Association [APA], 2014). En el caso de los niños, es un problema subdiagnosticado en gran medida por el desconocimiento de su existencia, así como por la comorbilidad que tiene con otras afecciones, como la ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los problemas de conducta (Benjet *et al.*, 2004; Harrington *et al.*, 1997).

La epidemiología global de la depresión infantil más reciente es la referida en un metaanálisis de 41 estudios efectuados en 27 países, incluido México, donde se reportó una prevalencia puntual de 2.6% en edades de 6 a 18 años (Polanczyk *et al.*, 2015). En cuanto a su etiología, el inicio de dicho trastorno puede deberse a factores genéticos (Sullivan *et al.*, 2000), inmunológicos (Danese *et al.*, 2008) y neuroendocrinológicos (Thase, 2008), como también a factores ambientales estresantes, como eventos vitales graves, estrés crónico o exposición a la adversidad desde la infancia, así como a un procesamiento deficiente de la información emocional (England y Sim, 2009).

Manifiestar depresión puede traer diversas consecuencias físicas en los niños, como dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga (Korczak *et al.*, 2017); psicológicas, como agresividad, bajo control de impulsos, sentimientos de culpa, miedo, enojo, odio hacia sí mismo, pensamientos de que nadie los quiere y comentarios negativos hacia ellos mismos (Charles y Fazeli, 2017; Weiss y Garber, 2003), y sociales, como aislamiento, incapacidad para relacionarse con familiares o amigos, reducción de actividades y decremento del rendimiento académico (Charles y Fazeli, 2017). Todas

las afectaciones anteriores son de particular importancia no solo por la sintomatología que conllevan, sino por las repercusiones que tienen en la vida adulta, ya que se ha reconocido a la depresión como un factor de riesgo para el abandono escolar, consumo de sustancias, desempleo, divorcio y conductas delictivas (Davies *et al.*, 2018; Wickersham *et al.*, 2021).

Dentro de los tratamientos psicológicos para la depresión en niños, la terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) ha sido una de las más investigadas y más recomendadas para aplicarse a dicha población (American Psychological Association, 2019; WHO 2016); así, se han diseñado y adaptado programas específicos de TCC para disminuir la depresión en niños (Essau *et al.*, 2019), adolescentes (Clarke *et al.*, 1999; Garber *et al.*, 2009) o ambos (Weisz *et al.*, 1997; Weisz *et al.*, 2012). Cabe mencionar que este tipo de intervenciones se han probado con modelos de atención presenciales. Con el distanciamiento social provocado por la pandemia de COVID-19, se interrumpieron la mayoría de las interacciones sociales, educativas y laborales, así como también los modelos de atención de salud (Medina-Mora, 2020). Dicho modelo de atención tradicional presencial individual ha sido el dominante en la investigación y la práctica clínica; desafortunadamente, no tiene un alcance considerable en el caso de la mayoría de las personas que necesitan la atención psicológica (Kazdin, 2019).

La literatura de la telepsicología enfocada en niños y adolescentes utilizada antes de la pandemia era escasa. Este modelo de psicoterapia había sido implementado principalmente en adultos (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013), pero la información sobre la eficacia de tales tratamientos psicológicos en la población infantil por medio de videoconferencias era bastante más limitada (Slone *et al.*, 2012). Algunos de los trabajos que se efectuaron en ese entonces mostraron resultados alentadores en cuanto al uso de esa tecnología en la TCC para la depresión y la ansiedad en la población infantojuvenil (Calear *et al.*, 2009; O'Kearney *et al.*, 2006; O'Kearney *et al.*, 2009).

La evidencia que se ha descrito sugiere la necesidad de promover modelos de intervención novedosos, como los que ofrece la telepsicología, para generar el desarrollo de esta línea de trabajo y así tener un mayor alcance en las personas que necesitan ayuda y que no la reciben. Debido a lo anterior, se reporta aquí un estudio de caso de una niña con sintomatología depresiva que inició su tratamiento en el momento en que comenzó la pandemia por COVID-19 cuyos objetivos son demostrar la efectividad clínica de una adaptación de un tratamiento basado en evidencia en el contexto virtual, así como de discutir sus implicaciones de la práctica clínica. Se esperaba que la adaptación de la TCC podría disminuir la sintomatología depresiva, así como las diferentes comorbilidades. Es importante mencionar que las secciones del presente caso clínico se redactaron con base en las recomendaciones de Virués y Moreno (2008) para los reportes científicos de casos clínicos.

## MÉTODO

### Participante

Karen (seudónimo), una paciente de siete años con sintomatología depresiva, forma parte de una familia de clase media-baja conformada por el padre, la madre y un hermano de dos años de edad. Al momento de la evaluación, cursaba el segundo año de primaria en una escuela pública. El personal de la escuela solicitó atención psicológica por presentar la menor problemas de conducta (mala relación con sus compañeros de clase e intimidada frecuentemente por una compañera). Karen y su madre fueron evaluadas de forma rutinaria y estandarizada en el Centro Comunitario UNAM “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” de Ciudad de México. La preocupación principal de la madre, reportada en la entrevista de primera vez, era el funcionamiento conductual y emocional de Karen. Esta plática se lleva a cabo con base en la guía de intervención mhGAP (WHO, 2016) para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de

salud no especializada. A partir de esta entrevista, se encontró en la menor una sintomatología depresiva.

### Estrategias de evaluación

Se obtuvieron los datos sociodemográficos de la paciente por medio del expediente clínico proporcionado por el centro comunitario y de una entrevista semiestructurada que se aplicó tanto a la paciente como a su madre. De igual manera, se evaluaron diversos aspectos emocionales y conductuales con los siguientes instrumentos:

*Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños de 6-18 años* (CBCL/6-18, por sus siglas en inglés) (Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Este instrumento mide la psicopatología conductual y afectiva de niños y adolescentes de 6 a 18 años durante los últimos seis meses a través de los padres (*cf.* Albores *et al.*, 2007). La prueba consta de 113 reactivos divididos en ocho factores: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamientos, problemas de atención, quebranto de normas y conducta agresiva. Dichos factores se agrupan para formar dos escalas: Problemas internalizados y Problemas externalizados, además de una escala total de problemas. Describe otras ocho escalas orientadas al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM): trastornos afectivos, ansiedad, quejas somáticas, TDAH, opositorista desafiante, problemas de conducta, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés postraumático. Además de evaluar la puntuación de cada síndrome, la prueba mide dos dimensiones dependiendo de los síntomas: problemas internalizados (compuesta por las subescalas de Ansiedad/depresión, Depresión/aislamiento y Quejas somáticas) y problemas externalizados (Quebranto de normas y Conducta agresiva). Su calificación puede efectuarse manualmente a través de perfiles, o bien empleando un programa computarizado, utilizándose este último en este caso. Las puntuaciones directas son transformadas en puntuaciones típicas según baremos diferentes para niños y para niñas. El CBCL



6/18 tiene una confiabilidad test-retest de 0.90 y una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.78 a 0.97. Las propiedades psicométricas del CBCL6/18 han sido estudiadas en varias culturas, mostrando que la estructura en general es consistente al no mostrar variaciones significativas (Achenbach y Rescorla, 2001). Los puntos de corte del CBCL 6/18 se establecieron a partir de los percentiles de la puntuación total de los participantes del estudio, formando así tres categorías según el percentil: normal (0-92), limítrofe (93-97) y clínico (98-100). Para interpretar los síntomas de cada trastorno se puede obtener la sumatoria de todos los reactivos y transformarla a puntajes *t*: normal (< 65), límite (65-69) y clínico (> 69). En el caso de los problemas internalizantes y externalizantes, el rango clínico por percentil se considera a partir del percentil 90, y para las puntuaciones *t* se consideran, a saber: normal (< 60), límite (60-63), clínico (> 63) (Achenbach *et al.*, 2003; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

*Encuesta de Comportamiento y Sentimientos-versión para el cuidador* (BFS, por sus siglas en inglés) (Weisz, *et al.* (2019).

Es una breve escala de calificación de doce reactivos diseñada para facilitar el monitoreo eficiente del progreso durante la psicoterapia infantil. Los reactivos se califican en una escala de 0 (“No es un problema”) a 4 (“Es un gran problema”). Se pueden derivar tres puntajes de la escala: problemas de internalización (suma de los elementos 1-6), problemas de externalización (suma de los elementos 7-12) y problemas totales (suma de los elementos 1-12). Fue desarrollado y evaluado en cuatro muestras de jóvenes de entre 7 y 15 años de edad, con resultados que demostraron una adecuada consistencia interna ( $\alpha = .85-.94$ ) y utilidad para rastrear el cambio durante la psicoterapia juvenil. Para esta investigación, el BFS fue adaptado al idioma español al no estar validado en México. Solo se tomó como base para el registro conductual, utilizándose la escala de conductas internalizantes, que consta de seis reactivos. Esta escala aún no cuenta con normas para los límites normales, limítrofes y clínicos, por lo que en este estudio de caso, como observación clínica, se dividieron las puntuaciones 0-8 como de rango bajo, 9-16 de rango medio y 17-24 de rango alto.

*Escala de Consecución de Metas* (GAS, por sus siglas en inglés) (Kiresuk y Sherman, 1968).

Es un método desarrollado originalmente en el campo de la salud mental con adultos para el establecimiento de objetivos del tratamiento. En él, se llevan a cabo entrevistas al inicio y final de la intervención a fin de evaluar si el paciente logra las metas de tratamiento específicas que se han establecido. El cuidador selecciona al menos tres metas. Los objetivos deben ser descritos de forma precisa, así como el grado de aumento o decremento de la conducta. También se deben identificar los incrementos por encima o por debajo del nivel de desempeño esperado. Se utiliza una escala de cinco puntos, de -2 a +2, para graduar los objetivos, donde 0 es el nivel esperado de desempeño.

### Procedimiento

La evaluación se inició de modo presencial justo antes de la pandemia por COVID 19 en el mes de febrero de 2020, continuándose la intervención de forma remota a lo largo de tres meses.

Durante la primera sesión se le explicó a la madre y a la paciente en qué consistía el tratamiento y cómo se llevaría a cabo la evaluación, explicándoles que su participación era voluntaria, totalmente confidencial, y que el tratamiento tomaría aproximadamente dos meses. También se les reiteró que podían rehusarse a participar sin ninguna consecuencia como usuarios de los servicios en el centro comunitario o de cualquier otra índole. Se firmó una carta de consentimiento informado, así como una de conformidad con la información antes descrita, tras de lo cual se aplicó el CBCL 6/18.

Durante la segunda sesión se entrevistó a la madre de Karen y se le brindó información sobre la depresión y la ansiedad para formular preguntas con base en la información obtenida (por ejemplo, “¿Cómo vive la depresión su hija?”). Esta sesión se efectuó una semana antes de que comenzara el aislamiento por la pandemia, de modo que se canceló la siguiente cita, y un mes después, al no saber cuánto tiempo tardaría en reanudarse las actividades del centro comunitario, se estableció contacto por teléfono con la madre para saber si deseaban continuar el tratamiento en línea. Al acceder esta, se comenzó con las mediciones diarias

con el BFS para obtener la línea basal y comenzar el tratamiento por medio de mensajes de texto. Al final de la intervención, se aplicó nuevamente el CBCL 6/18.

### Formulación clínica del caso

El análisis de la formulación de caso es un procedimiento experimental que se fundamenta en el contraste de hipótesis para desarrollar una teoría clínica sobre la adquisición y mantenimiento de los problemas psicológicos que afectan al paciente (Graña, 2005). En el caso clínico que aquí se reporta se encontraron el acoso escolar y el nacimiento de un hermano como antecedentes del problema. Estas situaciones generaban en Karen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales, como sentimiento de tristeza, irritabilidad, pensamientos disfuncionales (como el no sentirse querida por nadie) y habilidades sociales inadecuadas. Lo que antecedía a la conducta problemática de la paciente eran diversas situaciones (como que le dieran un juguete o una golosina a su hermano, ordenarle que hiciera la tarea escolar o que finalizara una actividad divertida), las que operaban como estímulos detonantes para crear situaciones problemáticas y discusiones, principalmente con la madre, lo que reforzaba las conductas problemáticas de Karen, y sus sentimientos de tristeza y pensamientos disfuncionales.

### Tratamiento

La TCC es una de las intervenciones que trata los diferentes trastornos mentales en la población infantil y que cuenta con evidencia científica (Weisz y Kazdin, 2017). Sin embargo, se ha demostrado que los manuales individuales y enfocados en un solo trastorno, no se utilizan ampliamente en la práctica clínica, ya que cuando se emplean en ese contexto los resultados parecen ser menos efectivos que en los estudios controlados (Weisz *et al.*, 2006; Weisz *et al.*, 2013). A partir de estos hallazgos, se han desarrollado diferentes aproximaciones modulares de tipo transdiagnóstico (Barlow *et al.*; 2004; Ehrenreich-May *et al.*, 2017), las cuales utilizan un grupo consolidado de técnicas o in-

tervenciones basadas en evidencia para tratar de manera eficiente y efectiva múltiples trastornos o grupos de problemas simultáneos (Chu, 2012). Entre esos tratamientos, uno de los programas que cuenta con adaptaciones al español y que ha sido estudiado y probado en diferentes poblaciones, incluyendo la cultura latina, es la llamada Aproximación Modular para Terapia de Niños con Ansiedad, Depresión, Trauma o Problemas Conductuales (MATCH-ADTC por sus siglas en inglés) (Chorpita y Weisz, 2009).

En este caso clínico, al ser una adaptación remota, se utilizaron y adaptaron seis de los módulos del MATCH-ADTC a fin de reducir el tiempo de la intervención y de las sesiones. El programa incluye módulos para la ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático y problemas de conducta en niños y adolescentes de entre 7 y 13 años. Los módulos centrales para la depresión incluyen técnicas de resolución de problemas, activación conductual, relajación y reestructuración cognitiva. El programa cuenta con audios para los ejercicios de relajación, los cuales se encuentran en internet en diferentes idiomas, incluido el español, y para diferentes edades. Debido a las condiciones de la pandemia, el programa se adaptó de manera virtual, tomando en cuenta los criterios de la telepsicología (competencia en el uso de la tecnología, lineamientos éticos, uso del consentimiento informado, confidencialidad de los datos, resguardo de la información y uso de instrumentos); se redujo asimismo el número de módulos y el tiempo de cada sesión (de una hora a 40 minutos), conservando las técnicas principales para la depresión.

El tratamiento original consta de doce módulos, si bien para esta adaptación se tomaron en cuenta solo seis, que incluían psicoeducación, solución de problemas, activación conductual, relajación, reestructuración y cierre. Se adaptó también un módulo adicional para las prácticas parentales basado en el método de Kazdin (2009). En esta sección se describe un conjunto de técnicas conductuales (elogiar, opuestos positivos, construir gradualmente, simulación y economía de fichas), dirigidas a los padres con el objetivo de modificar las conductas deseadas (Tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción de los módulos de la intervención para la depresión.

Módulo	Objetivo
1. Método de Kazdin	Entrenamiento dirigido a la madre sobre el uso de reforzadores como el elogio y la economía de fichas, como dar instrucciones, fortalecer conductas graduales e importancia de la práctica.
2 Aprendiendo depresión	Establecer una alianza terapéutica con la paciente, así como las metas del tratamiento. Psicoeducación sobre la depresión y conceptos necesarios para la introducción de la TCC con la niña.
3. Solución de problemas	Enseñar a la menor a resolver problemas de un modo efectivo por medio de cinco pasos: definir el problema, generar soluciones, definir las más viables, y escoger una y probarla.
4. Activación conductual	Identificar y utilizar actividades positivas para mejorar el estado de ánimo. Realizar una lista de actividades divertidas para la niña con el objetivo de seleccionar y llevar a cabo alguna de ellas cada día, aunque no tenga la motivación para llevarla a cabo.
5. Aprender a relajarse	Aprender a relajarse, que incluye respiración diafragmática profunda, relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno e imaginación guiada.
6. Reestructuración cognitiva	Identificar y revisar pensamientos negativos e irreales con el fin de mejorar el estado de ánimo. Se utilizó un capítulo de un dibujo animado, en la cual hay un malentendido, y después se plantea que los pensamientos no necesariamente reflejan la realidad.
7. Cierre	Concluir el tratamiento de la paciente, haciendo un resumen de todo lo aprendido e implementando el concepto de la llamada "caja de herramientas".

## Procedimiento

En este estudio de caso clínico con medidas pre y post, la adaptación del tratamiento presencial a la modalidad virtual se hizo debido a que el aislamiento no permitía aquel. El tiempo de las sesiones fue reducido porque se ha visto que el periodo de atención en los niños suele ser menor en esta modalidad. También el número de sesiones se modificó para disminuir el requisito o el costo de dar continuidad a la terapia. Para cuidar la privacidad de los terapeutas y de la paciente se mantuvieron en un lugar aislado de la casa y utilizando audífonos si estaban disponibles. El tratamiento fue impartido por una de las autoras, quien tiene estudios de posgrado y más de diez años de experiencia clínica en población infantil.

Durante las sesiones, Karen mostró memoria, lenguaje, atención y un aliño adecuado. Cinco de las sesiones se cancelaron y reprogramaron en razón de problemas técnicos, organización de los horarios en el hogar y otras actividades, por lo que el tratamiento no se impartió semanalmente, según estaba planeado.

## RESULTADOS

### Pretratamiento y línea base

En las escalas de problemas del CBCL 6/18, todas las puntuaciones de los problemas internalizantes, externalizantes y totales se encontraban en el rango clínico por encima del percentil 90 para niñas de siete años. Las puntuaciones de Karen en las dimensiones de aislamiento/depresión y quejas somáticas estaban en el rango clínico límite (percentil de 93 a 97). Las puntuaciones en ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de incumplimiento de reglas y conducta agresiva se ubicaron en el rango clínico por encima del percentil 97. En las escalas orientadas al DSM, su puntuación en los problemas somáticos se hallaba en el rango normal. Las puntuaciones en depresión, déficit de atención/hiperactividad, conducta oposicionista desafiante y problemas de conducta se encontraban en el rango clínico por encima del percentil 97, y los problemas de ansiedad, en el rango clínico límite (percentil de 93 a 97).

El registro GAS se elaboró en conjunto con la madre y con base en las tres conductas que más le preocupaban de su hija: *a)* la conducta de evasión y discusión durante las tareas escolares; *b)* entrometerse en las conversaciones de los adultos, y

*c)* decir que no la querían. Se corroboraron que esas conductas fueran claras y precisas en el registro. En el GAS, la madre refirió que las conductas meta habían mejorado, a excepción de la conducta entrometerse en las conversaciones (Tabla 2).

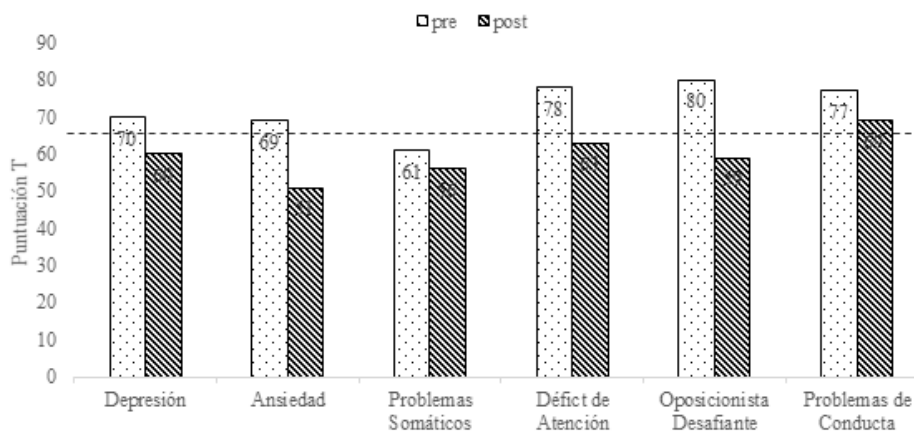
**Tabla 2.** Calificación de la escala GAS por la madre de la paciente después de la intervención.

Nivel de resultado esperado	Punt.	Meta 1: Seguir instrucciones	Meta 2: Entrometerse en las conversaciones	Meta 3: Decir que nadie la quiere
Mucho mejor de lo esperado.	2	Realizar las tareas o actividades como la tarea escolar con mala actitud o sin ningún contratiempo.	Excluirse de conversaciones de adultos o niños mayores por completo.	Aceptar tranquila que el juego se acaba o no se realiza lo que ella pide o quiere.
Mejor de lo esperado.	1	Realizar las tareas o actividades como la tarea escolar con resistencia moderada por 5 minutos (poniendo “mala cara”). ✓	Participar en conversaciones de adultos o de niños mayores (solo escuchando)	Enojarse y ponerse seria al acabarse la actividad o juego divertido cuando no se hace lo que ella quiere. ✓
Nivel esperado (nivel normal).	0	Realizar la tarea o actividad como la tarea escolar con resistencia de 10 minutos (con mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla)	Entrometerse en conversaciones de adultos (escuchando u opinando)✓	Enojarse y decir “No me quieren” cuando se acaba la actividad o juego divertido al no hacer lo que ella quiere.
Menos de lo esperado.	-1	No realiza la actividad como la tarea escolar después de haberse resistido por 5 minutos (mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla, berrinche)	Entrometerse en conversaciones de adultos y niños mayores (escuchando, preguntando sobre contenido sexual no acorde a su edad).	Enojarse y decir “no me quieren” y pegar cuando se acaba la actividad o juego divertido, cuando no se hace lo que ella quiere.
Mucho menos de lo esperado.	-2	No realiza la actividad como la tarea escolar después de haberse resistido por 10 minutos (mala cara, cuestionamientos, argumentos para posponer o no realizarla, berrinche)	Entrometerse en conversaciones de adultos y niños mayores (escuchando, opinando e imitando contenidos sexuales, buscando información en internet con contenido pornográfico).	Enojarse y decir “no me quieren” cuando se acaba la actividad o juego divertido, cuando no se hace lo que ella quiere pega, hace berrinche.

En la escala de los problemas internalizantes del BFS se obtuvieron seis mediciones antes de iniciar

el tratamiento, observándose un decremento relativo de los síntomas de la línea base (Figura 1).

**Figura 1.** Cambios en las subescalas clínicas del instrumento CBCL 6/18 antes y después de la intervención.



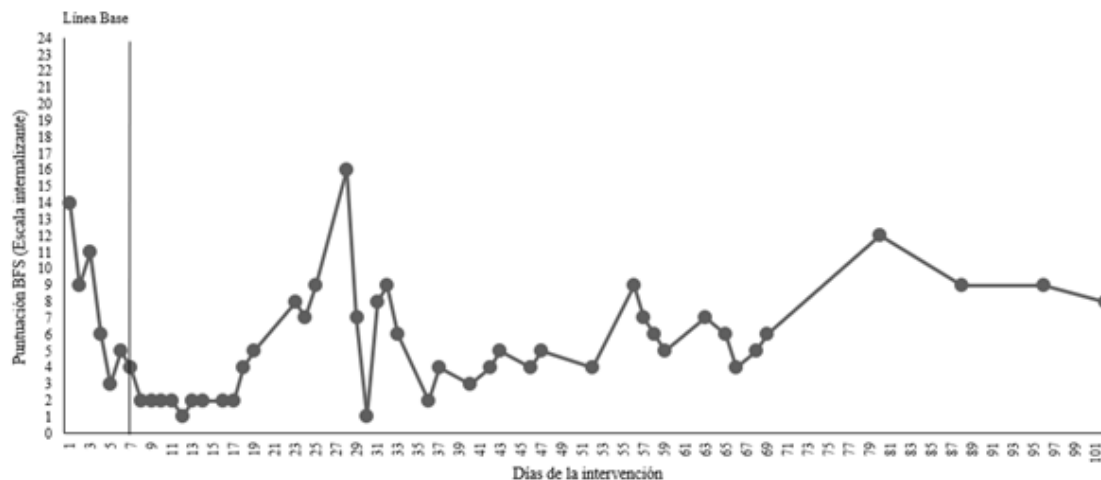
## Tratamiento y postratamiento

En el postratamiento, la paciente manifestó una disminución de la sintomatología depresiva, así como de las comorbilidades. En la Figura 1 se detallan los resultados de la prueba CBCL 6/18 antes de la intervención y después de la misma. La línea horizontal punteada en la parte superior que indica el punto de corte del instrumento (65T). En

todas las escalas hubo una disminución del rango clínico al normal.

En el BFS, se observó una disminución de los síntomas en la línea base y en el primero de los módulos, sin embargo, en la semana del segundo módulo hubo un aumento importante de los síntomas, día en el cual se reportó una discusión, y luego las puntuaciones se mantuvieron en un rango medio de la escala (Figura 2).

**Figura 2.** Puntuación en el BFS durante la línea base y tratamiento.



## DISCUSIÓN

La finalidad del presente estudio de caso fue adaptar y desarrollar una intervención cognitivo-conductual remota para disminuir la sintomatología depresiva, así como sus comorbilidades en una paciente de siete años de edad. Con base en este objetivo, se efectuaron distintas estrategias de evaluación para identificar sus comorbilidades y conductas problema, así como desarrollar y adaptar la intervención a partir del contexto del aislamiento por la pandemia con un nuevo modelo de atención.

Los resultados obtenidos en el CBCL/6-18 indicaron que la adaptación remota de la TCC fue efectiva para reducir la sintomatología depresiva, y sus demás comorbilidades, como ansiedad, déficit de atención y problemas de conducta. Sin embargo, es importante subrayar que en el caso de los problemas de conducta, si bien hubo igualmente una disminución, no alcanzó los niveles normales. Estos resultados son consistentes con lo reportado en la literatura, ya que la depresión se acompaña de comorbilidades como ansiedad, déficit de aten-

ción y problemas de conducta (Benjet *et al.*, 2004; Harrington *et al.*, 1997).

Los resultados obtenidos en el BFS mostraron una disminución en la línea base y en la intervención, no obstante lo cual la sintomatología internalizante se mantuvo en el punto medio, sin disminuir como se esperaba. La literatura reportada sobre esta escala es escasa, e incluso sus autores recomiendan llevar a cabo más estudios, además de señalar que es una herramienta clínica (Weisz *et al.*, 2019) que, en este caso, fue utilizada para observar los cambios a través del tiempo, más que para emitir un diagnóstico. Los resultados obtenidos en el GAS mostraron que dos de las conductas meta disminuyeron (realización de las tareas escolares y decir que no la querían), aunque entrometerse en las conversaciones continuó sin cambios.

Debido a la pandemia de COVID-19, las investigaciones y la práctica clínica han necesitado de nuevas estrategias para impartir las intervenciones. Los retos que implica adaptar los tratamientos basados en evidencia a un contexto remoto son

diversos. En este caso clínico, se encontraron el uso y el acceso de la tecnología, la atención de la niña y la disponibilidad para las sesiones. La primera barrera, referente al acceso de la tecnología, coincide con lo descrito por Ros-DeMarize y colaboradores (2021). En cuanto a la atención, las recomendaciones descritas por Seager y colaboradores (2020) coinciden con cuidar esta cuestión durante las sesiones por videoconferencia.

Además de los obstáculos ya mencionados, dentro de las limitaciones de la investigación está que la mejoría de la paciente también pudo haber sido influida por el propio aislamiento, encontrándose a salvo de las situaciones estresantes que ocurrían en el ambiente escolar, lo cual tiene relación con la disminución del bullying escolar ante la pandemia (Bacher-Hicks *et al.*, 2021). Otra limitación importante fue el diseño, el estudio de caso se considera débil desde el punto de vista metodológico, la falta de condiciones controladas y la nula o escasa utilización de medidas objetivas (por ejemplo, replicables, fiables, válidas) hacen

que sea limitado como herramienta de investigación (Kazdin, 2021). Por último, el efecto de deseabilidad social en la respuesta de los instrumentos (Edwards, 1957). A pesar de estas limitaciones, sobre la base de este caso clínico y de la investigación (Ros-DeMarize *et al.*, 2021; Slone *et al.*, 2012), los programas TCC remotos parecen ser una opción viable para tener un alcance mayor en la atención de la población infantil a pesar de los obstáculos como la pandemia. El uso de la TCC con esta adaptación remota es una de los muchos nuevos modelos que podrían contribuir a tener un alcance en las personas que necesitan los servicios de salud mental. Los modelos novedosos, como la telepsicología, son necesarios para ampliar ese alcance y llegar a un gran número de personas que reciben pocos o ningún tipo de servicios, sobre todo a los niños y adolescentes que, como población minoritaria, se halla entre la más desatendidas. En investigaciones futuras se recomienda el uso de la tecnología y de condiciones metodológicas rigurosas.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por las facilidades y el financiamiento para realizar este estudio, que forma parte de tesis de doctorado del programa de Doctorado de Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicha tesis y la formación doctoral de su autor fueron posibles gracias al apoyo de CONACYT, CVU/número de beca: 225175/720567.

*Citación:* Suárez, K. y Landa-Ramírez, E. (2023). Adaptación de la terapia cognitivo-conductual remota para la depresión infantil: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 33(2), 345-355. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2817>.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 328-340. [https://doi.org/10.1207/s15374424JCCP3203\\_02](https://doi.org/10.1207/s15374424JCCP3203_02).
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Albore G., L., Lara M., C., Esperón V., C., Cárdenas Z., J.A., Pérez S., A.M. y Villanueva C., G. (2007). Validity and reability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. APA.
- American Psychological Association (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Guideline development panel for the treatment of depressive disorders*. APA.

- Bacher-Hicks, A., Goodman, J., Green, J. y Holt, M. (2021). The COVID-19 pandemic disrupted both school bullying and cyberbullying. *National Bureau of Economic Research*. Doi: 10.3386/w29590.
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C. y Zambrano R., J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000500007>.
- Calear, A.L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K.M. y O’Kearney, R. (2009). The Youth Mood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1021-1032. <https://doi.org/10.1037/a0017391>.
- Charles, J. y Fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family Physician*, 46(12), 901-907.
- Chorpita, B.F. y Weisz, J.R. (2009). *Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems (MATCH-ADTC)*. PracticeWise, LLC.
- Chu, B.C. (2012). Introduction to special series: Translating transdiagnostic approaches to children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 1-4.
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279. <https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00014>.
- Danese, A., Moffitt, T.E., Pariante, C.M., Ambler, A., Poulton, R. y Caspi, A. (2008). Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 409-415. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.409>.
- Davies, J., Sullivan, S. y Zammit, S. (2018). Adverse life outcomes associated with adolescent psychotic experiences and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 497-507. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1496-z>.
- Edwards, A.L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. Dryden Press.
- Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A.H., Kennedy, S.M., Remmes, C.S. y Barlow, D.H. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.
- England, M.J. y Sim, L.J. (2009). Committee on depression, parenting practices, and the healthy development of children. En National Research Council (Ed.): *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and and prevention*. The National Academies Press.
- Essau, C.A., Sasagawa, S., Jones, G., Fernandes, B. y Ollendick, T.H. (2019). Evaluating the real-world effectiveness of a cognitive behavior therapy-based transdiagnostic program for emotional problems in children in a regular school setting. *Journal of Affective Disorders*, 253, 357-365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.036>.
- Garber, J., Clarke, G.N., Weersing, V.R., Beardslee, W.R., Brent, D.A., Gladstone, T.R., DeBar, L.L., Lynch, F.L., D’Angelo, E., Hollon, S.D., Shamseddeen, W. e Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2215-2224. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.788>.
- Graña G., J.L. (2005). Formulación de casos clínicos en psicología clínica. En V. E. Caballo (Ed.): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 99-120). Pirámide.
- Harrington, R., Rutter, M., Weissman, M., Fudge, H., Groothues, C., Bredenkaamp, D. y Wickramaratne, P. (1997). Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 9-22. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(96\).00091-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(96).00091-2).
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *The American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>.
- Kazdin, A.E. (2009). *The Kazdin method for parenting the defiant child*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Kazdin, A.E. (2019). 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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12937>.
- Kazdin, A.E. (2021). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Kiresuk, T.J. y Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- Korcuzak, D.J., Ofner, M., LeBlanc, J., Wong, S., Feldman, M. y Parkin, P.C. (2017). Major depressive disorder among preadolescent Canadian children: rare disorder or rarely detected? *Academic Pediatrics*, 17(2), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.10.011>.

- Medina-Mora, M.E. (2020). COVID-19 and mental health: Challenges and opportunities. *Salud Mental*, 43(6), 241-242. Epub 24 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.033>.
- O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H. y Griffiths, K.M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 43-54. <https://doi.org/10.1080/16506070500303456>.
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. y Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 65-72. <https://doi.org/10.1002/da.20507>.
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A y Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
- Ros-DeMarize, R., Chung, P. y Stewart, R. (2021). Pediatric behavioral telehealth in the age of COVID-19: Brief evidence review and practice considerations. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 51(1). <https://doi.org/10.1016/j.cpped.2021.100949>.
- Seager van Dyk, I., Kroll, J., Martinez, R.G., Emerson, N. y Bursch, B. (2020). *COVID-19 tips: Building rapport with youth via telehealth*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23293.10727>.
- Slone, N.C., Reese, R.J. y McClellan, M.J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature. *Psychological Services*, 9(3), 272-292. <https://doi.org/10.1037/a0027607>.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>.
- Thase, M. (2008). Neurobiological aspects of depression. En I. Gotlib y C. Hammen (Eds.): *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 187-217). The Guilford Press.
- Virués O., J. y Moreno R., R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777.
- Weiss, B. y Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15(2), 403-430. <https://doi.org/10.1017/s0954579403000221>.
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K., Daleiden, E.L., Ugueto, A.M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M.A., Gibbons, R.D., and the Research Network on Youth Mental Health (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy with youth depression, anxiety, and conduct problems: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. y Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *The American Psychologist*, 61(7), 671-689. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.7.671>.
- Weisz, J.R. y Kazdin, A.E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.
- Weisz, J.R., Thurber, C.A., Sweeney, L., Proffitt, V.D. y LeGagnoux, G.L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703-707. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.65.4.703>.
- Weisz, J.R., Ugueto, A.M., Cheron, D.M. y Herren, J. (2013). Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 274-286.
- Weisz, J.R., Vaughn-Coaxum, R.A., Evans, S.C., Thomassin, K., Hersh, J., Ng, M.Y., Lau, N., Lee, E.H., Raftery-Helmer, J.N. y Mair, P. (2019). Efficient Monitoring of Treatment Response during Youth Psychotherapy: The Behavior and Feelings Survey. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 49(6), 737-751. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1547973>.
- Wickersham, A., Sugg, H., Epstein, S., Stewart, R., Ford, T. y Downs, J. (2021). Systematic review and meta-analysis: the association between child and adolescent depression and later educational attainment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(1), 105-118. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.10.008>.
- World Health Organization (2012). Depression, a global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-11688-920>.
- World Health Organization (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)*, version 2.0. Geneva: World Health Organization.





# “¿Ahora cómo me alejo?”. Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para erradicar la violencia en el noviazgo

## *Now how do I get away? An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention to eliminate violence in the courtship*

Karla Fernanda Ledesma-Ortega<sup>1</sup> y Angélica Riveros-Rosas<sup>2</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1,2</sup>

Autor para correspondencia: Karla F. Ledesma O., [fernanda.ledesma.ortega@gmail.com](mailto:fernanda.ledesma.ortega@gmail.com).

### RESUMEN

La Violencia en el Noviazgo (VN) se ha planteado como un problema de salud pública debido a que las relaciones violentas afectan gravemente diversas áreas de la vida. Algunos indicadores de este problema son la pérdida de autonomía, altos niveles de evitación experiencial, baja autoestima, altos niveles de depresión, ansiedad, dependencia emocional y enojo. Debido a que las consecuencias de la VN afectan de manera importante la calidad de vida de los jóvenes, el propósito del presente estudio fue probar la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el desarrollo de flexibilidad psicológica en jóvenes universitarios, a fin de que puedan salir de la relación violenta. Se utilizó un diseño experimental de caso único, con seguimiento a un mes. La intervención consistió en seis sesiones individuales basadas en ACT. Después de la intervención, disminuyeron los puntajes en las variables asociadas a la VN, cambios favorables que se mantuvieron en el seguimiento. Además, todos los participantes terminaron con sus relaciones violentas de pareja, manteniéndose fuera de la relación durante al menos un mes posterior a la intervención. Se comparan los resultados con otras intervenciones para disminuir violencia en las relaciones interpersonales, así como respecto a la pertinencia de ACT como una alternativa adecuada para el trabajo con universitarios.

**Palabras clave:** Violencia en el Noviazgo; Terapia de Aceptación y Compromiso; Estudiantes universitarios.

### ABSTRACT

*Courtship violence (CV) involves a public health problem as a violent relationship's consequences severely affect everyone involved's diverse life areas. Some documented effects of CV include loss of personal autonomy, high levels of experiential avoidance, low self-esteem, and high levels of depression, anxiety, anger, and emotional dependence. Objective. Since these consequences seriously deteriorate young people's quality of life, the present study's objective was to examine the effects of an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention on psychological flexibility in university students to help them cope with dating violence. Method. The study used an intrasubject A-B*

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

<sup>2</sup> Facultad de Contaduría y Administración, Cto. Exterior, C.U., Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México. Secretaria de Relaciones y Extensión Universitaria, planta baja, cubículo 4, tel. 5528784535, correo electrónico: [vercige52@gmail.com](mailto:vercige52@gmail.com).



*experimental design with a one-month follow-up through a six-session ACT-based intervention individually delivered to each participant. Results. All clinical variables improved after the intervention, and the effects remained at follow-up. Additionally, all participants ended their violent relationships and stayed out of them for at least one month. Results are compared with other findings on similar interventions and discussed regarding ACT effectiveness intervention as an option for university students.*

**Key words:** Courtship Violence; Acceptance and Commitment Therapy; University students.

Recibido: 30/08/2021

Aceptado: 29/08/2022

Hoy día, la Violencia en el Noviazgo (VN en lo sucesivo) es un tema recurrente en las relaciones interpersonales. Se sabe que una de cada cuatro mujeres en México ha sido víctima de algún tipo de violencia, principalmente de tipo psicológico, según la Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo (ENVINOV) (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2007).

La VN se define como un patrón de conductas que genera daños de tipo psicológico, físico, digital o sexual, en el que un miembro de la pareja ejerce daño sobre el otro en una relación integrada por personas que no tienen un vínculo legal o de cohabitación (Public Health Agency of Canada, 2006; Ruiz y Perete, 2015). Las conductas violentas se pueden expresar por medio de agresiones psicológicas (verbales, emocionales o intimidación), físicas (aislamiento y golpes, entre otras), sexuales (tocamientos sin consentimiento, retiro del condón aunque la pareja no lo haya solicitado), digitales (difundir vídeos, fotografías o conversaciones sin consentimiento) o económicas. Dichas conductas tienen la finalidad de mantener el control sobre la pareja (Cortés *et al.*, 2015; Del Castillo, Hernández, Romero e Iglesias, 2015; García, Rodríguez y Porcel, 2018).

Algunos autores señalan que las consecuencias por ser víctima de VN son: como la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Puente, Ubillos, Echeburúa y Páez, 2016; Sheikh y Janoff-Bulman, 2010); incremento de experiencias

internas, tales como reacciones fisiológicas y emocionales y pensamientos negativos acerca de que no se es importante para el mundo, ser abandonado, no encontrar a nadie más; creencias distorsionadas sobre el amor romántico y catastrofización asociada al rechazo por parte de la familia o los pares, así como imposibilidad de salir de la relación, e incluso la creencia de que se es juzgado por la sociedad (Rubio, Carrasco, Amor y López, 2015). En la VN aparecen conductas orientadas a la pérdida de la autonomía (definida como la capacidad que tiene una persona para comportarse con independencia de la opinión o el deseo de su pareja) lo cual genera en la persona un sentido de falta de libertad (García e Ilabaca, 2013; Plou, 2006; por ejemplo, con quién relacionarse en lo social (Rubio *et al.*, 2015), tomar decisiones sobre la vida en general (Castelló, 2005; D'Oliveira *et al.*, 2009), incapacidad para negociar con la pareja (Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez y Lazcano, 2006), aislamiento (Flores, Juárez y Vidaña, 2015), baja autoestima (Silverman, Raj, Mucci y Hathaway, 2001), bajo rendimiento académico, ausentismo o deserción escolar (Kaukinen, 2014; Póo y Vizcarra, 2011), pérdida de bienes materiales (Díaz, Estévez, Momeñe y Linares, 2018), aumento de las conductas de riesgo y consumo de sustancias adictivas (Póo y Vizcarra, 2011; Rubio *et al.*, 2015).

Las personas involucradas en la VN manifiestan dificultad para concluir ese modo de vinculación (Castelló, 2005; Joly y Connolly, 2016; Kaukinen, 2014). Una posible explicación es la evitación del dolor emocional que puede generar la separación; así, las conductas de la víctima se orientan a mantener contacto con el agresor (Garabito, García, Neira y Puentes, 2021; Navarro, 2020). Ocurre un cambio en la actitud positiva en la interacción por parte del agresor, por lo que la víctima asume que la relación mejorará, de modo que hay un mayor intercambio de conductas de acercamiento entre ambos (Field, Diego, Peláez, Deeds y Delgado, 2011). La evitación de la ruptura de pareja produce a corto plazo una momentánea sensación de alivio en la víctima (Barajas y Cruz, 2017; Garabito *et al.*, 2021), pero al paso del tiempo la incomodidad emocional va en aumento, los patrones de conducta por ambas partes siguen siendo los mismos, por lo que el malestar emocio-

nal dentro de la pareja se intenta reducir, de tal suerte que se concluye con la relación de noviazgo (Izquierdo y Gómez, 2013; Luciano y Hayes, 2001).

El efecto negativo que tiene evitar la ruptura en el bienestar psicológico y físico es más evidente cuando la persona manifiesta dificultad para aceptar que la separación es una opción que le permitiría recuperar la satisfacción con su vida (Garabito *et al.*, 2021; Navarro, 2020; Barajas y Cruz, 2017).

Con el objetivo de aminorar los efectos negativos de la VN en los jóvenes y reducir con ello la prevalencia de violencia intrafamiliar, diferentes autores han instrumentado programas orientados a prevenirla, algunos de los cuales están fundamentados en la modificación de actitudes y creencias sobre las relaciones de pareja, la regulación emocional y el establecimiento de límites (Coker *et al.*, 2015; Shorey *et al.*, 2012), ciertas estrategias basadas en la psicoeducación respecto a la violencia de género y sus consecuencias (Hays, Michel, Bayne, Neuer Colburn y Myers, 2012; Woodin, Sotskova y O’Leary, 2012). El propósito principal de los mencionados programas es intervenir en la pareja para generar en ella conciencia acerca del problema, aunque no cubren las necesidades terapéuticas para aquellos jóvenes que ya están inmersos en la VN y que experimentan sus consecuencias (Fellmeth, Hefferman, Nurse, Habibula y Sethi, 2013).

Una propuesta distinta de las anteriores es la de Zarling, Berta y Bannon (2019), quienes trabajaron con los agresores implementando una intervención clínica basada la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para reducir la agresión psicológica y física hacia sus parejas. Tras su aplicación hallaron una disminución de las conductas orientadas a la agresión física y psicológica, un mejor el funcionamiento social, una mayor satisfacción con la vida y la reducción de conductas orientadas a evitar las experiencias internas. Tales resultados se mantuvieron en el seguimiento, por lo que las autoras concluyeron que la ACT es una alternativa efectiva para intervenir en contextos con VN. Sahagún y Salgado (2013), y después Zarling *et al.* (2019) también documentaron una disminución de las conductas violentas, un incre-

mento en el desarrollo de nuevas habilidades de interacción y una reducción de los niveles de evitación experiencial en los agresores al instrumentar una intervención basada en ACT.

Pese a que los resultados han sido satisfactorios con los agresores, existe la necesidad de trabajar con las víctimas de VN e intervenir para que superen las dificultades que padecen al momento de finalizar el noviazgo (Echeburúa y Fernández, 2009; Muñoz, Redondo y Ronzón, 2019).

Es notoria la efectividad de los tratamientos que existen actualmente; incluso se habla de una considerable persistencia del cambio. No obstante, según la ENVINOV 2007, la tasa de asistencias del agresor a un tratamiento psicológico por violencia en la pareja es muy reducida (Echeburúa y Fernández, 2009; INEGI, 2007), en tanto que las víctimas tienden a denunciar con mayor frecuencia las agresiones, por lo que es necesario implementar programas que estén orientados a las víctimas y así brindarles herramientas que les permitan terminar la relación y desarrollar un nuevo proyecto de vida con un mayor número de consecuencias positivas en el largo plazo (Luciano, Gutiérrez y Rodríguez, 2005; Woodin *et al.*, 2012).

Una propuesta terapéutica que puede contribuir a aceptar la ruptura de la pareja a causa de la violencia es la ya citada ACT. En efecto, su aplicación promueve la flexibilidad psicológica, definida como la habilidad de estar en contacto con los eventos privados que generan malestar emocional, sin actuar para evitarlos o controlarlos, y ajustar el comportamiento según lo que amerite la situación para alcanzar los valores personales (Ruiz y Perete, 2015).

Se ha documentado la efectividad de ACT para reducir la procrastinación (Levin, Haeger, Pierce y Twohig, 2017; Scent y Boes, 2014; Wang *et al.*, 2017), la ansiedad y depresión (Karimi y Aghaei, 2018; Räsänen, Lappalainen, Muotka, Tolvanen y Lappalainen, 2016; Swain, Hancock, Hainsworth y Bowman, 2015) y los problemas de la relación violenta de pareja (Sahagún y Salgado, 2013; Zarling *et al.*, 2019).

En resumen, en la ruptura de noviazgo aparecen eventos privados aversivos, por lo que se genera un ciclo de “terminar-regresar” (Izquierdo y Gómez, 2013; Rubio *et al.*, 2015). Tal situación

es un ejemplo de inflexibilidad psicológica (Hayes *et al.*, 2004; Izquierdo y Gómez, 2013) que impide que la pareja actúe en una dirección más positiva.

Así, el propósito de esta investigación fue probar la efectividad de la ACT en jóvenes que se encontraban en una relación de noviazgo violenta y que mostraban dificultades para concluir la misma y mantenerse fuera de ella. Para tal fin, se desarrolló un protocolo de intervención que lleva por nombre “Actúa con amor”, en lo sucesivo ACM, a fin de que con dicho programa las personas involucradas en relaciones violentas desarrollen la capacidad para vivir la experiencia dolorosa tal y como es, sin tratar de modificarla o evitarla, de tal suerte que permanezcan fuera de aquella y construyan una vida más auténtica (Hayes *et al.*, 2004; Rey, 2004).

## MÉTODO

### Participantes

Participaron en el estudio tres estudiantes de licenciatura de una universidad pública de la Ciudad de México que se encontraban en una relación de noviazgo violenta, los cuales manifestaban dificultad para concluir la relación o para mantenerse fuera de ella. En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de dichos participantes.

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

Participante	Sexo	Edad	Tiempo de relación
P 1	Femenino	23	48 meses
P 2	Femenino	19	10 meses
P 3	Masculino	18	12 meses

### Instrumentos

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (EAR).

Validada en México por Jurado, Jurado, López y Querevalú (2015), está conformada por diez reactivos y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .79.

*Inventario de Ansiedad de Beck* (BAI).

Validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), está compuesto por de 21 preguntas

de autoevaluación de opción múltiple, y valora los sentimientos de ansiedad del paciente en la última semana. La escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .89.

*Inventario de depresión de Beck* (BDI).

Este inventario fue validado en México por Jurado *et al.* (1998) y consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro opciones de respuesta. Se emplea para evaluar el nivel de intensidad del síntoma. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .89.

*Inventario de Dependencia Emocional* (IDE).

Validado por Aiquipa (2012), tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .96.

*Tiro al blanco* (Lundgren, Luoma, Dahl y Melin, 2012).

Evalúa la cercanía de los reactivos con los valores del individuo; en esta prueba se utiliza la imagen de un tablero con siete círculos concéntricos, a los cuales se les asigna un puntaje dependiendo de su cercanía con el centro. Si el participante señala el círculo central, se le asigna un puntaje de 7, y conforme se aleja un círculo del centro se elimina un punto por cada uno de los anillos que componen el tablero. Las puntuaciones más altas indican valores más altos de logro, mientras que las puntuaciones más bajas indican discrepancia y un menor resultado. Esta es una evaluación ideográfica que permite estimar en cada sesión los valores y el proceso de comportamientos comprometidos que va mostrando el usuario a lo largo del proceso.

*Escala de Evitación experiencial* (AAQ-II).

Validada en México por Patrón (2010), evalúa la flexibilidad psicológica. Este instrumento se compone de diez reactivos que, en conjunto, tienen un coeficiente alfa de Cronbach de .89.

### Procedimiento

Se utilizó un diseño experimental de caso único ( $n = 1$ ) A-B con seguimiento a un mes y con dos réplicas. Se efectuaron evaluaciones anteriores y posteriores al tratamiento, además de la aplicación de dos escalas al inicio de cada sesión. El protocolo ACM se construyó considerando las bases de la

ACT, y fue manualizado para garantizar la réplica de cada uno de los participantes. Constó de ocho sesiones de 120 minutos cada una (Törneke, Luciano, Barnes-Holmes y Bond, 2015).

### Programa de tratamiento

Se hizo el análisis funcional de las conductas de cada participante para así describir las conductas disfuncionales de cada uno dentro y fuera de la relación de noviazgo, de tal suerte que este podía identificar qué hacía y en qué momento. En la sesión se establece un contexto que motiva el cambio (Törneke *et al.*, 2015).

#### *Sesión 1. Valores.*

Se motivó a los participantes a identificar aquellos aspectos de su vida que consideraban valiosos o importantes y que en actualidad los suponían descuidados o abandonados. Para ello, se utilizó la metáfora los pasajeros de autobús en un formato de video, al igual que los ejercicios de asesoría de valores (Hayes y Smith, 2012), y se identificaron los obstáculos.

#### *Sesión 2. Valores.*

Durante la sesión se elaboraron estrategias para retomar o comenzar aquellas conductas que los acercaran a sus valores originales; se diseñaron planes de acción para reducir la posibilidad de abandonar esas conductas, y se implementó la llamada “Metáfora del jardín”, el formulario de objetivos, acciones y barreras, y por último el ejercicio “Brincando obstáculos” (Hayes y Smith, 2012).

#### *Sesión 3. Inflexibilidad.*

Con el fin de que los participantes identificaran sus conductas inflexibles en sus relaciones de pareja, así como los costos que estas pueden tener en su vida, se les instruyó para que identificaran los tipos de violencia y algunos ejemplos de cada una de ellos, el ciclo de la violencia y la manera en que dicho ciclo está relacionado con la permanencia del participante en la relación violenta de pareja.

#### *Sesión 4. Desesperanza creativa.*

En esta sesión se utilizó el registro de las estrategias de afrontamiento de los participantes, por lo que se les pidió que escribieran todas las estrate-

gias que hubieran utilizado para controlar o evitar el malestar ocasionado por permanecer en una relación de noviazgo violenta, y asimismo que evaluaran el grado de efectividad de esa estrategia en largo plazo, lo que se complementó con la metáfora denominada “Pastel de chocolate” (Hayes y Smith, 2012).

#### *Sesión 5. ¿Por qué lo que hago no funciona en mi relación?*

Se hace notar al participante que controlar o evitar las experiencias internas resulta ser una estrategia poco eficaz. Para ello, se utilizó el ejercicio “No pienses en un jeep amarillo”. La metáfora se mostraba en video de un invitado indeseado (una vez que el participante percibe lo paradójico de controlar sus experiencias internas) (Hayes y Smith, 2012), se introduce la aceptación como una forma alternativa de experimentar los eventos privados problemáticos mediante la metáfora “Jalar la cuerda” en formato vivencial (Westrup y Wright, 2017).

#### *Sesión 6. Defusión cognitiva*

El objetivo de la misma es que los participantes asuman una perspectiva de su malestar emocional y puedan actuar de manera valiosa en presencia de dicho malestar. Para ello, se puso en práctica la metáfora “El mejor cuentacuentos”, y para “desliteralizar” los pensamientos, el ejercicio “Milk, milk, milk”, adaptado al español, y el de diferencias entre descripciones y evaluaciones de Hayes y Smith (2012).

#### *Sesiones 7 y 8. “¿Qué hago con lo que pienso y siento?”.*

Se entrena al participante a adquirir una perspectiva de sus eventos privados; se refuerza el proceso de defusión cognitiva, y además se le enseña a distinguir entre sus eventos privados, haciéndole notar que él es un contenedor de pensamientos y que puede elegir qué hacer con ellos al considerar la vida que desea tener. Para esto, se utiliza la metáfora “El tablero de ajedrez” (Hayes y Smith, 2012).

*Seguimiento.* Se aplicaron los cuestionarios de evaluación, se realizó una entrevista de seguimiento, se resolvieron dudas y se reforzaron aquellos con-

tenidos en los que los participantes reportaron tener dificultad.

### Análisis de datos

Para obtener el porcentaje de cambio clínico (Cardiel, 1994) se calculó la diferencia entre la puntuación obtenida en la evaluación previa a la intervención y la hecha posteriormente a la misma, dividida entre la primera y multiplicada por 100. Los cambios mayores a 20% pueden considerarse como mejorías clínicamente significativas.

El tamaño del efecto de la intervención se evaluó mediante el índice de superposición de los datos, con el cual se estima la cantidad de medidas en las que se observó una mejora, en comparación con la línea base, esto es, el *Nonoverlap of All Pairs* (NAP) (Parker y Vannest, 2009). Este análisis se llevó a cabo de la siguiente manera: se tomó el puntaje de la línea base, y si en las mediciones subsecuentes se registraba un puntaje igual, a ese puntaje se le asignaba un valor de 0.5; si la medi-

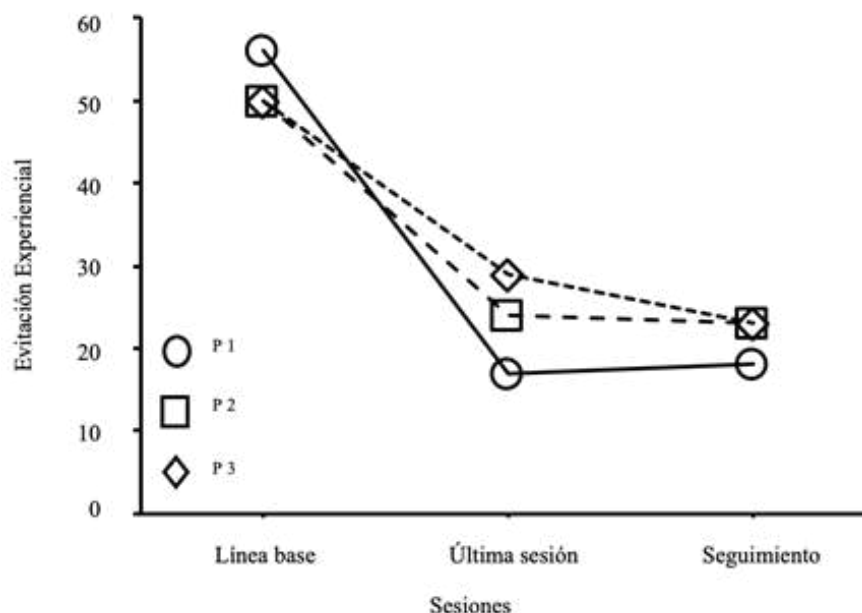
ción era mayor a la de la línea base, se le asignaba un valor de 0, y si era menor, un valor de 1. Luego se sumaban los valores de todas las mediciones y se restaba del total de pares posibles entre la línea base y las sesiones. Finalmente, la diferencia se dividía entre el número de sesiones de intervención para obtener un valor de entre 0 y 1. Valores de NAP menores a .65 indican un efecto débil; de .66 a .92, un efecto medio, y de .93 a 1 un efecto fuerte.

## RESULTADOS

### Resultados cuantitativos

Los puntajes de la Escala de Evitación Experiencial obtenidos en la línea base, última sesión y seguimiento de cada participante, se muestran en la Figura 1. Comparados con los puntajes obtenidos al inicio de la intervención, se observa un decremento de los mismos hacia el final de la intervención, que se mantiene en el seguimiento a un mes.

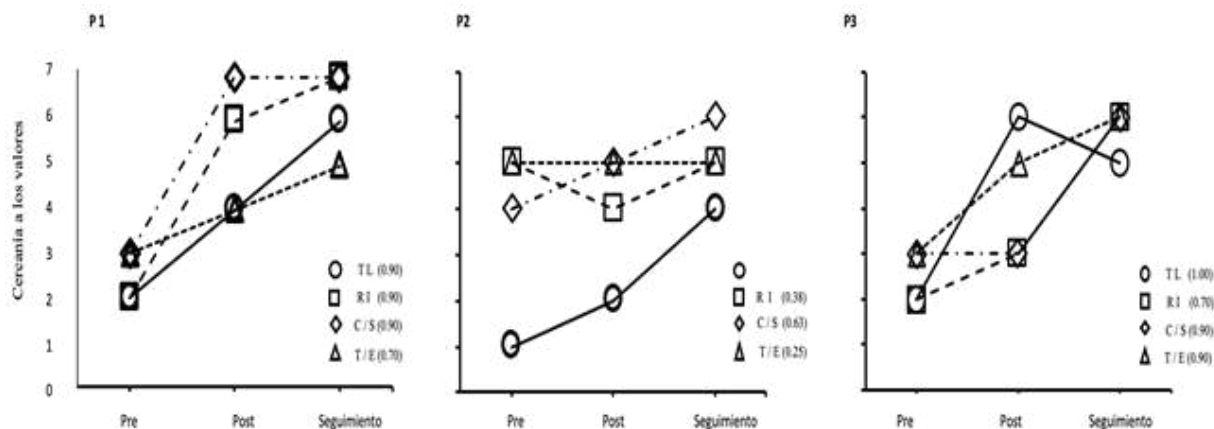
**Figura 1.** Puntajes de la Escala de Evitación Experiencial de los participantes.



Los valores de NAP para cada participante se observan en la Figura 2; para ello se consideraron los valores de cada área vital referidos en la escala “Tiro al blanco” y obtenidos en cada sesión; en el caso de P1 y P3 se observan puntajes en cada una

de las áreas vitales que evidencian un efecto medio, mientras que en P2 tal efecto se aprecia sólo en una de las cuatro áreas, mientras que en el resto se halla un efecto débil.

**Figura 2.** Valores de NAP de todas las áreas vitales de cada participante.



Los porcentajes de cambio clínico de cada participante se muestran en la Tabla 2, donde se puede observar que antes de la intervención los participantes reportaron puntuaciones elevadas en la mayoría de las escalas. Se aprecia un cambio clínicamente significativo en la mayoría de las variables,

principalmente en P1 y P2. Un resultado distinto se observa en el P3, ya que el cambio clínicamente significativo aparece en cuatro de las cinco variables. Como se ve en la tabla, los resultados de la intervención se mantuvieron durante el seguimiento en todos los casos.

**Tabla 2.** Porcentaje de cambio clínico de cada participante.

Pruebas	Mediciones	P1	P2	P3
Ansiedad (BAI)	Pre	27	38	10
	Post	5 (81.48)	9 (76.32)	11 (sc)
	Seguimiento	10	8	5
Depresión (BDI)	Pre	36	33	13
	Post	0 (100)	7 (78.33)	12 (7.69)
	Seguimiento	0	3	7
Autoestima (RB)	Pre	18	22	27
	Post	37 (51.35)	33 (33.33)	29 (6.9)
	Seguimiento	40	39	31
Enojo (BP)	Pre	16	11	30
	Post	7 (56.25)	8 (27.27)	17 (43.33)
	Seguimiento	4	7	13
Dependencia Emocional (IDE)	Pre	175	188	188
	Post	66 (62.29)	63 (66.49)	108 (42.55)
	Seguimiento	58	57	84

*Nota.* Los números entre paréntesis indican el porcentaje de cambio clínico. sc = Sin cambio (no hubo un cambio clínico significativo).

### Resultados cualitativos

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del discurso de los participantes. Cabe señalar que se solicitó el consentimiento de los mismos para presentar en este reporte un extracto de su

discurso. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada que se hizo al inicio de cada sesión, la cual está organizada en tres categorías: Establecimiento de valores, Acciones orientadas a valores y Estatus de la relación sentimental.



### *Categoría 1: Establecimiento de valores.*

Esta categoría concentra los valores en cada una de las áreas vitales; relaciones interpersonales, cuidado personal y salud, educación y trabajo y tiempo libre, propuestas por (Törneke *et al.*, 2015). Cada participante determinaba el área que presentaba más lejanía y en la que tenía que trabajar más. A continuación se muestran algunas de las respuestas que dieron los participantes respecto a cada área vital.

*Relaciones interpersonales:* “Reestablecer la relación con mi familia y amigos”; “Mejorar la comunicación con mis papás y no pelear con ellos”; “Volver a tener amigos en la escuela”.

*Cuidado personal y salud:* “Ser más cuidado-sa con mi aspecto personal; no verme desaliñada”.

*Educación y trabajo:* “Irme en intercambio fuera del país”.

*Tiempo libre:* “Hacer ejercicio”; “Salir con amigos”.

### *Categoría 2: Acciones orientadas a valores.*

Aquí se enmarcan las acciones que cada participante eligió llevar a cabo durante la semana sin considerar a su pareja. Algunos ejemplos de tales acciones son las siguientes:

*Relaciones interpersonales:* “Salir con amigos dos veces por semana”; “Pasar el fin de semana en mi casa conviviendo con mi familia”; “Salir el fin de semana con mis amigos”; “No responderle las llamadas o los mensajes mientras estoy con mis amigos o mi familia”.

*Educación y trabajo:* “Hacer mis tareas entre semana, y para lograrlo dejar de ver qué hace [ella] en las redes sociales”; “Dejar de cuidar mi celular esperando ver una llamada de él y dedicar ese tiempo para hacer mis tareas”; “Hacer el trámite del intercambio, aunque su voz esté en mi cabeza diciéndome que no lo lograré”; “Convivir más con mi grupo en la escuela”.

*Tiempo libre:* “Dejar de pasar por la calle en la que vive con la esperanza de verlo”; “Volver al gimnasio”; “Publicar cosas en mis redes sociales”; “No tomarle las llamadas o responder sus mensajes por muy insistente que sean”.

*Cuidado personal:* “Comer mejor”; “Maquillarme”; “Usar la ropa que me gusta para sentirme segura al hablarle a la gente”.

### *Categoría 3. Estatus de la relación sentimental.*

Esta refleja las dificultades que indicaron los participantes para terminar la relación de noviazgo violenta; también recaba el momento en que cada participante concluido la relación. A continuación se presentan algunos ejemplos del discurso de cada uno:

“Si termino la relación, me siento deprimida, sola, sin ganas de continuar”; “Llevamos cuatro años y hemos terminado varias veces. Él me decía que yo no soy lo que él busca, ¿por qué entonces no lo puedo dejar?”; “Hay algo que no me deja terminar con él; por ejemplo, que es mi primera vez”; “No quiero estar con ella, pero me arrepiento y la busco para volver”; “Tengo miedo de quedarme solo”.

En los casos de P1 y P3, estos iniciaron el tratamiento viviendo la relación violenta. Cada uno terminó la relación en distintas sesiones de la intervención: P1, en la tercera sesión, y P3 en la sexta semana. Un caso distinto es P2, quien finalizó la relación antes de empezar la intervención; sin embargo, era ya su segundo intento por permanecer fuera de ella.

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de la presente investigación fue probar la efectividad de la ACT en jóvenes que estaban involucrados en VN y tenían dificultad para concluir la relación o mantenerse fuera de ella.

La pérdida de la autonomía es una de las principales consecuencias de tal situación (Barreto y Flores, 2018; García e Ilabaca, 2013). Cabe señalar que al comenzar la intervención se motivó a los participantes a elegir y poner en práctica acciones orientadas a restablecer el cuidado personal, reactivar las relaciones con familia y amistades, retomar pasatiempos y aumentar su desempeño académico, no obstante el malestar por no complacer a sus parejas. Sin embargo, al concluir la intervención se observó un cambio significativo en la conducta de los participantes al lograr una mayor autonomía respecto a sus parejas. La mayoría de tales conductas fueron aquellas que habían dejado de hacer para evitar conflictos con sus parejas, como convivir con personas de un sexo distinto al

suyo en el salón de clases, salir con amistades, o elegir su ropa, por mencionar algunas. En relación a otros análisis, el incremento de valores reduce la violencia interpersonal y familiar, la negligencia y el maltrato hacia los otros. En cuanto a la variable de evitación experiencial, se observó que al principio de la intervención los puntajes eran elevados, disminuyendo progresivamente al paso de las sesiones. Los niveles bajos que se reportaron al final de la intervención se mantuvieron en el seguimiento. Estos hallazgos son similares a los reportados en otros estudios en los que se efectuaron intervenciones basadas en ACT para el tratamiento de la violencia de pareja (Sahagún y Salgado, 2013; Zarling *et al.*, 2019).

Otra consecuencia que se hace evidente en las personas involucradas en la VN son la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Puente *et al.*, 2016; Sheikh y Janoff-Bulman, 2010) y baja autoestima (Silverman *et al.*, 2001).

Pudo apreciarse un cambio en dichas mediciones en cada uno de los participantes, las que se mantuvieron en el seguimiento. Si bien el objetivo de ACT no es la reducción del malestar, sino la aceptación del mismo, y con ello la reducción de conductas de evitación, estos resultados pueden evidenciar el deterioro emocional en el que los participantes se encontraban al inicio de la intervención.

Una variable a considerar en la VN es la dependencia emocional que desarrollan las víctimas hacia sus parejas, con lo cual se subyuga o se impide la toma de decisiones y se pierde la percepción de ser dueñas de su vida (Matud *et al.*, 2014). Tras la intervención de “Actúa con amor” se encontró una reducción en los puntajes de la escala de dependencia emocional y un incremento de las conductas orientadas a sus valores; además, los participantes pudieron tomar decisiones sin considerar

a sus parejas. El cambio más decisivo fue la conclusión de la relación de noviazgo y la permanencia fuera de ella. Estos resultados son semejantes a los del estudio de Matud *et al.* (2014) en el que se promovió la independencia emocional de mujeres casadas o en relaciones de noviazgo que sufrían violencia. Dichas autoras observaron que al reducir la percepción de dependencia emocional, las participantes estaban más inclinadas a terminar la relación y no regresar al lado del agresor.

Cabe mencionar que los resultados de este estudio sobre la aplicación y evaluación del programa “Actúa con amor” de la ACT en jóvenes que son víctimas de violencia son preliminares y que requieren ser tomados con cautela al considerar el número reducido de participantes y la falta de un grupo control. La escasez de participantes se debe a la normalización que de las conductas violentas hacen las víctimas, además de que la carga social que implica les impide reconocerse como víctimas de la violencia de pareja.

En futuras investigaciones se sugiere conjuntar un mayor número de participantes, así como incorporar un grupo control a fin de contrastar los resultados y observar con mayor claridad los efectos del referido programa.

Este trabajo sirve como un precedente de la implementación, evaluación e impacto de la ACT en jóvenes involucrados en relaciones de violencia en el noviazgo, y aporta algunas evidencias que pueden ser retomadas en futuros proyectos, no solamente con población joven, sino con otros grupos que se encuentren expuestos a la referida violencia, con la finalidad de obtener más datos que comprueben la viabilidad de la intervención con la ACT en otros contextos. Dichas investigaciones contribuirían a lograr su ejecución en diferentes escenarios y grupos sociales en los que tal fenómeno tiene lugar.

*Citación:* Ledesma-Ortega, K.F. y Riveros-Rosas, A. (2023). “¿Ahora cómo me alejo?”. Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para erradicar la violencia en el noviazgo. *Psicología y Salud*, 33(2), 357-368. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2818>.

## AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN303718 “Evaluación e intervención para desarrollar la autonomía y salud mental en estudiantes universitarios”.

## REFERENCIAS

- Aiquipa T., J. (2012). Diseño y validación del Inventario de Dependencia Emocional (IDE). *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1), 133-145. Doi: 10.15381/rinvp.v15i1.3673.
- Barajas M., M.W. y Cruz C., C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 342-352. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775008>.
- Barreto Á., M. y Flores G., N. (2018). Violencia en el noviazgo entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México. Un análisis mixto. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 9(26), 42-63. Doi: 10.22201/iisue.20072872e.2018.26.290.
- Cardiel, R.M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana- McGraw-Hill.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Coker, A., Fisher, B.S., Bush, H.M., Swan, S.C., Williams, C.M., Clear, E.R. y DeGue, S. (2015). Evaluation of the green dot bystander intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence Against Women*, 21(12), 1507-1527. Doi: 10.1177/1077801214545284.
- Cortés A., L., Flores G., M., Bringas M., C., Rodríguez F., L., López, C., Borrego, J. y Rodríguez D., F.J. (2015). Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos. Análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. *Terapia Psicológica*, 33(1), 5-12.
- Del Castillo, A., Hernández, M.E., Romero, A. e Iglesias H., S. (2015). Violencia en el noviazgo y su relación con la dependencia emocional pasiva en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 5(1), 8-18. Doi: 10.36793/psicumex.v5i1.248.
- Díaz, M., Estévez, A., Momeñe, J. y Linares, L. (2018). Las actitudes amorosas y la satisfacción en la pareja como factores intervinientes en la relación entre la violencia y las consecuencias en la salud de las mujeres. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 31-39. Doi: 10.1016/j.anyes.2018.01.001.
- D'Oliveira, A.F.P.L., Schraiber, L.B., França-Junior, I., Ludermir, A.B., Portella, A.P., Diniz, C.S., Couto M.T. y Valença, O. (2009). Factores asociados a la violencia por pareja íntima en mujeres brasileras. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 299-311. Doi: 10.1590/S0034-89102009005000013.
- Echeburúa, E. y Fernández M., J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Fellmeth, G.L.T., Hefferman, C., Nurse, J., Habibula, S. y Sethi, D. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 19(6), CD004534. Doi: 10.4073/csr.2013.14.
- Field, T., Diego, M., Peláez, M., Deeds, O. y Delgado, J. (2011). Breakup distress in university students: a review. *College Student Journal*, 45(3), 461-480.
- Flores, M.L., Juárez, C. y Vidaña, D.C. (2015). Percepción de la violencia en el noviazgo entre universitarios: ¿control o amor? *Cultura-Hombre-Sociedad*, 25(1), 47-61. Doi: 10.22201/iisue.20072872e.2018.26.290.
- Garabito, S., García, F.E., Neira, M. y Puentes, E. (2021). Ruptura de pareja en adultos jóvenes y salud mental: estrategias de afrontamiento ante el estrés del término de una relación. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 14(1), 47-59. Doi: 10.21500/19002386.4560.
- García F., E. y Ilabaca M., D. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 11(2), 42-60.
- García C., M.A., Rodríguez S., J. y Porcel G., A.M. (2018). Diseño y validación de la escala para la detección de violencia en el noviazgo en jóvenes en la Universidad de Sevilla. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 121-128. Doi: 10.1016/j.gaceta.2017.09.006.
- Hayes, S.C. y Smith, S. (2012). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao (España): Desclée De Brouwer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M. y Wilson, K.G., (2004). What is acceptance and commitment therapy? En S. C. Hayes y K. D. Strosahl (Eds.): *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hays, D.G., Michel, R.E., Bayne, H.B., Neuer Colburn, A.A. y Myers, J. (2012). Counseling with HEART: A relationship violence prevention program for college students. *Journal of College Counseling*, 18(1), 49-65. Doi: 10.1002/j.2161-1882.2015.00068.x.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo (ENVINOV)*. México: INEGI.
- Izquierdo M., S. y Gómez A., A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91. Doi: 10.21500/19002386.1196.
- Joly, L.E. y Connolly, J. (2016) Dating violence among high-risk young women: A systematic review using quantitative and qualitative methods. *Behavioral Sciences*, 6(1), 7. Doi: 10.3390/bs6010007.

- Jurado, D., Jurado, S., López, K. y Querevalú, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina*, 5(1), 18-22.
- 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(3), 26-31.
- Karimi, M. y Aghaei, A. (2018). The effectiveness of group application of acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and stress among high school female students. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 4(2), 71-77. Doi: 10.4103/jepr.jepr\_24\_16.
- Kaukinen, C. (2014). Dating violence among college students: The risk and protective factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 15(4), 283-296. Doi: 10.1177/1524838014521321.
- Levin, M.E., Haeger, J.A., Pierce, B.G. y Twohig, M.P. (2017). Web-based Acceptance and Commitment Therapy for mental health problems in college students: a randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 41(1), 141-162. Doi: 10.1177/0145445516659645.
- Luciano, M.C., Gutiérrez M., O. y Rodríguez V., M. (2005). Análisis de los contextos verbales que atrapan y que liberan el trastorno de evitación experiencial en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(2), 333-358.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Lundgren, T., Louma, J., Dahl, J. y Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4). Doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.004.
- Matud, M.P., Fortes, D. y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207. Doi: 10.1016/j.psi.2014.06.001.
- Muñoz R., M., Redondo R., N. y Ronzón T., R.C. (2019). Prevención de la violencia en parejas jóvenes: evaluando el programa PREVIO. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 1-6. Doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.1.
- Navarro V., P. (2020). Intervención grupal online para la elaboración del duelo y recuperación del bienestar psicológico tras una ruptura amorosa. *Ciencia y Sociedad*, 45(4), 119-132. Doi: 10.22206/cys.2020.v45i4.pp119-132.
- Parker, R.I. y Vannest, K. (2009). An Improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006.
- Patrón E., F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQII. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Plou P., M. (2006). Relaciones de dependencia: ¿cómo llenar un vacío existencial? *Revista de Psicoterapia*, 17(68), 65-87. Doi: 10.33898/rdp.v17i68.926.
- Póo A., M. y Vizcarra M., B. (2011). Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de la violencia en el noviazgo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 213-223. Doi: 10.4067/s0718-48082011000200008.
- Public Health Agency of Canada (2006). *Violence in dating relationships*. Quebec: PHAC. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/sfv-avf/sources/fem/fem-relations/index-eng.php>.
- Puente M., A., Ubillos L., S., Echeburua, E. y Páez R., D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306. Doi: 10.6018/analesps.32.1.189161.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A. y Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 78, 30-42. Doi: 10.1016/j.brat.2016.01.001.
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11(2), 267-284.
- Rivera R., L., Allen, B., Rodríguez O., G., Chávez A., R. y Lazcano P., E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48(2), 288-296.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rubio G., F., Carrasco M., A., Amor P., J. y López G., M.A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 47-56. Doi: 10.1016/j.apj.2015.01.001.
- Ruiz, F.J. y Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children. *Psicothema*, 27(2), 114-119. Doi: 10.7334/psicothema2014.195.
- Sahagún F., L.M. y Salgado P., C.F. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 289-305.
- Scent, C.L. y Boes, S.R. (2014). Acceptance and commitment training: a brief intervention to reduce procrastination among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28(2), 144-156. Doi: 10.1080/87568225.2014.883887.

- Sheikh, S. y Janoff-Bulman, R. (2010). The “shoulds” and the “should nots” of moral emotions: a self-regulatory perspective on shame and guilt. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(2), 213-224. Doi: 10.1177/0146167209356788.
- Shorey, R., Zucosky, H., Brasfield, H., Febres, J., Corneluis, T.L., Sage, C.H. y Stuart, G. (2012). Dating violence prevention programming: Directions for future interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 289-296. Doi: 10.1016/j.avb.2012.03.001.
- Silverman, J.G., Raj, A., Mucci, L. y Hathaway, J. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality. *Journal American Medical Association*, 286(5), 572-579. Doi: 10.1001/jama.286.5.572.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. y Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67. Doi: 10.1016/j.jcbs.2014.09.001.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y. y Bond, F. (2015). Relational Frame Theory and three core strategies in understanding and treating human suffering. En R. D. Zettle, S. C. Hayes y D. Barnes (Eds.): *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science* (pp. 273-286). New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd. Doi: 10.1002/9781118489857.ch12.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L.W., Liu, X.P. y Chen, Y.F. (2017). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58. Doi: 10.1177/1049731515577890.
- Westrup, D. y Wright, M.J. (2017). *Learning ACT for group treatment: An acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. Reno, NV: Context Press.
- Woodin, E.M., Sotskova, A. y O’leary K.D. (2012). Do motivational interviewing behaviors predict reductions in partner aggression for men and women? *Behavior Research and Therapy*, 50(1), 79-84. Doi: 10.1016/j.brat.2011.11.001.
- Zarling, A., Bannon, S. y Berta, M. (2019). Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3), 257-266. Doi: 10.1037/vio0000097.

# Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down

## *Burden and positivity in informal primary caregivers of people with Down's syndrome*

*Paulina Alejandra Vázquez-García<sup>1</sup>, Christian Israel Huerta-Solano<sup>1</sup>,  
Héctor Rubén Bravo-Andrade<sup>1</sup>, Norma Alicia Ruvalcaba-Romero<sup>1</sup>  
y Xolyanetzin Montero-Pardo<sup>2</sup>*

Universidad de Guadalajara<sup>1</sup>  
Universidad Autónoma de Mazatlán<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Xolyanetzin Montero-Pardo, [xolyanetzin.montero@uas.edu.mx](mailto:xolyanetzin.montero@uas.edu.mx).

### RESUMEN

Es escasa la literatura científica sobre la carga de los cuidadores de personas con síndrome de Down (SD), que se refiere a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, así como a la vida de los cuidadores en relación con las variables que desempeñan un papel modulador de la carga, como es el caso de los afectos positivos. De ello se desprende el objetivo del presente estudio, que consistió en analizar la relación entre las características del cuidado y los afectos positivos y negativos con la carga en cuidadores primarios informales de personas con SD que asistían a instituciones educativas en la ciudad de Guadalajara (México). La muestra se conformó con 18 cuidadores primarios informales, a quienes se aplicaron la Escala de la Carga del cuidador de Zarit y la Autoprueba de Positividad. Los participantes fueron en su mayoría mujeres, casadas, con estudios de licenciatura y un nivel leve de carga, quienes, además de las labores de cuidado, tenían un empleo formal. Se encontró una correlación positiva entre la carga total y la vivencia y percepción emocional negativa; además, el tiempo dedicado al cuidado correlacionó positivamente con el impacto del cuidado y las expectativas de autoeficacia. Esta investigación pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones tempranas que promuevan la positividad en cuidadores de personas con SD, y con ello disminuya el nivel de carga.

**Palabras clave:** Carga; Positividad; Cuidadores; Síndrome de Down.

### ABSTRACT

*There is little scientific literature on the burden of caregivers of people with Down Syndrome (DS), which refers to attitudes and emotional reactions to the experience of caring and the life of caregivers concerning the variables that play a modulating role of charge, as in the case of positive affects. Objective. To analyze the relationship between care characteristics and positive and negative effects on the burden in informal primary caregivers of DS who attend educational institutions in Guadalajara, Jalisco. Method. The sample consisted of 18 informal primary caregivers; the study applied the Zarit Caregiver Burden Scale and the Positivity Self-test. The majority of the participants are women, married, with studies at the bachelor's level, who, in addition to care work, have a formal job and present a slight burden. Results. A positive correlation resulted between*

<sup>1</sup> Sierra Nevada 950, Col. Independencia, 44290 Guadalajara, Jal., México, tel. (33)31-34-22-00, correos electrónicos: [paulina.vgarcia@alumnos.udg.mx](mailto:paulina.vgarcia@alumnos.udg.mx), [ruben.bravo@academicos.udg.mx](mailto:ruben.bravo@academicos.udg.mx) y [norma.ruvalcaba@academicos.udg.mx](mailto:norma.ruvalcaba@academicos.udg.mx).

<sup>2</sup> Campus de la Salud, Av. San Miguel y Av. Eje 2, Fracc. Pradera Dorada, Mazatlán, Sin. México.



*the total burden and the negative emotional experience and perception; in addition, the years as a caregiver correlated positively with the impact of care and expectations of self-efficacy. Discussion. This study highlights the need for early interventions in caregivers of people with Down syndrome that promote positive affect and reduce the burden.*

**Key words:** Burden; Positivity; Caregivers; Down's syndrome.

Recibido: 17/08/2021

Aceptado: 06/07/2022

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010), la discapacidad se define como las deficiencias en los factores personales que limitan la interacción con los factores ambientales. En la clasificación mencionada, se consideran las funciones y estructuras corporales y las actividades y participación. Según datos del Banco Mundial (2019), se calcula que más de mil millones de personas padecen algún tipo de discapacidad, esto es, 15% de la población mundial.

Respecto al síndrome de Down (SD en lo sucesivo) la prevalencia mundial, de acuerdo a la OMS, es de 1 por cada 1000 a 1100 nacimientos, y la Secretaría de Salud (2019) indica que durante el año 2018 nacieron en México 351 niñas y 338 niños con SD, por lo que se estima que la prevalencia en el país es de 1 por cada 650-700 nacimientos (cf. Ayala, 2017). En Jalisco, en el periodo 2008-2011 se registraron 235 casos, de un total de 561,327 nacimientos, lo que representa una prevalencia de 4.18 por cada 10,000 nacimientos (Sierra *et al.*, 2014).

Los datos anteriores son relevantes ya que el SD es la alteración cromosómica más frecuente y la principal causa genética de discapacidad intelectual. Las personas con SD suelen presentar algunas complicaciones en el lenguaje, las motricidades fina y gruesa; Alzheimer temprano, leucemia, cardiopatías congénitas e hipotiroidismo; alteraciones inmunológicas, dermatológicas, oftalmológicas, auditivas y genitourinarias, y malformaciones renales, obesidad y problemas dentales (Díaz

*et al.*, 2016; Lirio y García, 2014). Si bien el SD no se considera una enfermedad, la discapacidad intelectual, el retraso en el desarrollo y las complicaciones médicas hacen necesario que quien sufre esta condición deba tener un cuidador a su lado la mayor parte del tiempo (Lirio y García, 2014). Cruz y Ostiguin (2011) apuntan que el cuidador es un instrumento y un medio que provee cuidados específicos –y algunas veces especializados– a un enfermo crónico, y es en él en quien recae la responsabilidad de preservar la vida de aquel. Entre sus principales funciones están responsabilizarse del cuidado mismo, la participación en la toma de decisiones y la solidaridad con el enfermo. Ramos (2008) se refiere al cuidador primario informal (CPI, en lo sucesivo) como aquella persona que, sin pertenecer al equipo de salud y que carece de preparación al respecto, es directamente la responsable del cuidado y la atención en el ámbito de una persona dependiente o con discapacidad, y que además contribuye a las actividades del cuidado del hogar (cf. López, 2016).

### Carga del cuidador

Cuidar de una persona con discapacidad puede hacer que los cuidadores experimenten la carga del cuidador, que se refiere a “las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores” (Zarit *et al.*, 1980). Algunos de los síntomas que se experimentan como consecuencia de dicha carga son cansancio, dolor de cabeza, dispepsia (dolor o molestia en el abdomen), vértigo, dificultades para dormir, dolores articulares, fatiga, despersonalización y falta de realización personal (Barrón y Alvarado, 2009); además, aislamiento, pérdida de interés en las actividades, tristeza, irritabilidad, desesperanza, cambios en hábitos de alimentación y enfermedades recurrentes (Durón y Martínez, 2009). Jenaro y Gutiérrez (2015) señalan que todas las familias se enfrentan a situaciones que causan estrés, pero los padres de niños con discapacidad intelectual consideran que sus responsabilidades son mayores que las de otros padres.

## Investigaciones en cuidadores de personas con SD

En la literatura internacional hay una gran cantidad de información científica que describe a los CPI de personas con demencia, niños con enfermedades crónicas (Barrera *et al.*, 2013; Carrillo *et al.*, 2015; Kirk *et al.*, 2011; Macedo *et al.*, 2015; Montero *et al.*, 2012; Salinas *et al.*, 2017) y de niños con otras discapacidades (Anderson *et al.*, 2020; Ashraf y Sitwat, 2016; Fairthorne *et al.*, 2015), pero es escasa la que hay sobre los CPI de personas con SD.

Oliveira *et al.* (2017) señalan que son las madres quienes principalmente asumen el rol de cuidadoras, y que las principales afectaciones que manifiestan los niños o adolescentes con SD son en relación a las conductas de autocuidado. Debido a ello, los autores resaltan la importancia de apoyar a las cuidadoras, puesto que la salud de las personas con SD depende de las atenciones recibidas. En un estudio de Ilhan *et al.* (2019) se encontró que la mayoría de las madres de niños con SD sufrían carga familiar y síntomas depresivos que aumentan en relación a la carga emocional y la sensación de insuficiencia. Por su parte, Alam El-Deen *et al.* (2020) reportan que menos de la mitad de cuidadores muestran carga de leve a grave.

Esquivel (2015) analizó las historias de vida de padres y madres de niños con SD, hallando que los padres exhibían diversas emociones negativas, como temor, dolor, tristeza, rechazo, miedo, preocupación, falta de información, desesperación y culpa, siendo esta última la que mayor impacto tiene en los cuidadores, toda vez que puede ser un predictor de ansiedad y depresión (Gallagher *et al.*, 2008). De manera similar, Masulani-Mwale *et al.* (2018) evaluaron el distrés (estrés negativo) en padres de niños con discapacidad intelectual, mostrando que 41% reportaba síntomas. Bastidas *et al.* (2013) apuntan que cuidar a un niño con SD provoca emociones ambivalentes en las madres, tales como tristeza y alegría, y que la tristeza se relaciona con la percepción social y cultural de la discapacidad al considerarla como “algo” que no tiene solución y que imposibilita el desarrollo. En el caso de la alegría, esta depende de la relación que tenga el niño con SD con su madre y la familia.

## Afecto positivo y afecto negativo

Los efectos del cuidado, además de provocar tensiones, frustraciones y dificultades en distintos ámbitos, también trae consigo consecuencias positivas, como la satisfacción de ayudar a otro que lo necesita (Ramos, 2008), lo que contribuye a desempeñar la función de cuidador (Barrios *et al.*, 2015). Ortunio *et al.* (2016) afirman que las emociones positivas funcionan como amortiguadores de las negativas, y además se correlacionan positivamente con niveles más altos de resiliencia, mejor afrontamiento, recuperación más pronta del estrés y prevención más efectiva de la depresión.

Las emociones, según Fredrickson y Losada (2005), son sistemas complejos que alteran los patrones de pensamiento y comportamiento y cuya experiencia es subjetiva; si bien son un constructo difícil de medir y manipular experimentalmente, Watson *et al.* (1988) las catalogan en dos dimensiones: afecto positivo y afecto negativo. Dichos autores consideran el primero como el nivel en que una persona experimenta un compromiso de manera entusiasta, activo, alerta y placentera; mientras que el segundo presenta la tendencia a experimentar estados de ánimo negativos y una angustia subjetiva.

Fredrickson y Losada (2005) retoman los afectos positivos y negativos para hablar del espectro de emociones que se vincula con los estados de ánimo, y así proponen una nueva manera de medir la salud mental en términos positivos: la *positividad*. Estos investigadores consideran la proporción entre el afecto positivo y el negativo (es decir, la *positividad*) como un predictor clave para el florecimiento personal; además, utilizan los términos “afecto positivo” y “positividad” indistintamente para referirse a emociones agradables, y “afecto negativo” o “negatividad” para hablar de emociones desagradables. De ahí que Esquivel (2015) sugiere evaluar los afectos positivos que surgen con relación al cuidado, ya que pueden intervenir como mediadores de la carga.

En virtud de lo antes descrito, el objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre las características del cuidado y los afectos positivos y negativos con la carga en cuidadores



primarios informales de personas con SD que asistían a instituciones educativas de la ciudad de Guadalajara (México).

## MÉTODO

### Participantes

La muestra se conformó por 18 cuidadores informales de niños con SD: dieciséis mujeres (88.9%) y dos varones (11.1%), con un rango de edad de 40 a 66 años ( $M = 49.61$ ,  $D.E. = 8$ ). De ellos, 66.7% (12) tenía pareja y estudios de licenciatura; además, diez (55.6%) contaban con un empleo formal. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se incluyeron en el estudio a los cuidadores de personas con SD que asistían a una asociación civil y a un centro de atención de pacientes con SD de la citada ciudad, quienes mediante la firma de una carta de consentimiento informado accedieron a participar en el estudio.

### Instrumentos

#### *Datos sociodemográficos*

Se utilizó un cuestionario *ad hoc* para registrar las variables sociodemográficas: sexo, edad del cuidador, estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco con la persona con SD, así como las características del cuidado, los años como cuidador, el tiempo al día dedicado al cuidado y la edad de la persona con SD.

#### *Escala de Carga de Zarit (Zarit et al., 1980).*

Se utilizó una versión corta de doce reactivos validada por Montero *et al.* (2014). Con un coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach de 0.84, este instrumento evalúa la carga subjetiva del cuidado y cuenta con tres dimensiones: Impacto del cuidado ( $\alpha = 0.81$ ), que hace referencia a los afectos relacionados con la prestación de cuidados a un familiar; Relaciones interpersonales ( $\alpha = 0.75$ ), que alude a las emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con la persona a la que cuida, y Expectativas de autoeficacia ( $\alpha = 0.80$ ), que reflejan las creencias del cuidador sobre su

capacidad para cuidar. Es una escala tipo Likert de doce reactivos que se evalúan de 1 (“Nunca”) a 5 (“Siempre”).

#### *Autoprueba de Positividad (Fredrickson, 2009).*

Validada en población mexicana por Cortina y Berenzon (2013), esta escala evalúa las emociones positivas y negativas relacionadas con la salud mental. Con un coeficiente  $\alpha$  de reportado en la validación de 0.79, es un instrumento de veinte reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert que va de 0 (“Nada”) a 4 (“Muchísimo”). Sus dimensiones son, a saber: Componente emocional positivo ( $\alpha = 0.89$ ), que alude a la disposición a experimentar sentimientos positivos; Vivencia emocional positiva ( $\alpha = 0.76$ ), referida a sentimientos de malestar, desesperación y cansancio, y Percepción emocional positiva ( $\alpha = 0.73$ ), que aborda la percepción de incertidumbre e incomodidad.

### Procedimiento

Se estableció contacto con dos instituciones educativas, y una vez aceptado el proyecto, se procedió a hacer una invitación a través de redes sociales para participar en una investigación y asistir a una charla sobre el autocuidado, dirigida a los cuidadores de las personas con SD. Previamente a la conferencia, se presentó el propósito del estudio a quienes acudieron y se leyó una carta de consentimiento informado, la cual una vez firmada por los participantes, se procedió a la citada charla y a la aplicación de los instrumentos de manera grupal. Cabe mencionar que se realizó el mismo procedimiento en ambas instituciones.

### Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 21, para el análisis descriptivo con la finalidad de conocer las características de las variables sociodemográficas y las características del cuidado, así como para evaluar si los participantes mostraban carga o no y conocer sus afectos positivos y negativos. Se efectuó un análisis de correlación de Spearman para identificar la relación entre las variables.

## RESULTADOS

De los participantes, doce (66.7%) estaban casados, tres (16.7%) no tenían pareja y 16.7% no respondió. Diez (55.6%) tenía un empleo remunerado y ocho (44.4%) se dedicaban exclusivamente al hogar. Respecto al nivel educativo, doce (66.7%) contaban con estudios de licenciatura, dos (11.1%) con preparatoria, otros dos (11.1%) con primaria, uno (5.6%) con secundaria, y uno más (5.6%) con estudios de nivel técnico.

La Tabla 1 muestra las características del tiempo dedicado al cuidado, media de los años como cuidador y tiempo mínimo y máximo (en años) en dicha tarea (esto último difiere de la edad máxima de las personas con SD, lo que podría explicarse si el participante ya era cuidador antes del nacimiento de la persona con SD, lo cual no se preguntó). Cabe resaltar que no todos los participantes respondieron a estas preguntas.

**Tabla 1.** Descriptivos de las características del cuidado.

Característica	N	Mín.	Máx.	M.	D.E.
Tiempo de cuidado al día (horas)	13	1	24	13.53	7.47
Tiempo de ejercer el rol de cuidador (años)	15	3	28	14.20	8.70
Edad de la persona con SD (años)	9	3	22	11.56	6.96

## Carga y positividad

Respecto a los niveles de carga, seis CPI (33.3%) mostraban ausencia de carga; siete (38.9%) carga leve y cinco (27.8%) carga excesiva.

Para el análisis de correlación de Spearman se consideraron los coeficientes arriba de 0.31 ya que, de acuerdo a Cohen (1988) (*cf.* Ventura, 2017), este valor representa un efecto moderado de asociación (Tabla 2).

**Tabla 2.** Correlaciones entre las características del cuidado, la positividad y la carga.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad del cuidador		-.318	.746**	-.152	-.327	-.016	.214	.550*	-.175	-.245
2. Tiempo de cuidado al día			-.377	.146	.346	.102	-.362	-.131	.548	-.034
3. Tiempo de ejercer el rol de cuidador				-.464	-.654**	-.440	-.581*	.456	-.261	-.132
4. Carga global					.914**	.878**	.007	-.293	.553*	.626**
5. Impacto del cuidado						.795**	-.275	-.470*	.562*	.558*
6. Relaciones interpersonales							-.267	-.360	.478	.559*
7. Expectativas de autoeficacia								.428	-.070	.141
8. Componente Emocional Positivo									-.117	-.106
9. Vivencia Emocional Negativa										.727**
10. Percepción Emocional Negativa										

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

La edad del CPI correlacionó positivamente con los años en dicha tarea y el componente emocional positivo. Los años como CPI correlacionaron negativamente con el impacto del cuidado y con las expectativas de autoeficacia. La carga global correlacionó positivamente con la vivencia y la percepción emocional negativa. El impacto del cui-

dato correlacionó positivamente con la vivencia y la percepción emocional negativa. Las relaciones interpersonales correlacionaron positivamente con la percepción emocional negativa. Las demás variables no mostraron correlaciones estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN

El rol de CPI es desempeñado principalmente por mujeres, lo que coincide con lo reportado en otras investigaciones (Alam *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2017; Montero *et al.*, 2014; Ramos *et al.*, 2016). En palabras de García, Mateo y Eguiguren (2004), “cuidar se asume en femenino”, lo que conlleva una importante desigualdad entre mujeres y hombres en virtud de que las consecuencias de esta tarea tienen implicaciones en diversos ámbitos de la vida, como la salud, la calidad de vida, el empleo y el desarrollo profesional, con las consiguientes repercusiones en la economía del hogar y en las relaciones interpersonales, además de la imposibilidad de disponer tiempo para el cuidado de sí mismas.

Debido a esta desigualdad, son las madres quienes desempeñan principalmente el rol de cuidadoras (Montero *et al.*, 2014; Salinas *et al.*, 2017), por lo que tienen que ejercer diversos roles. Es importante hacer una distinción entre los papeles de cuidadora y madre, ya que, de acuerdo a García, Mateo y Maroto (2004), el cuidado es visto como “asuntos de familia” al desarrollarse en el ámbito doméstico, donde no existe una implicación social, y es una actividad que se asume como parte del rol de género, ya que la responsabilidad de cuidar no es homogénea en la familia, lo que contribuye a aumentar los niveles de carga en las CPI.

Además de ejercer el rol de cuidadoras y madres, la mayoría son también esposas (Ramos *et al.*, 2016), y muchas tienen además un empleo remunerado, a diferencia de lo encontrado por Oliveira *et al.*, (2017) y Salinas *et al.*, (2017), quienes reportan en su estudio que la mayoría de CPI se dedicaba al hogar. Lo anterior puede deberse principalmente al nivel de estudios de la muestra, que en su mayoría tenía licenciatura, y que es asimismo diferente de lo hallado por Montero *et al.*, (2014) y Salinas *et al.*, (2017), quienes encontraron que los cuidadores tenían solamente educación básica. Esto es relevante ya que, según Roguero (2010), una de las áreas más afectadas debido al cuidado es la económica, bien por la dificultad de la cuidadora de acceder a un empleo formal, bien por los gastos derivados de la discapacidad. Por ende, el

que las cuidadoras cuenten con un empleo contribuye a un menor efecto en esta área.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, los cuidadores tenían una edad promedio de 49.61 años, similar a lo reportado por otros investigadores (Barrios *et al.*, 2015; Ramos *et al.*, 2016; Salinas *et al.*, 2017). Además, las horas del día al cuidado de las personas con discapacidad fue en promedio 13.53, que concuerda con lo reportado por otros autores, quienes refieren que los cuidadores pasan más de diez horas al día en esa actividad (Martínez *et al.*, 2012; Montero *et al.*, 2014; Ramos *et al.*, 2016), lo que implica disponer de muy pocas horas del día para realizar actividades recreativas o dedicadas al cuidado propio, lo que contribuye a generar mayores niveles de carga.

Respecto a dichos niveles, más de un tercio de la muestra sufría carga leve, y más de un cuarto, carga excesiva, lo que concuerda con los datos de otros autores (Oliveira *et al.*, 2017; Montero *et al.*, 2014; Ramos *et al.*, 2016; Salinas *et al.*, 2017), y difiere de lo hallado por Alam *et al.*, (2020), quienes reportan que la mitad de sus sujetos no padecía carga o, a lo más, una carga ligera, lo que demuestra la necesidad de efectuar intervenciones enfocadas a disminuir los niveles de carga en los cuidadores.

La carga y el impacto del cuidado correlacionaron positivamente con la vivencia emocional negativa, que se refiere a sentimientos de malestar relacionados con la necesidad de cumplir con las obligaciones del cuidado, y con la percepción emocional negativa, que alude a las emociones relacionadas con la evaluación externa (inseguridad, pena, vergüenza y culpa), lo que coincide con los resultados de Martínez *et al.* (2012), quienes reportan que 72% de sus sujetos afirmaron sentirse tristes y deprimidos, y que 62.5% sentían enojo e irritabilidad. A su vez, Sánchez *et al.* (2017) reportan que tres cuartas partes de las madres de hijos con discapacidad manifestaban síntomas depresivos, lo que evidencia la importancia de fomentar las emociones y sentimientos positivos.

El impacto del cuidado correlacionó negativamente con el componente emocional positivo, lo que también se ha encontrado en otras investi-

gaciones. Crespo y Fernández (2015), por ejemplo, apuntan que el cuidado provoca estrés, pero que de igual forma puede acarrear consecuencias positivas, si bien los cuidadores que experimentan malestar pueden no percibirlos. Ruíz y Nava (2010) señalan el agradecimiento de la persona cuidada entre los sentimientos positivos que generan satisfacción. Barrios *et al.* (2015), en un estudio enfocado en abuelos que desempeñaban el rol de cuidadores, encontraron que cuidar a sus nietos discapacitados les daba un significado a sus vidas debido al amor que sentían hacia ellos.

Las relaciones interpersonales correlacionaron positivamente con la percepción emocional negativa. Según Ramos (2008), cuidar disminuye las posibilidades de salir de casa, de recibir o hacer visitas a amigos, familiares y vecinos; también puede provocar tensión en las relaciones intergeneracionales (Losada *et al.*, 2005). Si bien la carga afecta las relaciones interpersonales, contar con una adecuada red de apoyo es de suma importancia cuando se cuida a otra persona.

Respecto a las variables sociodemográficas, cabe resaltar que los años siendo cuidador correlacionaron negativamente con el efecto del cuidado. Esquivel (2015) afirma que conforme los padres logran conocer más el SD, más comprenden que sus hijos pueden aprender a desarrollar otras habilidades para la vida, aunque sea de manera más lenta, y que requieren apoyo para ello. El tiempo de ejercer el rol de cuidador correlacionó con las expectativas de autoeficacia, resultado que concuerda con los de otros investigadores. Huerta y Rivera (2017) señalan que conforme pasa el tiempo, el cuidador aprende a manejar las demandas, con lo que logra una cierta estabilidad, lo que sugiere que con el paso de los años logra adaptarse y adquiere experiencia respecto a su rol, hallazgo relevante porque indica la necesidad de atender al cuidador durante los primeros años de cuidado.

La edad del cuidador correlacionó positivamente con el componente emocional positivo. Esbensen y Seltzer (2011) realizaron un estudio longitudinal de madres de 55 años o más que tenían hijos con SD para evaluar sus sentimientos hacia estos, encontrando que tales madres, en comparación con aquellas con hijos con otras discapacidades (*cf.* Islas y Castillejos, 2016; Martínez *et al.*, 2008), al igual que las madres de mayor edad, manifestaban un mayor bienestar. Lo anterior indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de carga respecto a la edad del cuidador, los años en esa tarea, la vivencia del cuidado y la percepción emocional negativa; sin embargo, no hay estudios en la literatura con los que se puedan comparar tales hallazgos.

El presente estudio representa una primera aproximación hecha en México para evaluar la carga y los afectos positivos y negativos en los cuidadores de personas con SD. Aun así, se sugiere ampliar la muestra en futuras investigaciones, así como incluir variables que permitan determinar el nivel de dependencia de la persona con SD y evaluar la salud del cuidador, así como diseñar y validar instrumentos para la carga del cuidador en esta población.

En consecuencia, es posible concluir que los cuidadores de personas con síndrome de Down presentan en su mayoría síntomas de carga, y que a medida que esta se eleva, lo hacen también la vivencia y la percepción emocional negativa. Además, conforme aumentan los años como cuidador crece a la vez el efecto del cuidado y disminuyen las expectativas de autoeficacia. Es por ello necesario continuar efectuando investigaciones en esta población y considerar otras variables psicológicas positivas, a fin de contribuir a la creación de programas de intervención temprana destinados a los cuidadores.

*Citación:* Vázquez-García, P.A., Huerta-Solano, C.I., Bravo-Andrade, H.R., Ruvalcaba-Romero, N.A. y Montero-Pardo, X. (2023). Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down. *Psicología y Salud*, 33(2), 369-378. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2819>.

## REFERENCIAS

- Alam El-Deen, N., Alwakeel, A.A., El-Gilany, A.-H. y Wahba, Y. (2020). Burden of family caregivers of Down syndrome children: a cross-sectional study. *Family Practice*, 38(2), 160-165. Doi: 10.1093/fampra/cmaa097.
- Anderson, M.I., Daher, M. y Simpson, G.K. (2020). A predictive model of resilience among family caregivers supporting relatives with traumatic brain injury (TBI): A structural equation modelling approach. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(10), 1925-1946. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1620787>.
- Ashraf, M. y Sitwat, A. (2016). Personality dimensions, positive emotions and coping strategies in the caregivers of people living with HIV in Lahore, Pakistan. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 364-374. <https://doi.org/10.1111/ijn.12444>.
- Ayala, F. (2017). México carece de registro preciso sobre pacientes con síndrome de Down. *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2017/03/21/mexico-carece-registro-preciso-pacientes-sindrome-down.html>.
- Banco Mundial (2019). *Discapacidad*. BM. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>.
- Barrera O., L., Sánchez H., B. y Carrillo G., G.M. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 39-47.
- Barrios M., A., Cabrera M., J.E., Martínez G., L.D., Robles R., M.T. y Ramos R., B.R. (2015). Perfil sociodemográfico, carga percibida y calidad de vida en abuelos cuidadores de niños con discapacidad. *Psicología y Salud*, 25(2), 169-180.
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46.
- Bastidas A., M., Ariza M., G. y Zuliani A., L. (2013). Síndrome de Down. Experiencia maternal de crianza: entre alegrías y tristezas. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 76(4), 151-158.
- Carrillo G., G.M., Sánchez H., B. y Barrera O., L. (2015). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. *Revista de Salud Pública*, 17(3), 394-403. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n3.32408>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Cortina G., L.G. y Berenzon G., S. (2013). Traducción al español y propiedades psicométricas del instrumento Positivity Self Test. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 53-64.
- Crespo, M. y Fernández L., V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>.
- Cruz, J. y Ostiguin, R.M. (2011). Cuidador : ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54.
- Díaz C., S., Yokoyama R., E. y Del Castillo R., V. (2016). Genómica del síndrome de Down. *Acta Pediátrica de México*, 37(5), 289. <https://doi.org/10.18233/apm37no5pp289-296>.
- Durón R., M. y Martínez J., I.E. (2009). Síndrome de desgaste del cuidador : ¿estamos ayudando? *Revista Médica Hondureña*, 77(1), 43-44.
- Esbensen, A.J. y Seltzer, M.M. (2011). Accounting for the “Down syndrome advantage”. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116(1), 3-15. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-116.1.3>.
- Esquivel H., M. (2015). Niños y niñas nacidos con síndrome de Down: Historias de vida de padres y madres. *Revista Electrónica Educare*, 19(1), 311-331. <https://doi.org/10.15359/ree.19-1.17>.
- Fairthorne, J., de Klerk, N. y Leonard, H. (2015). Brief report: Burden of care in mothers of children with autism spectrum disorder or intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 1103-1109. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2629-9>.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity* (1a ed.). Crown Publishers.
- Fredrickson, B.L. y Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.60.7.678>.
- Gallagher, S., Phillips, A.C., Oliver, C. y Carroll, D. (2008). Predictors of psychological morbidity in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1129-1136. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn040>.
- García C., M.M., Mateo R., I. y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 132-139.
- García C., M.M., Mateo R., I. y Maroto N., G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 83-92. <https://doi.org/10.1157/13061998>.
- Huerta R., Y. y Rivera H., M.E. (2017). Resiliencia, recursos familiares y espirituales en cuidadores de niños con discapacidad. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 9(2), 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.005>.
- Ilhan, N., Akhan, L.U., Baygut, Ş., Dalli, G.N. y Yildirim, C. (2019). The factors affecting the family burden and depression status of families of children with Down syndrome in Turkey. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(3-4), 176-195. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1654573>.

- Islas S., N.L. y Castillejos L., M.J. (2016). Prevalencia de sobrecarga, depresión y nivel de dependencia en cuidadores primarios informales de niños con lesión cerebral de un centro de rehabilitación infantil. *Psicología y Salud*, 26(1), 25-31.
- Jenaro R., C. y Gutiérrez B., B. (2015). Análisis de la Escala de eEstrés Parental-Forma Abreviada en padres de hijos con discapacidad intelectual mediante el modelo de Rasch. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(39), 68-76.
- Kirk, K.D., Fedele, D.A., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T.M., Mazur, T., Mullins, L.L. y Wisniewski, A.B. (2011). Parenting characteristics of female caregivers of children affected by chronic endocrine conditions: A comparison between disorders of sex development and type 1 diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(6), e29-e36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.10.005>.
- Lirio C., J.L. y García P., J.G. (2014). Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. *Pediatría Integral*, 18(8), 539-549.
- López G., E.P. (2016). Cuidador informal. *Revista de Enfermería*, 8, 71-77.
- Losada, A., Montorio, I., Fernández, M. y Márquez, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Inerser. Recuperado de <http://publicaciones.administracion.es>.
- Macedo, E.C., Da Silva, L.R., Paiva, M.S. y Ramos, M.N.P. (2015). Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 769-777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>.
- Martínez G., L.D., Robles R., M.T., Ramos del Río, B., Santiesteban M., F., García V., M. E., Morales E., M.G. y García L., L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20(1), 23-29.
- Martínez L., C.R., Ramos R., B., Robles R., M.T., González M., L.D. y Figueroa L., C.G. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22(55), 275-282.
- Masulani-Mwale, C., Kauye, F., Gladstone, M. y Mathanga, D. (2018). Prevalence of psychological distress among parents of children with intellectual disabilities in Malawi. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1731-x>.
- Montero P., X., Jurado C., S., Figueroa L., C.G., Robles G., R., Aguilar V., G. y Méndez V., J. (2012). Carga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 118-124.
- Montero P., X., Jurado C., S. y Méndez V., J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*, 24(1), 45-53.
- Oliveira B., A.L., Oliveira B., A., De Medeiros B., G.L. y Botti R.S., M.T. (2017). Burden of caregivers of children and adolescents with Down syndrome. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(11), 3625-3634. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31102016>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. OMS. Recuperado de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3562:2010-clasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&Itemid=2561&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3562:2010-clasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&Itemid=2561&lang=es#gsc.tab=0).
- Ortunio C., M., Herrera L., E. y Guevara R., H. (2016). Síndrome de carga y calidad de vida del cuidador de pacientes pediátricos. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 17, 1-17.
- Ramos R., B. (Comp.) (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. Recuperado de <https://elibro-net.wdg.biblio.udg.mx:8443/es/ereader/udg/76096?page=175>.
- Ramos R., B., Flores B., A.C. y Figueroa L., C.G. (2016). Relación de carga percibida del cuidado y pensamientos disfuncionales en padres cuidadores con cardiopatías congénitas. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 19(1), 24-28. Recuperado de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/58581>.
- Rogero G., J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.
- Ruiz R., A.E. y Nava G., M.G. (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0304-y>.
- Salinas R., K., Acevedo M., R.J., Del Castillo A., A., Guzmán S., R.M.E. y Pineda S., J.E. (2017). Estrés, sobrecarga y ansiedad en cuidadoras primarias de niños que padecen leucemia. *European Scientific Journal*, 13(24), 79. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n24p79>.
- Sánchez R., B.R., Cerda T., G.G. y Castellanos V., A. (2017). Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad. *Psicología y Salud*, 27(33), 61-70.
- Secretaría de Salud (2019). *Día Mundial de las Personas con Síndrome de Down*. SSA. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-de-las-personas-con-sindrome-de-down?idiom=es>.
- Sierra R., M.C., Navarrete H., E., Canún S., S., Reyes P., A.E. y Valdés H., J. (2014). Prevalencia del síndrome de Down en México utilizando los certificados de nacimiento vivo y de muerte fetal durante el periodo 2008-2011. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(5), 292-297. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2014.09.002>.

- Ventura L., J.L. y Caycho, T. (2017). Q de Cohen: Comparación de correlaciones entre muestras independientes en base a Urzúa et al. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 411-412. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000300020>.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.

# Efectos del apoyo social sobre el estrés cotidiano en supervivientes de cáncer

## *Effects of social support on daily stress in cancer survivors*

*Ornella Castagnetta, Tomás Blasco Blasco y Jordi Fernández-Castro*

Universitat Autònoma de Barcelona<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Tomás Blasco Blasco, [tomas.blasco@uab.es](mailto:tomas.blasco@uab.es).

### RESUMEN

Los supervivientes de cáncer deben adaptarse en muchos casos a secuelas y limitaciones que producen malestar emocional y estrés de manera cotidiana. El apoyo social puede ayudar a reducir tal molestia, pero no está clara la frecuencia con que debe recibirse, y tampoco si su falta produce efectos negativos. En esta investigación sobre el malestar cotidiano de 60 supervivientes de cáncer se evaluó mediante registros diarios el estrés que habían experimentado y el grado en que habían recibido apoyo social. Los resultados indican que recibir apoyo social es eficaz para reducir el malestar, pero lo es menos cuando la causa del malestar se atribuye al hecho de ser un superviviente. Tales resultados sugieren que debe ayudarse al superviviente a afrontar el malestar cotidiano, y a su entorno social a comprender mejor las causas del mismo para poder ofrecer un apoyo más eficaz.

**Palabras clave:** Cáncer; Supervivientes; Estrés cotidiano; Apoyo social.

### ABSTRACT

*Cancer survivors must adapt in many cases to sequelae and limitations that produce emotional distress and stress daily. Social support can help reduce this discomfort, but the effects of how often it is received still need to be determined or whether its absence produces adverse effects. The present study evaluated the daily discomfort of 60 cancer survivors, using daily recordings, the stress experienced, and the social support received. The results indicate that receiving social support reduces discomfort in the short term but seems less effective when the patient attributes the cause of discomfort to being a survivor. The reduction in discomfort, however, is not sustained in the long term. These results suggest that the survivor should receive help to cope with daily discomfort and their social environment to understand better its causes to provide more effective support.*

**Key words:** Cancer; Survivors; Daily stress; Social support.

*Recibido:* 01/12/2021

*Aceptado:* 03/03/2022

---

<sup>1</sup> Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES), Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació, 08193 Bellaterra (Barcelona), España, tel. (34)93-581-23-66, correos electrónicos: [ornellacastagnetta@gmail.com](mailto:ornellacastagnetta@gmail.com) y [jordi.fernandez@uab.es](mailto:jordi.fernandez@uab.es).





El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Sin embargo, la supervivencia de los pacientes de cáncer ha aumentado de forma continua en los últimos años (Allemani *et al.*, 2018), lo que significa que cada vez más personas superan la enfermedad tras haber sido diagnosticada. Puede suponerse que una vez que han pasado las fases de diagnóstico y tratamientos estos pacientes vuelven a sus rutinas previas sin mayores dificultades. De hecho estos pacientes informan haber experimentado cambios vitales positivos tras la enfermedad (Ochoa y Casellas, 2017). No obstante, los efectos secundarios de los tratamientos y las secuelas de la enfermedad generan en muchos casos limitaciones y condiciones crónicas que hacen difícil la vuelta a la normalidad al verse afectados los aspectos psicosociales y los relacionados con la reinserción laboral del superviviente (Arrighi, 2014; Grupo Español de Pacientes de Cáncer [GEPAC], 2013; Navarro, Limonero, Maté y Gómez, 2010).

Superar un cáncer exige a la persona un proceso de adaptación, condición que hace necesario conocer, por un lado, las vivencias y necesidades de quienes han pasado por la experiencia de cáncer y, por otro, la manera como actúan los diferentes factores que pueden facilitar o dificultar dicho proceso. Sin duda, el apoyo social —entendido como un proceso interactivo mediante el cual se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de las personas que nos rodean (Ponce, Velásquez, Márquez, López y Bellido, 2009)— tiene un efecto directo sobre diferentes ámbitos de la calidad de vida de los supervivientes, incrementándola o evitando su deterioro. Lo anterior se ha comprobado a través de estudios que han valorado el impacto del apoyo social sobre las secuelas físicas (Hughes *et al.*, 2014), el estrés postraumático y la depresión (Carpenter, Fowler, Maxwell y Andersen, 2010; Huang y Hgsu, 2013; Hughes *et al.* 2014; Talley, Molix, Schlegel y Bettencourt, 2010). Otros han reportado que el apoyo social produce efectos positivos cuando la fuente que lo genera proviene de personas cercanas o importantes para el superviviente (McDonough *et al.*, 2019). Pero también se ha documentado que la falta de apoyo social afecta negativamente la calidad de vida

de los supervivientes (Torres y Sánchez-Aragón, 2021). Jang y Kim (2018) y Yeung y Lu (2018), por su parte, han encontrado que dicho apoyo está más presente en las primeras etapas del proceso de supervivencia, pero que va disminuyendo con el paso del tiempo.

Parece claro, pues, que el apoyo social es beneficioso para ayudar al superviviente a gestionar el malestar generado por las secuelas de la enfermedad. Pero lo que los estudios anteriormente citados no permiten discernir es si este apoyo social es recibido con la frecuencia y la intensidad que serían deseables. Una característica común en esas investigaciones es que suelen fundamentarse en datos recogidos mediante autoinformes que dan cuenta de manera retrospectiva de valoraciones sobre diferentes intervalos temporales, lo que podría producir sesgos causados por el recuerdo o por el hecho de tener que estimar un valor promedio sobre un periodo en el que pueden haber sucedido diferentes condiciones que generan malestar y en las que ha habido o no diversos grados de apoyo social y una diferente eficacia de los mismos.

Por todo ello, y con el fin de tener una imagen más precisa de los efectos del apoyo social en supervivientes de cáncer, este trabajo pretendió evaluar dichos efectos en situaciones de estrés cotidiano mediante el uso de la llamada Evaluación Ecológica Momentánea (*Ecological Momentary Assessment*) (Shiffman, Stone y Hufford, 2008), en su variante de registros diarios. En estos, al final del día, se valora el nivel de estrés experimentado durante ese día y el apoyo social recibido. Dicha metodología minimiza los sesgos de memoria, maximiza la validez ecológica y permite el estudio de procesos que influyen en el comportamiento en el contexto real.

## MÉTODO

### Participantes

El criterio para considerar a una persona como superviviente en el contexto de esta investigación fue el haber finalizado el tratamiento activo, y que ello hubiera ocurrido en los últimos cinco años. A través de un cartel informativo publicado en diver-

sos grupos de Facebook (“Asociación Oncológica Integrativa”, “Vive tu cáncer”, “Cáncer Ovario y Ginecológico Valencia”, “Ayúdame a Vencer el Cáncer”, “Y si es posible, con una sonrisa”, “Survivor Cáncer Team”, “La jirafa flamenca” y “Adolescentes y jóvenes con cáncer”) se solicitaba la participación voluntaria en el estudio. De esta manera, se obtuvo una muestra de 60 supervivientes (55 mujeres y 5 hombres), con una media de edad de 44 años (D.E. = 7.4 años; rango 26-64 años), y que habían padecido cáncer de mama (44 casos), cáncer colorrectal (5), linfoma (5), u otros diagnósticos (pulmón, 2; ovario, 2; útero, 1; leucemia, 1). El tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento activo fue de menos de un año en 24 casos, entre 1 y 3, en 23, y entre 3 y 5, en 13<sup>2</sup>.

### Instrumentos

Se elaboró un cuestionario en formato de diario online estructurado en tres partes. En la primera de ellas, y mediante una escala Likert de 0 a 10, la persona indica los grados de tranquilidad y de fatiga que está experimentando al momento de contestar el cuestionario, al final del día. En la segunda parte, la persona debe identificar si ha habido un evento estresante que haya generado malestar a lo largo del día; en caso afirmativo, debe indicar mediante una escala Likert de 1 a 10 el grado de malestar producido por el evento estresante y ubicar su causa en una lista de diez eventos basada en el *Daily Inventory of Stressful Events* (Almeida, Wethington y Kessler, 2002), que luego son agrupados en cuatro categorías: “Problema físico”, “Discusión con alguien”, “Relaciones personales” y “Otro problema”. Una vez identificado el tipo de evento, se pide a la persona que indique si la causa del mismo la atribuye o no al hecho de ser superviviente. En la tercera parte, la persona indica si ha tenido o no apoyo social durante el evento estresante, después del mismo o en ambos casos, quién se lo ha proporcionado, y si dicho apoyo se ha recibido de manera espontánea o ha sido solicitado por la propia persona. Por último, valora en una escala Likert de 0-10 en qué medida ese

<sup>2</sup> Una descripción más detallada del procedimiento seguido para la captación de participantes se encuentra en Castagnetta, Blasco, y Fernández (2021).

apoyo social ha sido eficaz para manejar el evento estresante.

### Procedimiento

Previo acuerdo con cada participante respecto a la hora del día en que debía llenar el cuestionario, se le remitía diariamente y durante catorce días consecutivos un recordatorio vía correo electrónico para que contestase las preguntas mediante teléfono móvil, computadora o tableta electrónica. La hora acordada tenía que coincidir con la finalización de las rutinas diarias a fin de que la persona pudiera disponer de un momento de reposo para repasar el día y reflexionar sobre el mismo.

Previamente, el presente estudio fue aprobado por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana de la Universitat Autònoma de Barcelona, con referencia CEAH 2629.

### RESULTADOS

Se obtuvieron registros de 771 días (48 participantes completaron el cuestionario entre 12 y 14 días, y los 12 restantes entre 8 y 11 días). De ellos, 425 (55.12%) reportaron un evento estresante. De esos 425 días con un evento estresante, en 193 (45.41%) la causa del estrés se atribuyó al hecho de ser superviviente. La Tabla 1 muestra los porcentajes de días en que se recibió apoyo social. Se observa que el porcentaje de días en que se recibió apoyo social cuando la causa se atribuye al hecho de ser superviviente es inferior al porcentaje de días en los que la causa no se atribuye a la supervivencia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 1.** Frecuencias y porcentajes de días en los que se recibió o no apoyo social.

Apoyo social	CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	
Recibido	68	35.23	108	46.55	5.56*
No recibido	125	64.77	124	53.45	
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100.00</b>	<b>232</b>	<b>100.00</b>	

Nota: \* $p < 0.05$ ; CAUSUP: eventos estresantes atribuidos a la supervivencia; NOCAUSUP: eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia.

La forma en que se recibió el apoyo social fue mayoritariamente espontánea (63.64% de las ocasiones), sin que hubiera diferencia entre los días en que la causa del evento estresante se atribuye al hecho de ser superviviente, y los días en que no se atribuye a ese motivo. El apoyo social era proporcionado principalmente por la pareja (29.77%), los familiares (25.12%), o los amigos (23.72%).

Las causas que generan el evento estresante en los 176 días en que se recibió apoyo social se indican en la Tabla 2. Pueden verse unas diferencias claras, ya que cuando dichas causas se atribuyen a la supervivencia es más frecuente el problema físico, mientras que los otros tres tipos de causas son las que prevalecen en los días en los que el motivo no se atribuye a la supervivencia. No obstante, no se hallaron diferencias entre el grado de malestar provocado por causas atribuidas a la supervivencia ( $M = 7.65$ ; D.E. = 1.51) y la molestia provocada por motivos diferentes ( $M = 7.42$ ; D.E. = 1.79).

**Tabla 2.** Frecuencias y porcentajes de eventos estresantes causantes de malestar en los días en que se recibió apoyo social.

Tipo de evento estresante	CAUSUP		NOCAUSUP		$\chi^2$
	N	%	N	%	
Problema físico	33	48.52	12	11.11	35.94*
Discusión con alguien	4	5.88	28	25.92	
Relaciones personales	8	11.76	27	25.00	
Otro problema	23	33.83	41	37.96	
Total	68		108		

Nota: \* $p < 0.05$ ; CAUSUP: eventos estresantes atribuidos a la supervivencia; NOCAUSUP: eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia.

La Tabla 3 recoge los niveles de eficacia percibida del apoyo social. Si se tiene en cuenta que la eficacia máxima tiene un valor de 10, estos niveles son bastante satisfactorios y no se observan diferencias en función del tipo de causa a la que se atribuye la aparición del evento estresante.

**Tabla 3.** Niveles de eficacia percibida para los distintos tipos de apoyo social.

Tipo de apoyo social	TOTAL		CAUSUP		NOCAUSUP		$t$
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	
Hacer algo	7.90	1.47	7.76	1.32	7.97	1.55	0.68
Sentirme mejor	7.49	1.92	7.35	2.17	7.58	1.74	0.75
Conseguir información	8.20	1.31	8.27	1.19	8.18	1.35	0.21

TOTAL: Días con evento estresante ( $N = 176$ ); CAUSUP: eventos estresantes atribuidos a la supervivencia ( $N = 108$ ); NOCAUSUP: eventos estresantes no atribuidos a la supervivencia ( $N = 68$ ); M = Media; D.E. = Desviación estándar.

Por último, en los días en que la causa del evento estresante se atribuye a la supervivencia, el que se reciba o no apoyo social no guarda relación con los niveles de tranquilidad (Tabla 4) o de fatiga (Tabla 5).

**Tabla 4.** Niveles de tranquilidad en función de la recepción o no recepción de apoyo social en los días en que el evento estresante se atribuyó al hecho de ser superviviente ( $n = 68$ ).

Tipo de apoyo social	RECIBIDO		NO RECIBIDO		$t$
	M	D.E.	M	D.E.	
Hacer algo	6.64	1.97	6.74	2.02	0.22
Sentirme mejor	6.65	2.00	7.67	1.15	0.87
Conseguir información	7.00	2.05	6.63	1.98	0.56

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

**Tabla 5.** Niveles de fatiga en función de la recepción o no recepción de apoyo social en los días en que el evento estresante se atribuyó al hecho de ser superviviente ( $n = 68$ ).

Tipo de apoyo social	RECIBIDO		NO RECIBIDO		$t$
	M	D.E.	M	D.E.	
Hacer algo	7.24	2.37	7.26	0.02	0.02
Sentirme mejor	7.28	2.27	6.67	4.93	0.43
Conseguir información	7.27	2.15	7.25	2.44	0.03

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

Lo mismo sucede en los días en los cuales el evento estresante no se atribuye a la supervivencia (Tablas 6 y 7).

**Tabla 6.** Niveles de tranquilidad en función de la recepción o no recepción de apoyo social en los días en que el evento estresante no se atribuyó al hecho de ser superviviente (n = 108).

Tipo de apoyo social	RECIBIDO		NO RECIBIDO		t
	M	D.E.	M	D.E.	
Hacer algo	6.60	2.40	6.61	2.26	0.27
Sentirme mejor	6.61	2.35	6.50	2.17	0.11
Conseguir información	6.08	2.26	6.90	2.33	1.78

**Tabla 7.** Niveles de fatiga en función de la recepción o no recepción de apoyo social en los días en que el evento estresante no se atribuyó al hecho de ser superviviente (n = 108).

Tipo de apoyo social	RECIBIDO		NO RECIBIDO		t
	M	D.E.	M	D.E.	
Hacer algo	6.72	2.39	6.41	2.51	0.63
Sentirme mejor	6.58	2.43	7.00	2.61	0.41
Conseguir información	6.44	2.38	6.70	2.47	0.53

## DISCUSIÓN

Los datos indican que los participantes solo recibían apoyo social en 176 (41%) de los 425 días en los que se produce un evento estresante; ese porcentaje es aún más bajo cuando la causa del evento estresante se atribuye al hecho de haber padecido la enfermedad. Es difícil saber si ese porcentaje es más bajo del que puede recibir una persona que no sea superviviente de cáncer, pues los presentes autores no disponen de datos al respecto, ni conocen ninguna investigación que los aporte. No obstante, sí se pueden plantear dos posibles explicaciones del porqué el porcentaje es inferior cuando la causa se atribuye al hecho de ser superviviente. Una primera provendría del hecho de que el principal motivo que produce el evento estresante atribuido a la supervivencia es un problema físico, probablemente fatiga, ya que la misma es una consecuencia que genera frecuentemente quejas y necesidades en estas personas (García y Alós, 2015; Kluthcovsky *et al.*, 2012). Esta secuela da lugar a un malestar que no es directamente visible a los demás, y si se tiene en cuenta que en la mayor parte de ocasiones el apoyo social surge de ma-

nera espontánea según los resultados obtenidos, tal apoyo no se pondría en marcha porque quien lo otorga no detecta en la otra persona esa necesidad. Una segunda explicación, ligada a la anterior, se basa en que el cansancio u otro problema físico sería difícil de verse aliviado por el apoyo social, y tal vez por ello el superviviente no solicitaría tampoco tal ayuda aun en el caso de tenerla disponible. Tal consideración está además apoyada por el hecho de que el nivel de fatiga al final del día es el mismo, tanto si se ha recibido apoyo social como si no.

El apoyo social, independientemente de la causa, es considerado bastante eficaz para ayudar a la persona a hacer algo, a que se sienta mejor o que consiga información. Lo anterior muestra que aunque no siempre el apoyo social se ofrece cuando hay eventos estresantes en el día a día del superviviente, si está presente es útil, lo que otros estudios confirman con pacientes de cáncer que indican que el apoyo de la pareja las ayuda a controlar el estrés (Santiago y Sánchez, 2021). La pregunta que surge es si el hecho de que no haya apoyo social en los días con evento estresante es algo que pueda generar un cierto malestar en los supervivientes. Los datos del presente estudio, que indican que no hay diferencias en la tranquilidad y la fatiga al final del día en los días en que se ha recibido apoyo social y en los que no se ha recibido, permiten descartar esa posibilidad. Ahora bien, la literatura a este respecto señala que la falta de apoyo social genera malestar cuando la persona espera recibirlo (Linden y Vodermaier, 2012). Esta falta de apoyo puede incluso llegar a convertirse en un evento estresante en sí mismo que favorecería a la larga la aparición de un posible trastorno por estrés postraumático en supervivientes de cáncer (Chu, Wong y Lu, 2021).

El efecto benéfico del apoyo social ante eventos estresantes parece tener, no obstante, un efecto temporal breve porque, tanto si se ha recibido apoyo como si no, al final del día los niveles de tranquilidad y fatiga son similares. Es posible entonces que el superviviente utilice otros recursos eficaces, como las estrategias de afrontamiento, para poder experimentar más tranquilidad y menos fatiga al final del día en que ha sufrido un evento estresante. Dichas tácticas no deben basarse en un afrontamiento evitativo, ya que este no es

siempre una estrategia adaptativa para reducir el malestar (Cohee *et al.*, 2021).

Todo lo anterior debe ser considerado teniendo en cuenta las limitaciones del presente trabajo; la más significativa es que posiblemente debido al sistema de reclutamiento y de recolección de datos, así como al hecho de que las mujeres suelen ser más activas y participativas en las redes sociales, la muestra obtenida fue mayoritariamente femenina, con un predominio claro de supervivientes de cáncer de mama, por lo que la generalización de resultados debe circunscribirse a este tipo de personas. Una segunda limitación es que no puede descartarse el hecho de que la valoración al final del día haya producido sesgos en la misma por efectos de cansancio o por distorsiones en el recuerdo.

Pese a ello, se considera que este trabajo aporta datos relevantes para comprender mejor las situaciones de estrés cotidiano que experimentan los supervivientes de cáncer, ya que en ellos parece desempeñar un papel relevante el hecho de que la causa de las mismas se atribuye a haber padecido la enfermedad, lo que hace posible sugerir dos líneas de intervención psicológica con estas personas: por un lado, ayudar al superviviente a cambiar el foco de atención del pasado (enfermo de cáncer) al presente (superviviente libre de enfermedad), mostrándole recursos adecuados —de los que puede ya disponer o adquirir con el asesoramiento necesario— para afrontar las situaciones

estresantes tal y como son, sin relacionarlas con la enfermedad, recuperando así sus roles y actividades previas (Martínez y Andreu, 2019). En ese proceso, la solicitud de apoyo social podría ser un elemento clave, pues dicho apoyo social es valorado siempre como muy útil. Así, parece importante fomentar en los supervivientes la petición de apoyo emocional, el cual, aunque no resuelva el problema físico, sí puede reducir el malestar psicológico experimentado.

De ello se deriva una segunda línea de intervención, que puede dirigirse al entorno de la persona superviviente (familiares cercanos y amigos íntimos), con el fin de ayudarle a entender que la fase de supervivencia se caracteriza por situaciones de estrés que, aunque no se distingan necesariamente de las que experimenta la población no oncológica, pueden generar un malestar más intenso si se atribuyen al hecho de haber tenido la enfermedad, y que proporcionar apoyo social en toda circunstancia, tanto si el superviviente lo solicita como si no, ayuda a reducir dicho malestar. Por último, y también referido al entorno del superviviente, dar a conocer que la fatiga es un elemento “invisible” que genera malestar ayudará a dicho entorno a comprender mejor por qué, en ocasiones sufre malestar sin una causa que puedan identificar los demás. De este modo, el entorno puede llegar a entender que aunque el superviviente parezca “curado”, en realidad sigue luchando contra las secuelas que ha dejado la enfermedad.

*Citación:* Castagnetta, O., Blasco B., T. y Fernández-Castro, J. (2023). Efectos del apoyo social sobre el estrés cotidiano en supervivientes de cáncer. *Psicología y Salud*, 33(2), 379-385. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2820>.

## REFERENCIAS

- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., Bonaventure, A., Valkov, M., Johnson, C.J., Estève, J., Ogunbiyi, O.J., Azevedo, E., Silva, G., Chen, W.Q., Eser, S., Engholm, G., Stiller, C.A., Monnereau, A., Woods, R.R., Visser, O., Lim, G.H. y Concord Working Group (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (Concord-3): Analysis of individual records for 37'513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*, 391(10125), 1023-1075. Doi: 10.1016/s0140-6736(17)33326-3.
- Almeida, D.M., Wethington, E. y Kessler, R.C. (2002). The Daily Inventory of Stressful Events: An interview-based approach for measuring daily stressors. *Assessment*, 9(1), 41-55.
- Arrighi, E. (2014). *Necesidades de personas que han finalizado los tratamientos oncológicos en España*. Tesis doctoral inédita. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona.
- Carpenter, K.M., Fowler, J.M., Maxwell, G.L. y Andersen, B.L. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Annals of Behavior Medicine*, 39, 79-90. Doi: 10.1007/s12160-010-9160-1.

- Castagnetta, O., Blasco, T. y Fernández C., J. (2021) Estrés cotidiano en supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 18(1), 37-50. Doi: 10.5209/psic.68238.
- Chu, Q., Wong, C.C.Y. y Lu, Q. (2021) Social constraints and PTSD among Chinese American breast cancer survivors: not all kinds of social support provide relief. *Journal of Behavioral Medicine*, 44, 29-37. Doi: 10.1007/s10865-020-00165-y.
- Cohee, A., Johns, S.A., Alwine, J.S., Talib, T., Monahan, P.O., Stump, T.E., Cella, D. y Champion, V.L. (2021) The mediating role of avoidant coping in the relationships between physical, psychological, and social wellbeing and distress in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 30, 1129-1136. Doi: 10.1002/pon.5663.
- García T., F. y Alós, F.J. (2015) Tratamientos psicológicos eficaces para reducir la fatiga en los supervivientes al cáncer: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 182-188.
- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) (2013). *Todo lo que empieza cuando termina el cáncer. Manual para supervivientes de cáncer y sus familiares*. Madrid: GEPAC.
- Huang, C.Y. y Hsu, M.C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 767-774. Doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.011.
- Hughes, S., Jaremka, L., Alfano, C., Glaser, R., Povoski, S., Lipari, A., Agnese, D., Farrar, W. et al. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 38-44. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.12.016.
- Jang, M. y Kim, J. (2018). A structural model for stress, coping, and psychosocial adjustment: A multi-group analysis by stages of survivorship in Korean women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 41-48. Doi: 10.1016/j.ejon.2018.01.004.
- Kluthcovsky, A.C.G.G., Urbanetz, A.A., de Carvalho, D.S., Maluf, E.M.C.P., Sylvestre, G.C.S. y Hatschbach, S.B.B. (2012). Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants, and impact on health related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 20, 1901-1909. Doi: 10.1007/s00520-011-1293-7.
- Linden, W. y Vodermaier, A. (2012). Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 20, 1449-1456. Doi: 10.1007/s00520-011-1228-3.
- Martínez L., P. y Andreu V., Y. (2019) Supervivencia en cáncer: la necesidad de una atención integral y la importancia de asumir un rol activo. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 39-45. Doi: 10.23923/pap.psicol2019.2885.
- McDonough, M.H., Beselt, L.J., Daun, J.T., Shank, J., Culos-Reed, S.N., Kronlund, L.J. y Bridel, W. (2019). The role of social support in physical activity for cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28, 1945-1958. Doi: 10.1002/pon.5171.
- Navarro, E., Limonero, J.T., Maté, J. y Gómez R., M.J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7, 127-141.
- Ochoa A., C. y Casellas G., A. (2017) El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11. Doi: 10.23923/pap.psicol2017.2815.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Ponce G., J.M., Velásquez S., A., Márquez C., E., López R., L. y Bellido M., M.L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería: Información*, 18(4), 224-228.
- Santiago S., D.Z. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes de cáncer. *Psicología y Salud*, Núm. Esp., 85-96. Doi: 10.25009/pys.v31i3.2730.
- Shiffman, S., Stone, A.A. y Hufford, M.R. (2008). Ecological Momentary Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1-32. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R.J. y Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology and Health*, 25(4), 433-449. Doi: 10.1080/08870440802582682.
- Torres S., S.M. y Sánchez-Aragón, R. (2021) El papel de los eventos hirientes y la regulación emocional en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Núm. Esp., 97-110. Doi: 10.25009/pys.v31i3.2731.
- Yeung Y., N. y Lu, Q. (2018). Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 41(1), 53-61. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000422.



# Factores de riesgo psicosocial y trastorno por estrés postraumático en trabajadores de primera respuesta a emergencias

## *Psychosocial risk factors and post-traumatic stress disorder in first responders to emergency workers*

Alejandra María Díaz-Tamayo<sup>1</sup>, Cecilia Andrea Ordoñez-Hernández<sup>2</sup>  
y Herney Andrés García-Perdomo<sup>3</sup>

Universidad del Valle<sup>1, 2, 3</sup>

Autor para correspondencia: Alejandra Díaz-T., [alejandra.diaz@correounivalle.edu.co](mailto:alejandra.diaz@correounivalle.edu.co).

### RESUMEN

El personal de primera respuesta a emergencias está expuesto a diversos riesgos inherentes a su trabajo, entre ellos el riesgo psicosocial, con alta prevalencia de estrés, estrés postraumático, agotamiento y fatiga. Estos resultan de la atención a pacientes en situaciones críticas y en condiciones desfavorables propias de entornos externos y desprotegidos, además de las condiciones laborales propias de las instituciones donde trabajan. El objetivo fue describir la influencia de los factores de riesgo psicosocial y la presencia de trastorno por estrés postraumático en la salud mental de los trabajadores de primera respuesta a emergencias. Como método se llevó a cabo una revisión exhaustiva del tema que incluyó la exposición de factores de riesgo psicosocial, el estrés relacionado con el trabajo y el trastorno por estrés postraumático. Se encontró que este último es una consecuencia frecuente relacionada con la exposición a los factores de riesgo psicosocial. Se concluyó que el personal de emergencias se expone de manera permanente a situaciones de estrés que pueden afectar su salud mental y que la evaluación y gestión de los factores de riesgo psicosocial, permite reconocer las condiciones de trabajo, e implementar protocolos de intervención enfocados en los aspectos más relevantes que estén impactando la salud mental de estos trabajadores.

**Palabras clave:** Factores de riesgo; Estrés laboral; Impacto psicosocial; Trastorno por estrés postraumático; Personal de primera respuesta; Atención prehospitalaria.

### ABSTRACT

*Emergency first responders get exposed to multiple risks inherent to their work. Some of these include the psychosocial risk factor with a high prevalence of stress, post-traumatic stress disorder, exhaustion, and fatigue. These risks arise from emergency first responders having to deal with patients in critical situations under adverse conditions typical of external and unprotected environments, as well as with the particular working conditions in the institutions where they work. The main objective of this study is to describe the influence of psychosocial risk factors and the presence of post-traumatic stress disorder on the mental health of emergency first responders. The*

<sup>1</sup> Doctorado en Salud, Facultad de Salud, Cali, Colombia, Calle 4b # 36b-37, <https://orcid.org/0000-0001-9182-5355>.

<sup>2</sup> Grupo de investigación Esculapio, Facultad de Salud, Cali, Colombia, <https://orcid.org/0000-0001-9296-3768>, correo electrónico: [cecilia.ordonez@correounivalle.edu.co](mailto:cecilia.ordonez@correounivalle.edu.co).

<sup>3</sup> Grupo de Investigación UROGIV, Escuela de Medicina, Cali, Colombia, correo electrónico: [herney.garcia@correounivalle.edu.co](mailto:herney.garcia@correounivalle.edu.co).





*methodology included an exhaustive literature review on the first responder's exposure to psychosocial risk factors, work-related stress, and post-traumatic stress disorder. The results suggest that the latter is a frequent consequence of exposure to psychosocial risk factors. These results suggest that being permanently exposed to stressful situations can affect their mental health. Likewise, the management and evaluation of psychosocial risk factors allow for recognizing labor conditions and lead the implementation of intervention protocols focused on the most relevant aspects that affect the mental health of these workers.*

**Key words:** Risk factors; Occupational stress; Psychosocial impact; Post-traumatic stress disorders; Emergency responders; Pre-hospital care.

Recibido: 05/11/2021

Acceptado: 06/06/2022

La atención prehospitalaria (APH en lo sucesivo) nació en los campos de batalla para denominar el transporte de los heridos hacia los servicios de atención en salud en el menor tiempo posible. Solo hasta 1940 los cuerpos de bomberos de los Estados Unidos empezaron a brindar atención médica durante el traslado (Técnicos de Emergencias Sanitarias Sin Fronteras [TESSINF], 2016). Desde entonces, los países con un mayor desarrollo económico han logrado establecer servicios prehospitalarios con recursos humanos y tecnológicos avanzados y con diferentes modelos de atención (Moreno, 2017).

En los países de Latinoamérica se han desarrollado y estructurado los servicios de APH de forma particular y respondiendo a sus diferentes circunstancias económicas, políticas y culturales, con avances significativos en la calidad de la prestación del servicio (Topete, Muñoz y Castillo, 2015). En correspondencia con lo anterior, en estos países el personal que trabaja en esta área varía de acuerdo a los distintos niveles de formación técnica, tecnológica o profesional, considerando como trabajadores de primera respuesta a las emergencias a los bomberos, paramédicos, personal prehospitalario y socorristas.

La APH comprende todas las intervenciones médicas y de transporte hechas a pacientes que presentan eventos médicos o traumáticos en escenarios externos al ámbito hospitalario (Maguire, O'Meara, Brightwell, O'Neill y Fitzgerald, 2014; Topete *et al.*, 2015). Quienes realizan esta labor y prestan atención de primera respuesta a tales emergencias se exponen a riesgos laborales derivados de situaciones y escenarios complejos y no controlados (Jones, 2017); a riesgos biológicos, biomecánicos, psicosociales o físicos; a violencia física, verbal y social, o a accidentes de trabajo y enfermedades laborales en ocasiones de considerable magnitud y graves consecuencias. Controlar los riesgos de la labor prehospitalaria y de atención a las emergencias plantea un gran desafío, puesto que la exposición varía con cada solicitud de auxilio, según el estado clínico del paciente y el escenario donde ocurre el evento.

Otras condiciones que pueden afectar el desempeño y la salud de los trabajadores de esta área son de tipo organizacional, como contratación y estabilidad laboral, así como las propias del entorno familiar (Jones, 2017), las cuales están asociadas a la aparición de trastornos mentales (Bernardo, Aparecida, Garrido y Kawamura, 2015; Cockburn, Milczarek, Irastorza y Rial, 2012). En consecuencia, es necesario determinar la influencia de las condiciones de trabajo y del estado de salud de esta población trabajadora para formular políticas públicas y planes de intervención al respecto (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2010).

El Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores 2015-2025 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015) evidenció que el sector salud es uno de los sectores económicos críticos por sus altos niveles de accidentalidad, enfermedad y mortalidad. Por esta razón es importante identificar los factores que pueden afectar la salud mental de una población trabajadora que se expone cotidianamente a brindar atención a pacientes en condiciones críticas, bajo condiciones adversas de tiempo o de un trabajo bajo presión a fin de mantener su eficiencia y el control de la situación. Las consecuencias psicológicas más comunes que derivan de esta exposición son el estrés y

el trastorno por estrés postraumático (TEPT en lo sucesivo) (Ruiz y Guerrero, 2017). La exposición continua a eventos de trauma y a condiciones laborales indeseables pueden ser factores de riesgo psicosocial que pueden desencadenar daños a la salud mental de estos trabajadores.

En consecuencia, el objetivo del presente trabajo fue describir la influencia de los factores de riesgo psicosocial y la presencia de TEPT en la salud mental de los trabajadores de primera respuesta a emergencias. Inicialmente, se abordan los factores de riesgo psicosocial; después los aspectos relacionados con el estrés en el trabajo y el concepto de TEPT, y finalmente se describe el estado actual del estudio de esta condición en poblaciones similares.

## FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió en 1984 el concepto *factores de riesgo psicosocial*, término que ha evolucionado con el tiempo hasta consolidarse en lo que hoy se conoce como “aquellos aspectos del diseño y la gestión del trabajo y sus contextos social y organizativo que pueden llegar a causar un daño psicológico o físico” (OIT, 2016, p. 3). La comunidad científica ha logrado establecer la naturaleza de dichos factores de riesgo; sin embargo, las nuevas formas de la organización del trabajo, las relaciones laborales, los modelos de empleo y los entornos laborales, mismas que se hallan en continuo cambio, pueden generar nuevos factores de riesgo que pueden hacer que evolucione el citado concepto. En la literatura científica se pueden encontrar los términos “factores de riesgo psicosocial” o “peligros psicosociales”.

En la actualidad se han diseñado diversos instrumentos para medir los factores de riesgo psicosocial en términos cuantitativos, y se han establecido métodos cualitativos para profundizar en el fenómeno, lo que ha permitido establecer programas de intervención en los trabajadores y áreas evaluadas a partir de aquellos. Existen diversas teorías que proponen instrumentos para evaluar los factores de riesgo psicosocial las cuales, aunque son clásicas, son vigentes (OIT, 2012). El

modelo teórico denominado demanda-control, de Karasek (1979), condensa lo que es el modelo teórico y el sistema de aplicaciones más importante en la historia de la psicología laboral, seguido por el de desequilibrio-esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996).

Las mediciones efectuadas de este factor de riesgo psicosocial se han enfocado en los elementos de riesgo individuales e intralaborales, y muy escasamente se mencionan los factores de riesgo extralaborales. En cuanto a las consecuencias negativas para la salud, Pulido, Puentes, Luney, Rocio y García (2015) y Vieco y Abello (2014) señalan que las mismas van desde la morbilidad mental susceptible de intervención clínica hasta las enfermedades de alta severidad que incluyen riesgo de muerte, como las cardiovasculares.

La investigación en la población consagrada a la tarea de urgencias se ha enfocado en el riesgo asociado con la labor, como los biomecánicos, físicos y químicos, prestando poca atención a los aspectos psicosociales, siendo este un factor que combina los aspectos laborales y las características de las personas para afrontar las tensiones mentales y emocionales (Igboanugo, Bigelow y Mielke, 2021).

La medición de los factores de riesgo en el personal que trabaja en contextos de primera respuesta a emergencias se ha limitado a investigaciones realizadas específicamente en Europa y América del Norte, donde el personal de ambulancias está más expuesto a las demandas emocionales (carga de trabajo) las cuales están asociadas con niveles más altos de mala salud mental y mala calidad del sueño (Hansen, Rasmussen, Kyed, Nielsen y Andersen, 2012). También se han reportado aspectos críticos en las demandas cognitivas y emocionales (Davison, Patrone y Gonçalves, 2019), estresores laborales agudos, falta de control en la parte de las organizaciones (Khasaba, El-Sherif, Ibrahim y Neatmatallah, 2014). Adicionalmente, los trabajadores de emergencias con niveles más altos de exposición al trauma y demandas laborales manifiestan niveles más altos de morbilidad psiquiátrica. Los altos niveles de control del trabajo y un exiguo apoyo social se han asociado con una reducción en la fuerza de la relación entre las demandas laborales y la morbi-

lidad psiquiátrica (Teoh, Lima, Vasconcelos, Nascimento y Cox, 2019).

La literatura muestra más evidencias de la importancia de los factores de riesgo psicosocial y su relación con la presencia de TEPT en el personal de primera respuesta a emergencias en países con mayor desarrollo económico, y muy poca en el ámbito latinoamericano, considerando el contexto cultural, social, económico y político de la región (Jones, 2017; Lewis-Schroeder *et al.*, 2018; Petrie *et al.*, 2018). Las estadísticas de violencia y accidentalidad en muchas de las ciudades latinoamericanas ponen de relieve el contexto que el personal de primera respuesta a emergencias debe enfrentar diariamente (Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal, A.C., de México, 2020).

## ESTRÉS RELACIONADO CON EL TRABAJO

La OIT (2016) ha definido el estrés como “la respuesta física y emocional causada por el desequilibrio entre las exigencias que percibe la persona y los recursos y capacidades percibidos para hacerle frente a esas exigencias” (p. 2). Cuando el estrés se relaciona con el trabajo se encuentra determinado por el diseño y la organización del mismo, por las relaciones laborales o cuando las exigencias exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. Los factores del lugar de trabajo que pueden causar estrés se denominan *factores de riesgo psicosocial* (peligros psicosociales). Es importante aclarar que el estrés no es un factor de riesgo psicosocial, sino una consecuencia de este.

Se manifiesta una alta prevalencia de estrés, agotamiento y fatiga en el personal de primera respuesta a emergencias como consecuencia de la atención a pacientes en situaciones críticas, eventos traumáticos, emociones al límite, temor a lo desconocido y condiciones de trabajo de alta complejidad, que incluyen entornos externos y desprotegidos y situaciones cotidianas diversas (Arenal y Belzunegui, 2017; Sánchez *et al.*, 2015). Asimismo, dicho personal se ve expuesto a las condiciones laborales propias de las instituciones don-

de trabajan, a las situaciones de emergencia que deben atender y al contexto que deben enfrentar. Todas estas condiciones pueden generar niveles de elevado estrés y exacerbar la cantidad de síntomas y su frecuencia de ocurrencia, generando así una respuesta de estrés severo y perjudicial para la salud (Sánchez, Loli y Sandoval, 2015).

El grado de control que debe tener el personal de emergencias ante las situaciones que deben afrontar, el trabajo por turnos que puede afectar los descansos, la alteración del ciclo circadiano, las relaciones sociales extralaborales y la condición física –que es un elemento determinante en el ejercicio de esta labor– son algunos de los factores que pueden hacer que las exigencias de este tipo de trabajo superen las capacidades del personal (Pujadas, Pérez y García, 2020).

Se ha documentado que el alto estrés laboral en este personal está asociado con una mayor ocurrencia de lesiones ocupacionales, errores en la ejecución de procedimientos médicos y episodios momentáneos de sueño mientras conducen vehículos (Cornell, Gnacinski, Zamzow, Mims y Ebersole, 2017).

Entre otros factores inductores percibidos por este personal que aumentan los niveles de estrés se encuentran las preocupaciones por carecer de recursos para hacer frente a diversas situaciones, sentimientos de debilidad personal y la falta de control sobre el contexto; adicionalmente, la incertidumbre por afrontar circunstancias que amenacen la vida de los tripulantes (Bohström, Carlström y Sjöström, 2017). Tales aspectos desencadenan más estrés que las mismas emergencias debido a que las condiciones de la atención nunca son las mismas (Pérez y Rodríguez, 2011).

La falta de apoyo social de los organismos, instituciones o empresas para hacer frente a estas situaciones es también un factor importante para el aumento del estrés laboral, lo que produce en los trabajadores aislamiento y soledad. Se ha evidenciado que ese tipo de apoyo influye positivamente, y de forma directa, sobre su salud y bienestar, y que mitiga o amortigua el efecto del estrés laboral sobre la salud (Pérez y Martín, 1995).

## TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Enfrentar continuamente la atención de pacientes en estado crítico y en desastres en los contextos latinoamericanos, donde son comunes los problemas sociales que generan violencia, con altos índices de accidentalidad vial, con aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y situaciones caóticas, hace que los escenarios a los que se expone este personal generen una mayor afectación en términos de su salud mental. Quienes trabajan como personal de primera respuesta a emergencias pueden desarrollar crisis que pueden pasar desapercibidas para ellos mismos, aunque afectan su relación con los entornos familiar y laboral. Los efectos de presenciar los eventos a los que están expuestos pueden generar en ellos una impresión emocional intensa, o “trauma”, que puede generar un trastorno de ansiedad denominado *trastorno de estrés postraumático* (TEPT en adelante) (Latorre, 2009).

Las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta pueden surgir durante y después de ocurrida una situación de emergencia como parte de la elaboración del trauma. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo esperado, interferirán en la vida familiar, social y laboral de este personal, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida y desarrollando patologías como el TEPT (Ruiz y Guerrero, 2017).

El TEPT fue descrito por Pinel en 1789 en las personas que sobrevivían a las batallas durante las contiendas de la revolución francesa (Ministerio del Trabajo, 2016). En 1980, el concepto se oficializó en la terminología psiquiátrica en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), y desde ese momento este cuadro clínico ha ido delimitando los criterios que lo definen, siendo de vital importancia para establecer estrategias de atención a poblaciones expuestas a eventos o experiencias traumáticas.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE 10) define el trastorno de estrés postraumático como “la respuesta retardada o tardía

a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración), de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría angustia generalizada a casi cualquier persona” (OPS, 1995, p. 329). En términos generales, es una afección de salud mental que desarrollan las personas por la experimentación o exposición a algún evento traumático.

Existen factores que predisponen la aparición del trastorno por estrés postraumático, como los rasgos de personalidad, el sexo, un bajo nivel académico, la exposición de forma repetitiva a experiencias traumáticas o la severidad de los hechos, entre otros. Factores como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento contribuyen a modificar la experiencia.

La OIT considera el trastorno de estrés postraumático como una enfermedad laboral relacionada con la presencia de factores de riesgo psicosocial en sectores como el de la salud, los equipos de primera respuesta a emergencias, rescate y bomberos, como las actividades más propensas a sufrir este trastorno (Ministerio del Trabajo, 2016).

Varios estudios han documentado tasas de prevalencia variables de TEPT en el personal que trabaja en los servicios de atención de emergencias prehospitalarias en diferentes países del mundo, específicamente en Estados Unidos, Canadá, Australia, Alemania y Reino Unido. Tal prevalencia varía entre los técnicos en emergencias médicas y paramédicos, con tasas entre 9 y 22%, y en los bomberos, con 17 y 32%. Entre los factores de riesgo que se encuentran asociados está principalmente la exposición a los eventos de trauma, dada la alta frecuencia y gravedad de los mismos (Lewis-Schroeder *et al.*, 2018; Petrie *et al.*, 2018). El personal de ambulancias en todo el mundo tiene una prevalencia de TEPT considerablemente más alta que las tasas observadas en la población general (Petrie *et al.*, 2018), ya que al presenciar eventos en que hay muertes masivas de personas y la atención de población infantil son los que les generan síntomas más intensos de TEPT, lo que a su vez se ha relacionado con más lesiones musculoesqueléticas (Katsavouni y Bebetos, 2016; Katsavouni, Bebetos, Malliou y Beneka, 2016).

Estudios efectuados en Brasil, México y Guatemala sobre la prevalencia de la depresión y el

TEPT muestran diferencias entre las poblaciones evaluadas y la necesidad de incluir variables organizacionales, contextuales e individuales en las mediciones, de modo que permitan determinar la influencia de estos factores en la aparición de trastornos mentales en estos profesionales (Berger *et al.*, 2007; Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas, 2012; Velásquez, Castillo, Mancilla, López y Arenales, 2019).

También se ha encontrado una significativa prevalencia de afecciones de la salud mental, como depresión, tendencias suicidas, ansiedad, angustia psicológica general, trastorno de estrés agudo, así como una asociación del TEPT con dificultades sociales e interpersonales, abuso de sustancias, consumo excesivo de alcohol, trastornos del sueño y problemas de salud física (Jones, 2017). Las características individuales, como la tendencia a autoevaluaciones negativas frecuentes, la hostilidad, una baja autoeficacia y el neuroticismo, aumentan el riesgo de desarrollar síntomas de TEPT. Otros factores de riesgo adicionales para el desarrollo y la exacerbación de los síntomas de dicho trastorno incluyen ciertas condiciones previas de salud mental, exposición a eventos traumáticos, falta de apoyo social e interacciones sociales negativas (Klimley, Van Hasselt y Stripling, 2018).

Adicionalmente, en la aparición de esta patología participan también factores neurobiológicos, características de personalidad particulares y el contexto psicosocial del personal. De no resolverse adecuadamente esta afectación puede propiciar la aparición de ideas suicidas, síntomas de reexperimentación del hecho traumático y percepciones estresantes generadas por las víctimas, evitación de estímulos asociados al trauma, hiperactivación, agotamiento emocional, ruptura de creencias, miedo y dificultades del sueño. Asimismo, hay otras variables relacionadas con esta patología, como los estresores organizacionales (aquellos factores relacionados al ambiente laboral) y los traumáticos que aparecen durante el cumplimiento del deber del personal de emergencias, lo que genera en este reacciones de fatiga psicológica y emocional, uno más de los factores asociados al TEPT (Hernández y Orozco, 2018).

Hay también un gran estigma que rodea las enfermedades mentales en una población como la

de primera respuesta a emergencias, que tradicionalmente tiene una cultura de autosuficiencia y fuerza, lo que hace que muestre una menor disposición a buscar ayuda profesional debido al autoestigma, la experiencia personal o las barreras sistémicas, aun reconociendo que se sufre de trastornos mentales (Krakauer, Stelnicki y Carleton, 2020).

## CONCLUSIÓN

La naturaleza del trabajo de primera respuesta a emergencias expone a sus trabajadores a peligros que la mayoría de las personas no afronta en el curso de su trabajo; asimismo, las demandas propias de las tareas que deben cumplir pueden interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. El personal de primera respuesta a emergencias encara el riesgo de vincularse emocionalmente en relaciones de tensión, afectando así el servicio que presta y desarrollando a mediano plazo síntomas asociados al estrés, afectando no solo en su desempeño sino sus condiciones de salud mental y bienestar general.

Otro aspecto importante es que si bien en países con mayor desarrollo económico se manifiesta la prevalencia de estos trastornos, no se observa la relación que pueda existir con los factores de riesgo psicosocial en sus aspectos intralaborales, extralaborales e individuales como una interrelación dinámica que establezca las causas y los efectos.

La utilidad de evaluar los factores de riesgo psicosocial mediante los diferentes instrumentos disponibles para ello hace posible aportar información que contribuye a establecer un diagnóstico de las condiciones de los citados trabajadores, y así desarrollar acciones enfocadas en tales aspectos y el modo en que deben ser gestionados dichos riesgos. La gestión de los factores de riesgo psicosocial se debe ver como una oportunidad para mejorar las condiciones de salud mental de los trabajadores.

Evaluar los factores de riesgo psicosocial aporta beneficios no solo para la salud del trabajador y su calidad de vida, sino también para las instituciones en la prestación del servicio que ofrecen.

Con la evaluación y la gestión de los factores de riesgo psicosocial es posible identificar las condiciones en las que se encuentran esos trabajadores y poner en práctica protocolos de intervención enfocados en los aspectos más relevantes que estén dañando la salud mental de los trabajadores en esta área.

Hay una necesidad creciente de realizar investigación en este campo, específicamente en el contexto latinoamericano, teniendo en cuenta las

condiciones intralaborales, extralaborales e individuales de los citados trabajadores, para determinar de una mejor manera la relación que pueda existir con los problemas de salud mental. Se requiere, pues de una investigación que promueva estrategias de intervención a partir de la evidencia, para así prevenir y reducir los problemas de salud mental en el personal de primera respuesta a emergencias.

*Citación:* Díaz-Tamayo, A.M. Ordoñez-Hernández, C.A. y García-Perdomo, H.A. (2023). Factores de riesgo psicosocial y trastorno por estrés postraumático en trabajadores de primera respuesta a emergencias. *Psicología y Salud*, 33(2), 387-395. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2821>.

## REFERENCIAS

- Arenal, T. y Belzunegui, T. (2017). Justificación bibliográfica del análisis de riesgos para los profesionales sanitarios en ambulancias de urgencia. *Enfermería del Trabajo*, 1, 41-48.
- Berger, W., Figueira, I., Maurat, A.M., Bucassio, E.P., Vieira, I., Jardim, S. y Mendlowicz, M.V. (2007). Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 637-642. Doi: 10.1002/jts.
- Bernardo, M.H., Aparecida de S., H., Garrido, J. y Kawamura, A. (2015). Salud mental relacionada con el trabajo: desafíos para las políticas públicas. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1613-1624. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-5.smrt.
- Bohström, D., Carlström, E. y Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International Emergency Nursing*, 32, 28-33. Doi: 10.1016/j.ienj.2016.08.004.
- Cockburn, W., Milczarek, M., Irastorza, X. y Rial G., E. (2012). The management of psychosocial risks across the European Union: Findings from ESENER. En J. Houdmont, S. Leka y R. R. Sinclair (Eds.): *Health psychology: Global perspectives on research and practice* (v. 2). New York: Wiley & Blackwell. Doi: 10.1002/9781119942849.ch10.
- Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal A.C de México (2020). *Ranking 2019 de las 50 ciudades más violentas del mundo*. Ciudad de México: Autor. Recuperado de <http://seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/1590-boletin-ranking-2019-de-las-50-ciudades-mas-violentas-del-mundo>.
- Cornell, D.J., Gnacinski, S.L., Zamzow, A., Mims, J. y Ebersole, K.T. (2017). Measures of health, fitness, and functional movement among firefighter recruits. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 23(2), 198-204. Doi: 10.1080/10803548.2016.1187001.
- Davison, C., Patrone C., T. y Gonçalves, S. (2019). Analysis of socio-demographic, lifestyle and psychosocial risk factors among a sample of Portuguese emergency medical technicians. *Advances in Intelligent Systems and Computing*, 1012, 63-72. Doi: 10.1007/978-3-030-24067-7\_4.
- Hansen, C.D., Rasmussen, K., Kyed, M., Nielsen, K.J. y Andersen, J.H. (2012). Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 1. Doi: 10.1186/1471-2458-12-534.
- Hernández, K. y Orozco, G. (2018). Estrés postraumático en personal de emergencias asociado al funcionamiento cognitivo e inteligencia emocional. *Ciencia y Futuro*, 8(4), 120-136. Recuperado de [http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista\\_estudiantil/article/view/1743](http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/view/1743).
- Igboanugo, S., Bigelow, P.L. y Mielke, J.G. (2021). Health outcomes of psychosocial stress within firefighters: A systematic review of the research landscape. *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12219. Doi: 10.1002/1348-9585.12219.
- Jones, S. (2017). Describing the mental health profile of first responders: a systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3). Doi: 10.1177/1078390317695266.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.
- Katsavouni, F. y Bebetos, E. (2016). The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries among ambulance personnel. *Sport Science*, 9(1), 7-13.

- Katsavouni, F., Bebetos, E., Malliou, P. y Beneka, A. (2016). The relationship between burnout, PTSD symptoms and injuries in firefighters. *Occupational Medicine*, 66(1), 32-37. Doi: 10.1093/occmed/kqv144.
- Khashaba, E.O., El-Sherif, M.A.F., Ibrahim, A.A.W. y Neatmatallah, M.A. (2014). Work-related psychosocial hazards among emergency medical responders (EMRS) in Mansoura city. *Indian Journal of Community Medicine*, 39(2), 103-110. Doi: 10.4103/0970-0218.132733.
- Klimley, K.E., Van Hasselt, V.B. y Stripling, A.M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and Violent Behavior*, 43, 33-44. Doi: 10.1016/j.avb.2018.08.005.
- Krakauer, R.L., Stelnicki, A.M. y Carleton, R.N. (2020). Examining mental health knowledge, stigma, and service use intentions among public safety personnel. *Frontiers in Psychology*, 11(May), 1-7. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00949.
- Latorre E., J. (2009). Trastorno de estrés postraumático en menores desplazados por conflictos armados en Colombia. *Revista Científica General José María Córdova*, 5, 88-98.
- Lewis-Schroeder, N.F., Kieran, K., Murphy, B.L., Wolff, J.D., Robinson, M.A. y Kaufman, M.L. (2018). Conceptualization, assessment, and treatment of traumatic stress in first responders: a review of critical issues. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(4), 216-227. Doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040.
- Maguire, B.J., O'Meara, P.F., Brightwell, R.F., O'Neill, B.J. y Fitzgerald, G.J. (2014). Occupational injury risk among Australian paramedics: an analysis of national data. *Medical Journal of Australia*, 200(9), 520-520. Doi: 10.5694/mja13.10941.
- Meda, R., Moreno J., B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario: estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30(2), 31-41. Doi: 10.4067/s0718-48082012000200003.
- Ministerio del Trabajo de la República de Colombia (2016). *Trastorno de estrés postraumático. Protocolo de actuación temprana y manejo de casos en el entorno laboral* (p. 42). Bogotá: Autor.
- Moreno M., G. (2017). Sistemas médicos de emergencia: antecedentes y tendencias. *Enfermería Investiga*, 2, 48-49. Recuperado de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/453>.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra: OIT. Recuperado de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_124341.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf).
- Organización Internacional del Trabajo (2012). *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Factores psicosociales y de organización* (Cap. 34). Ginebra: OIT. Recuperado de <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Cap%C3%ADulo+34.+Factores+psicosociales+y+de+organizaci%C3%B3n>.
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. En Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo. Ginebra: OIT. Recuperado de <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. CIE 10* (v. 1, Num. 1). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025*. Washington, D.C.: OPS.
- Pérez, J. y Martín, F. (1995). NTP 439: El apoyo social. En *Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo* (pp. 1-7). Madrid: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_439.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf).
- Pérez, M. y Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 17-33.
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L. y Harvey, S.B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897-909. Doi: 10.1007/s00127-018-1539-5.
- Pujadas M., D., Pérez F., J. y García P., P. (2020). Estrés y control percibido en trabajadores de emergencias. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 52-58. Doi: 10.1016/j.anyes.2019.12.005.
- Pulido, N., Puentes, A., Luney, Z., Rocio, D. y García, M. (2015). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre riesgo psicosocial laboral, publicada entre 2000 y 2010. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 147-161.
- Ruiz, A. y Guerrero, E. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265.
- Sánchez K., M., Loli R., A. y Sandoval M., H. (2015). Prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial prehospitalario del programa de sistema de atención móvil de urgencias. *Revista de Enfermería Herediana*, 8(2), 116-122. Doi: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v8i2.2691>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

- Técnicos de Emergencias Sanitarias sin Fronteras (2016). *Historia de la atención prehospitalaria*. Valencia (España): TESSINF. Recuperado de <https://tessinf.com/historia-de-la-atencion-pre-hospitalaria/>.
- Teoh K., R.H., Lima, E., Vasconcelos, A., Nascimento, E. y Cox, T. (2019). Trauma and work factors as predictors of firefighters' psychiatric distress. *Occupational Medicine*, 69(8-9), 598-603. Doi: 10.1093/occmed/kqz168.
- Topete H., G., Muñoz V., T. y Castillo N., G. (2015). *Historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica*. Bogotá: Distribuna.
- Velásquez M., V., Castillo, C., Mancilla, I., López, I. y Arenales, R. (2019). Prevalencia de depresión y estrés postraumático en los bomberos voluntarios. *Revista Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 158(1), 30-32. Doi: 10.36109/rmg.v158i1.118.
- Vieco, G. y Abello, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 354-385.





# Influencia de la representación del poder espectral de la variabilidad cardiaca al evaluar el estrés

## *Influence of power spectral representation of heart rate variability in assessing stress*

Erik Leonardo Mateos-Salgado<sup>1</sup>, José Esael Pineda-Sánchez<sup>2</sup>,  
Benjamín Domínguez-Trejo<sup>1</sup>, Brian Michelle González-Hernández<sup>3</sup>  
y Rebeca Guzmán-Saldaña<sup>3</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Centro de Atención y Evaluación Psicológica “Dr. Benjamín Domínguez”<sup>2</sup>  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Erik L. Mateos-Salgado, [eriklms@comunidad.unam.mx](mailto:eriklms@comunidad.unam.mx).

### RESUMEN

El análisis espectral de la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) permite estudiar la interacción entre los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos del estrés. Con este análisis, se obtienen las bandas de frecuencia baja (LF) y alta (HF), cuyos valores se representan con diferentes unidades. No obstante, hay inconsistencias en algunas de estas unidades en la evaluación del estrés. El objetivo de este estudio fue analizar la similitud de cinco unidades de la VFC en una evaluación psicofisiológica de dicho fenómeno. Participaron dos grupos de estudiantes universitarios de primer ingreso. La evaluación psicofisiológica se hizo bajo tres condiciones: línea base, estrés y recuperación. Se compararon las condiciones de línea base y estrés. Además, se realizaron correlaciones de Spearman y un análisis de componentes principales entre todas las unidades de la VFC. En la condición de estrés se observaron reducciones significativas en todas las unidades de HF en ambos grupos. Solo un grupo mostró diferencias significativas en todas las unidades de LF. Con el análisis de componentes principales y de correlación se corroboró la dependencia entre LF y HF en unidades normalizadas y relativas. El uso de estas dos unidades debería de considerarse con precaución en la evaluación del estrés.

**Palabras clave:** Estrés; Evaluación psicofisiología; Densidad de poder espectral; Análisis de componentes principales; Espacio autonómico.

### ABSTRACT

*Spectral analysis of heart rate variability (HRV) allows us to study the interaction between psychological and neurophysiological stress mechanisms. With this analysis, low-frequency (LF) and high-frequency (HF) bands are obtained, whose values can be represented with different units. However, there are inconsistencies in some of these units in the stress assessment. Objective. This study aimed to analyze the similarity of 5 units of HRV in a psychophysiological stress assessment.*

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

<sup>2</sup> Calle 16 de Septiembre 201, Col. Centro, Cuauhtémoc, 56101 Texcoco, Edo. de México, México.

<sup>3</sup> Instituto de Ciencias de la Salud, Circuito Ex Hacienda La Concepción s/n, Carretera Pachuca-Actopan, 42160 San Agustín Tlax, Hidalgo, México.



Method. *Two groups of first-time undergraduate students participated. The psychophysiological assessment had three conditions; baseline, stress, and recovery. Comparisons also included baseline and stress conditions. Spearman correlations and principal component analysis were performed among all HRV units. Results. There were significant reductions in all HF units in both groups in the stress condition. Only one group showed significant differences in all LF units. Principal component and correlation analyses corroborated the dependence between LF and HF represented in normalized and relative units. Using these two units should be considered with caution in stress assessment.*

**Key words:** Stress; Psychophysiological assessment; Power spectral density; Principal component analysis; Autonomic space.

Recibido: 26/03/2021

Aceptado: 06/07/2021

## INTRODUCCION

La evidencia disponible sugiere que la presencia de estrés contribuye al inicio, mantenimiento o exacerbación de diversas enfermedades (Cohen *et al.*, 2007; Esler, 2017; Lagrauw *et al.*, 2015; Pulpulos *et al.*, 2018; Thoits, 2010), y que la evaluación psicofisiológica puede contribuir al estudio de la interacción entre los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos del estrés (Faulstich *et al.*, 1986; Uchino *et al.*, 2007); en esencia, este tipo de evaluación consiste en comparar las características de las variables fisiológicas en condiciones de estrés (Morera *et al.*, 2019).

La variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) es el fenómeno asociado con la variación del tiempo entre cada latido cardiaco; tal variación se puede analizar con diferentes métodos matemáticos. Dada la variedad de los métodos de análisis disponibles, en la Task Force of the European Society of Cardiology y en la North American Society of Pacing and Electrophysiology (*cf.* Task Force, 1996) se ha propuesto la clasificación en dominios de tiempo, de frecuencia y no lineales.

En el dominio de frecuencia se busca caracterizar, por medio de análisis como la transformada

rápida de Fourier (FFT), los intervalos entre latidos cardiacos (ILC) como una oscilación periódica que se descompone en oscilaciones más simples. Con dicho análisis se obtienen las siguientes bandas de frecuencia: muy baja (VLF), de 0.0033-0.04 Hz; baja (LF), de 0.04-0.15 Hz, y alta (HF), de 0.15-0.4 Hz. La densidad de poder espectral de cada banda se puede representar en unidades absolutas ( $ms^2$ ) mediante el logaritmo natural ( $\ln$ ) de la unidad absoluta; en unidades relativas ( $ur$ ) relacionadas con el poder total (PT), o en unidades normalizadas ( $un$ ) relacionadas con la suma de ambas bandas (LF + HF).

La Task Force (1996) recomendó asimismo reportar unidades absolutas y normalizadas, ya que el PT influye en los valores absolutos de LF y HF. Al usar la normalización, es posible comparar directamente dos condiciones no obstante una amplia variación en el PT. Además, con la  $un$  se enfatiza el funcionamiento recíproco y balanceado del sistema nervioso autónomo (SNA) (Malliani *et al.*, 1991; Montano *et al.*, 2009). Lo anterior se ha atribuido a que HF se interpreta como un índice de actividad parasimpática, y LF es un indicador de la actividad simpática (Billman, 2011).

Sin embargo, se ha planteado que la información de la  $un$  de LF y HF es redundante (Eckberg, 1997). Burr (2007) mostró que hay dependencia en la estructura algebraica de esta representación usando la definición de  $LF_{un} = LF/(LF + HF)$  y  $HF_{un} = HF/(LF + HF)$  al encontrar que  $LF_{un} + HF_{un} = 1$ , por lo que  $LF_{un} = 1 - HF_{un}$  y  $HF_{un} = 1 - LF_{un}$ . Así, los valores normalizados se pueden predecir uno del otro al hacer una simple transformación. Siguiendo el mismo razonamiento, se puede mostrar que la relación de LF y HF es proporcional. Con la definición de  $LF_{un}$  y  $HF_{un}$  previa, y haciendo algunas manipulaciones algebraicas, se tiene, por la propiedad de transitividad de la igualdad, que  $LF + HF = LF/LF_{un}$  y  $LF + HF = HF/HF_{un}$ , y  $LF/LF_{un} = HF/HF_{un}$ ; entonces,  $LF_{un} = HF_{un} * (LF/HF)$  y  $HF_{un} = LF_{un} * (HF/LF)$ . Si  $k = LF/HF$ , su inverso es  $k^{-1} = HF/LF$ .

Así,  $LF_{un} = k * HF_{un}$  y  $LF_{un}$  es proporcional a  $HF_{un}$ , mientras que  $HF_{un} = k^{-1} * LF_{un}$  y  $HF_{un}$  es proporcional a  $LF_{un}$ . La constante de proporcionalidad se escogió arbitrariamente, aunque LF/HF se conoce como un índice de balance simpático-vagal que

se usa frecuentemente (Montano *et al.*, 2009). Si en la definición de un en lugar de LF + HF se usa el PT en el denominador, daría el mismo resultado, por lo que lo anterior aplica para la *ur*. Tampoco se altera el resultado si se incluye la multiplicación por 100 para tener valores como porcentajes. Por lo tanto, las medidas de LF y HF expresadas en *un* y *ur* son proporcionales debido a su estructura matemática, característica que tendría que corroborarse empíricamente.

En relación con el planteamiento previo, se han hallado algunas inconsistencias en estudios que usan la VFC para evaluar la presencia de estrés. Por ejemplo, usando la prueba de Stroop como estresor, se han reportado resultados significativos en la disminución de LF expresada en  $ms^2$ , pero un aumento en LF expresado en *un* (Delaney y Brodie, 2000; Vazan *et al.*, 2017). Esta misma diferencia en LF aparece cuando se usan el *ln* y la *un*, empleando el recuerdo de una situación estresante como estímulo estresor (Cohen *et al.*, 2000). En otro estudio utilizando la prueba de Stroop, los valores de LF en *un* y  $ms^2$  incrementaron en la condición de estrés, pero solo en  $ms^2$  se encontraron diferencias significativas (Endukuru y Tripathi, 2016). Asimismo, ambas representaciones de LF pueden aumentar, pero sin mostrar diferencias significativas; en este caso, el estímulo estresor fue llevar a cabo una lectura frente a los alumnos (Filaire *et al.*, 2010).

En el campo de la psicofisiología, la VFC ha atraído la atención de muchos investigadores (Laborde *et al.*, 2017) debido, entre otros argumentos, a que constituye un procedimiento no invasivo que no requiere equipos costosos y la disponibilidad de varios softwares gratuitos para ejecutar los análisis. Sin embargo, se requiere entender su naturaleza e interpretarla correctamente. En este sentido, los presentes autores consideran que en la evaluación psicofisiológica del estrés es necesario evaluar las discrepancias en las unidades de representación de la densidad del poder espectral de las bandas LF y HF. Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue analizar la similitud de cinco unidades de las bandas LF y HF en una evaluación psicofisiológica del estrés. Además, analizar la estructura de estas unidades mediante correlaciones y análisis de componentes principales (ACP).

## METODO

### Participantes

Esta investigación se realizó con la participación de dos grupos de estudiantes universitarios de primer ingreso durante el periodo de dos meses. El primer grupo (Grupo 1) incluyó a 42 participantes (71% mujeres) con una media de 19.2 años de edad (D.E. =2.2) del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El segundo grupo (Grupo 2) incluyó a 52 participantes (82% mujeres) con 18.5 años de edad (D.E. =2.5) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Mediante entrevistas, se verificó que ninguno de los participantes reportara sufrir problemas médicos o psiquiátricos. A los participantes de ambos grupos se les proporcionó información sobre el procedimiento de evaluación, luego de lo cual firmaron una carta de consentimiento informado. Todos los procedimientos del estudio se efectuaron de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

### Procedimiento

La evaluación psicofisiológica tuvo tres condiciones: línea base, estrés y recuperación. Cada condición duró 5 minutos, con un periodo de 2 minutos entre las condiciones. Las instrucciones dadas a los participantes, la ejecución de la evaluación y la colocación de sensores se uniformizó en ambos grupos. Los registros se llevaron a cabo en el periodo matutino, en un horario de 10:00 a.m. a 1:00 p.m. Todos los registros se hicieron con los participantes sentados. En la línea base, se les pidió que permanecieran quietos, sin hablar y con los ojos cerrados. La condición de estrés consistió en hacer que recordaran la situación más estresante de su vida. La condición de recuperación fue similar a la línea base.

Las variables fisiológicas registradas fueron el volumen de flujo sanguíneo, respiración, temperatura periférica y actividad cardiaca mediante electrocardiograma (ECG). Se usó un equipo ProComp Infiniti (Thought Technology Ltd, de Canadá). En este estudio solo se reporta la actividad cardiaca durante las condiciones de línea base y

estrés. La señal del ECG se exportó en un formato de texto, con una frecuencia de muestreo de 2048 muestras por segundo. Los ILC se obtuvieron mediante el software QRSTool, v. 1.2.2 (Allen *et al.*, 2007). Para calcular las medidas de la VFC se utilizó el software Kubios HRV (Tarvainen *et al.*, 2014).

### Medidas de la VFC

Se calculó el periodo cardiaco (PC), y mediante la FFT, empleando el método del periodograma de Welch, se calcularon el poder total (PT), LF y HF. La densidad de poder espectral se representó en unidades absolutas de  $ms^2$  con el logaritmo natural ( $ln$ ) de la unidad absoluta. La unidad normalizada ( $un$ ) fue  $LF_{un} = (LF*100)/(LF+HF)$ , y  $HF_{un} = (HF*100)/(LF+HF)$ . La unidad relativa ( $ur$ ) al PT fue  $LF_{ur} = (LF*100)/PT$  y  $HF_{ur} = (HF*100)/PT$ . También se incluyó la transformación del coeficiente de variación  $LF_{cv} = (LF*100)/PC^2$  y  $HF_{cv} = (HF*100)/PC^2$  (De Geus *et al.*, 2019).

### Análisis

Por medio de la prueba de Shapiro-Wilk se encontró que no todas las variables del Grupo 1 mostraron una distribución normal, y mediante la prueba de Kolomogorov-Smirnov, que muchas de las variables del Grupo 2 tampoco tuvieron una distribución normal, por lo que la comparación entre las condiciones de línea base y de estrés se hizo

a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, para lo cual se estableció un nivel de significancia de  $p < .05$ , con una aproximación al valor  $r$  de tamaño del efecto, calculado al dividir el valor  $Z$  entre la raíz cuadrada del número de observaciones (Pallant, 2016). Por cada condición de la evaluación psicofisiológica se efectuaron correlaciones de Spearman para todas las representaciones de LF, HF y PT. El análisis de componentes principales (ACP) se hizo con rotación varimax (con normalización de Kaiser).

## RESULTADOS

Se observó una reducción significativa en todas las unidades de HF y PC durante la condición de estrés en ambos grupos, con valores altos en el tamaño del efecto en la mayoría de tales variables. De igual modo, en ambos grupos se observaron incrementos significativos en la condición de estrés en  $LF_{un}$  y  $LF_{ur}$ , con valores moderados del tamaño del efecto.

Por otra parte, solo en el grupo 2 se observaron diferencias significativas en  $LF_{ms^2}$ ,  $LF_{ln}$  y  $LF_{cv}$ , con valores bajos en el tamaño del efecto. El grupo 1 mostró la misma tendencia a valores mayores en estas variables durante la condición de estrés, pero sin diferencias significativas. En el PT se encontraron diferencias significativas solamente en el primer grupo (Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparación de las condiciones de la evaluación psicofisiológica.

GRUPOS	Medidas	Línea Base	Estresor	Z	p	r
Grupo 1	$LF_{ms^2}$	475.6 (260-1068)	484.7 (311.4-784)	-0.21	.837	.02
	$LF_{ln}$	6.1 (5.6-7)	6.2 (5.7-6.7)	-0.36	.717	.04
	$LF_{ur}$	31.1 (23-44.7)	44.6 (32.9-53)	-3.26	.001	0.4
	$LF_{un}$	32.7 (24.6-46.9)	46 (34.7-54.7)	-3.28	.001	0.4
	$LF_{cv}$	.07 (.04-.15)	.08 (.05-.12)	-0.35	.727	.04
	$HF_{ms^2}$	932.8 (570-1537)	637.8 (362.9-1228)	-4.78	<.001	0.5
	$HF_{ln}$	6.8 (6.3-7.3)	6.5 (5.9-7.1)	-4.72	<.001	0.5
	$HF_{ur}$	65.6 (48-72.4)	52 (42.5-62.8)	-3.3	.001	0.4
	$HF_{un}$	67.2 (53-75.3)	53.8 (45.2-65.2)	-3.28	.001	0.4
	$HF_{cv}$	.15 (.1-.23)	.09 (.07-.2)	-4.05	<.001	0.4
	PC	806.8 (752-894.9)	778 (719-876.9)	-3.99	<.001	0.4
	PT	1748.6 (963.7-2903)	1260.9 (769-2147.9)	-3.28	.001	0.4

Continúa...

Grupo 2	LF <sub>ms2</sub>	552.2 (348.8-968)	625.2 (405.4-1304)	-2.43	.015	0.2
	LF <sub>ln</sub>	6.3 (5.9-6.9)	6.4 (6-7.2)	-2.48	.013	0.2
	LF <sub>ur</sub>	38.6 (23.5-49.2)	52.9 (37.4-62)	-4.55	<.001	0.4
	LF <sub>un</sub>	41.1 (24.2-55)	56.9 (38.5-65.3)	-4.65	<.001	0.5
	LF <sub>cv</sub>	.08 (.05-.14)	.11 (.07-.2)	-2.98	.003	0.3
	HF <sub>ms2</sub>	1005 (452.7-2003)	812.4 (320.2-1418)	-3.96	<.001	0.4
	HF <sub>ln</sub>	6.9 (6.1-7.6)	6.7 (5.8-7.3)	-4.11	<.001	0.4
	HF <sub>ur</sub>	56.1 (43.2-74.1)	40.6 (33.3-58.6)	-4.68	<.001	0.5
	HF <sub>un</sub>	58.9 (44.8-75.7)	43 (34.7-61.4)	-4.65	<.001	0.5
	HF <sub>cv</sub>	.17 (.07-.26)	.13 (.06-.21)	-3.51	<.001	0.3
	PC	809.8 (777-886.1)	792.5 (738-858.6)	-5.12	<.001	0.5
	PT	1819 (1020.7-3125)	1629.7 (866-2820.5)	-1.51	.131	0.1

Notas: Mediana (percentil 25 - percentil 75), significativo  $p < .05$ ,  $r$  = tamaño del efecto, PC = periodo cardiaco, PT = poder total,  $ln$  = logaritmo natural,  $ur$  = relativo al PT,  $un$  = unidad normalizada,  $cv$  = coeficiente de variación,  $ms^2$  = milisegundo al cuadrado.

La relación entre LF y HF se analizó empleando el coeficiente de correlación de Spearman. En la  $un$  se encontraron correlaciones negativas perfectas en todas las condiciones de la evaluación de ambos grupos, y también correlaciones negativas altas en la  $ur$ . Las unidades restantes tuvieron co-

rrrelaciones bajas; la condición de estresor  $ms^2$  y  $ln$  presentaron correlaciones iguales en cada grupo (Tabla 2).

Los resultados de las correlaciones entre todas las unidades mostraron tendencias similares en ambos grupos (Tabla 3).

**Tabla 2.** Correlación entre LF y HF.

Grupos	Condiciones	$ms^2$	$ln$	$ur$	$un$	$cv$
Grupo 1	Línea base	.44	.43	-.98	-1	.42
	Estresor	.58	.58	-.98	-1	.46
Grupo 2	Línea base	.50	.51	-.98	-1	.42
	Estresor	.56	.56	-.97	-1	.48

Nota: Solo se muestran las correlaciones significativas con  $p < 0.05$ ;  $ln$  = logaritmo natural,  $ur$  = relativo al PT;  $un$  = unidad normalizada,  $cv$  = coeficiente de variación.

**Tabla 3.** Correlación entre las medidas de la densidad del poder espectral de ambos grupos.

Grupo 1		PT	LF <sub>ms2</sub>	LF <sub>ln</sub>	LF <sub>ur</sub>	LF <sub>un</sub>		PT	HF <sub>ms2</sub>	HF <sub>ln</sub>	HF <sub>ur</sub>	HF <sub>un</sub>
Línea base	LF <sub>ms2</sub>	.79					HF <sub>ms2</sub>	.85				
	LF <sub>ln</sub>	.79	1				HF <sub>ln</sub>	.85	1			
	LF <sub>ur</sub>		.69	.69			HF <sub>ur</sub>		.38	.38		
	LF <sub>un</sub>		.68	.68	.99		HF <sub>un</sub>		.32	.32	.99	
	LF <sub>cv</sub>	.69	.97	.97	.75	.74	HF <sub>cv</sub>	.84	.95	.95	.32	
Estresor	LF <sub>ms2</sub>	.82					HF <sub>ms2</sub>	.92				
	LF <sub>ln</sub>	.82	1				HF <sub>ln</sub>	.93	1			
	LF <sub>ur</sub>		.34	.34			HF <sub>ur</sub>		.51	.51		
	LF <sub>un</sub>		.33	.33	.99		HF <sub>un</sub>		.5	.5	.99	
	LF <sub>cv</sub>	.70	.94	.94	.41	.41	HF <sub>cv</sub>	.87	.97	.97	.56	.55

Continúa...

Grupo 2		PT	LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	LF <sub>ln</sub>	LF <sub>ur</sub>	LF <sub>un</sub>		PT	HF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	HF <sub>ln</sub>	HF <sub>ur</sub>	HF <sub>un</sub>
Línea base	LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.75					HF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.92				
	LF <sub>ln</sub>	.75	1				HF <sub>ln</sub>	.92	1			
	LF <sub>ur</sub>		.38	.38			HF <sub>ur</sub>		.6	.57		
	LF <sub>un</sub>		.37	.37	.99		HF <sub>un</sub>		.57	.57	.99	
	LF <sub>cv</sub>	.67	.96	.96	.43	.42	HF <sub>cv</sub>	.86	.96	.96	.62	.58
Estresor	LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.83					HF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.89				
	LF <sub>ln</sub>	.83	1				HF <sub>ln</sub>	.89	1			
	LF <sub>ur</sub>						HF <sub>ur</sub>		.63	.63		
	LF <sub>un</sub>				.99		HF <sub>un</sub>		.61	.61	.99	
	LF <sub>cv</sub>	.78	.97	.97	.31		HF <sub>cv</sub>	.86	.97	.97	.66	.64

Notas: Se muestran solo correlaciones significativas con  $p < 0.05$ . *ln* =logaritmo natural, *ur* =relativo al PT, *un* =unidad normalizada, *cv* =coeficiente de variación, *ms<sup>2</sup>* = milisegundo al cuadrado.

El PT no presentó correlaciones significativas con *un* y *ur* de LF y HF en ambas condiciones de la evaluación psicofisiológica. Pero sí correlacionó moderadamente con LF<sub>ms<sup>2</sup></sub>, LF<sub>ln</sub> y LF<sub>cv</sub> en todas las condiciones, teniendo correlaciones de moderadas a altas con HF<sub>ms<sup>2</sup></sub>, HF<sub>ln</sub> y HF<sub>cv</sub>. Respecto a las correlaciones entre LF y HF, las unidades en *ms<sup>2</sup>* y *ln* mostraron correlaciones positivas perfectas. También, hubo correlaciones positivas muy altas entre *un* y *ur*. Por último, la representación *cv* de LF y HF correlacionó alto con las medidas respectivas de *ms<sup>2</sup>* y *ln* en todas las condiciones. Respecto al ACP, el nivel de significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett fue menor a .001 en ambas condiciones. En el Grupo 1, la prueba de Kaiser-

Meyer-Olin (KMO) fue de .7 en la línea base y de .69 en la condición de estrés. Se encontraron dos factores que explicaron 96% de la varianza total en ambas condiciones. En la línea base, el primer componente tuvo cargas factoriales altas para LF<sub>ur</sub>, LF<sub>un</sub>, HF<sub>ur</sub> y HF<sub>un</sub>, las dos últimas con valores negativos, así como cargas factoriales moderadas en las restantes unidades de LF. El segundo componente, con HF<sub>ms<sup>2</sup></sub>, HF<sub>ln</sub> y HF<sub>cv</sub>, mostró cargas factoriales altas. En la condición de estresor, el primer componente incluyó a LF<sub>ur</sub>, LF<sub>un</sub>, HF<sub>ur</sub> y HF<sub>un</sub>, con características similares a las de la línea base, en tanto que las cargas factoriales del segundo componente fueron de moderadas a altas en las representaciones en *ms<sup>2</sup>*, *ln* y *cv* de LF y HF (Tabla 4).

**Tabla 4.** Componentes obtenidos de las condiciones de la evaluación psicofisiológica.

Grupos	Línea Base		Estresor	
	Componente 1	Componente 2	Componente 1	Componente 2
LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.76			.94
LF <sub>ln</sub>	.82			.91
LF <sub>ur</sub>	.97		-.99	
LF <sub>un</sub>	.97		-.99	
LF <sub>cv</sub>	.87			.89
LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>		.97		.87
LF <sub>ln</sub>		.98		.82
LF <sub>ur</sub>	-.96		.99	
LF <sub>un</sub>	-.97		.99	
LF <sub>cv</sub>		.97		.86

Continúa...

Grupo 2	Componente 1	Componente 2	Componente 1	Componente 2
LF <sub>ms<sup>2</sup></sub>		.92		.96
LF <sub>ln</sub>		.94		.96
LF <sub>ur</sub>	-.94		-.98	
LF <sub>un</sub>	-.96		-.98	
LF <sub>cv</sub>		.9		.93
HF <sub>ms<sup>2</sup></sub>	.74	.62	.67	.67
HF <sub>ln</sub>	.77	.6	.7	.68
HF <sub>ur</sub>	.96		.99	
HF <sub>un</sub>	.96		.98	
HF <sub>cv</sub>	.7	.65	.7	.65

Nota: Cargas factoriales mayores a 6 en valor absoluto, *ln* = logaritmo natural, *ur* = relativo al PT, *un* = unidad normalizada, *cv* = coeficiente de variación, *ms<sup>2</sup>* = milisegundo al cuadrado.

En el Grupo 2 la prueba KMO fue de .66 en la línea base y de .68 en la condición de estrés; el nivel de significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett fue menor a .001 en ambas condiciones. Se encontraron dos factores que explican la varianza total en 94% en la línea base y 95% en la condición de estrés. En la línea base, el primer componente tuvo cargas factoriales altas en LF<sub>ur</sub>, LF<sub>un</sub>, HF<sub>ur</sub> y HF<sub>un</sub>; a diferencia del Grupo 1, los valores negativos estuvieron en LF, y las cargas factoriales moderadas en las representaciones restantes de HF. El segundo componente incluyó las representaciones en *ms<sup>2</sup>*, *ln* y *cv* de LF y HF, con cargas factoriales altas en LF y moderadas en HF. En la condición de estresor, ambos componentes tuvieron cargas factoriales similares a sus respectivos componentes de la línea base.

## DISCUSIÓN

Una justificación para el uso de *un* es evitar que los cambios en el PT distorsionen los resultados de las comparaciones de dos condiciones en las medidas LF y HF expresadas en *ms<sup>2</sup>* (Task Force, 1996). Lo anterior es importante ya que tareas como la prueba de inclinación o la presencia de estrés psicológico se han asociado con una reducción del PT (Malliani *et al.*, 1991; Thomas *et al.*, 2019). En este estudio, el PT disminuyó en ambos grupos, pero solo en el Grupo 1 hubo resultados significativos. El PT no interactuó con las unidades en *un* y *ur* de LF y HF, pues no se hallaron correlaciones significativas entre estas medidas. La falta de cambio significativo del PT en el Grupo 2

no distorsionó los cambios en HF debidos al estrés, pues todas las unidades de HF disminuyeron significativamente.

Lo anterior coincide con los resultados de diversos estudios que reportan que la medida HF es un indicador confiable de la presencia de estrés (Brindle *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2018; Sloan *et al.*, 1991), por lo que la respuesta de la medida HF ante el estrés presentaría la característica de replicabilidad (Open Science Collaboration, 2015).

En cuanto a la LF, en el Grupo 1 no hubo cambios significativos en *ms<sup>2</sup>*, *ln* ni *cv*, aunque el PT correlacionó con esas unidades y disminuyó significativamente en la condición de estrés. En el Grupo 2, todas las unidades de LF mostraron cambios significativos, pero no el PT. Dados estos resultados, en este estudio no es clara la influencia del PT en los cambios en LF. Asimismo, todas las unidades de LF incrementaron en la condición de estrés, por lo cual no se detectaron inconsistencias en relación al tipo de unidad usada, según se ha reportado en otros estudios (Cohen *et al.*, 2000; Delaney y Brodie, 2000; Vazan *et al.*, 2017). No obstante, solo en el Grupo 1 dichos incrementos fueron significativos en *un* y *ur*, por lo que no se puede descartar que ello se pueda atribuir a su proporcionalidad con HF.

El tipo de estresor pudo influir en las diferencias entre ambos grupos en LF ya que dependió de la experiencia personal de cada participante, por lo que no hubo equivalencia entre ellos. La justificación del estresor usado es que puede ser más general y predictivo de lo que ocurre en la vida diaria de los participantes (Bali y Jaggi, 2015). No obstante, con otros estresores más estan-



darizados, como la prueba de Stroop, también se han reportado inconsistencias en LF (Delaney y Brodie, 2000; Vazan *et al.*, 2017).

Otra justificación para el uso de *un* es que puede representar mejor el comportamiento balanceado entre ambas divisiones simpática y parasimpática del SNA (Malliani *et al.*, 1991). Pese a ello, esta justificación ha generado críticas (*cf.* Eckberg, 1997). Como se señaló anteriormente, debido a la dependencia o proporcionalidad en la forma algebraica de LF y HF en *un* y *ur*, no pueden interpretarse como medidas independientes (Burr, 2007). En el presente análisis se corroboró empíricamente dicha proporcionalidad por medio de las correlaciones entre LF y HF al haber una relación inversa perfecta en *un* y una correlación muy alta y negativa en *ur*, mientras que en las otras unidades las correlaciones entre LF y HF fueron moderadas y positivas. Por tanto, utilizar estas unidades como medidas independientes no se justificaría con los datos obtenidos.

Una limitación con la propuesta del funcionamiento balanceado o equilibrado del SNA es que se ha visto que la relación entre ambas divisiones del SNA puede ser no lineal y no recíproca (Laborde *et al.*, 2017). Lo anterior está bien detallado en el modelo del espacio autonómico, en el que se establece que la regulación de las divisiones simpática y parasimpática de la actividad cardiaca puede ser acoplada y desacoplada (Berntson *et al.*, 1991). En el modo desacoplado, puede activarse solo únicamente una de las divisiones; en este caso, el uso de *un* o *ur* sería erróneo dada su proporcionalidad. De hecho, mediante bloqueos farmacológicos se ha mostrado que la respuesta ante estresores puede ser de tipo desacoplada (Berntson *et al.*, 1994).

Aunado a lo anterior, se ha planteado que LF proporciona principalmente información sobre ciertos mecanismos del control parasimpático y de la presión sanguínea, como la regulación del tono vasomotor y de la actividad de barorreceptores (Reyes del Paso *et al.*, 2013). Asimismo, LF no correlaciona con otras variables fisiológicas reguladas por el sistema simpático, como la actividad electrodérmica (Thomas *et al.*, 2019) o el periodo de preyección (Goedhart *et al.*, 2008). Aunque en la prueba de inclinación se acepta que el incremento en LF se asocia con una activación simpá-

tica, no es común a todos los participantes (Hayano y Yuda, 2019), por lo que la relación entre LF y HF en *un* y *ur* no se podría interpretar con base en la interacción recíproca entre las dos divisiones del SNA.

Del ACP en ambos grupos se obtuvieron dos componentes de las condiciones de línea base y estrés. Solamente en el Grupo 2 tales componentes fueron similares en ambas condiciones. Previamente, se había mostrado con otras medidas de la VFC que la estructura factorial se mantiene al comparar una línea base y un estresor de tipo aritmético (Allen *et al.*, 2007; Hibbert *et al.*, 2012). Lo más consistente en la estructura de los componentes fue en *un* y *ur* de LF y HF: en el primer componente obtuvieron cargas factoriales altas (mayores de .9), pero inversas en sus valencias, lo que podría confirmar la reciprocidad de estas unidades. Además, el segundo componente no incluyó dichas unidades.

Algunas limitaciones relevantes en este estudio fueron el no haber registrado alguna variable que reflejara una modulación simpática de la actividad cardiaca. En futuros estudios se podrían incluir el registro con cardiografía de impedancia, o el registro de alguna variable asociada con el funcionamiento de barorreceptores, ya que influyen en la banda LF (Reyes del Paso *et al.*, 2013), así como también, aplicar otros tipos de estresores más estandarizados, registrar participantes en un rango de edad más amplio y tener una proporción semejante de hombres y mujeres.

Se han planteado recomendaciones para el diseño de experimentos, análisis y reportes de datos para el uso de la VFC en la investigación psicofisiológica (Laborde *et al.*, 2017). Para la evaluación psicofisiológica del estrés debería de considerarse con precaución el uso de las representaciones en *un* y *ur* dada su interdependencia. Una recomendación sería considerar únicamente una banda entre LF y HF, y en el caso de la evaluación de estrés se podría elegir a HF en virtud de que ha sido más consistente en distintos estudios. Si el interés es evaluar el funcionamiento recíproco entre ambas divisiones del SNA, se podrían incluir LF y HF, aunados al registro de otras variables reguladas por el sistema simpático. Por otro lado, dada la similitud entre  $ms^2$  o  $ln$ , se podría optar por emplear solo una.

*Citación:* Mateos-Salgado, E.L., Pineda-Sánchez, J.E., Domínguez-Trejo, B., González-Hernández, B.M. y Guzmán-Saldaña, R. (2023). Influencia de la representación del poder espectral de la variabilidad cardiaca al evaluar el estrés. *Psicología y Salud*, 33(2), 397-406. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2822>.

## REFERENCIAS

- Allen, J.J.B., Chambers, A.S. y Towers, D.N. (2007). The many metrics of cardiac chronotropy: A pragmatic primer and a brief comparison of metrics. *Biological Psychology*, 74(2), 243-62. Doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.08.005.
- Bali, A. y Jaggi, A.S. (2015). Clinical experimental stress studies: Methods and assessment. *Reviews in the Neurosciences*, 26(5), 555-79. Doi: 10.1515/revneuro-2015-0004.
- Berntson, G.G., Cacioppo, J.T., Binkley, P.F., Uchino, B.N., Quigley, K.S. y Fieldstone, A. (1994). Autonomic cardiac control. III. Psychological stress and cardiac response in autonomic space as revealed by pharmacological blockades. *Psychophysiology*, 31(6), 599-608. Doi: 10.1111/j.1469-8986.1994.tb02352.x.
- Berntson, G.G., Cacioppo, J.T. y Quigley, K.S. (1991). Autonomic determinism: the modes of autonomic control, the doctrine of autonomic space, and the laws of autonomic constraint. *Psychological Review*, 98(4), 459-87. Doi: 10.1037/0033-295x.98.4.459.
- Billman, G.E. (2011). Heart rate variability: a historical perspective. *Frontiers in Physiology*, 2, 1-13. Doi: 10.3389/fphys.2011.00086.
- Brindle, R.C., Ginty, A.T., Phillips, A.C. y Carroll, D. (2014). A tale of two mechanisms: A meta-analytic approach toward understanding the autonomic basis of cardiovascular reactivity to acute psychological stress. *Psychophysiology*, 51(10), 964-976. Doi: 10.1111/psyp.12248.
- Burr, R.L. (2007). Interpretation of normalized spectral heart rate variability indices in sleep research: a critical review. *Sleep*, 30(7), 913-919. Doi: 10.1093/sleep/30.7.913.
- Cohen, H., Benjamin, J., Geva, A.B., Matar, M.A., Kaplan, Z. y Kotler, M. (2000). Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Research*, 96(1), 1-13. Doi: 10.1016/s0165-1781(00)00195-5.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. y Miller, G.E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685-1687. Doi: 10.1001/jama.298.14.1685.
- De Geus, E.J.C., Gianaros, P.J., Brindle, R.C., Jennings, J.R. y Berntson, G.G. (2019). Should heart rate variability be “corrected” for heart rate? Biological, quantitative, and interpretative considerations. *Psychophysiology*, 56(2), e13287. Doi: 10.1111/psyp.13287.
- Delaney, J.P.A. y Brodie, D.A. (2000). Effects of short-term psychological stress on the time and frequency domains of heart rate variability. *Perceptual and Motor Skills*, 91(2), 515-524.
- Eckberg, D.L. (1997). Sympathovagal balance. A critical appraisal. *Circulation*, 96(9), 3224-3232. Doi: 10.1161/01.CIR.96.9.3224.
- Endukuru, C.K. y Tripathi, S. (2016). Evaluation of cardiac responses to stress in healthy individuals: a non invasive evaluation by heart rate variability and stroop test. *International Journal of Scientific Research*, 5(7), 286-289. Doi: 10.2466/pms.2000.91.2.515.
- Esler, M. (2017). Mental stress and human cardiovascular disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 269-276. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.10.011.
- Faulstich, M.E., Williamson, D.A., McKenzie, S.J., Duchmann, E.G., Hutchinson, K.M. y Blouin, D.C. (1986). Temporal stability of psychophysiological responding: a comparative analysis of mental and physical stressors. *International Journal of Neuroscience*, 30(1-2), 65-72. Doi: 10.3109/00207458608985656.
- Filaire, E., Portier, H., Massart, A., Ramat, L. y Teixeira, A. (2010). Effect of lecturing to 200 students on heart rate variability and Alpha-amylase activity. *European Journal of Applied Physiology*, 108(5), 1035-1043. Doi: 10.1007/s00421-009-1310-4.
- Goedhart, A.D., Willemsen, G., Houtveen, J.H., Boomsma, D.I. y De Geus, E.J. (2008). Comparing low frequency heart rate variability and preejection period: two sides of a different coin. *Psychophysiology*, 45(6), 1086-1090. Doi: 10.1111/j.1469-8986.2008.00710.x.
- Hayano, J. y Yuda, E. (2019). Pitfalls of assessment of autonomic function by heart rate variability. *Journal of Physiological Anthropology*, 38(1), 3. Doi: 10.1186/s40101-019-0193-2.
- Hibbert, A.S., Weinberg, A. y Klonsky, E.D. (2012). Field validity of heart rate variability metrics produced by QRSTool and CMe-tx. *Psychological Assessment*, 24(3), 777-782. Doi: 10.1037/a0027284.
- Kim, H.G., Cheon, E.J., Bai, D.S., Lee, Y.H. y Koo, B.H. (2018). Stress and heart rate variability: A meta-analysis and review of the literature. *Psychiatry Investigation*, 15(3), 235-245. Doi: 10.30773/pi.2017.08.17.

- Laborde, S., Mosley, L.S. y Thayer, J.F. (2017). Heart rate variability and cardiac vagal tone in psychophysiological research. Recommendations for experiment planning, data analysis, and data reporting. *Frontiers in Psychology*, 8, 213. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00213.
- Lagraauw, H.M., Kuiper, J. y Bot, I. (2015). Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain, Behavior, and Immunity*, 50, 18-30. Doi: 10.1016/j.bbi.2015.08.007.
- Malliani, A., Pagani, M., Lombardi, F. y Cerutti, S. (1991). Cardiovascular neural regulation explored in the frequency domain. *Circulation*, 84(2), 482-492. Doi: 10.1161/01.cir.84.2.482.
- Montano, N., Porta, A., Cogliati, C., Constantino, G., Tobaldini, E., Casali, K.R. e Iellamo, F. (2009). Heart rate variability explored in the frequency domain: A tool to investigate the link between heart and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(2), 71-80. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.07.006 .
- Morera, L.P., Tempesti, T.C., Pérez, E. y Medrano, L.A. (2019). Biomarcadores en la medición del estrés: una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 49-58. Doi: 10.1016/j.anyes.2019.02.001.
- Open Science Collaboration (2015). Psychology. Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716. Doi: 10.1126/science.aac4716.
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Open University Press/McGraw-Hill.
- Pulopulos, M.M., Hidalgo, V., Puig P., S. y Salvador, A. (2018). Psychophysiological response to social stressors: relevance of sex and age. *Psicothema*, 30(2), 171-176. Doi: 10.7334/psicothema2017.200.
- Reyes del Paso, G.A., Langewitz, W., Mulder, L.J.M., Van Roon, A. y Duschek, S. (2013). The utility of low frequency heart rate variability as an index of sympathetic cardiac tone: A review with emphasis on reanalysis of previous studies. *Psychophysiology*, 50(5), 477-487. Doi: 10.1111/psyp.12027.
- Sloan, R.P., Korten, J.B. y Myers, M.M. (1991). Components of heart rate reactivity during mental arithmetic with and without speaking. *Physiology & Behavior*, 50(5), 1039-1045. Doi: 10.1016/0031-9384(91)90434-p.
- Tarvainen, M.P., Niskanen, J.P., Lipponen, J.A., Ranta-aho, P.O. y Karjalainen, P.A. (2014). Kubios HRV – Heart rate variability analysis software. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 113(1), 210-20. Doi: 10.1016/j.cmpb.2013.07.024.
- Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology (1996). Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Circulation*, 93(5), 1043-65.
- Thoits, P.A. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), s41-s53. Doi: 10.1177/0022146510383499.
- Thomas, B.L., Claassen, N., Becker, P., y Viljoen, M. (2019). Validity of commonly used heart rate variability markers of autonomic nervous system function. *Neuropsychobiology*, 78(1), 14-26. Doi: 10.1159/000495519.
- Uchino, B.N., Smith, T.W., Holt-Lunstad, J., Campo, R. y Reblin, M. (2007). Stress and illness. En J. Cacioppo, L. G. Tassinary y G. G. Berntson (Eds.): *Handbook of psychophysiology* (pp. 608-632). Cambridge University Press.
- Vazan, R., Filcikova, D. y Mravec, B. (2017). Effect of the Stroop test performed in supine position on the heart rate variability in both genders. *Autonomic Neuroscience*, 208, 156-160. Doi: 10.1016/j.autneu.2017.10.009.

# Intervención cognitivo-conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II

## *An online cognitive-behavioral intervention to improve lifestyle in type II diabetes mellitus*

*Elda Madaí Lara-Acosta y Bárbara de los Ángeles Pérez-Pedraza*

Universidad Autónoma de Coahuila<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Elda Madaí Lara Acosta, [madai.lara@uadec.edu.mx](mailto:madai.lara@uadec.edu.mx).

### RESUMEN

México se encuentra en un estado de emergencia epidemiológica por la prevalencia de la diabetes mellitus tipo II (DM2). El incremento en los niveles de glucosa y de las complicaciones derivadas de la enfermedad pone de relieve la necesidad en el paciente de modificar su estilo de vida, por lo que resulta importante poner en práctica intervenciones eficaces para ese propósito. Con el objetivo de medir la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el estilo de vida y disminuir las distorsiones cognitivas sobre la enfermedad en pacientes con tal enfermedad, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con pretest y postest de un solo grupo. Se halló un aumento con tamaño del efecto grande en las subescalas de nutrición, información sobre la diabetes, adherencia terapéutica y en la escala total de estilo de vida, así como una reducción con un tamaño del efecto grande en la subescala de pensamiento dicotómico y el total de las distorsiones cognitivas del Cuestionario para Evaluar Distorsiones Cognitivas por Lerma. Se concluye que la terapia cognitivo-conductual es un recurso útil para el cambio estilo de vida y de pensamientos en la DM2.

**Palabras clave:** Diabetes tipo 2; Estilo de vida; Terapia cognitivo-conductual; Distorsiones cognitivas; Conducta alimentaria.

### ABSTRACT

*Mexico is in a state of epidemiological emergency due to the prevalence of Type II Diabetes Mellitus (DM2). The increase in glucose levels and the complications from the disease highlight the need for the patient to modify their lifestyle. Implementing effective interventions in modifying behaviors and thoughts associated with lifestyle changes is essential. In order to measure the efficacy of a cognitive behavioral intervention to improve lifestyle and reduce cognitive distortions about the disease in patients with DM2, a pre-experimental study with pre-test and post-test of a single group was carried out. An increase resulted in a large effect size in the nutrition subscales, information on diabetes, therapeutic adherence, and the total lifestyle scale. Also, a substantial reduction occurred in the dichotomous thinking subscale and the total cognitive distortions of the Cognitive Distortions Questionnaire to Assess Cognitive Distortions by Lerma et al. In conclusion, results suggest that cognitive behavioral therapy is a valuable resource in changing lifestyles and thoughts in DM2.*

**Key words:** Diabetes type 2; Lifestyle; Cognitive behavioral therapy; Cognitive distortions; Eating behavior.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Unidad Campo Redondo, Magisterio s/n 16, 25020 Saltillo, Coah., México, tel. (844)412 -35-28, correos electrónicos: [madai.lara@uadec.edu.mx](mailto:madai.lara@uadec.edu.mx) y [barbara\\_perez@uadec.edu.mx](mailto:barbara_perez@uadec.edu.mx).



Recibido: 13/08/2021

Aceptado: 03/08/2022

Actualmente en México la diabetes mellitus tipo II (DM2 en lo sucesivo) se ha convertido en un problema de salud de considerable importancia, por lo que hay una creciente necesidad de buscar nuevas formas de mejorar el estilo de vida de los pacientes. En 2016, la Secretaría de Salud declaró la diabetes como una emergencia epidemiológica en el país. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2020) (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, 2021) indican que en la población de 20 años hay 8.16 millones de mexicanos que padecen DM2, que afecta principalmente a las mujeres de más de 60 años. En los resultados de la ENSANUT también se reporta que la complicación que afecta a la mayoría de los pacientes es la visión disminuida. Así, la DM2 es la segunda causa de muerte en mexicanos y la séptima en el mundo (World Health Organization, 1999), lo que muestra la gravedad y el panorama epidémico nacional y mundial.

La DM2 es una enfermedad crónico-degenerativa que genera malestar y desgaste físico. Gran parte las causas del padecimiento en la mayoría de los pacientes se debe al sobrepeso u obesidad y al estilo de vida sedentario con poca o nula actividad física (Bautista y Zambrano, 2015).

En México, la DM2 es la primera causa de años perdidos de vida saludable (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019), lo que quiere decir que quienes la padecen pueden desarrollar diferentes signos y síntomas que disminuyen los años sanos y productivos de la vida. En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, 2021) se reporta que 30% de los adultos que viven con DM2 en México desconocen su estado (Romero *et al.*, 2019), y que el grupo etario más afectado son los mayores de 60 años (28.8%), seguido del grupo de entre 40 y 59 años (22.8%) y por último los adultos menores de 39 años (4.5%), siendo estos últimos los que mayoritariamente desconocen su condición (49%).

El costo total anual de atención a los pacientes con DM2 en México es elevado; por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social eroga \$452'064,988 dólares por este rubro, lo que corresponde a 3.1% de los gastos totales de la institución; de hecho, un paciente con complicaciones genera un costo anual de \$35,5017 dólares (Rodríguez *et al.*, 2010).

Algunas de las complicaciones más importantes de la DM2 son la pérdida de visión o ceguera, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares, problemas dentales y de extremidades como manos y pies que pueden resultar en su amputación (World Health Organization [WHO], 1999).

Es importante resaltar la importancia del tratamiento para la DM2, que tiene como objetivo que el paciente pueda tener control metabólico y de la hiperglucemia y mantener disminuidos los síntomas que causan malestar y provocan complicaciones médicas a corto, mediano y largo plazo. Dicho tratamiento se divide en dos pilares importantes: el tratamiento preventivo y el tratamiento no farmacológico (Reyes *et al.*, 2016). El tratamiento farmacológico se basa en administrar medicamentos hipoglucemiantes, y el no farmacológico tiene como base la educación y la modificación del estilo de vida, sobre todo de los hábitos de alimentación y la actividad física a fin de que el estilo de vida pueda ser saludable (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019).

El estilo de vida es la interacción de un individuo específico con las condiciones de vida en general y patrones de conducta, los que están sujetos a factores tales como las preferencias personales, culturales y sociales (WHO, 1986). Cabe señalar que se compone de patrones individuales, como la conducta, las preferencias en la alimentación, el consumo de diversas sustancias, la responsabilidad de la persona con su propia salud, las prácticas sexuales, etc.; es decir, el estilo de vida son las elecciones que un individuo realiza sobre cómo vive.

El estilo de vida requerido en la DM2 se orienta a mantener una alimentación saludable y adecuada para el padecimiento y la situación vital del paciente, así como aumentar la actividad física, evitar sustancias como el alcohol y el tabaco y seguir adecuadamente el tratamiento farmacológico.

Modificar el estilo de vida de los pacientes con diabetes representa un desafío. La obesidad, la inactividad física y el consumo de alcohol son factores importantes para que el estilo de vida se vea afectado negativamente (Rahati *et al.*, 2014). En efecto, el estilo de vida poco sano de los pacientes es una de las causas principales de la aparición de la enfermedad, lo que indica que es de gran relevancia encontrar tratamientos efectivos para modificar tal estilo de vida.

Diferentes estudios han encontrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC a partir de aquí) ha tenido efectos significativos en la mejoría del estilo de vida de los pacientes con DM2 (López, 2016); de igual modo, la TCC *en línea* ha mostrado ser efectiva para tratar los diversos trastornos y síntomas de esta enfermedad (Van Bastelaar, Pouwer, Cuijpers, Riper y Snoek, 2011). En pacientes con estas características se ha utilizado para disminuir los síntomas depresivos, mejorar la calidad de vida, modificar los estilos de vida, acrecentar el bienestar psicológico y las formas de afrontamiento y aceptación de la enfermedad (González y Oropeza, 2016), todo lo cual indica que la TCC contribuye positivamente al aumento de las habilidades y conductas saludables que mejoran el estilo de vida de tales pacientes.

Como parte del trabajo de intervención cognitiva, en la TCC se establece como una meta la modificación de las distorsiones cognitivas, esto es, la interpretación distorsionada o alterada de información del ambiente, lo que provoca que el individuo genere conclusiones erróneas que se generalizan a situaciones similares de su entorno (Beck, 2000).

Al respecto, Adler (2014) y Lerma *et al.* (2012) han encontrado un conjunto de distorsiones cognitivas que suelen estar presentes en los pacientes con DM2, así como en las personas que padecen algunas otras enfermedades crónico-degenerativas que tienen en común un desajuste metabólico. Algunas de estas distorsiones cognitivas son las siguientes:

a) *Pensamiento todo o nada*, que es la interpretación de un estímulo únicamente en dos categorías, con lo que se omiten todas las posibilidades existentes.

b) *Catastrofismo*, que es un tipo de pensamiento semejante a una adivinación del futuro, en el que se predice de manera negativa lo que sucederá, sin considerar otras posibilidades menos terribles, lo que produce malestar en el paciente al predecir que algo ominoso ocurrirá.

c) *Autoetiquetación negativa*, que es el proceso mediante el cual el paciente se impone etiquetas despectivas a sí mismo, calificándose como “tonto” o “inútil”, lo que le genera emociones negativas y desmotivadoras.

d) *Perfeccionismo*, que es una distorsión común que hace referencia al esfuerzo por lograr ciertos estándares de perfección, ya sean autoimpuestos o los propios del ambiente, que llevan a omitir la lógica y la racionalidad del mismo estándar para evitar la sensación del fracaso.

En diversos estudios se ha demostrado que la modificación de las distorsiones cognitivas en pacientes con DM2 no solo contribuye a mejorar el estado emocional y psicológico (Inouye, Li, Davis y Arakaki, 2015), sino que también contribuye a cambiar los hábitos en el estilo de vida y en la adherencia al tratamiento (Rodríguez y Rentería, 2015). Lo anterior muestra que el pensamiento y las percepciones del estilo de vida, al igual que las cogniciones erróneas sobre la nutrición, la actividad física, la adherencia al tratamiento farmacológico y el manejo de emociones (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003), influyen en el proceso de modificar cada uno de estos elementos.

Para modificar los errores de pensamiento se utiliza la reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas, en conjunto con otras técnicas empleadas en la TCC, como la psicoeducación, la modificación de la conducta (moldeamiento y modelamiento, técnicas fisiológicas, etc.), que han demostrado una gran eficacia en el campo de la salud y en el logro de estilos de vida sanos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Suárez y Suárez, 2019).

Por lo anterior, dada la gran necesidad de acciones para mejorar el estilo de vida de las personas que sufren DM2 mediante la implementación

de intervenciones eficaces de orden cognitivo y conductual orientadas a reestructurar creencias acerca de la misma enfermedad y a modificar los comportamientos poco saludables, el presente estudio cuasiexperimental tuvo como objetivo medir la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para mejorar los estilos de vida y disminuir las distorsiones cognitivas sobre la enfermedad en pacientes con DM2.

## MÉTODO

En el diseño de este trabajo no se efectuó una asignación aleatoria de las unidades de intervención, ni se tuvo el control experimental completo, a diferencia de un diseño experimental verdadero (Cook y Cambell, 1986). En su lugar, se optó por una forma de comparación intrasujetos de un solo grupo y mediante un pretest y un postest, por lo que dicho estudio cumple con las características del diseño cuasiexperimental al manipular las variables independientes por medio de una intervención para identificar si hay una influencia en las variables dependientes (Ato, López y Benavente, 2013).

## Participantes

Se convocó a pacientes con DM2 mediante una invitación en línea distribuida en las redes sociales. Se contó con la participación de cuatro personas, de las cuales tres fueron mujeres con edades de 33 a 42 años, y un varón de 62 años. El tiempo desde el diagnóstico de DM2 fue de tres a ocho años. Los medicamentos para controlar la diabetes que los pacientes reportaron utilizar fueron la metformina y la insulina, o bien no consumían medicamentos al tener los niveles de glucosa controlados. Se obtuvo la firma de consentimiento informado de cada uno de los participantes, siendo los criterios de inclusión que fuesen mayores de 18 años, de nacionalidad mexicana y con diagnóstico de DM2. Los criterios de exclusión fueron que no firmaran el consentimiento informado o que no terminaran el plan de tratamiento aplicado.

## Instrumentos

*Cuestionario para Evaluar Distorsiones Cognitivas (DISCOG)* (Lerma *et al.*, 2012).

Se utilizó para evaluar las distorsiones cognitivas, que inicialmente se validó con pacientes mexicanos con insuficiencia renal, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de .901. Para ello, se hizo el pilotaje con treinta pacientes con diagnóstico de DM2 mediante un muestro no probabilístico intencional, y alcanzándose un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.93, y entre las subescalas, de 0.76 a 0.89.

El cuestionario está compuesto de cuatro subescalas: Catastrofismo, Pensamiento dicotómico, Perfeccionismo y Autoetiquetación negativa, distribuidas en treinta ítems que se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta.

*Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)* (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

La prueba utilizada para medir el estilo de vida de los pacientes con DM2 fue el IMEVID, un instrumento validado en una muestra mexicana. Está compuesto por 25 ítems y siete subescalas: Nutrición, Actividad física, Consumo de tabaco, Consumo de alcohol, Información sobre la diabetes, Emociones y Adherencia terapéutica. Se contesta eligiendo una de tres opciones de respuesta. La confiabilidad de esta prueba obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.81.

## Procedimiento

En la primera sesión, antes de iniciar la intervención, se aplicó la batería de instrumentos mencionados anteriormente con el objetivo de obtener el pretest de la muestra y de forma autoaplicada.

La intervención se efectuó en sesiones individuales en línea, en plataformas de videollamada, en las cuales los participantes no manifestaron tener dificultades para conectarse y atender las sesiones. Duración de aquella fue de ocho semanas. Durante las primeras cuatro, se agendaron dos sesiones por semana con el propósito de practicar y

reforzar las técnicas cognitivas; en estas primeras sesiones el contenido se orientó a proveer técnicas como la educación de la diabetes, los estilos de vida, la terapia cognitivo-conductual, las distorsiones cognitivas, el control de estímulos, las técnicas de distracción, la detención de pensamiento, el autorreforzamiento, las ventajas y desventajas y demás. Uno de los objetivos específicos de estas sesiones fue también la reestructuración cognitiva de las distorsiones cognitivas del paciente sobre el estilo de vida sano en la diabetes. En las siguientes cuatro semanas se agendó una sesión por semana, en la cual el objetivo fue proveer al paciente de ciertas técnicas conductuales, como el moldeamiento, la estructuración y seguimiento de un horario, algunas técnicas cognitivas, como las autoinstrucciones y las habilidades sociales. Se aplicó la batería de instrumentos antes y después de la intervención.

Cabe mencionar que en la última sesión se volvió a aplicar la batería con el objetivo de obtener el postest.

### Plan de tratamiento

*Sesión 1:* Entrevista inicial. El propósito de esta sesión es establecer el *rappor*t y recolectar información relevante del paciente, como sus datos generales, tiempo y manejo de la enfermedad, aspectos psicológicos que se ven afectados, tratamientos, medidas de autocuidado y objetivos terapéuticos. En esta se realiza también la evaluación inicial.

*Sesión 2:* En esta sesión se muestra el informe de los resultados de evaluación, y mediante la psicoeducación se identifican los conocimientos y mitos que el paciente tiene sobre la DM2 y el estilo de vida que se requiere. Se proporciona información en función de la enfermedad, del tratamiento no farmacológico y de la TCC.

*Sesión 3:* El objetivo de la reunión es proveer al paciente las técnicas cognitivas y conductuales para que inicie su implementación y práctica en situaciones cotidianas. Las técnicas utilizadas en esta sesión es el control, la estimulación, la detención de pensamiento, las técnicas de distracción, el autorreforzamiento, la relajación progresiva de Jacobson, con su entrenamiento durante la sesión, las ventajas y desventajas y promoción de la motivación mediante una lista de beneficios.

*Sesiones 4-7:* El objetivo de estas sesiones es identificar las distorsiones cognitivas que el paciente presenta, y mediante la reestructuración cognitiva generar pensamientos alternativos y funcionales, así como estrategias para modificar el pensamiento.

*Sesiones 8-9:* La meta de estas sesiones es efectuar cambios conductuales en los hábitos de alimentación y de actividad física mediante técnicas como el diseño de una rutina y un horario, el moldeamiento de la conducta, el autorreforzamiento y las autoinstrucciones.

*Sesiones 10-11:* En ellas, el objetivo es el entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas para establecer redes de apoyo, aprender a formular peticiones, aprender la técnica del “disco rayado” y sus ventajas y desventajas, aprender a tolerar la crítica social y las técnicas para resolver problemas.

*Sesión 12:* Mediante la prevención de recaídas en esta sesión, se identifican futuros problemas que el paciente puede experimentar, y desarrollar estrategias con las habilidades obtenidas en el tratamiento para implementarlas en la vida cotidiana.

### Aspectos éticos

El protocolo de intervención y el de investigación fueron evaluados y aprobados por el Comité de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila, apegándose a los aspectos éticos de investigación en seres humanos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

## RESULTADOS

Se utilizó un paquete estadístico SPSS, v. 24, para procesar los resultados, y por medio del teorema central del límite se asumió un muestreo no probabilístico, por lo que se seleccionaron estadísticos no probabilísticos para analizar los datos; para describir el estilo de vida se emplearon estadísticos descriptivos como la mediana, la varianza y el rango; para comparar los resultados obtenidos en el pretest y el postest se usó el estadístico de Wilcoxon, y para cuantificar el cambio entre ambas mediciones se utilizó la magnitud del efecto (Caycho, Ventura y Castillo, 2016; Domínguez,



2018), que se obtiene con el valor de *Z* obtenido de la prueba de Wilcoxon y el número de participantes; los puntos de corte que se sugieren son .10 (efecto pequeño), .30 (efecto mediano) y .50 (efecto grande).

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los pacientes en el pretest, y en la Tabla 2 los obtenidos en el postest.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las subescalas del IMEVID en el pretest.

Variable	Md	V	R
Nutrición	21.00	59.66	16.00
Actividad física	6.00	14.66	8.00
Información sobre la diabetes	2.00	.00	.00
Emociones	5.00	6.66	6.00
Adherencia terapéutica	7.00	6.66	6.00
Total de estilo de vida	46.00	193.00	30.00

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de las subescalas del IMEVID en el postest.

Variable	Med	V	R
Nutrición	24.50	33.00	12.00
Actividad física	7.50	17.00	8.00
Información sobre la diabetes	3.00	1.33	2.00
Emociones	5.50	3.66	4.00
Adherencia terapéutica	10.00	19.66	10.00
Total de estilo de vida	60.00	123.66	26.00

Los resultados de las distorsiones cognitivas totales evaluadas con el DISCOG fueron modera-

das tanto en el pretest como en el postest en todas las subescalas de la prueba, tal como se aprecia en las Tablas 3 y 4.

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de las subescalas del DISCOG en el pretest.

Variable	Med	V	R
Perfeccionismo	14.00	108.25	23.00
Catastrofismo	25.00	48.66	16.00
Autoetiquetación negativa	16.50	3.00	3.00
Pensamiento Dicotómico	29.50	5.66	5.00
Total de Distorsiones Cognitivas	86.00	14.25	9.00

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos de las subescalas del DISCOG en el postest.

Variable	Med	V	R
Perfeccionismo	13.50	44.91	14.00
Catastrofismo	22.50	48.91	16.00
Autoetiquetación negativa	15.00	11.58	7.00
Pensamiento dicotómico	26.50	16.33	7.00
Total de distorsiones cognitivas	78.50	76.66	19.00

Los resultados encontrados entre las mediciones pretest y postest (Tabla 5) muestran que no hubo significancia estadística entre ambas; en la magnitud del efecto hubo un cambio grande en el total del estilo de vida ( $ES = .92$ ) y en las distorsiones cognitivas ( $ES = .92$ ). En las subescalas donde se observa un cambio grande fue en nutrición ( $ES = .80$ ), información sobre la diabetes ( $ES = .70$ ), adherencia terapéutica ( $ES = .81$ ) y pensamiento dicotómico ( $ES = .80$ ).

**Tabla 5.** Análisis comparativo de Wilcoxon entre el pretest y postest y magnitud del efecto ( $ES$ ).

Variable	R Pretest	R Posttest	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>W</i>	<i>ES</i>
Nutrición	3.88	5.13	.10	-1.60	15.50	.80
Actividad física	4.38	4.63	.31	-1.00	17.50	.50
Información sobre la diabetes	3.50	5.50	.15	-1.41	14.00	.70
Emociones	4.25	4.75	.78	-0.27	17.00	.13
Adherencia terapéutica	3.50	5.50	.10	-1.63	14.00	.81
Total de estilo de vida	3.75	5.25	.06	-1.84	14.00	.92
Perfeccionismo	4.50	4.50	.41	-0.81	17.50	.40
Catastrofismo	4.75	4.25	.85	-0.18	16.00	.09
Autoetiquetación negativa	5.00	4.00	.25	-1.13	14.00	.56
Pensamiento dicotómico	5.50	3.50	.10	-1.60	12.00	.80
Total de distorsiones cognitivas	5.25	3.75	.06	-1.84	12.50	.92

## DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo aplicar una intervención cognitivo-conductual en línea en pacientes con DM2 y medir si había un aumento en el estilo de vida y una disminución en las distorsiones cognitivas. Por medio de la magnitud del efecto es posible observar que tras la intervención hubo un aumento en el estilo de vida de los pacientes. En las áreas donde se observó un mayor aumento fue en nutrición, información sobre la diabetes y adherencia terapéutica.

Los resultados obtenidos en el estudio muestran que el estilo de vida de los participantes fue moderado, lo que concuerda con los de Cantú (2014), donde se obtiene que el estilo de vida de pacientes con DM2 era moderadamente saludable, lo cual deriva en que la salud del individuo se deteriore más rápido al no modificar hábitos importantes, como una alimentación saludable, un aumento en la actividad física y el cumplimiento en los cuidados indicados por el médico.

González y Tena (2016) han confirmado que la TCC es eficiente para modificar los hábitos en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, específicamente en la conducta alimentaria, la actividad física y la adherencia terapéutica, hallazgo que concuerda con los resultados de esta investigación, lo que señala la importancia de poner en práctica intervenciones psicológicas destinadas a modificar conductas relevantes en el estilo de vida y su influencia en el bienestar de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Estudios como el de Rodríguez y Rentería (2015) han apoyado la inclusión de ciertos factores psicoterapéuticos en programas enfocados en modificar el estilo de vida de pacientes con enfermedades como las indicadas. Identificar pensamientos y creencias asociadas a la adquisición de hábitos sanos hace posible que los pacientes puedan ser conscientes de las mismas y ser encaminados a modificarlas mediante técnicas cognitivas.

Como se revisó anteriormente en referencia a las distorsiones cognitivas, uno de los objetivos

principales de la TCC es identificar y disminuir las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento del paciente (Beck, 2000); en este trabajo se encontró que aquellos son apreciables en la intervención en la salud de los pacientes, particularmente las creencias sobre la nutrición, la adherencia al tratamiento, las visitas al médico y el estilo de vida general de los pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas.

Una de las limitantes de este trabajo fue la escasa muestra con que se efectuó la intervención, lo cual puede ser un factor que influya en el resultado del tamaño del efecto; no obstante, si bien fue pequeño, es claro que hubo un cambio en las variables estudiadas, por lo cual es posible decir que es importante en futuras investigaciones tomar en cuenta el tamaño de la muestra. Otra limitación del estudio fueron los problemas de conexión de la red de internet y las frecuentes interrupciones durante las sesiones, lo que pudo afectar la comunicación y la comprensión cabal del material revisado durante las sesiones.

Respecto a las distorsiones cognitivas, se obtuvo una disminución general de las mismas, sobre todo en el pensamiento de todo o nada y en la autoetiquetación negativa, lo que indica que la TCC en línea es útil para aumentar la calidad del estilo de vida y disminuir las distorsiones cognitivas en pacientes con DM2.

La DM2 es una enfermedad que actualmente afecta a la población general y causa problemas físicos crónicos que generan complicaciones en el día a día de los pacientes que la padecen. Para combatir y disminuir esos efectos se requiere la modificación de patrones de conducta y de la toma de decisiones saludables que permitan a aquellos adquirir un estilo de vida sano. En esta investigación se encontró que la TCC instrumentada por medio de videollamadas y las técnicas utilizadas con formato en línea pueden ser una opción eficaz para modificar las distorsiones cognitivas que afectan el seguimiento del tratamiento y el estilo de vida en los pacientes con diagnóstico de DM2.

*Citación:* Lara-Acosta, E.M. y Pérez-Pedraza, B.Á. (2023). Intervención cognitivo-conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 33(2), 407-414. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2823>.

## REFERENCIAS

- Adler, B.S. (2014). Cognitive distortions for patients with diabetes: changing 'stinkin' thinkin' to 'smart diabetes thinking'. *Nassau County Psychological Association Newsletter*, pp. 34-37.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2019). *Guía ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia*. Barcelona: ALAD.
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.17851129(3), 1038-1059.
- Bautista R., L.M. y Zambrano P., G.E. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Madrid: Gedisa.
- Cantú P., C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 27(1-4). Doi: 10.15517/revenf.v0i27.15996.
- Caycho, T., Ventura L., J. y Castillo B., R. (2016). Magnitud del efecto para la diferencia de dos grupos en ciencias de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(3), 459-460.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1986). The causal assumptions of quasiexperimental practice. *Synthese*, 68, 141-180.
- González C., J.O. y Oropeza T., R. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39, 99-105. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.006.
- Inouye, J., Li, D., Davis, J. y Arakaki, R. (2015). Psychosocial and clinical outcomes of a cognitive behavioral therapy for Asians and Pacific islanders with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Hawaii' Journal of Medicine & Public Health*, 74(11), 360-368.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (ENSANUT 2018). Ciudad de México: INEGI/INSP.
- Lerma, A., Salazar, E., Pérez G., H., Bermudez, L., Gutiérrez, D., Reyes L., I, Bochicchio, T., Robles G., R. y Lerma, C. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Mental*, 35(3), 189-194.
- López V., D.C. (2016). *Terapia cognitiva conductual aplicada en el adulto mayor por trastorno de depresión a causa de la diabetes*. Tesis de grado. Machala (Ecuador): Universidad Técnica de Machala.
- Rahati, S., Shahraki, M., Arjomand, G. y Shahraki, T. (2014). Food pattern, lifestyle and diabetes mellitus. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 3(1), e8725. Doi: 10.5812/ijhrba.8725.
- Reyes F., A., Pérez M., L., Alfonso, E., Ramírez, M. y Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121.
- Rodríguez B., R.A., Reynales S., L.M., Jiménez R., J.A., Juárez M., S.A. y Hernández Á., M. (2010). Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(6), 412-420.
- Rodríguez C., M.L. y Rentería R., A. (2015). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26(1), 51-62.
- Romero M., M., Shamah-Levy, T., Vielma O., O., Heredia H., E., Mojica C., J., Cuevas N., L. y Rivera D., J. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Pública de México*, 61(6), 917-923.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino*. Ciudad de México: SSA/INSP.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID 19 Resultados Nacionales*. Ciudad de México: SSA/INSP. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>.
- Suárez N., P.C. y Suárez C., L.C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Van Bastelaar, K., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H. y Snoek, F.J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients: A randomized, controlled trial. *Diabetes Care*, 34(2), 320-325. Doi: 10.2337/dc10-1248.
- World Health Organization (1986). Lifestyles and health. *Social Science and Medicine*, 22(2), 117-124.
- World Health Organization (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation, Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Geneva: World Health Organization.

# Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO

## *Interventions to improve quality of life in older adults: Systematic review with PIO questions*

María de Jesús Cruz-Peralta y Ana Luisa González-Celis

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

Autor para correspondencia: María de J. Cruz-P., [mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com](mailto:mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com).

### RESUMEN

El cambio demográfico proyecta un aumento en el número de adultos mayores, por lo que es importante disponer de estrategias adecuadas para promover en ellos una vida saludable. El objetivo de este trabajo fue revisar sistemáticamente las publicaciones hechas sobre este tópico de los años 2015-2020, para lo cual se utilizó la técnica de preguntas PIO en las bases de datos Pubmed, PsycInfo, Ovid y Redalyc, utilizando los términos MeSH adultos mayores, Activación física, Entrenamiento cognitivo y Calidad de vida. Asimismo, se utilizó el conector booleano “NOT” con fragilidad y enfermedad. Del total de 1,651 artículos recabados, se descartaron 643 publicados antes de 2015; 323 por no tener acceso al texto completo; 312 con sujetos con comorbilidad, ya que los programas de intervención estaban diseñados para población con distintas enfermedades. Como resultado, se seleccionaron once artículos publicados. Los principales hallazgos fueron la descripción de las técnicas empleadas, el perfil del profesional y diversas variables. En conclusión, se encontró que el entrenamiento cognitivo mejora memoria, inhibición, flexibilidad cognitiva, atención selectiva, autoestima y calidad de vida, mientras el ejercicio físico promueve el aumento del tono muscular, equilibrio, fuerza y menor riesgo de caídas. A partir de dicha revisión, se sugiere conjuntar ambas intervenciones para obtener efectos potenciados y favorecer así una mejor calidad de vida en esta población.

**Palabras clave:** Revisión sistemática; Adultos mayores; Calidad de vida; Ejercicio físico; Entrenamiento cognitivo.

### ABSTRACT

*Demographic change projects an increase in the number of older adults, so it is essential to have adequate strategies to promote a healthy life. The objective was to carry out a systematic review of the publications from the years 2015-2020. The analysis used the PIO questions technique : P (population of interest), I (intervention), O (outcome/result) in the Pubmed, PsycInfo, Ovid, and Redalyc databases, and MeSH terms older adults'; physical activation; cognitive training and quality of life. The search included the Boolean NOT connector with fragility and disease. Of the total articles (n = 1651), articles published before 2015 (n = 643), without access to the full text (n = 323), with participants with comorbidity (n = 312), were discarded since interventions included programs for*

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalneapantla, Edo. de México, tel. (55)29-71-93-21-55, correos electrónicos: [mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com](mailto:mjcp-psicologia-doctorado@outlook.com) y [alger10@hotmail.com](mailto:alger10@hotmail.com).



*populations with different diseases. Eleven published articles were selected, leading to a Flow chart. The main findings describe the techniques used in the professional's profile and variables. In conclusion, cognitive training improves memory, inhibition, flexibility, selective attention, self-esteem, and quality of life. In comparison, physical exercise promotes increased muscle tone, balance, and strength and a lower risk of falls. The findings suggest combining both interventions leads to enhanced effects and favors a better quality of life.*

**Key words:** Systematic review; Older adults; Quality of life; Physical exercise; Cognitive training.

Recibido: 06/04/2022

Aceptado: 17/10/2022

México, al igual que otros países en Latinoamérica y el Caribe, atraviesa por un proceso demográfico con tendencia al envejecimiento de su población. De acuerdo al Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM, 2013), de cada 100 hogares, 27 están integrados al menos por una persona mayor de 60 años, por lo que en México se superan ya los 10.1 millones de personas de la tercera edad, lo que equivale a 9% de la población total del país.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en enero de 2020 la esperanza de vida era de 75.1 años en promedio. Aunado a ello, en los últimos diez años la población en edad avanzada tuvo un incremento de 3.2% (INEGI, 2018, 2021). En el mismo sentido, las previsiones de dicha institución para los próximos 30 años estiman que aproximadamente 27% de la población total del país se encontrará en la etapa de la vejez (INEGI, 2014).

En 2015 la Secretaría de Salud de México publicó el *Informe sobre la salud de los mexicanos* en el que se concluye que la esperanza de vida saludable (EVISA) pasó de 63.0 años en 1990 a 65.8 años en 2013, mostrando así un incremento de 2.8 años. Igualmente, al comparar ese dato con la esperanza de vida al nacimiento (EVN), para así conocer la magnitud de las pérdidas por discapacidad, en 2013 la brecha entre dichos indicadores fue de 9.7 años, comparada con la de 9.1 años de

1990, obteniéndose así los años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA); es decir, la población mexicana acumula más discapacidad hoy día.

Gutiérrez *et al.* (2017) explican lo anterior en un estudio sobre la carga de la enfermedad en personas adultas mayores, hallando que hay importantes diferencias respecto al sexo, pues las mujeres en México tienen una esperanza de vida de 79 años en promedio, de los cuales 68 años son vividos con buena salud y 11 con mala. A su vez, la esperanza de vida para los hombres es de 72.3 años, casi siete menos que las mujeres. Sin embargo, aquellos viven con mala salud un promedio de 8.5 años y casi 2.5 años con mala salud, o sea, menos que las mujeres.

Si bien, es cierto que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, el promedio de años que viven con mala salud en proporción es igualmente mayor. Resulta evidente que los adultos mayores se encuentran en condiciones de salud que traen como consecuencia que sean parcial o totalmente dependientes, por lo menos al final de su vida.

Las tres condiciones que más discapacidad generan en personas mayores son las enfermedades de los sentidos, la diabetes mellitus y el dolor de espalda y de cuello, aunque también es importante resaltar la contribución de la osteoartritis, los trastornos bucales y las enfermedades mentales, principalmente depresión, demencia y ansiedad. El INEGI (2021) identificó que en la Ciudad de México hay 1'703,827 personas que sufren alguna discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, o presentan algún problema en su condición mental, de las cuales 55.6% son mujeres y 44.4% hombres. Esta cifra representa 18.5% de la población total capitalina. De ahí la importancia de promover un buen estado de salud en general, de lo que resulta el cuestionamiento sobre lo que es esta en la vejez.

Para definir los dos constructos teóricos importantes en el presente análisis, se retoman a continuación las referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946).

En primer lugar, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades,

por lo que cuestiona la salud en los adultos mayores, quienes en su mayoría presentan algún tipo de discapacidad o de enfermedad; de ahí que, para afirmar que los adultos mayores gozan de un buen estado de salud se reformula dicho constructo en la etapa de la vejez, basado ahora en el mantenimiento de las capacidades funcionales y en el nivel de satisfacción en la vida, producto de las actividades de las que aún pueden llevar a cabo con o sin limitaciones (OMS, 2015), por lo cual es necesario abordar en segundo lugar el concepto de *calidad de vida* proporcionado por la World Health Organization (1994) y el cual se cita a continuación:

[Es] la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas del entorno (p. 5).

El estudio y la promoción de la calidad de vida en las personas mayores implica aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual la persona mayor no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al deterioro de la capacidad funcional, producto de la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) (OMS, 2015).

De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, publicada por la OMS (2001) y conocida como CIF, el funcionamiento de un individuo se entiende como una relación compleja de interacción entre la condición de salud, la capacidad intrínseca y los factores contextuales (por ejemplo, factores ambientales y personales). En dicha clasificación, la capacidad intrínseca se refiere a todas las funciones corporales, actividades y participación con su entorno. Existen interacciones dinámicas entre estos dominios que son específicas y que no siempre ocurren en una relación recíproca predecible; además, la discapacidad modifica la

propia condición de salud. Así, es razonable inferir una limitación en la capacidad intrínseca por causa de uno o más déficits, o bien una restricción en el desempeño y realización, debidas a una o más limitaciones.

Dentro de las funciones que se van perdiendo o disminuyendo con la edad se encuentran las de movimiento y las cognitivas. Con el envejecimiento, estas funciones varían considerablemente dependiendo de la educación y de la edad; la masa muscular tiende a disminuir con esta última, lo que puede estar asociado al deterioro de la fuerza física y de la función musculoesquelética general y el movimiento, lo que se refleja en una disminución de la marcha. Además, es común que falle la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información. Sin embargo, aunque el envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varios asuntos al mismo tiempo o cambiar de centro de atención, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción.

El INEGI (2018) publica en su comunicado de prensa núm. 450/20 del 1 de octubre de 2020 los resultados de la quinta edición de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2018). De la población de 50 y más años de edad, 5.6% reportó que su memoria era mala. Conforme avanzaba la edad, esta población percibía como más baja la calidad de su memoria, ya que 3.3% entre los de edad de 50-59 años, y 7.8% entre los de 60 o más, indicaron que su memoria era mala. En cuanto a las diferencias por sexo, se observó que tanto hombres como mujeres reportaron tener una calidad de la memoria más baja conforme avanzaba su edad.

Existe, entonces, la necesidad de promover un mejor funcionamiento en los adultos mayores para que puedan establecer una interacción adecuada entre los factores contextuales y su condición de salud, sumando a la anterior la de disminuir al máximo las limitaciones. Este objetivo puede lograrse al fomentar y mantener una óptima capacidad intrínseca, y además facilitar que las personas que tienen una capacidad funcional disminuida continúen haciendo las tareas que son importantes para ellas.

Hay diferentes enfoques que coadyuvan en el impulso de acciones relevantes para facilitar la ejecución de habilidades y conductas que tienen un efecto positivo en la funcionalidad de las personas mayores. A este respecto, se han hecho diversos estudios motivados por la situación demográfica actual y que pretenden aminorar las deficiencias en el desempeño de las actividades cotidianas de esta población.

Entonces, siguiendo las definiciones y necesidades que apunta la OMS y con la notable evidencia de un cambio demográfico en el mundo, fue claro el interés de realizar una revisión sistemática de las intervenciones más recientes cuyo interés fue el de promover un mejoramiento de diversos aspectos relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores, tales como la capacidad funcional. Así, el objetivo principal de la presente revisión fue llevar a cabo un análisis sistemático de trabajos publicados entre los años 2015 y 2020 acerca de las intervenciones orientadas a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

## MÉTODO

### Pregunta de investigación y estrategia de búsqueda

Se planteó la siguiente pregunta a partir de la estrategia de búsqueda de preguntas PIO (Jensen, 2018; Landa y Arredondo, 2014), donde P es la población de interés, I la intervención y O el resultado (*outcome*): “Para los adultos mayores (P), ¿es más efectiva la activación física o el entrenamiento cognitivo (I) para el mejoramiento de la calidad de vida (O)?”.

De acuerdo con las definiciones ya citadas de la OMS de la funcionalidad y de la capacidad intrínseca, se incluyeron los siguientes dominios: Condición de salud, Funciones corporales, Actividades, Participación y Factores contextuales. Sin embargo, estos términos resultan demasiado amplios al momento de emprender una búsqueda sistemática, por lo que al consultar las palabras clave

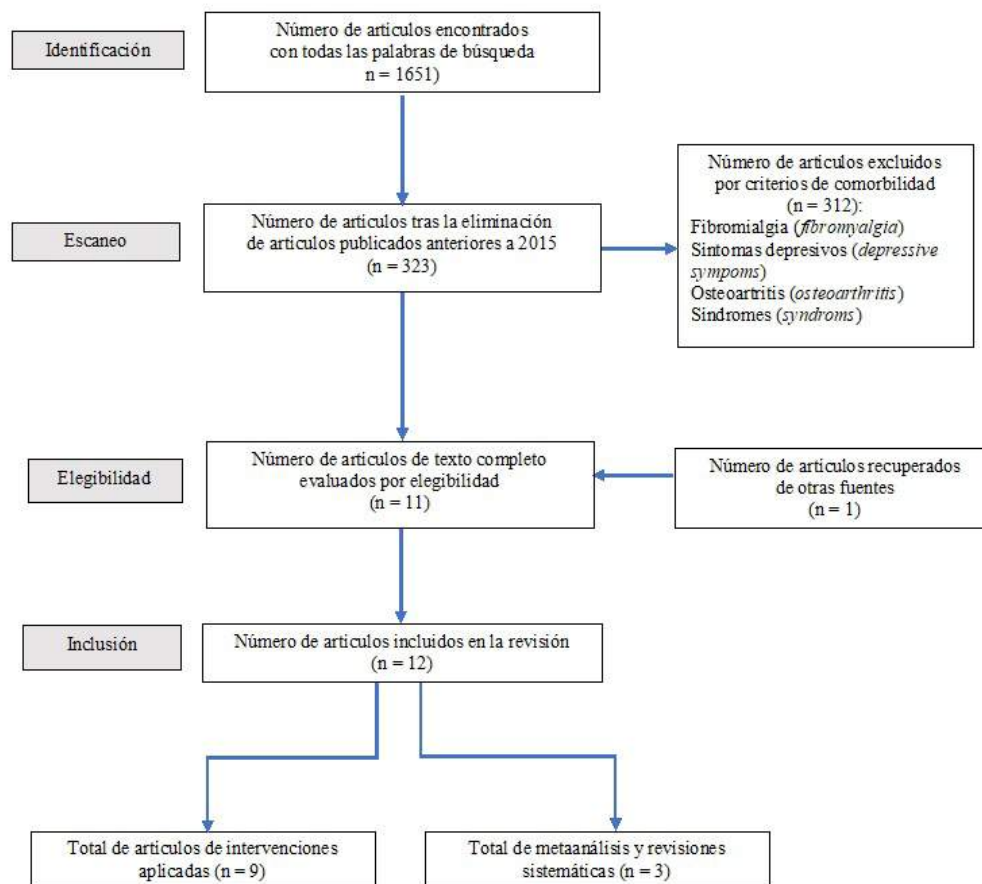
en los thesaurus del campo de conocimiento, y con un acuerdo entre pares, se acordaron los siguientes términos: Condición de salud, Actividad física, Participación, Entrenamiento cognitivo y Factores medioambientales. Por último, debido a los criterios de inclusión para los artículos localizados en diferentes bases de datos, se reportan únicamente los términos que arrojaron algún resultado.

Las palabras clave de búsqueda fueron: “Adultos mayores” (*Older adults, Aging*); “Actividad física” (*Physical exercise*); “Entrenamiento cognitivo” (*Cognitive training*) y Calidad de vida (*Quality of life*).

Se empleó el conector booleano NOT con los términos “fragilidad” (*fragility*) y “enfermedad” (*disease*) para descartar alguna comorbilidad.

Los criterios de inclusión para el análisis de los artículos fueron el haber sido publicado en los últimos cinco años (*last 5 years*), disponer de acceso al texto completo (*free full text*) y ser un ensayo clínico (*clinical trial*). Se excluyeron las publicaciones que incluyeran comorbilidades (*NOT fibromyalgia, depressive symptoms, osteoarthritis, syndrome*).

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda fueron Pubmed, PsycInfo, Ovid y Redalyc. Del total de artículos encontrados ( $n = 1,651$ ) se descartaron los artículos publicados antes del año 2015 ( $n = 643$ ). Un criterio de selección fue que la referencia permitiera el acceso al texto completo para analizar todos los datos proporcionados ( $n = 323$ ). Asimismo, se eliminaron los artículos que incluían datos de comorbilidad ( $n = 312$ ), ya que abordaban programas de intervención diseñados para una población específica con distintos síndromes o enfermedades. Finalmente, se seleccionó un total de doce artículos publicados, nueve de ellos reportes de intervenciones aplicadas, y tres metaanálisis y una revisión sistemática; además, se recuperó un artículo de las referencias de los metaanálisis. La Figura 1 ilustra el diagrama de flujo que se siguió para la selección de artículos incluidos en la revisión sistemática de acuerdo a los criterios de PRISMA (Page *et al.*, 2021).

**Figura 1.** Diagrama de flujo para la selección de artículos incluidos en la revisión sistemática.

## Análisis

El análisis se presenta en dos secciones; primeramente, los nueve artículos cuyos autores implementaron sus programas de intervención, de los cuales se describen los resultados; en la segunda sección se resumen los metaanálisis y revisión sistemática encontrados en el proceso de búsqueda sistemática que cumplieron con los criterios de inclusión.

### Artículos de intervención

Las tablas presentadas a continuación son la descripción del análisis de resultados de las nueve intervenciones reportadas (Battaglia *et al.*, 2016; Esain *et al.*, 2017; McDougall Jr. *et al.*, 2015; Mendoza y Arias, 2015; Moore *et al.* (2019); Park *et al.*, 2015; De Vincenzo *et al.*, 2018; Stanmore *et al.*, 2019; Tsai *et al.*, 2019).

En la Tabla 1, aparecen los programas empleados que tuvieron como objetivos promover una mejor autoestima, una mayor flexibilidad en las espinas dorsales y aumentar la fuerza de agarre. Como consecuencia, las variables secundarias fueron la mejora de la calidad de vida, así como la relación de esta con la salud, un estado de ánimo positivo, y la reducción de las caídas.

Las intervenciones de los nueve programas se llevaron a cabo principalmente en los continentes americano y europeo; contaron con un número promedio de participantes de 84 (de 24 a 292 adultos mayores), con una media de edad de 72.43 años, hombres y mujeres (Tabla 2).

Asimismo, se muestra la duración de los nueve programas de intervención, de ocho a sesenta horas en total, distribuidas entre ocho a quince sesiones, con un tiempo de 30 a 90 minutos por sesión, las cuales se llevaron a cabo dos veces por semana en promedio (Tabla 3).



**Tabla 1.** Variables empleadas en los nueve programas de intervención revisados en los artículos.

Variables independientes	Variables dependientes que se evaluaron después de la intervención
Entrenamiento cognitivo	Autoestima
	Calidad de vida
	Estado de ánimo
Yoga	Flexibilidad en espaldas dorsales
	Calidad de vida relacionada con la salud
Terapia estimulación (CST)	Periodo de falta de entrenamiento de tres meses
	Fuerza de agarre
Programa de ejercicio	Caídas
	Memoria a largo plazo
Programa de entrenamiento de flexibilidad (FTP)	Procesamiento visual
	Memoria de trabajo
Entrenamiento cognitivo ThinkRx	Velocidad de procesamiento
	Fluidez de razonamiento
	Procesamiento auditivo

**Tabla 2.** Localidad de procedencia, número de participantes, rangos de edad y sexo de los participantes reportados en los nueve programas de intervención.

Localidad	Número de participantes	Edad	Sexo
Texas (E.U.)	108	R: 53-96 años, M: 79.39	
Colorado (E.U.)	292	R: 51-95 años, M: 60.77	
Brasil	38	R: 22 personas de 60-69	16 personas > 70 años
Taiwán	25	M: 77.7 años	19 Mujeres, 6 Hombres
Corea	46	M: 73.4 años	38 Mujeres, 8 Hombres
Italia	30	M: 69.5 años	Mujeres
España	49	M: 75.5 años, hombres	38 Mujeres, 11 hombres
Reino Unido	106	M: 55 años	
Guadalajara (México)	64	M: 70.8 años	57 Mujeres, 7 Hombres
	M: 84.2	M: 72.43	

Nota: R: Rango; M: Media.

**Tabla 3.** Duración de los nueve programas de intervención.

Duración del programa Total de horas	Número y tiempo en minutos de las sesiones	Número de veces por semana Frecuencia
12 horas	8 sesiones de 90' (30' yoga, 60' entrenamiento cognitivo)	Dos veces por semana
12 horas	12 sesiones de 60'	Una vez por semana
21 horas	14 sesiones de 90'	Una vez por semana
21 horas	16 sesiones de 80'	Dos veces por semana
8 horas	8 sesiones de 60' (programa de ejercicio)	Una vez por semana
45 horas (nueve meses de ejercicio, tres meses de descanso)	Sesiones de 50'	Dos veces por semana
36 horas	12 sesiones de 60'	Tres veces por semana
32 horas	16 sesiones de 120'	Dos veces por semana
60 horas	10 a 15 sesiones   60 a 90'	Cuatro veces por semana
<b>Media: 23.3 horas</b>	<b>Media: 12 sesiones</b>	<b>Media: Dos veces por semana</b>

En la Tabla 4 se muestran los instrumentos empleados en los programas de intervención revisados.

Como se detalla, los instrumentos para evaluar ansiedad y depresión fueron los siguientes: Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI); 20-Item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESDS) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Respecto a la evaluación del funcionamiento cognitivo, en las nueve intervenciones se reportan

doce diferentes instrumentos, siendo el más conocido el Mini-Mental State Examination (MMSE), debido a sus excelentes propiedades psicométricas y a las distintas versiones que existen de esta prueba, además de su fácil aplicación por ser muy breve.

Para evaluar la calidad de vida se emplearon cinco instrumentos diferentes, siendo el más frecuente el Cuestionario de Salud Física (SF36).

**Tabla 4.** Instrumentos de evaluación utilizados en los nueve programas de intervención reportados en los artículos analizados.

Instrumentos de evaluación de ansiedad y depresión	Instrumentos de evaluación del funcionamiento cognitivo	Instrumentos de evaluación de la calidad de vida	Instrumentos de evaluación del desempeño físico	Instrumentos de evaluación de la autoestima
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spielberger State Trait Anxiety Inventory</li> <li>• 20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivermead Behavioural Memory Test (RBM)</li> <li>• Direct Assessment of Functional Status-Extended (DAFS-E).</li> <li>• Memory Efficacy Questionnaire (MEQ).</li> <li>• 108-item Metamemory in Adulthood (MIA).</li> <li>• Mini-Mental State Examination (MMSE).</li> <li>• WAIS III, Digit span (working memory).</li> <li>• Trail Making Tests A and B - TMT- (executive functions).</li> <li>• Rey-Osterrieth Complex Figure Test – ROCFT (executive functions and memory).</li> <li>• Verbal Fluency-Animal category – VF-A (memory).</li> <li>• Logical Memory test from the Wechsler</li> <li>• Memory Scale Revised - WMS-R (memory).</li> <li>• Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive subscale (ADAS-Cog).</li> <li>• La memoria de trabajo fue evaluada por la Subprueba Digit Span Backward36 y la velocidad de procesamiento por la Subprueba de Símbolo de Dígito.</li> <li>• Subtests from the Woodcock Johnson III.</li> <li>• Tests of Cognitive Abilities and Tests of Achievement (Woodcock <i>et al.</i>, 2001).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD).</li> <li>• WHOQOL-BREF Koreano.</li> <li>• SF36.</li> <li>• Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers, (1992).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de equilibrio de Berg.</li> <li>• Escala de Tinetti.</li> <li>• Goniómetro (mide en grados el rango de movimiento de los brazos cuando se mueven de lado y hacia adelante, lo que se considera una medida de flexibilidad.</li> <li>• La resistencia máxima de agarre (en kg) se midió en ambas manos utilizando un dinamómetro de mano.</li> <li>• La autoeficacia para la actividad física se midió estimando la fuerza de la creencia en la capacidad de realizar actividad física regular en una escala de 0 ("No puedo hacerlo") a 6 ("Seguro que puedo hacerlo").</li> <li>• Mini Evaluación Nutricional.</li> <li>• Autoinforme acerca de las caídas en el periodo de falta de entrenamiento de 3 meses.</li> <li>• SpinalMouse®.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSS).</li> </ul>

También se presentan los ocho instrumentos que se utilizaron para la evaluación del desempeño físico y la autoestima.

En cuanto a los principales resultados que se reportan en los artículos revisados, estos fueron la mejoría de la memoria, ya que disminuyeron las quejas a este respecto con doce horas de entrenamiento en memoria y treinta minutos de yoga por sesión (McDougall Jr. *et al.*, 2015), así como el incremento en el desempeño de los participantes en la memoria de trabajo, tanto en estímulos ver-

bales y visuales. Además, la autoestima se reportó como regenerada (Schultheisz *et al.*, 2018). Las áreas reportadas que Tsai *et al.* (2019) evaluaron al emplear la terapia de estimulación cognitiva fueron el funcionamiento cognitivo, buen estado de ánimo y mejora de la calidad de vida.

Se encontró igualmente una mejoría en las siguientes habilidades físicas: elevación de extremidades, levantarse, sentarse y mantenerse en pie al implementar un programa de fuerza muscular usando bandas elásticas, así como evaluar su efec-

tividad en habilidades físicas y en la calidad de vida de los adultos mayores (Park *et al.*, 2015). De manera similar, los participantes reportaron alivio en la región espinal y una mayor flexibilidad torácica al emplear el programa de actividad física de Battaglia *et al.* (2016).

Respecto a una correcta nutrición, actividad física y el entrenamiento cognitivo, se encontró un menor riesgo de caídas entre los participantes del grupo experimental, así como un mejor equilibrio, flexibilidad en los brazos y menor riesgo nutricional. Además, Mendoza y Arias (2015) afirman haber encontrado que esas mejoras se mantenían tras un seguimiento de seis meses.

Sin embargo, después de haber concluido un programa de entrenamiento y durante el periodo sin este, según reportan Esain *et al.* (2017), los adultos mayores percibieron un importante deterioro en su calidad de vida, aumentando el número de caídas y disminuyendo la fuerza, el tono y el funcionamiento muscular en la evaluación efectuada a los tres meses de haber terminado el programa de ejercicio.

Los resultados del estudio de Moore *et al.* (2019), quienes sugieren que un programa de entrenamiento cognitivo intenso, prolongado y multiconstruido para adultos mayores de 50 años, con quejas subjetivas y no clínicas de memoria y atención, se asoció con mejoras cognitivas y mejoras generalizadas en la vida real.

### Metaanálisis y revisión sistemática

Nguyen *et al.* (2019) evaluaron la eficacia del entrenamiento de las funciones ejecutivas sobre la memoria de trabajo, inhibición y la flexibilidad cognitiva, para lo cual llevaron a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis de 64 publicaciones. Sus análisis reportan un mantenimiento de los aspectos entrenados después de diez meses, con una media de tamaño del efecto significativa; sin embargo, no hallaron un cambio significativo en la velocidad de procesamiento de la información ni en la atención reportada por los participantes. Por otro lado, Fragala *et al.* (2019) efectuaron una revisión sistemática acerca de la fuerza muscular aumentada a partir de programas de entrena-

miento de resistencia y de adaptación psicológica positiva, llegando a tres conclusiones principales: en primer lugar, un ejercicio de leve a moderado tiene una mayor eficacia que el ejercicio intenso; segundo, es necesario tener de dos a tres sesiones por semana para lograr un mayor efecto en la fuerza muscular incrementada, y tercero, la combinación de diversos ejercicios del entrenamiento físico resulta ser más efectiva.

Un ejemplo del efecto que se alcanza con los programas dirigidos al fortalecimiento de la fuerza y el equilibrio es el estudio de Stanmore *et al.* (2019), quienes bajo un ensayo controlado, aleatorio y grupal de dos vías reclutaron a adultos de 55 años o más que vivían en dieciocho centros de vida asistida (viviendas protegidas) en el Reino Unido. Su objetivo fue comparar la Escala de Equilibrio de Berg (BBS) al inicio del estudio y a las doce semanas. En su procedimiento incluyeron como variables el miedo a las caídas, la movilidad, el riesgo de caídas, el dolor, el estado de ánimo, la fatiga, la cognición, la utilización de la atención médica, la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad física y las caídas autoinformadas. Sus conclusiones son que mejoró el equilibrio y disminuyeron el dolor y el miedo a las caídas en los participantes de su proyecto, y que la suya es una estrategia rentable de prevención de caídas en las instalaciones de vida asistida para personas de 55 años o más.

Al comparar la efectividad de programas de intervención en población adulta mayor basados en el ejercicio físico (EF) y el entrenamiento cognitivo (TC) sobre las funciones cognitivas ejecutivas relacionadas con actividades de la vida cotidiana, Karr *et al.* (2014) emprendieron una revisión sistemática de 46 estudios, de los cuales 23 emplearon el EF, 21 el TC, y solo dos ambos entrenamientos. Los resultados de dicha revisión sistemática contribuyen a la investigación relacionada con el envejecimiento al reafirmar los beneficios del EF y del TC en las funciones ejecutivas relacionadas con las actividades de la vida diaria de los adultos mayores; sin embargo, en términos del tamaño del efecto, el TC fue más eficaz para mejorar las funciones ejecutivas que los programas de EF. Por su parte, este último no tuvo resultados diferenciales

en el tamaño del efecto en las distintas funciones ejecutivas, y las características del tratamiento (por ejemplo, la duración y la frecuencia de las sesiones de entrenamiento físico) no predijeron diferentes tamaños del efecto en las funciones ejecutivas, en tanto que el TC difirió dependiendo del funcionamiento cognitivo evaluado; por ejemplo, la resolución de problemas logró el tamaño del efecto más alto. Asimismo, hubo una mejoría notable en las funciones ejecutivas en los participantes sanos que en aquellos que sufrían algún tipo de deterioro cognitivo. Los autores concluyen que el entrenamiento cognitivo tiene una mayor efectividad para aumentar las funciones cognitivas ejecutivas que un entrenamiento en ejercicio físico.

## DISCUSIÓN

En los últimos años se han realizado investigaciones que exhiben la influencia que tiene el ejercicio físico en la mejoría de los síntomas de dolor físico y la fuerza muscular, dependiendo de la intensidad del mismo y de la duración del programa de intervención.

También se encontraron artículos referentes al efecto del entrenamiento cognitivo en la memoria, el estado de ánimo y la atención, principalmente, con resultados importantes en la investigación sobre los adultos mayores y con un mismo objetivo: mejorar su capacidad funcional, la búsqueda del aumento de salud percibida y la mejora de su calidad de vida.

Cabe destacar igualmente que el abordaje del entrenamiento cognitivo y el ejercicio físico con este grupo etario es muy versátil, pese a lo cual se hallan intervenciones enfocadas en una sola línea y carentes de una búsqueda de la interrelación entre dichas variables.

En conclusión, existe evidencia de que en las intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores la estimulación cognitiva ha resultado benéfica, incluso cuando se enfocan las intervenciones en la promoción de la activación física y se emplean dichas variables como unidades de medida para evaluar la calidad de vida.

También se hace evidente la carencia de programas de intervención en dicha población que

busquen favorecer la funcionalidad en su concepto más amplio, como la interacción de la capacidad intrínseca con el entorno, e incluso con la calidad de vida en la vejez.

Cheng *et al.* (2017) a la par, tras su análisis del comportamiento en el envejecimiento de la población con dolor crónico y la falta de programas locales basados en la evidencia para el manejo del dolor, proponen desarrollar una intervención multicomponente que incorpore el ejercicio físico y las técnicas cognitivo-conductuales, a fin de examinar sus efectos en el largo plazo, en comparación con los tratamientos habituales.

Las intervenciones combinadas de actividad mental y ejercicio de varios tipos pueden mejorar tanto la función física como la calidad de vida relacionada con la salud física entre los adultos mayores sedentarios con problemas cognitivos. El diseño de un grupo de control enfocado exclusivamente al fomento del ejercicio debe considerarse, ya que incluso el ejercicio ligero puede inducir beneficios en los adultos mayores vulnerables (Barnes *et al.*, 2018), lo cual resulta importante al planear las intervenciones.

Por otro lado, el entrenamiento cognitivo tiene un impacto sobre el nivel funcional del adulto mayor, tal y como apuntan Cebreros *et al.* (2020); de hecho, los resultados indican que un programa de estimulación cognitiva puede contribuir a mejorar la calidad de vida durante la vejez al mejorar los niveles de autoestima, autoeficacia y autonomía en dicha población.

Tras el análisis de las investigaciones reportadas en el contenido de este texto, se plantea la necesidad de abordar la capacidad funcional como un indicador de la calidad de vida, entendiéndola como los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Por lo tanto, hay una clara relación con lo que las personas adultas mayores pueden realizar y fomentar con su percepción de calidad de vida.

La aportación de la presente revisión se traduce en proponer intervenciones orientadas a fomentar y mantener la capacidad intrínseca a través de la psicoestimulación cognitiva y las actividades a realizar, y facilitar así que las personas que tienen disminuida su capacidad funcional física o

cognitiva, o ambas, puedan llevar a cabo las cosas que son importantes para ellas, dedicar tiempo a actividades placenteras que les hagan sentir bien, y evaluar de manera positiva su bienestar psicológico y su calidad de vida.

Las limitaciones encontradas en la presente revisión sistemática son, en primer lugar, las bases de datos donde se hizo la búsqueda, las cuales son el recurso electrónico de referencia en el ámbito de la psicología y áreas relacionadas autorizadas por la American Psychological Association (APA), pues únicamente se incluyeron cuatro: Pubmed, PsycInfo, Ovid y RedALyC, excluyendo algunas como EBSCO host, MEDLINE, o PSICODOC, que debieran consultarse para disponer de una mayor cantidad de referencias.

Otra limitante del presente análisis es que, como parte de los criterios de inclusión, se estableció el acceso al texto completo, ya que tuvo que

descartarse una importante cantidad de artículos (320). Sin embargo, dicho criterio se estableció debido a que se hizo el análisis de las características del programa de intervención, el tiempo total y las sesiones totales y semanales que tuvieron los participantes en dichas intervenciones. Así que resultaría deseable que se obtengan aquellos artículos que carecen de acceso al texto completo para su revisión sistemática.

Por último, en cuanto a las causas del deterioro funcional en los adultos mayores, estas obedecen a una combinación de factores intrínsecos y ambientales (Ocampo y Reyes, 2021), así como a políticas y prácticas de atención que restringen su actividad física y cognitiva, el limitado personal preparado para la atención de sus necesidades, y el pobre apoyo de su red sociofamiliar, áreas de oportunidad que no se exploraron y que se recomienda sean investigadas en futuros estudios.

## AGRADECIMIENTOS

Apoyo del Proyecto PAPIIT IN311019 DGAPA UNAM. Resultados parciales de la tesis doctoral de la primera autora bajo la dirección de la segunda. Apoyo de Beca Conacyt registro CVU 924842.

*Citación:* Cruz-Peralta, M.J y González-Celis, A.L. (2023). Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO. *Psicología y Salud*, 33(2), 415-426. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2824>.

## REFERENCIAS

- Barnes, D.E., Santos-Modesitt, W., Poelke, G., Kramer, A.F., Castro, C., Middleton, L.E. y Yaffe, K. (2018). The Mental Activity and exercise (MAX) trial: Effects on physical function and quality of life among older adults with cognitive complaints. *Contemporary Clinical Trials*, 64, 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.10.009>.
- Battaglia, G., Bellafiore, M., Alesi, M., Paoli, A., Bianco, A. y Palma, A. (2016). Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1009-1015. <https://doi.org/10.2147/CIA.S109591>.
- Cebrenos V., D., Mortis-Lozoyab, S.V., Del Hierro P., E. y Muñoz A., J. (2020). Efficacy of a cognitive stimulation programme using technology on older adults' self-esteem, self-efficacy, and autonomy. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 42-50. <https://doi.org/10.14349/rfp.2020.v52.5>.
- Cheng, S.T., Chan, K.L., Lam, R.W.L., Mok, M.H.T., Chen, P.P., Chow, Y.F., Chung, J.W.Y., Law, A.C.B., Lee, J.S.W., Leung, E.M.F. y Tam, C.W.C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2270-3>.
- De Vincenzo S., T.S., Ribeiro A., A.B., Ferreira A., R., Maiera R., A. y de Pádua S., L.A. (2018). Effect of cognitive stimulation workshops on the self-esteem and cognition of the elderly A pilot project. *Dementia & Neuropsychology*, 12(4), 421-426. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040013>.
- Esain, I., Rodriguez L., A, Bidaurrezaga L., I, Gil. S.M. (2017). Health-related quality of life, handgrip strength and falls during detraining in elderly habitual exercisers. *Health Quality of Life Outcomes*, 15(1), 226. Doi: 10.1186/s12955-017-0800-z. PMID: 29162116; PMCID: PMC5697062.

- Fragala, M.S., Cadore, E.L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W.J., Peterson, M.D. y Ryan, E.D. (2019). Resistance training for older adults: position statement from the National Strength and Conditioning Association. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 33(8), 2019-2052. Doi: 10.1519/JSC.0000000000003230. PMID: 31343601.
- Gutiérrez R., L.M., García P., C., Medina C., R., Parra R., L., López O., M., González M., J.M. y Gómez D., H. (2017). *Resumen ejecutivo. Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: un reto para México*. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Geriatria. Recuperado de [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo\\_Final\\_20Oct.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014. Mortalidad*. INEGI. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo129ys=estyc=23598>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*. INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem\\_Nal20.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem_Nal20.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Comunicado de prensa núm. 450/20 del 1 de octubre. Resultados de la quinta edición de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento*. INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem\\_Nal20.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem_Nal20.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Población. Datos nacionales*. INEGI. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_POBLAC21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_POBLAC21.pdf).
- Instituto Nacional para los Adultos Mayores (2013). *Envejecimiento poblacional y protección social*. INAPAM.
- Jensen, K.A. (2018). *Seven steps to the perfect PICO search. Evidence-based in Nursing Practice*. Recuperado de <https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/7-Steps-to-the-Perfect-PICO-Search-White-Paper.pdf?ga=2.92481434.60838456.1569789026-91600718.1569789026>.
- Karr, J., Areshenkoff, C., Rast, P. y García-Barrera, M. (2014) An empirical comparison of the therapeutic benefits of physical exercise and cognitive training on the executive functions of older adults: A meta-analysis of controlled trials. *Neuropsychology*, 28(6), 829-845. <https://doi.org/10.1037/neu0000101>.
- Landa R., E. y Arredondo P., A. (2014). Herramienta PICO para la formulación clínicamente relevante en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*, 11(2-3), 259-270. Doi: 10.5209/rev\_Psic.2014.v11.n2-3.47387.
- McDougall Jr., G.J., Vance, D., Wayde, E., Ford, K. y Ross, J. (2015) Memory training plus yoga for older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(3), 178-88. Doi: 10.1097/JNN.0000000000000133.
- Mendoza R., N.M. y Arias M., E.D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 829-837. <https://doi.org/10.2147/CIA.s79511>.
- Moore, A.L., Carpenter, D.M. II, Miller, T.M. y Ledbetter, C. (2019). ThinkRx cognitive training for adults over age 50: Clinician-caregiver partners in delivery as effective as clinician-only delivery. *Psychology & Neuroscience*, 12(2), 291-306. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/pne0000162>. <https://doi.org/10.1037/pne0000162>.
- Nguyen, L., Murphy, K. y Andrews, G. (2019). Immediate and long-term efficacy of executive functions cognitive training in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 145, 698-733. <https://doi.org/10.1037/bul0000196>.
- Ocampo C., J.M. y Reyes O., C.A. (2021). Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 20-29. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.3>.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados* (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Versión abreviada. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1).
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf).
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71). Doi: 10.1136/bmj.n71.
- Park, S.Y., Kim, J.K. y Lee, S.A. (2015). The effects of a community-centered muscle strengthening exercise program using an elastic band on the physical abilities and quality of life of the rural elderly. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(7), 2061-2063. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2061>.
- Secretaría de Salud (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional*. SSA. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME SOBRE\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_s.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME SOBRE_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_s.pdf).

- Stanmore, E.K., Mavroeidi, A., de Jong, L.D., Skelton, D.A., Sutton, C.J., Benedetto, V., Munford, L.A., Meekes, W., Bell, V. y Todd, C. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of strength and balance Exergames to reduce falls risk for people aged 55 years and older in UK assisted living facilities: a multi-centre, cluster randomised controlled trial. *BMC Medicine*, 17(1), 49. Doi: 10.1186/s12916-019-1278-9.
- Tsai, A., Lee, M., Lai, C., Chou, Y. y Su, C. (2019). The Outcomes of Cognitive Stimulation Therapy (CST) for community-dwelling older adults with cognitive decline in Taiwan. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 35, 306-312. Doi:10.1097/TGR.000.
- World Health Organization (1994). *Quality of life assessment. An annotated bibliography*. WHO. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf).

# Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto

## *Online clinical supervision program for cognitive-behavioral therapists at hospital settings: a pilot study*

Nancy Patricia Caballero-Suárez<sup>1</sup>, Carmen Lizette Gálvez-Hernández<sup>2</sup>,  
Cinthia Huerta-Barrientos<sup>1</sup>, Isabo Cecilia Monroy-Ortiz<sup>1</sup>,  
Silvia Monserrat Sánchez-Ramos<sup>3</sup> y Juan José Sánchez-Sosa<sup>1</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>  
Instituto Nacional de Cancerología<sup>2</sup>  
Centro de Atención y Evaluación Psicológica “Dr. Benjamín Domínguez”<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Juan José Sánchez-Sosa, [jujosaso@gmail.com](mailto:jujosaso@gmail.com).

### RESUMEN

*Antecedentes.* La supervisión clínica es fundamental para la mejora de habilidades clínicas en psicoterapeutas cognitivo-conductuales que atienden pacientes con enfermedades crónicas en hospitales. La telesupervisión es una alternativa viable y segura ante el contexto de la pandemia por el virus SARS-COV-2. *Objetivo.* Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación. *Método.* El presente estudio piloto con diseño pre-experimental comparó las destrezas adquiridas antes y después de la implementación del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Se evaluaron los conocimientos teóricos con un instrumento *ex profeso* y las habilidades clínicas con sistemas de autorregistro y observación de juego de roles en sesiones clínicas. La supervisión se implementó por terapeutas cognitivo-conductuales con vasta experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Se incluyeron seis psicoterapeutas en formación, estudiantes avanzados y pasantes de licenciatura en psicología. *Resultados.* Los resultados revelaron un aumento significativo en conocimientos en una escala que evalúa la aplicación de principios y técnicas terapéuticas. Las habilidades clínicas aumentaron significativamente, evaluadas a través de la observación directa y del autorregistro con tamaños del efecto grandes según el índice *d* de Cohen (> .80). Los efectos incluyeron habilidades conceptuales, de intervención, colaboración, resumen, obtención de retroalimentación, uso efectivo del tiempo y cierre. Se obtuvieron tamaños del efecto moderados (índice *d* de Cohen >.50) en habilidades de diagnóstico y tratamiento, presentación, encuadre y comprensión. *Conclusiones.* Esta Investigación piloto sobre supervisión clínica en línea muestra resultados favorables en la adquisición y mejora de habilidades clínicas de psicoterapeutas cognitivo-conductuales que atienden pacientes con enfermedades crónicas. Se destaca la inclusión de diversas herramientas de evaluación del efecto e implementación de formatos virtuales de aplicación.

**Palabras clave:** Supervisión clínica; Telesupervisión; Terapia cognitivo-conductual; Contextos hospitalarios.

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: [nancygansy@hotmail.com](mailto:nancygansy@hotmail.com).

<sup>2</sup> (INCaN), Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: [lizet-galvezh@gmail.com](mailto:lizet-galvezh@gmail.com).

<sup>3</sup> Calle 16 de Septiembre 201, Col. Centro, 56101 Texcoco, Edo. de México, México, correo electrónico: [ramosmonserrat804@gmail.com](mailto:ramosmonserrat804@gmail.com).





## ABSTRACT

**Background.** *Clinical supervision is essential for improving clinical skills in cognitive-behavioral psychotherapists who care for patients with chronic diseases in hospitals. Tele-supervision is a viable and safe alternative in the context of the SARS-COV-2 virus pandemic.* **Objective.** *To evaluate the effect of an online clinical training and supervision model on the clinical skills of advanced, licentiate-level cognitive-behavioral therapists.* **Participants.** *The study included six psychotherapists in training who were advanced students of a university-based psychology licentiate training program.* **Method.** *The study used a pre-experimental design. Measurement included cognitive-behavioral knowledge tests, self-assessment, and role-playing clinical skills during clinical sessions. Cognitive-behavioral therapists with vast experience caring for patients with chronic diseases conducted the supervision. Before and after comparisons on training and online clinical supervision led to the main findings.* **Results.** *Regarding knowledge, a significant increase resulted in a scale evaluating the application of therapeutic principles and techniques. Direct observation and self-assessment revealed significantly increased clinical skills with large effect sizes (Cohen's d index > .80) for conceptualization, intervention, collaboration, briefing, feedback, effective use of time, and closure. Moderate effect sizes (Cohen's d index > .50) increased diagnosis and treatment skills also increased presentation, framing, and understanding.* **Discussion.** *The present study of online clinical supervision shows favorable results in acquiring and improving clinical skills to care for patients with chronic diseases in hospital settings. Moreover, it highlights the effectiveness of virtual assessment tools and online supervision formats.*

**Key words:** Clinical supervision; Tele-supervision; Cognitive behavioral therapy; Hospital settings.

Recibido: 06/12/2021

Aceptado: 23/05/2022

## INTRODUCCIÓN

Un proceso clave para la formación de psicoterapeutas competentes es la supervisión clínica, proceso fundamentado en una relación evaluativa, de colaboración estructurada, basada en acuerdos y objetivos, cuyo propósito es

el mejoramiento profesional (American Psychological Association, 2014). Dado que el proceso incluye la preparación de competencias necesarias para la prestación de servicios profesionales, es una herramienta útil para que los psicólogos en formación adquieran o perfeccionen sus habilidades de atención psicológica especializada (Pratt y Lamson, 2012).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico que ha demostrado efectividad al tratar una amplia variedad de trastornos psicológicos y de salud (Kavanagh, Bennett-Levy y Crow, 2002). En esta, el proceso de supervisión clínica tiene como objetivo aumentar las habilidades de evaluación, conceptualización e intervención en el supervisado, así como fomentar la autoobservación y el aprendizaje continuo desde ese enfoque (Johnston, 2006). Recientemente, dicha supervisión clínica ha experimentado un rápido cambio no planificado hacia la telepráctica; sin embargo, la supervisión clínica remota está menos estudiada y regulada que la telepsicoterapia en general (Tarlow, McCord, Nelson y Bernhard, 2020).

Aunque el surgimiento de la educación y el entrenamiento a distancia no es reciente, no se utilizaba tan frecuentemente; hoy día, sin embargo, la evidencia sugiere que la instrucción en línea es un método efectivo de educación para los profesionales de la salud (Bajpai, Semwal, Bajpai, Car y Ho, 2019; Souza, Mattos, Stein, Rosário y Magalhães, 2018). Entre sus beneficios destaca el potencial de llegar a más estudiantes a un menor costo que los métodos tradicionales (Worrall y Fruzzetti, 2009); ofrecer más oportunidades de colaboración que enriquezcan la experiencia educativa (Bell, 2020), flexibilizar los horarios y servicios y adaptarse de mejor manera a la denominada “nueva normalidad” en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Abramson y Fleming, 2021).

Empíricamente, la supervisión a distancia ha mostrado ser equivalente en efectividad en comparación con la presencial. Además, no se ha encontrado una disminución significativa en la satisfacción con la supervisión o en la alianza de trabajo (Bell *et al.*, 2020; Bernhard y Camins, 2020; Tarlow *et al.*, 2020).

Si bien se han emprendido algunos estudios sobre la supervisión clínica a distancia, resulta evidente la necesidad de desarrollar y estandarizar programas de formación de psicoterapeutas competentes para asegurar el bienestar de consultantes y usuarios. Adicionalmente, se requiere favorecer el aprendizaje efectivo y ético del desempeño profesional desde la telesalud, particularmente cuando las restricciones sanitarias en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 lo hacen apremiante (Molfenter *et al.*, 2021).

Dado que la telesupervisión es necesaria como una alternativa viable a la supervisión presencial en el contexto de la citada pandemia, el objetivo del presente estudio exploratorio consistió en evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre las habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación en contextos hospitalarios.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron seis estudiantes de los últimos semestres o egresados de la Licenciatura en Psicología, interesados en recibir entrenamiento en línea como terapeutas cognitivo-conductuales para atender pacientes con enfermedades crónicas. Los participantes se reclutaron mediante la coordinación de materias relacionadas con la psicología clínica y de la salud basadas en evidencia en una universidad privada de la Ciudad de México. Se incluyeron los estudiantes que firmaron un formato de consentimiento informado para participar en la investigación.

### Sexo, edad y datos académicos de los participantes

Se obtuvieron datos de antecedentes académicos y personales de los participantes, así como la percepción sobre las propias habilidades clínicas y personales del estudiante supervisado a través de una entrevista semiestructurada, diseñada y adap-

tada para el presente estudio, así como algunos datos sociodemográficos. La entrevista se basó en la revisión de la literatura científica sobre las habilidades personales y clínicas relevantes para el programa de TCC. A partir de los resultados piloto de una primera versión de la entrevista, se hicieron modificaciones al contenido y orden de las preguntas, refinándola hasta obtener su versión final, que incluyó 21 preguntas divididas en cuatro apartados: 1) datos personales y académicos, 2) experiencia profesional/clínica, 3) motivación y estilos de aprendizaje y 4) habilidades personales.

El programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea se aplicó a los seis supervisados: cuatro mujeres y dos varones, con mediana de edad de 21 años. Todos ellos habían satisfecho de 75 a 100% de los créditos de la licenciatura en Psicología y cursado las materias del área de psicología clínica y de la salud. En cuanto a la supervisión clínica, dado que la mayoría tenía alguna experiencia con ella, expresaron los beneficios que buscaban en el programa antes de recibirlo, como “poner a prueba los conocimientos aprendidos, la discusión de casos y mis habilidades”; “saber cómo abordar a los pacientes”; “redactar informes de evaluación”; “tener más confianza” “controlar las expresiones de juicio”; “observar mi participación activa”, y “mantener una respuesta objetiva” (Tabla 1).

**Tabla 1.** Información general de los supervisados.

P	Sexo	Edad	Avance de créditos escolares	Experiencia supervisada
1	Femenino	23	100%	No
2	Femenino	21	90%	Sí
3	Masculino	21	85%	Sí
4	Femenino	20	80%	Sí
5	Masculino	21	95%	Sí
6	Femenino	22	75%	Sí

P: Participante.

### Diseño

Se trató de un estudio preexperimental que comparó la evaluación de conocimientos teóricos y

habilidades clínicas antes y después de la implementación del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea.

### Variables y medición

Las variables dependientes fueron los conocimientos sobre la TCC y las habilidades clínicas de los supervisados.

#### *Conocimientos sobre la TCC*

Dichos conocimientos se evaluaron mediante un cuestionario desarrollado y adaptado para este trabajo. Las dimensiones a evaluar incluyeron el conocimiento, la comprensión y la aplicación clínica de conceptos de la mencionada terapia. El cuestionario se construyó tras haber efectuado una revisión detallada de la literatura científica pertinente después de lo cual se obtuvo su validez de contenido (pertinencia y relevancia) con el auxilio de cinco jueces expertos con posgrado en el área.

La primera versión del citado cuestionario contenía 50 reactivos, pero con base en los resultados del jueceo se eliminaron dos, haciendo diversos ajustes sugeridos por los jueces al contenido y la redacción de los restantes.

Estos resultados generaron una nueva versión piloteada en una muestra ( $n = 30$ ) de egresados de psicología. Después del análisis de discriminación y dificultad de los reactivos, se obtuvo una versión final compuesta por 28 reactivos. Se conservaron aquellos que oscilaron entre 0.15 a 0.39 en su índice de discriminación, y de 0.1 a 0.7 en el de dificultad. Las tres dimensiones resultantes fueron: *a*) Relación terapéutica, *b*) Conceptualización del caso y *c*) Intervención, con consistencias internas evaluadas con el coeficiente alfa de Cronbach de .403, .538 y .605, respectivamente (Sánchez, 2021).

#### *Habilidades clínicas en la TCC*

Se evaluaron mediante dos herramientas, siendo la primera el Instrumento de Evaluación del Desempeño del Supervisado (SPAI, por las siglas de *Supervisee Performance Assessment Instrument*) (Johnston, 2006). Después de obtener los permisos correspondientes, dos psicólogos con dominio del idioma

inglés lo tradujeron al español. Luego, esta versión fue traducida a la inversa por dos psicólogos expertos, distintos a los de la primera traducción, a fin de mantener la integridad del contenido (Callegaro, Figueiredo y Ruschel, 2012; International Test Commission, 2017).

Para obtener la validez de contenido de la versión en español, tras haber sido evaluada por once jueces expertos, las sugerencias de los mismos se integraron al instrumento. Esta segunda versión se aplicó a cien psicoterapeutas en formación, con experiencia. Finalmente, se incorporaron los comentarios relativos a esta última aplicación, lo que generó la versión final compuesta por 99 reactivos, con una consistencia interna  $\alpha$  de 0.979, e integrada por seis habilidades clínicas: Intervención, Conceptualización, Diagnóstico y tratamiento, Personalización, Conducta profesional y Habilidades de supervisión.

#### *Escala de Habilidades Terapéuticas del Supervisado en TCC*

La segunda herramienta, es una adaptación de la versión en español de la Escala de Terapia Cognitiva (Maurino *et al.*, 2019; Young y Beck, 1980). Tres jueces expertos evaluaron el contenido respecto a su pertinencia y relevancia, mismo que se piloteó con dos juegos de roles que representaban una entrevista inicial; con el resultado, se construyó la versión final. El instrumento fue evaluado por clínicos que observaban el juego de roles e indicaban en qué grado se ponían en práctica once habilidades clínicas propias de la TCC durante dicho juego. Las respuestas se registraban en una escala Likert con recorrido de 1, “Nada bien/No lo hizo”, a 7, “Excelente”, con una opción adicional de “No aplica”.

Las habilidades que evalúa el instrumento son, a saber: *a*. Presentación (saludar de forma cálida al paciente y presentarse adecuadamente); *b*. Encuadre (preguntar sobre las experiencias del paciente con la psicoterapia); *c*. Identificación de sus expectativas y explicación de la forma de trabajo en la TCC; *d*. Comprensión (entender la realidad interna del paciente y responder comunicándose de manera verbal y no verbal con el mismo); *e*. Obtención de retroalimentación (hacer las pre-

guntas suficientes y adecuadas para asegurarse de que el paciente comprendió los puntos principales de la sesión); *f.* Efectividad interpersonal (mostrar niveles óptimos de calidez, preocupación por el paciente, confianza, autenticidad y profesionalismo); *g.* Colaboración (generar una adecuada colaboración y estimular al paciente para que asuma un rol activo durante la sesión); *h.* Establecimiento de límites en la relación terapéutica (conducta ética al establecer límites claros con el paciente); *i.* Resumen (integrar y resumir la información que el paciente proporciona en la sesión para delimitar el problema y la forma de trabajo); *j.* Cierre (cerrar la sesión en el tiempo establecido, concluir acerca de lo revisado en la sesión, brindar

al paciente instrucciones claras sobre las tareas o actividades en el hogar, asegurándose de que las comprenda), y *k.* Uso efectivo del tiempo (usar el tiempo de manera eficiente y limitar las discusiones no productivas o que se desvíen del tema central).

#### *Variable independiente*

El programa en línea se diseñó para desarrollar o reforzar habilidades clínicas en los supervisados mediante sesiones teóricas y prácticas y actividades clínicas. Las sesiones incluyeron atender a pacientes reales como coterapeutas o terapeutas. La Tabla 2 muestra la descripción de los temas incluidos en el programa.

**Tabla 2.** Contenido temático y organización de las actividades prácticas y clínicas.

Evaluación inicial			
Semanas (4 horas por semana)	Actividad teórica (2 horas)	Actividad práctica (1 hora)	Clínica (1 hora)
1	Enfermedad crónica.	Revisión de casos hipotéticos.  Como coterapeuta del supervisor.  Como terapeuta principal con el supervisor como coterapeuta.	Supervisión clínica.  Un paciente por semana.
2	Relación terapéutica.		
3-4	Entrevista inicial.		
5	Formulación de caso.		
6	Psicodiagnóstico.		
7	Plan de tratamiento.		
8	Relajación.		
9	Modificación de conducta.		
10	Escritura emocional autorreflexiva.		
11	Solución de problemas.		
12	Reestructuración cognitiva.		
Evaluación post-supervisión			

Aunque al principio la supervisión clínica se había planeado para llevarse a cabo presencialmente, las medidas sanitarias durante debidas la pandemia de COVID-19 obligaron su aplicación en línea mediante la plataforma *Zoom*.

Condujeron las sesiones tres supervisoras, psicólogas clínicas con doctorado, con formación como terapeutas cognitivo-conductuales, con ocho años o más de experiencia en la atención de pacientes con enfermedades crónicas (cáncer de mama, cáncer hematológico y VIH-sida). La duración del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea fue de doce semanas, con un total de 50 horas. Los participantes completaron las evalua-

ciones antes y después del programa y participaron en todas las actividades de supervisión por videoconferencia (teóricas, prácticas, frente a paciente y retroalimentación).

Las actividades teóricas y prácticas se realizaron en grupo mediante videoconferencia, y fueron dirigidas por una de las supervisoras principales en cada sesión. Las actividades clínicas (atención a pacientes y supervisión de cada caso atendido) se efectuaban asimismo vía videoconferencia en forma individual. Cada supervisora principal trabajaba con un participante (supervisado) que atendía a un paciente y revisaba con este específicamente el caso. Los roles de terapeuta y coterapeuta podían

variar dependiendo de las habilidades clínicas que mostrara el supervisado. En previsión de que los supervisados atendieran los casos tanto de cáncer de mama como de VIH, estuvieron cuatro semanas a cargo de cada una de las supervisoras revisando los casos y recibiendo la supervisión individual, además de cumplir simultáneamente las actividades teóricas y prácticas grupales.

### Procedimiento

Una vez autorizado el programa por el coordinador de materias de psicología de la salud y clínica y psicología basadas en evidencia en una universidad privada de la Ciudad de México, se invitó a los estudiantes interesados a participar a través de una reunión virtual de inducción en la que se describió en detalle la forma de trabajo; los que aceptaron, firmaron una carta de consentimiento informado y respondieron la evaluación inicial. La entrevista semiestructurada y el juego de roles en entrevista clínica durante las reuniones virtuales se llevaron a cabo de forma individual.

A continuación, se dio curso al programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Una vez finalizado, se efectuó la evaluación final, que incluyó responder el SPAI y el cuestionario de conocimientos en Google Forms, y un juego de roles en entrevista clínica. Finalmente, en reunión virtual con los supervisados, cada integrante del grupo dio y recibió retroalimentación sobre sus resultados y evaluó el programa.

### Análisis de datos

Se evaluó el índice de cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) para determinar si el cambio en las mediciones de las variables dependientes al final del programa de entrenamiento y supervisión en línea se ajustaba a ese criterio de significancia. Este índice considera significativos cambios mayores a 20%.

Adicionalmente, se calculó la significancia práctica mediante el tamaño del efecto con el índice  $d$  de Cohen para muestras relacionadas, cuyos criterios de interpretación son los siguientes:  $d$  igual o menor 0.20, cambio pequeño;  $d$  igual a

0.50, cambio moderado, y  $d$  igual o mayor a 0.80, cambio grande (Cohen, 1988; Morris y De Shon, 2002).

## RESULTADOS

Según su propio informe verbal, las razones por las que los participantes decidieron ingresar al programa de supervisión fueron continuar su formación, profundizar en el programa cognitivo-conductual, adquirir experiencia, trabajar con pacientes, participar en un equipo multidisciplinario y desarrollar habilidades para la atención psicológica en hospitales. Entre las habilidades que los supervisados consideraron requerir para mejorar sus habilidades clínicas destacaron las siguientes: adquirir confianza y seguridad, lograr una mejor organización, búsqueda de información, comunicación, ser más analíticos, así como mejorar la escucha y reconocer el límite de sus capacidades.

### Conocimientos sobre TCC

En la escala de *relación terapéutica*, que evalúa las habilidades del terapeuta para fomentar una adecuada relación terapéutica, los supervisados obtuvieron 100% de las respuestas correctas antes y después del programa de intervención. En la escala de *conceptualización del caso*, esto es, el conocimiento teórico aplicado a la búsqueda del diagnóstico y planificación del proceso terapéutico a través de la definición de las variables basadas en la teoría conductual y psicopatológica, hubo una pequeña disminución del puntaje de respuestas correctas en cinco de los seis supervisados. En la escala de *intervención*, o sea, la aplicación de principios y técnicas con un objetivo terapéutico, se observó un incremento en el porcentaje de respuestas correctas en cinco supervisados, con un aumento significativo que representa un tamaño del efecto moderado ( $d = .63$ ) para esta escala. El cambio clínico objetivo (CCO) de cada participante y el tamaño del efecto en cada escala del cuestionario se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Puntajes de comprensión y aplicación de conceptos de la terapia cognitivo-conductual.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Total	1	57.14	71.43	.25*	50.0	46.4	67.8	71.4	61.3	61.3	0
	2	64.29	71.43	.11							
	3	50	46.43	-.07							
	4	64.2	57.1	-.11							
	5	67.8	57.1	-.16							
	6	64.2	64.2	0							
Relación terapéutica	1	100	100	0	100	100	100	100	100	100	0
	2	100	100	0							
	3	100	100	0							
	4	100	100	0							
	5	100	100	0							
	6	100	100	0							
Conceptualización de caso	1	76.9	69.2	-.10	61.5	30.8	76.9	76.9	66.6	55.1	-1.84**
	2	69.2	76.9	.11							
	3	61.5	30.7	-.50*							
	4	61.5	46.1	-.25*							
	5	69.2	53.8	-.22*							
	6	61.5	53.8	-.13							
Intervención	1	41.66	66.66	.60*	25	50	63.6	72.7	48.5	59.5	.63**
	2	33.33	58.33	.75*							
	3	25	50	1.00*							
	4	63.6	63.6	0							
	5	63.6	45.4	-.29*							
	6	63.6	72.7	.14							

*Nota:* Los instrumentos dan calificaciones en porcentajes, donde 100 significa que todas las respuestas fueron correctas. El Cambio Clínico Objetivo (CCO) indica que sólo cambios superiores a 0.20 son significativos. Los valores negativos indican cambios contrarios a lo esperado. El Índice *d* de Cohen indica: \*mejoría pequeña igual o menor a .20; \*\*mejoría moderada igual a 0.50 y \*\*\*mejoría grande: igual o mayor a 0.80. En la tabla, P significa "Participante".

La disminución de puntajes en la escala de conceptualización del caso condujo a la revisión del contenido de los reactivos con las siguientes conclusiones: tres mostraron más errores, específicamente en la *conceptualización cognitiva* del caso (identificación de pensamientos automáticos y creencias centrales) y en la integración de diversos síntomas para hacer impresión diagnóstica.

## Habilidades clínicas en la terapia cognitivo conductual

### *Desempeño del supervisado (SPAI)*

La mayoría de los participantes mostró una mejoría significativa en las escalas de Habilidades de intervención y de Conceptualización. Las puntuaciones del SPAI de cada participante antes y después del entrenamiento y supervisión clínica se presentan en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Puntajes obtenidos en el instrumento SPAI.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Habilidades de intervención	1	72.72	93.9	.29*	41.8	82.4	90.3	98.1	70.8	93.0	<b>1.37***</b>
	2	70.3	95.1	.35*							
	3	80	92.1	.15							
	4	69.7	96.3	.38*							
	5	90.3	98.1	.08							
	6	41.8	82.4	.97*							
Habilidades de conceptualización	1	77.5	97.5	.25*	40	82.5	90	98.7	73.5	92.7	<b>1.09***</b>
	2	80	98.7	.23*							
	3	82.5	91.2	.10							
	4	71.2	88.7	.24*							
	5	90	97.5	.08							
	6	40	82.5	<b>1.06*</b>							
Diagnóstico y tratamiento	1	100	100	0	53.5	80	100	100	83.3	94.4	<b>.63**</b>
	2	86.6	93.3	.07							
	3	86.6	100	.15							
	4	73.3	80	.09							
	5	100	100	0							
	6	53.3	93.3	.75*							
Habilidades de personalización	1	85.3	96	.12	61.3	70.6	88	100	82.2	93.1	<b>1.06***</b>
	2	85.3	96	.12							
	3	86.6	100	.15							
	4	86.6	96	.10							
	5	88.	100	.13							
	6	61.3	70.6	.15							
Conducta profesional	1	95	97	.02	84	88	95	100	90.1	95.3	<b>1.12***</b>
	2	89	94	.05							
	3	92	94	.02							
	4	86	99	.15							
	5	95	100	.05							
	6	84	88	.04							
Habilidades de supervisión	1	100	100	0	81.6	91.6	100	100	94.1	95.5	<b>.20*</b>
	2	93.3	93.3	0							
	3	93.3	93.3	0							
	4	98.3	95	-.03							
	5	98.3	100	.01							
	6	81.6	91.6	.12							

*Nota:* Los instrumentos obtienen calificaciones en términos de porcentajes, donde 100 significa que todas las respuestas fueron correctas. El Cambio Clínico Objetivo (CCO) estima que sólo cambios superiores a 0.20 son clínicamente significativos, \*Puntuaciones clínicamente significativas, los valores negativos indican cambios contrario a lo esperado. La interpretación del Índice *d* de Cohen (*d*) es: cambio pequeño \*: igual o menor a .20, cambio moderado \*\*: igual a 0.50 y cambio grande: igual o mayor a 0.80 \*\*\*. En la tabla, P significa "Participante".

### Escala de Habilidades Terapéuticas

La Tabla 5 muestra las puntuaciones en la Escala de Habilidades Terapéuticas de cada participante antes y después del programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea. Los participantes exhibieron una mejoría significativa en todas las escalas.

Las habilidades del terapeuta en las que hubo un tamaño del efecto grande fueron, a saber: 1) *colaboración* ( $d = 36.6$ ): generar colaboración con el cliente; 2) *cierre* ( $d = 31.6$ ): lograr un cierre adecuado en el tiempo establecido, concluir sobre lo revisado en la sesión e impartir instrucciones claras sobre tareas o actividades para el hogar, asegurándose de que se comprendan); 3) *obtener retroalimentación* ( $d = 4.8$ ): formular preguntas suficientes y adecuadas para asegurarse de que el paciente comprendió el propósito y se mostró satisfecho; 4) *uso efectivo del tiempo* ( $d = 1.8$ ): uso

eficiente de la sesión, limitando las discusiones no productivas; 5) *encuadre* ( $d = 1.3$ ): preguntar sobre las experiencias del paciente con la terapia psicológica, identificar sus expectativas y explicarle la forma de trabajo en la terapia; 6) *resumen* ( $d = 1.1$ ): integrar y resumir la información proporcionada por el paciente para delimitar el problema y la forma de trabajo, y 7) *comprensión* ( $d = .85$ ): entender la realidad interna del paciente y responderle verbal y no verbalmente, mostrando empatía y una escucha activa.

Un tamaño del efecto moderado ocurrió en las siguientes escalas de habilidades del terapeuta: 1) *presentación* ( $d = .47$ ): saludo cálido y presentación adecuada ante el paciente, y *efectividad interpersonal* ( $d = .47$ ): mostrar niveles adecuados de calidez, preocupación por el paciente y confidencialidad, autenticidad y profesionalismo (Tabla 5).

**Tabla 5.** Puntajes obtenidos en la evaluación del role playing a través de la Escala de Habilidades Terapéuticas del Supervisado en la terapia cognitivo-conductual.

Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		d
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Presentación	1	7	7	0	1	7	5	7	5.2	6.5	<b>.46**</b>
	2	7	7	0							
	3	7	6	-.14							
	4	1	7	<b>6</b>							
	5	2	7	<b>2.5*</b>							
	6	7	5	<b>-.28*</b>							
Encuadre	1	2	3	.5	1	1	6	7	1	6	<b>.70**</b>
	2	1	1	0							
	3	2	6	<b>2*</b>							
	4	2	6	<b>2*</b>							
	5	6	6	0							
	6	1	7	<b>6*</b>							
Comprensión	1	7	7	0	1	4	6	7	3	5.3	<b>.44**</b>
	2	2	6	<b>2*</b>							
	3	1	2	<b>1*</b>							
	4	1	4	<b>3*</b>							
	5	6	7	.16							
	6	1	6	<b>5*</b>							

Continúa...



Escala	P	Pre	Post	CCO	Mínimo		Máximo		Media		<i>d</i>
					Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
Obtener retroalimentación	1	1	2	<b>1*</b>	1	1	2	6	1.3	3.8	<b>2.5***</b>
	2	1	2	<b>1*</b>							
	3	2	1	<b>-.5*</b>							
	4	1	6	<b>5*</b>							
	5	2	6	<b>2*</b>							
	6	1	6	<b>5*</b>							
Efectividad interpersonal	1	7	7	0	1	2	7	7	3.5	4.8	<b>.25*</b>
	2	3	3	0							
	3	1	2	<b>1*</b>							
	4	1	4	<b>3*</b>							
	5	7	7	0							
	6	2	6	<b>2*</b>							
Colaboración	1	1	6	<b>5*</b>	1	1	1	7	1	4.6	<b>3.6***</b>
	2	1	1	0							
	3	1	2	<b>1*</b>							
	4	1	5	<b>4*</b>							
	5	1	7	<b>6*</b>							
	6	1	7	<b>6*</b>							
Resumen	1	5	3	<b>-.4*</b>	1	1	5	7	1.6	2.4	<b>1.1***</b>
	2	1	2	<b>1*</b>							
	3	1	2	<b>1*</b>							
	4	1	1	0							
	5	1	6	<b>5*</b>							
	6	1	7	<b>6*</b>							
Cierre	1	1	4	<b>3*</b>	1	1	1	7	1	4.2	<b>3.2***</b>
	2	1	1	0							
	3	1	1	0							
	4	1	6	<b>5*</b>							
	5	1	6	<b>5*</b>							
	6	1	7	<b>6*</b>							
Uso efectivo del tiempo	1	4	5	<b>.25*</b>	1	1	4	7	1.3	2.0	<b>1.7***</b>
	2	1	1	0							
	3	1	3	<b>2*</b>							
	4	1	4	<b>3*</b>							
	5	3	5	<b>.66</b>							
	6	1	7	<b>6*</b>							

*Nota:* La escala de calificación de este instrumento oscila de 1 = nada bien/no lo hizo, hasta 7 = excelente. El CCO estima que solo cambios superiores a 0.20 son significativos, \*Puntuaciones clínicamente significativas, los valores negativos indican cambios contrario a lo esperado. La interpretación del Índice *d* de Cohen (*d*) es: cambio pequeño \*: igual o menor a .20, cambio moderado \*\*: igual a 0.50 y cambio grande \*\*\*: igual o mayor a 0.80. En la tabla, P significa "Participante".

Finalmente, la Escala de Límites en la Relación Terapéutica, que incluye mostrar una conducta ética al establecer límites claros con el paciente y explicarle cómo esto ayuda a una buena relación, no se examinó en detalle ya que en todos los casos la respuesta del observador fue la de “no aplica”.

## DISCUSIÓN

El presente estudio piloto tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa de entrenamiento y supervisión clínica en línea sobre las habilidades clínicas de terapeutas cognitivo-conductuales en formación. Los principales hallazgos de esta investigación indican que el programa es viable y genera o mejora destrezas clínicas indispensables en la atención a pacientes crónicos. Estos resultados positivos muestran que la telesupervisión es una estrategia efectiva, particularmente ante las restricciones sanitarias debidas la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Tales hallazgos extienden los de otros trabajos hechos en otros países en el sentido de agregar validez ecológica para las condiciones culturales y sanitarias presentes en México durante la realización del estudio. Es interesante apreciar que los resultados suelen ser aplicables tanto antes (Bajpai *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2018) como después de implementarse las medidas de cuarentena o distanciamiento interpersonal (Bell, 2020; Tarlow *et al.*, 2020; Rodríguez, Reyes y Cepeda, 2020).

En general, los resultados de diversos estudios convergen en documentar que los programas de formación, capacitación y práctica clínica supervisada son esenciales para promover una considerable mejoría en las habilidades clínicas de los psicoterapeutas y reducir los errores en la asistencia psicológica. Adicionalmente, destacan que la enseñanza virtual muestra que las mejoras en la formación práctica de los supervisados son viables y efectivas al aumentar la calidad de la atención psicológica (De la Rosa, Gómez, González, Rueda y Rivera, 2017).

Los presentes hallazgos sobre la mejoría en las habilidades clínicas observadas y registradas *directamente* también coinciden con los de estudios que utilizaron la Escalas de Terapia Cognitiva

(ETC) de Young y Beck (1980) para la supervisión presencial y en línea (De la Rosa *et al.*, 2017; Rakovshik, McManus, Vazquez, Muse y Ougrin (2016); Sabra y Daigham, 2021), lo que destaca que la evaluación a través de observación directa es un indicador adecuado y confiable.

Aunque algunos autores proponen evaluar el efecto de la supervisión a través del autorreporte de los supervisados (principalmente Rakovshik *et al.* [2016] y Sabra y Daigham [2021]), es importante conocer la percepción que los terapeutas cognitivo-conductuales tienen de sus habilidades clínicas en su proceso de formación, ya que ello afecta su autoeficacia en la atención del paciente (Johnston, 2006). Así, esta investigación incluyó las dos estrategias al agregar la observación directa, mostrando ambas aproximaciones una mejoría a partir del programa. La convergencia de las dos formas de evaluar las habilidades clínicas agrega robustez a los presentes hallazgos y permite controlar sesgos tales como la deseabilidad social o el efecto halo (Gonsalvez y Crowe, 2018).

El estudio aquí reportado consideró una tercera evaluación, ahora sobre los conocimientos de los supervisados sobre los diversos elementos de la competencia clínica. Los resultados muestran mejoría solo en los conocimientos sobre la intervención, ya que desde la preevaluación los participantes obtuvieron los puntajes máximos, con una leve disminución en los conocimientos sobre la conceptualización de caso. Tales resultados subrayan la importancia de poner énfasis en este aspecto y de vincularlo con la práctica clínica para aclarar las dudas que tengan los supervisados, en virtud de su relevancia para un plan de tratamiento adecuado. Así, los resultados en general sobre el aumento de conocimientos coinciden con los de otros estudios que señalan que la instrucción en línea es efectiva al formar profesionales de la salud (Bajpai *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2018).

El mejoramiento de las dimensiones entrenadas en el presente trabajo resultó ser razonablemente confiable al reflejarse en tendencias consistentes en la mayoría de las variables. Los resultados indican que se requiere resaltar algunos aspectos conceptuales de los conocimientos sobre la integración de cada caso. Se sugiere vincularlos de forma más explícita con la práctica, y quizá

ampliar la cantidad de horas dedicadas a revisar el tópico.

Al tratarse de un estudio piloto, el presente muestra limitaciones que los autores proponen usar como sugerencias para investigaciones futuras. Una se deriva de que no fue posible incluir un grupo de comparación que explorase los cambios atribuibles a la motivación, las expectativas de los participantes y su tipo de experiencia. También se propone ampliar el número de participantes y quizá la forma de selección, pues podría representar un sesgo si solo se incluyen aleatoriamente participantes muy motivados. Finalmente, se recomienda agregar un seguimiento a fin de identificar si la adquisición e incremento de las habilidades clínicas permanece o se refuerza con una práctica adicional.

Es importante efectuar estudios futuros en esta línea de investigación considerando las características actuales de atención a los pacientes con enfermedades crónicas en instituciones de salud similares a las mexicanas.

El presente trabajo se destaca por utilizar distintas herramientas que complementan la evaluación de su efecto. Se integraron la percepción del supervisado y la del supervisor sobre una visión más integral del efecto de la inspección a la innovación del formato virtual, en cuanto que la supervisión clínica redundaba en beneficio de los usuarios con enfermedades crónicas. Finalmente, convendría llevar a cabo estudios que examinen la contribución relativa de los componentes de la telesupervisión sobre su eficacia y en su efecto final en el funcionamiento de los pacientes.

## AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio fue posible gracias al financiamiento otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME), al proyecto PE314319, dirigido por el último autor: “Manual interactivo de supervisión clínica dirigido a supervisores y supervisados para atender pacientes con enfermedades crónicas”.

*Citación:* Caballero-Suárez, N.P., Gálvez-Hernández, C.L., Huerta-Barrientos, C., Monroy-Ortiz, I.C., Sánchez-Ramos, S.M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2023). Programa de supervisión clínica en línea para terapeutas cognitivo-conductuales en contextos hospitalarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 33(2), 427-439. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2825>.

## REFERENCIAS

- Abramson, A. y Fleming, N. (2021). Beneficios de la formación a distancia. *APA Monitor*, 52(6), 46-48.
- American Psychological Association (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Washington: APA. Recuperado de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>.
- Bajpai, S., Semwal, M., Bajpai, R., Car, J. y Ho, A. (2019). Health Professions' Digital Education: Review of learning theories in randomized controlled trials by the Digital Health Education collaboration. *Journal of Medical Internet Research*, 21(3), e12912. Doi: 10.2196/12912.
- Bell, D.J. (2020). Telehealth visits during the COVID-19 pandemic. *Journal of Orthopaedic Experience & Innovation*. Recuperado de <https://journaloei.scholasticahq.com/article/12610>.
- Bell, D.J., Self, M.M., Davis III, C., Conway, F., Washburn, J.J. y Crepeau-Hobson, F. (2020). Health service psychology education and training in the time of COVID-19: Challenges and opportunities. *American Psychologist*, 75(7), 919-932. Doi: 10.1037/amp0000673.
- Bernhard, P.A. y Camins, J.S. (2020). Supervision from Afar: Trainees' perspectives on telesupervision. *Counselling Psychology Quarterly*. Advance online publication. Doi: 10.1080/09515070.2020.1770697.
- Callegaro, J., Figueiredo, B. y Ruschel, D. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. Doi: 10.1590/1982-43272253201314.
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano V. y H. García R. (Eds.): *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- De la Rosa G., A., González P., M., Rueda T., J. y Rivera B., J. (2017). La práctica supervisada mediada por tecnología como escenario para la enseñanza de competencias clínicas. *Hamut'ay*, 4(1), 75-84. Doi: 10.21503/hamu.v4i1.1396.
- Gonsalvez, C. y Crowe, T. (2018). Evaluation of psychology practitioner competence. *The American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 141-272.
- International Test Commission (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests* (2<sup>nd</sup> ed.). Hemel Hempstead (England): ITC.
- Johnston, K. (2006). *Defining the nature and outcomes of Australian professional supervision: Applying holloway's systems approach*. Tesis doctoral. Queensland (Australia): Queensland University of Technology.
- Kavanagh, D.J., Bennett-Levy, J. y Crow, N.A. (2002). A cognitive-behavioural approach to supervision. En M. McMahon y W. Patton (Eds.): *Supervision in the helping professions: A practical approach* (pp. 131-141). Sidney: Pearson Education Australia.
- Maurino, L., Miranda, A.L., Moretti, L., Flores-Kanter, P.E., Casari, L. y Medrano, L.A. (2019). Evaluación de la competencia terapéutica: consistencia interna y acuerdo inter-jueces de la Escala de Terapia Cognitiva (CTS). *Informes Psicológicos*, 19(2), 95-107. Doi: 10.18566/infpsic.v19n2a07.
- Molfenter, T., Heitkamp, T., Murphy, A.A., Tapscott, S., Behlman, S. y Cody, O.J. (2021). Use of telehealth in mental health (MH) services during and after COVID-19. *Community Mental Health Journal* (Advance online publication). Doi: 10.1007/s10597-021-00861-2.
- Morris, S.B. y DeShon, R.P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent groups designs. *Psychological Methods*, 7(1), 105-125. Doi: 10.1037//1082-989X.7.1.105.
- Pratt, K.J. y Lamson, A.L. (2012). Supervision in behavioral health: Implications for students, interns, and new professionals. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 285-294. Doi: 10.1007/s11414-011-9267-6.
- Rakovshik, S.G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K. y Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 191-199. Doi: 10.1037/ccp0000079.
- Rodríguez D., G.D., Reyes, E. y Cepeda H., P.S. (2020). Experiencias y consideraciones para el adiestramiento clínico en programas de psicología profesional en tiempos del COVID-19. *Ciencias de la Conducta*, 35(1), 119-156. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/347522655\\_Experiencias\\_y\\_Consideraciones\\_para\\_el\\_Adiestramiento\\_Clinico\\_en\\_Programas\\_de\\_Psicologia\\_Profesional\\_en\\_tiempos\\_del\\_COVID-19](https://www.researchgate.net/publication/347522655_Experiencias_y_Consideraciones_para_el_Adiestramiento_Clinico_en_Programas_de_Psicologia_Profesional_en_tiempos_del_COVID-19).
- Sabra, Z.E.I. y Daigham, A.I. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy training program on reducing emotional and social distress: Three years follow up. *International Journal of Science Annals*, 4(1), 16-21. Doi: 10.26697/ijsa.2021.1.3.
- Sánchez R., S.M. (2021). *Supervisión en terapia cognitivo conductual: diseño de una prueba*. Tesis de Licenciatura. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Souza, C.L.E., Mattos, L.B., Stein, A.T., Rosário, P. y Magalhães, C.R. (2018). Face-to-face and distance education modalities in the training of healthcare professionals: A quasi-experimental study. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1557. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.01557.
- Tarlow, K.R., McCord, C.E., Nelson, J.L. y Bernhard, P.A. (2020). Comparing in person supervision and telesupervision: A multiple baseline single case study. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 383-393. Doi: 10.1037/int0000210.
- Young, J. y Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy Scale rating manual* (Unpublished manuscript). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.
- Worrall, J.M. y Fruzzetti, A.E. (2009). Improving peer supervisor ratings of therapist performance in dialectical behavior therapy: An Internet-based training system. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 476-479.



# Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfagia) en pacientes con gastrectomía en manga

## *Religiosity and postoperative recovery (pain, nausea, and dysphagia) in sleeve gastrectomy patients*

*Cittim Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayaro Ortega-Luyando y Adriana Amaya-Hernández*

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

Autor para correspondencia: Cittim Bernardo Palomares Palomares, [cittim@hotmail.com](mailto:cittim@hotmail.com).

### RESUMEN

La religiosidad ha mostrado tener una relación positiva con una mejor salud y con mejores resultados posquirúrgicos; sin embargo, ha sido escasamente estudiada en el contexto de la cirugía bariátrica (CB). Así, el objetivo de este trabajo fue examinar la relación entre la religiosidad y la recuperación posterior a la CB (dolor, náuseas y disfagia) en 72 pacientes. Se midieron religiosidad, dolor, náuseas y disfagia postoperatorios en todos los pacientes utilizando escalas de autorreporte ampliamente utilizadas. La religiosidad y sus dimensiones se asociaron con más náuseas 12 horas después de la cirugía, mientras que a las 24 hrs., las náuseas solamente se asociaron con la puntuación total más alta de la religiosidad y la dimensión pública. Las variables posquirúrgicas no mostraron diferencias estadísticas entre ninguno de los grupos (conformados en términos de la religión). Las náuseas fueron significativamente más frecuentes en el grupo con mayores niveles de religiosidad. En el presente estudio, la religiosidad no supuso una condición favorable en ninguno de los tres parámetros de recuperación posquirúrgica evaluados; por el contrario, una mayor religiosidad supuso más náuseas en los pacientes, aunque no así en cuanto al dolor o la disfagia.

**Palabras clave:** Religiosidad; Manga gástrica; Dolor; Náusea; Disfagia; Cirugía bariátrica.

### ABSTRACT

*Religiosity has a positive relationship with better health and outcomes after surgical procedures. Bariatric surgery (BS) is becoming more common worldwide. However, religiosity has been scarcely studied in the BS context. This study examines the relationship between religiosity and recovery from BS (pain, nausea, and dysphagia). Seventy-two patients who underwent surgery took part in the study. The study measured religiosity, post-surgery pain, nausea, and dysphagia in all patients through self-report scales. We found that religiosity was associated with higher nausea measured 12 h post-BS but not with nausea measured 24 h after the BS. Nausea –reported at 12 hours post-BS– correlated positively with religiosity and its dimensions. At 24 hours post-BS, nausea was only associated with the highest total religiosity score and the public dimension. Post-surgical variables*

<sup>1</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de Mexico, México, correos electrónicos: [alvarezr@unam.mx](mailto:alvarezr@unam.mx), [psic.mayaro@gmail.com](mailto:psic.mayaro@gmail.com) y [aamayah@hotmail.com](mailto:aamayah@hotmail.com).



*showed no statistical differences between groups (composed by religion). Nausea was significantly higher in the group with the highest levels of religiosity. In this study, religiosity did not presume a favorable condition on the three post-surgical recovery parameters evaluated; on the contrary, a greater religiosity was supposed to result in more significant nausea in the patients, although not so for pain or dysphagia.*

**Key words:** Religiosity; Sleeve gastrectomy; Pain; Nausea; Dysphagia; Bariatric surgery.

Recibido: 25/08/2021

Aceptado: 02/08/2022

La obesidad es considerada como una de las condiciones médicas que mayor riesgo representa para la salud (Djalalinia, Qorbani, Peykari y Kelishadi, 2015; Finucane *et al.*, 2011; Klesges, DeBon y Meyers, 2001) y una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Finocchiaro *et al.*, 2018; Sjöström, 1992; Xu *et al.*, 2018). La mortalidad de personas con obesidad aumenta a medida que lo hace el índice de masa corporal (IMC) (Flegal, Kit, Orpana y Graubard, 2013; Prospective Studies Collaboration *et al.*, 2009), la que puede llegar a ser hasta doce veces mayor que la de individuos normopeso (Molina *et al.*, 2015). Dicha tasa de mortalidad aumenta con el grado de obesidad, y especialmente cuando se relaciona con un incremento de la grasa abdominal.

Hoy día la obesidad constituye el quinto factor de riesgo de muerte en el mundo, estimándose que anualmente fallecen al menos 2.8 millones de adultos por afecciones concomitantes a esa condición (Organización Mundial de la Salud, 2016). En cuanto a los costos económicos que implica, se ha señalado que en México la obesidad puede representar hasta 25% del presupuesto público destinado a la salud (Molina *et al.*, 2015).

Las personas presentan obesidad mórbida (OM) cuando su IMC corresponde al de la obesidad grado II o III, condición que se asocia con mayores complicaciones y enfermedades, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión, la apnea del sueño o las enfermedades cardíacas, entre otras, así

como con una menor calidad y esperanza de vida (Escobedo, De Jesús, Schargodsky y Champagne 2014; Sjöström, 2013).

Ogden, Carroll, McDowell y Flegal (2007) advierten que si bien en 1970 la OM era poco prevalente en el mundo, ha mostrado un crecimiento acelerado desde entonces. Así, pasó de 0.8% en 1990 a 3.5% en 2008, y se estima que para 2030 afectará a 9% de la población mundial (Finkelshtein *et al.*, 2012), tendencia constatada en diversos países, como Brasil (Pacheco, Vasconcellos, Rose y Lisboa, 2010), Canadá (Twells, Gregory, Reddigan y Midodzi, 2014), España (Basterra *et al.*, 2011) y Estados Unidos (Sturm y Hattori, 2013). Según los datos más recientemente (*cf.* Hernández *et al.*, 2016) reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT) señalan que la prevalencia de obesidad de grados II y III fue de 8.2% y 2.9%, respectivamente; por sexo, 8.9% y 4.1% en las mujeres vs. 7.5% y 1.7% en los hombres. Por tanto, en México, como puede apreciarse, en 2016 la prevalencia de OM rebasaba ya 11%, ubicándose 2% por encima del valor predicho para 2030.

La última línea de tratamiento a considerar cuando los pacientes sufren OM es el tratamiento quirúrgico, denominado *cirugía bariátrica* (CB) o “cirugía para la obesidad” (National Institutes of Health, 2000). Genéricamente, el término se refiere a aquellos procedimientos que suponen efectuar modificaciones morfológicas y funcionales en el estómago o intestinos para inducir la pérdida de peso corporal, tratamiento que en general ha mostrado tener efectos favorables no solamente en términos de reducir el peso corporal, sino también sobre diferentes parámetros de comorbilidad, como hiperglucemia, hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y apnea obstructiva del sueño (Schauer *et al.*, 2017; Secretaría de Salud, 2009). Sin embargo, como ocurre con todo procedimiento quirúrgico, la CB entraña algunas complicaciones inmediatas, como dolor, náusea y disfagia (dificultad para tragar o mover alimentos líquidos de la boca al estómago), que aparecen en las horas inmediatamente posteriores al procedimiento. Estas pueden llegar a ser tan severas que el paciente podría extender su tiempo de estadía en la clínica, aumentando así el riesgo y los costos

del procedimiento (Nath *et al.*, 2016; Woźniewska, Diemiszczyk y Hady, 2021). Por lo anterior, es importante encontrar alternativas que hagan que la transición postoperatoria sea más fácil, siendo la religiosidad del paciente una opción a considerar, la cual no ha sido estudiada en el contexto bariátrico.

La religiosidad es una variable que conduce a un debate constante entre especialistas de la salud debido a la dificultad inherente a su definición, tanto conceptual como operativa, lo que complica su análisis. No obstante, en los últimos años han aumentado las investigaciones centradas en la religiosidad y la espiritualidad, especialmente las que las relacionan con la salud mental y física (Abu *et al.*, 2018; Cordero *et al.*, 2018; Damiano *et al.*, 2016; Drabble, Veldhuis, Riley, Rostosky y Hughes, 2017; Koenig, 2012).

De acuerdo con Ross (2006), la religión es la sistematización de un conjunto de elementos rituales y simbólicos que impregnan la forma en que las personas pueden acceder a lo “divino” o a lo “sagrado”; así, la religiosidad se entiende como la práctica de estos rituales. Koenig, McCullough y Larson (2001) afirman que la religiosidad es la práctica institucionalizada de la espiritualidad; sin embargo, este punto de vista ha sido ampliamente cuestionado debido a que la espiritualidad se manifiesta en medios sociales y, a su vez, posee también elementos de la experiencia individual (Marler y Hadaway, 2002). A pesar del escaso acuerdo en cuanto a la definición de “religiosidad”, hay consenso de que incluye un sistema de creencias compartido por un grupo de personas que implica rituales, prácticas y reglas mediante de los cuales se busca una conexión o proximidad con la divinidad (Koenig, Koenig, King y Carson, 2012; Lucchetti, Koenig, Pinsky, Laranjeira y Vallada, 2015; Pargament, 2002).

Asimismo, la religiosidad se ha asociado con el bienestar. Las investigaciones al respecto han encontrado que prácticas tales como la oración y la meditación tienen un efecto favorable en el bienestar físico y mental (Ahrenfeldt *et al.*, 2017; Joshi, Kumari y Jain, 2008; Winkeljohn, Pössel, Rosmarin, Tariq y Jeppsen, 2017). Varios estudios han demostrado que la religiosidad puede ayudar a mitigar el estrés y los sentimientos de soledad,

con efectos positivos sobre el afrontamiento y la recuperación de los problemas de salud (Abdel-Khalek, 2014; Alves, Alves, Barboza y Souto, 2010; Gonçalves, Lucchetti, Menezes y Vallada, 2015; Morton, Lee y Martin, 2017; Oates, 2016; Pargament, 2002; Peterman *et al.*, 2002; Pirutinsky *et al.*, 2011). Más concretamente, las investigaciones demuestran que la religiosidad contribuye a la calidad de vida de los pacientes con cáncer (Salsman *et al.*, 2015), reduce el estrés preoperatorio (Nigussie, Belachew y Wolando, 2014) y promueve mejores resultados de la operación en pacientes sometidos a cirugía cardíaca (Ai *et al.*, 2007; Amjadian *et al.*, 2017; Lucchese y Koenig, 2013). Otros autores han documentado que rezar puede aminorar los efectos negativos –tanto mentales como físicos– de una intervención quirúrgica; es decir, la religiosidad no únicamente ayuda a las personas a afrontar mejor las consecuencias negativas del procedimiento, sino que a veces también puede disminuir tales efectos (Beiranvand *et al.*, 2014; Pellino *et al.*, 2005; Schaffer y Yucha, 2004).

Sin embargo, otros estudios han obtenido resultados opuestos. Se ha reportado que la religiosidad puede afectar negativamente a los pacientes (Koenig *et al.*, 2012; Koenig y Büssing, 2010; Meisenhelder y Chandler, 2000; Pargament, Koenig, Tarakeshwar y Hahn, 2001). La creencia, por ejemplo, en una “vida después de la muerte” en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada se correlaciona con una mala salud mental (Park, Lim, Newlon, Suresh y Bliss, 2014). Ahrenfeldt *et al.* (2017) observaron que los signos de un estado de “crisis religiosa”, como solamente rezar sin realizar otra actividad religiosa, se correlacionaban con una menor salud autodeclarada y con una depresión más acentuada.

A pesar del creciente número de investigaciones que buscan relacionar la religiosidad con la salud, no se han emprendido suficientes trabajos respecto a la CB, área que busca ayudar a aminorar uno de los más grandes problemas de salud actuales: la obesidad, y más concretamente la obesidad mórbida.

La gastrectomía en manga (GM) es un procedimiento que se ha convertido en una opción independiente para el tratamiento de la obesidad



gracias a sus resultados en la resolución de comorbilidad y pérdida de peso (Castagneto *et al.*, 2018; Hong, Park, Menzo y Rosenthal, 2018; Msika y Castel, 2010). No obstante, dicha intervención conlleva consecuencias físicas negativas inmediatas en razón de las modificaciones anatómicas efectuadas en el paciente, mismas que incluyen dolor, náuseas y disfagia. Por lo tanto, identificar las variables no médicas que intervienen en la disminución o mitigación de los efectos secundarios postoperatorios negativos del procedimiento podría ayudar no tan solo a reducir los costos del tratamiento (duración de la estancia hospitalaria), sino también a disminuir el malestar del paciente, aspectos que repercuten en su recuperación y calidad de vida (Lam *et al.*, 2019; Małczak *et al.*, 2017; Yorke, Wallis y McLean, 2004).

Debido a la inconsistencia entre los estudios sobre el papel que desempeña la religiosidad en el afrontamiento de las consecuencias posquirúrgicas y a la falta de conocimientos sobre el tema de los procedimientos bariátricos, el objetivo de esta investigación transversal fue examinar si la religiosidad de los pacientes sometidos a GM está relacionada con tres variables postoperatorias: el dolor, las náuseas y la disfagia. La hipótesis a plantear es que la religiosidad tendrá una relación negativa con el dolor postoperatorio, las náuseas y la disfagia.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron voluntariamente 72 pacientes consecutivos de cirugía bariátrica, con edades de 22 a 74 años ( $M = 43.68$ ,  $DE = 11.61$ ), quienes fueron reclutados en una clínica especializada, ubicada en el norte de la República Mexicana. Todos los participantes fueron sometidos a GM vertical y cumplieron con los criterios de elegibilidad para la cirugía establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad (Secretaría de Salud, 2017). Esto significa que tenían un  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$  o  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$

con comorbilidades médicas (diabetes o hipertensión, por ejemplo) y que antes ya habían intentado perder peso. Se excluyeron del estudio los pacientes sometidos a alguna cirugía gastrointestinal previa (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características de los participantes ( $N = 72$ ).

Variable	f (%)
<i>Sexo</i>	
Hombre	10 (13.9)
Mujer	62 (86.1)
<i>Etnia</i>	
Caucásico	58 (80.6)
Hispano	8 (11.1)
Afroamericano	5 (6.9)
Otro	1 (1.4)
<i>Religión</i>	
Cristiano	38 (52.8)
Católico	19 (26.4)
Ninguna	11 (15.3)
Otra	4 (5.5)
<i>M (DE)</i>	
Edad (años)	43.68 (11.61)
Peso (kg)	119.82 (25.51)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	43.32 (8.36)

### Materiales e instrumentos

*Escala de Centralidad de la Religiosidad (CRS)* (Huber, 2007).

Este instrumento mide la influencia de las creencias religiosas en los sentimientos, cogniciones y acciones de las personas. Consta de 15 ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta que van de 1, “Nunca”, a 5, “Casi siempre”. Una puntuación más alta denota una mayor religiosidad. La CRS mide cinco dimensiones diferentes de la religiosidad con tres ítems cada una: Intelectual, Ideológica, Pública, Privada y De experiencia. La dimensión intelectual se refiere a la expectativa de información que tienen los practicantes religiosos sobre su religión (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia piensa en cuestiones religiosas?”); la dimensión ideológica abarca las creencias sobre una “realidad

trascendente” (por ejemplo, “¿Hasta qué punto cree que Dios o algo divino existe?”); la dimensión pública incluye las prácticas religiosas sociales, como ser miembro de una comunidad religiosa o ir a misa (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia participa en servicios religiosos?”); la dimensión privada se refiere a las prácticas en soledad, como meditar o rezar (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia reza?”); por último, la dimensión de experiencia implica que los practicantes religiosos informen de algún tipo de conexión con la divinidad (por ejemplo, “¿Con qué frecuencia experimenta situaciones en las que tiene la sensación de que Dios o algo divino interviene en su vida?”). La puntuación total de la escala indica la religiosidad global del individuo, la que puede interpretarse utilizando tres niveles (Huber, 2008): marginal (15-30 puntos), heterónoma (31-59) y autónoma (60-75), que permiten identificar el grado de autonomía extrínseca o intrínseca. La CRS ha mostrado una alta fiabilidad test-retest ( $r = .92-.96$ ) (Huber y Huber, 2012) y coeficientes alfa de Cronbach de entre 0.72 y 0.97 (Huber, 2007; Huber y Huber, 2012).

#### *Escala Visual Analógica (EVA)* (Scott y Huskisson, 1976)

Mide la presencia y la magnitud del dolor, las náuseas y la disfagia de los pacientes. Consiste en una línea recta de diez centímetros de longitud que en un extremo representa la ausencia del síntoma, y en el otro su máxima intensidad (por ejemplo, ausencia de dolor o máxima sensación de dolor). Teniendo en cuenta este continuo, los pacientes marcan su autopercepción del síntoma. La distancia en centímetros entre el punto final que denota la ausencia del síntoma y el punto indicado por el paciente es la medida del rasgo. Así, en cuanto a su intensidad, el síntoma puede definirse como leve-moderado (1-3), moderado-grave (4-6) y grave ( $> 6$ ) (Collins, Moore y McQuay, 1997). En general, la EVA ha demostrado tener una validez y fiabilidad adecuadas en pacientes posquirúrgicos (Boogaerts, Vanacker, Seidel, Albert y Bardiau, 2000; Gupta y Kapoor, 2007), y se ha utilizado en

el pasado para medir todas las variables incluidas en este trabajo (Watcha, Medellín, Lee, Felberg y Bidani, 2018; Wikström, Nilsson, Broström y Eriksson, 2019), incluyendo la disfagia (Brodsky *et al.*, 2017; Wallace *et al.*, 2000).

#### **Procedimiento**

Todos los participantes firmaron el formulario de consentimiento escrito para participar. Antes de la cirugía, los pacientes llenaron la medida de religiosidad, mientras que la EVA se completó después de la cirugía en dos momentos: a las doce y a las veinticuatro horas después de la cirugía durante su estancia en el hospital.

#### **Análisis estadísticos**

Los datos se analizaron mediante el Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 19), con un nivel de significación fijado en  $p < 0.05$ . Debido al pequeño tamaño de la muestra, así como a la gran dispersión de los datos correspondientes a las variables posquirúrgicas, se decidió transformar los datos en puntuaciones Z. Inicialmente, se estimaron los coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas relacionadas con la religiosidad y las variables posquirúrgicas. A continuación, para las comparaciones entre grupos, formados en función de la religión profesada y el nivel de religiosidad, se efectuó un análisis de la varianza (ANOVA) de una vía con la prueba *post-hoc* de Tukey.

#### **RESULTADOS**

Teniendo en cuenta el nivel de religiosidad de los participantes, se formaron tres grupos: autónomos ( $n = 36$ ), heterónomos ( $n = 29$ ) y marginales ( $n = 7$ ), y se compararon con tres variables postquirúrgicas (Tabla 2).

Como se puede observar, las náuseas fueron significativamente mayores en el grupo de religiosidad autónoma que en los otros dos grupos a las 12 horas ( $F = 8.82, p = .001$ ) y a las 24 horas

( $F = 3.99$ ,  $p = .02$ ) después de la cirugía. En el total de la muestra, la edad no se correlacionó significativamente con ninguna dimensión de la religiosidad, pero sí entre la edad y dos de los tres indicadores posquirúrgicos a las 12 horas: la disfagia y las náuseas (Tabla 3). Además, las náu-

seas –informadas a las 12 horas– se correlacionaron positivamente con la puntuación total del CRS y sus dimensiones, excepto la ideológica, mientras que a las 24 horas las náuseas únicamente se asociaron con la puntuación total más alta del CRS y con la dimensión pública.

**Tabla 2.** Comparación de niveles de religiosidad.

Variable	Autónoma (n = 36) M (DE)	Heterónoma (n = 29) M (DE)	Marginal (n = 7) M (DE)	F	p
<b>12 horas</b>					
Dolor	5.34 (2.71)	5.42 (2.65)	4.87 (2.41)	0.20	.82
Náusea	5.48 (3.26)	2.44 (2.46)	2.96 (2.44)	8.82	< .001
Disfagia	2.75 (2.89)	2.82 (2.90)	1.81 (1.73)	0.40	.67
<b>24 horas</b>					
Dolor	3.55 (2.36)	4.00 (2.64)	4.90 (2.31)	0.77	.47
Náusea	3.62 (3.06)	1.55 (2.34)	1.80 (1.87)	4.00	.02
Disfagia	1.71 (2.21)	2.57 (2.39)	2.57 (2.39)	2.22	.12

*Nota:* A efectos descriptivos, se muestran la media (M) y la desviación estándar (DE) antes de la transformación de las puntuaciones Z;  $p$  = nivel de significancia.

**Tabla 3.** Análisis de correlación entre las variables de interés.

Variable	12 h (n = 72)			24 h (n = 60)		
	Dolor	Náusea	Disfagia	Dolor	Náusea	Disfagia
Edad	-.19	-.27*	-.35**	-.24	-.24	-.25
<b>Religiosidad</b>						
Intelectual	-.09	.35**	.03	-.21	.28*	-.11
Ideológica	.06	.14	.08	-.06	.22	.15
Pública	.07	.42***	.03	-.09	.32**	-.08
Privada	.09	.26*	.06	-.10	.23	.11
Experiencia	.03	.28*	.06	-.07	.21	.01
Global	.04	.33**	.06	-.12	.29*	.01

*Nota:* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Teniendo en cuenta la autodefinición de los pacientes sobre su religión, se compararon los grupos de cristianos ( $n = 38$ ), católicos ( $n = 19$ ) y no religiosos ( $n = 11$ ) (Tabla 4). En cuanto a las dimensiones de la religiosidad, solamente se identificaron diferencias entre los dos grupos religiosos

frente al grupo que no lo era. Las variables posquirúrgicas no mostraron diferencias estadísticas entre ninguno de los grupos. Sin embargo, cabe destacar que en cuanto al dolor y las náuseas, la puntuación obtenida por los pacientes católicos fue notablemente superior.

**Tabla 4.** Comparación entre grupos religiosos.

Variables	Cristianos (n = 38) M (DE)	Católicos (n = 19) M (DE)	No religiosos (n = 11) M (DE)	F	p
<b>Religiosidad</b>					
Intelectual	3.46 (1.15)	3.25 (0.98)	2.45 (1.36)	1.75	.15
Ideológica	4.33 (0.90)	4.39 (0.63)	2.88 (1.53)	3.30	.003
Pública	3.60 (1.21)	3.70 (1.02)	1.82 (1.09)	4.70	.001
Privada	4.22 (0.96)	4.46 (0.61)	2.58 (1.57)	4.19	.001
Experiencia	3.85 (0.98)	3.91 (0.67)	2.42 (1.51)	3.06	.006
Global	58.42 (13.23)	59.10 (8.27)	36.45 (19.93)	4.19	.001
<b>Escala Visual Analógica</b>					
Dolor 12 horas después	5.09 (2.87)	6.22 (2.11)	4.91 (2.00)	0.64	.74
Náusea 12 horas después	3.79 (3.33)	4.96 (3.35)	3.54 (2.58)	0.46	.88
Disfagia 12 horas después	2.72 (2.88)	2.61 (2.93)	2.01 (1.82)	0.58	.79
Dolor 24 horas después	3.78 (2.62)	4.03 (2.31)	3.68 (2.22)	0.25	.98
Náusea 24 horas después	2.73 (3.04)	3.47 (3.11)	2.21 (2.16)	0.64	.74
Disfagia 24 horas después	1.85 (2.42)	1.97 (2.04)	1.04 (1.44)	0.73	.65

*Nota:* A efectos descriptivos, se muestran la media (M) y la desviación estándar (DE) antes de la transformación de las puntuaciones z; p = nivel de significancia.

## DISCUSIÓN

En este trabajo se examinó la relación entre la religiosidad y tres variables posquirúrgicas: el dolor, las náuseas y la disfagia, en pacientes sometidos a una GM vertical. Aunque se esperaba encontrar que la religiosidad y sus dimensiones correlacionaran negativamente con dichas variables posquirúrgicas, no hubo evidencia que apoyara ese supuesto. Por el contrario, se encontró una asociación positiva entre las náuseas posquirúrgicas (principalmente en la medición efectuada a las doce horas de la operación) y la religiosidad, considerando tanto la puntuación total como cuatro de sus cinco dimensiones (pública, intelectual, privada y experiencia). Sin embargo, destaca la asociación con la dimensión pública, que se refiere, como se dijo antes, a las prácticas religiosas de carácter social.

Estos resultados son contrarios a los presentados por la mayoría de los estudios, que en general han documentado la existencia de una asociación positiva entre religiosidad y bienestar mental y físico en muestras de adolescentes (Abdel-Khalek, 2014) o adultos (Friedrich-Killinger, 2020; Litalien, Atari y Obasi, 2021; Morton *et al.*,

2017), pero sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer o las cardiopatías (Kearns *et al.*, 2020; Peterman, Fitchett, Brady y Hernandez, 2002; Salsman *et al.*, 2015; Sherman *et al.*, 2015), o pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico mayor (Ai, Park, Bu, Rodgers y Tice, 2007; Amjadian, Ehsan, Rostami y Vahedi, 2017; Lucchese y Koenig, 2013). Por el contrario, los resultados de esta investigación coinciden con los de autores que han afirmado que la religiosidad puede en ocasiones afectar negativamente la salud (Brodsky *et al.*, 2017; Meisenhelder y Chandler, 2000; Pargament *et al.*, 2001; Wikström *et al.*, 2019).

La influencia negativa de la religiosidad puede atribuirse a algunas características dogmáticas de la religión practicada, en la que el dolor, el sufrimiento o el malestar se justifican a veces como “signos divinos” de que algo debe ser expiado, como es el caso del cristianismo o el catolicismo (Pargament, 2002; Wallace *et al.*, 2000). Varios textos bíblicos contienen pasajes que hacen referencia al cuerpo, la alimentación y la salud (Friedrich-Killinger, 2020). Así que la obesidad en tal contexto puede considerarse como una consecuen-

cia tanto de la gula como de la pereza, por lo que las personas obesas suelen ser juzgadas como carentes de disciplina o como individuos “corruptos” (Litalien *et al.*, 2021; Sherman *et al.*, 2015). Un ejemplo de esta “culpa” y “expiación” puede verse en los comentarios de los pacientes de CB, que expresaron que las molestias posquirúrgicas eran el “castigo” por su comportamiento inadecuado, refiriéndose principalmente al síndrome de *dumping* (Wallace *et al.*, 2000). Cabe señalar que este se caracteriza por mareos, náuseas, vómitos, hinchazón, debilidad, cansancio, sudoración, calambres o diarrea tras la ingesta de “alimentos prohibidos”, predominantemente aquellos con alto contenido de grasas o azúcares. En ciertas posiciones extremistas del cristianismo se juzga la obesidad como el resultado de la desobediencia a los “mandatos de Dios”. Se supone que la obesidad refleja la comisión de dos de los “siete pecados capitales” de la tradición católica-cristiana: la gula y la pereza. Como estigma, se cree que los obesos llevan la marca de sus pecados en la corpulencia de sus cuerpos (Bautista *et al.*, 2020; Brammli-Greenberg, Glazer y Shapiro, 2018).

La estigmatización por la condición corporal (en este caso la obesidad) trae consigo un “castigo” en términos de la señalización social seguida de la discriminación. Las personas obesas no solo son juzgadas por incumplir el ideal estético socio-cultural predominante en las últimas décadas, esto es, una apariencia delgada o atlética; se cree que un individuo obeso es propenso a desarrollar un sinnúmero de condiciones médicas crónicas (Weber y Pargament, 2014). Aún más: entre aquellas personas con un alto grado de interiorización de los preceptos religiosos, una persona que se percibe a sí misma como portadora del estigma que la marca como transgresora de un dictado divino puede desarrollar un conflicto o una intensa lucha religiosa (Herndon, 2008) que pueden causarle vergüenza y culpa (Hoverd y Sibley, 2007; Moore, Brooks y King, 2017), asociadas ambas a una mala salud (Conceição *et al.*, 2013; Gerber, Hill y Manigault-Bryant, 2015; Kahan y Puhl, 2017; Khan, Tarrant, Weston, Shah y Farrow, 2018). Pargament *et al.* (2001) reportaron que en los pacientes “enfadados con Dios” la mortalidad aumentaba; por lo tanto, concluyen que un afrontamiento

religioso negativo está relacionado con una salud más pobre y una mayor mortalidad. De este modo, un paciente muy religioso puede “sentir la presencia de Dios” como causa de su enfermedad, o bien sentirse abandonado y resentido, lo que hace que la religiosidad se asocie negativamente con la recuperación de su salud.

Si bien en el presente estudio no se encontró que la religión de los pacientes generara diferencias significativas en las variables posquirúrgicas evaluadas (dolor, náuseas y disfagia), sí se halló que los pacientes con el mayor nivel de religiosidad (el autónomo), padecían más náuseas a las 12 y 24 horas de transcurrida la operación, en comparación con los niveles que denotan una menor religiosidad (heterónimo y marginal). Además, considerando que aunque los participantes de este trabajo fueron operados en México, todos ellos eran extranjeros, por lo que es posible que se sintiesen aislados o alienados, toda vez que algunas de las principales variables religiosas relacionadas con la salud son la asistencia a la iglesia y la pertenencia a una congregación (Ahrenfeldt *et al.*, 2017; Bautista, Márquez, Ortega, García y Álvarez, 2019; Hill *et al.*, 2017), lo que se entiende como apoyo social; al estar en un país distinto al suyo, a estos pacientes les fue imposible beneficiarse de dicho apoyo. Ya investigaciones anteriores advierten sobre los efectos negativos en la religiosidad ante la imposibilidad de practicar actividades congregacionales (Ahrenfeldt *et al.*, 2017).

Como limitaciones del presente análisis, cabe subrayar el tamaño pequeño de la muestra y la mínima representación de varones, así como la escasa variabilidad del tipo de religión en virtud de que la mayoría eran cristianos y católicos, factores que disminuyen las posibilidades de generalizar los resultados a otras poblaciones o religiones. Además, una mayor representación étnica hubiera enriquecido el estudio, siendo que la mayoría de los participantes eran caucásicos; se ha establecido que diferentes grupos étnicos muestran diferentes relaciones con la religiosidad (Abu-Raiya, Pargament y Krause, 2016; Conradt *et al.*, 2008; Mensinger, Tylka y Calamari, 2018).

En cuanto a las mediciones utilizadas, el uso de la EVA para medir las variables posquirúrgicas

no arroja resultados tan precisos; algunos pacientes podrían haber sobreestimado o subestimado las variables, lo que podría haber modificado los resultados. Además, quizá no se tomaron en cuenta algunas consecuencias postoperatorias en el largo plazo por la naturaleza del procedimiento dado que los pacientes regresan a sus hogares, lo que además impidió que no todos los pacientes fueran medidos a las 24 horas posteriores al procedimiento.

El uso del CRS presenta ciertas dificultades; aunque proporciona mucha información sobre la religiosidad del individuo, hay pocos estudios que lo hayan utilizado en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica mayor. Asimismo, la falta de trabajos que relacionen la religiosidad y las consecuencias posquirúrgicas negativas inmediatas de una CB dificulta la comparación directa con los resultados de las investigaciones previas.

Por último, es muy posible que en futuros estudios se pueda profundizar en la significación que el binomio comida-náusea puede representar según los preceptos religiosos de los pacientes, así como en las evaluaciones durante el lapso postoperatorio de la hospitalización, incluyendo también registros específicos de *dumping* y culpabilidad.

En este trabajo, la religiosidad no consideró una condición favorable en los tres parámetros de recuperación posquirúrgica evaluados; por el contrario, una mayor religiosidad supuso que los pacientes sufrieran más náuseas, lo que puede indicar ciertas características de somatización de los pacientes, sobre lo cual se sugiere profundizar en futuras investigaciones, tomando como referencia la estigmatización religiosa hacia la obesidad (Brammli-Greenberg *et al.*, 2018; Kearns *et al.*, 2020).

Esta investigación representa solamente una primera aproximación al estudio de la influencia de la religiosidad en la recuperación posquirúrgica de los pacientes sometidos a CB. Es evidente la necesidad de llevar a cabo futuros trabajos que aclaren la compleja relación que parecen tener estas variables, lo que es de vital importancia para los pacientes y los profesionales de la salud, pues la premisa dicta que cuando un profesional de la salud está dispuesto a considerar la religiosidad del paciente, el tratamiento es mejor recibido y conlleva mejores resultados (Moreira, Koenig y Lucchetti, 2014; Pirutinsky *et al.*, 2011; Wikström *et al.*, 2019).

*Citación:* Palomares-Palomares, C.B., Álvarez-Rayón, G.L. Ortega-Luyando, M. y Amaya-Hernández, A. (2023). Religiosidad y recuperación postoperatoria (dolor, náuseas y disfagia) en pacientes con gastrectomía en manga. *Psicología y Salud*, 33(2), 441-453. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2826>.

## REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. (2014). Happiness, health, and religiosity: significant associations among Lebanese adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(1), 30-38. Doi: 10.1080/13674676.2012.742047.
- Abu, H., Pargament, K. y Krause, N. (2016). Religion as problem, religion as solution: Religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265-1274. Doi: 10.1007/s11136-015-1163-8.
- Abu, H., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. y Kiefe, C. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 1-21. Doi: 10.1007/s11136-018-1906-4.
- Ahrenfeldt, L., Möller, S., Andersen-Ranberg, K., Vitved, A., Lindahl-Jacobsen, R. y Hvidt, N.C. (2017). Religiousness and health in Europe. *European Journal of Epidemiology*, 32(10), 921-929. Doi: 10.1007/s10654-017-0296-1.
- Ai, A., Park, C., Bu Huang, B., Rodgers, W. y Tice, T. (2007). Psychosocial mediation of religious coping styles: A Study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(6), 867-882. Doi: 10.1177/0146167207301008.
- Alves, R., Alves, H., Barboza, R. y Souto, W. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciencia y Saude Coletiva*, 15(4), 2105-2111. Doi: 10.1590/s1413-81232010000400024.

- Amjadian, M., Ehsan, H., Rostami, R. y Vahedi, S. (2017). The effectiveness of Islamic religion therapy and breathing and HRV biofeedback therapy on increasing HRV and decreasing depression among CABG patients. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 22(2), 1-11.
- Basterra, F., Beunza, J., Bes R., M., Toledo, E., García L., M. y Martínez G., M. (2011). Increasing trend in the prevalence of morbid obesity in Spain: From 1.8 to 6.1 per thousand in 14 years. *Revista Española de Cardiología*, 64(5), 424-426. Doi: 10.1016/j.recresp.2010.06.010.
- Bautista D., M.L., Márquez H., A.K., Ortega A., N.A., García C., R. y Álvarez R., G. (2019). Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 121-133. Doi: 10.22201/fesi.20071523e.2019.1.516.
- Boogaerts, J., Vanacker, E., Seidel, L., Albert, A. y Bardiau, F. (2000). Assessment of postoperative nausea using a visual analogue scale. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(4), 470-474.
- Brammli-Greenberg, S., Glazer, J. y Shapiro, E. (2018). The inverse u-shaped religion-health connection among Israeli jews. *Journal of Religion and Health*, 57(2), 738-750. Doi: 10.1007/s10943-018-0577-3.
- Brodsky, M., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez T., P., Palmer, J., Colantuoni, E. y Needham, D. (2017). Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors. A 5-year longitudinal study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 376-383. Doi: 10.1513/AnnalsATS.201606-455OC.
- Castagneto, L., Casella, J., Genco, A., Troisi, A., Basso, N. y Casella, G. (2018). 10-year follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy: Outcomes in a monocentric series. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. Doi: 10.1016/J.SOARD.2018.06.021.
- Collins, S., Moore, R. y McQuay, H. (1997). The Visual Analogue Pain Intensity Scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*, 72(1-2), 95-97.
- Conceição, E., Orcutt, M., Mitchell, J., Engel, S., Lahaise, K., Jorgensen, M., Woodbury, K., Hass, N., Garcia, L. y Wonderlich, S. (2013). Eating disorders after bariatric surgery: A case series. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 274-279. Doi: 10.1002/eat.22074.
- Conradt, M., Dierk, J.M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J. y Rief, W. (2008). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144. Doi: 10.1002/jclp.20501.
- Cordero, R., Romero, B., de Matos, F., Costa, E., Espinha, D., Tomasso, C., Lucchetti, A. y Lucchetti, G. (2018). Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2804-2813. Doi: 10.1111/jocn.14340.
- Damiano, R., Costa, L., Viana, M., Moreira A., A., Lucchetti, A. y Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on "Spirituality, Religion and Health." *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(1), 11-16. Doi: 10.1590/0101-60830000000073.
- Djalalinia, S., Qorbani, M., Peykari, N. y Kelishadi, R. (2015). Health impacts of obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(1), 239-242. Doi: 10.12669/pjms.311.7033.
- Drabble, L., Veldhuis, C., Riley, B., Rostosky, S. y Hughes, T. (2017). Relationship of religiosity and spirituality to hazardous drinking, drug use, and depression among sexual minority women. *Journal of Homosexuality*, 1-24. Doi: 10.1080/00918369.2017.1383116.
- Escobedo P., J., De Jesús P., R., Schargodsky, H. y Champagne, B. (2014). Prevalencia de dislipidemias en la Ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Médica de México*, 150, 128-136.
- Finkelstein, E., Khavjou, O., Thompson, H., Trogon, J., Pan, L., Sherry, B. y Dietz, W. (2012). Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), 563-570. Doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.026.
- Finocchiaro, G., Papadakis, M., Dhutia, H., Cole, D., Behr, E., Tome, M., Sharma, S. y Sheppard, M. (2018). Obesity and sudden cardiac death in the young: Clinical and pathological insights from a large national registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(4), 395-401. Doi: 10.1177/2047487317751291.
- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim, A.N., Farzadfar, F., Riley, L.M., Ezzati, M. y Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index) (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. *The Lancet*, 377(9765), 557-567. Doi: 10.1016/S0140-6736(10)62037-5.
- Flegal, K., Kit, B., Orpana, H. y Graubard, B. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 309(1), 71. Doi: 10.1001/jama.2012.113905.
- Friedrich-Killinger, S. (2020). Centrality of religiosity as a resource for therapy outcome? *Religions*, 11(4), 155. Doi: 10.3390/rel11040155.
- Gerber, L., Hill, S. y Manigault-Bryant, L. (2015). Religion and fat = protestant christianity and weight loss? On the intersections of fat studies and religious studies. *Fat Studies*, 4(2), 82-91. Doi: 10.1080/21604851.2015.1018071.

- Gonçalves, J., Lucchetti, G., Menezes, P. y Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 46(14), 2937-2949. Doi: 10.1007/s10865-008-9159-2.
- Gupta, S. y Kapoor, V. (2007). *Fundamentals of applied statistics* (4<sup>th</sup> rev. ed.). New Delhi: Sultan Chand & Sons.
- Hernández, M., Rivera, J., Shamah, T., Cuevas, L., Gómez, L., Gaona, E., Romero, M., Gómez-Humarán, I., Saturno, P., Villalpando, S., Gutiérrez, J., Ávila, A., Mauricio, E., Martínez, J. y García, D. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Cuernavaca* (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Herndon, A. (2008). Taking the devil into your mouth: ritualized American weight-loss narratives of morality, pain, and betrayal. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(2), 207-219. Doi: 10.1353/pbm.0.0004.
- Hill, T., Christie-Mizell, C., Vaghela, P., Mossakowski, K., Johnson, R., Hill, T., Christie-Mizell, C., Vaghela, P., Mossakowski, K. y Johnson, R. (2017). Do religious struggles mediate the association between day-to-day discrimination and depressive symptoms? *Religions*, 8(8), 134. Doi: 10.3390/rel8080134.
- Hong, J., Park, S., Menzo, E. y Rosenthal, R. (2018). Midterm outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy as a stand-alone procedure in super-obese patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(3), 297-303. Doi: 10.1016/j.SOARD.2017.11.021
- Hoverd, W. y Sibley, C. (2007). Immoral bodies: The implicit association between moral discourse and the body. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46(3), 391-403. Doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00365.x.
- Huber, S. (2007). Are religious beliefs relevant in daily life. En H. Streib (Ed.): *Religion inside and outside traditional institutions* (pp. 211-230). Leiden (Netherlands): Brill Academic Publishers.
- Huber, S. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt. Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. *Journal Für Psychologie*, 16(3).
- Huber, S. y Huber, O. (2012). The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*, 3(4), 710-724. Doi: 10.3390/rel3030710.
- Joshi, S., Kumari, S. y Jain, M. (2008). Religious belief and its relation to psychological well-being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(2), 345-354.
- Kahan, S. y Puhl, R. (2017). The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity*, 25(2), 280-281. Doi: 10.1002/oby.21772.
- Kearns, N., Becker, J., McMinn, K., Bennett, M., Powers, M., Warren, A.M. y Edgerton, J. (2020). Increased spiritual well-being following cardiovascular surgery influences one-year perceived posttraumatic growth. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(3), 288-293. Doi: 10.1037/rel0000291.
- Khan, S., Tarrant, M., Weston, D., Shah, P. y Farrow, C. (2018). Can raising awareness about the psychological causes of obesity reduce obesity stigma? *Health Communication*, 33(5), 585-592. Doi: 10.1080/10410236.2017.1283566.
- Klesges, R., DeBon, M. y Meyers, A. (2001). Obesity in African American women: Epidemiology, determinants, and treatment issues. En J. Thompson (Ed.): *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 461-477). Washington, D.C.: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10502-019.
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012, 1-33. Doi: 10.5402/2012/278730.
- Koenig, H. y Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78-85. Doi: 10.3390/rel1010078.
- Koenig, H., King, D. y Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Koenig, H., McCullough, M. y Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press.
- Lam, J., Suzuki, T., Bernstein, D., Zhao, B., Maeda, C., Pham, T., Sandler, B., Jacobsen, G., Cheverie, J. y Horgan, S. (2019). An ERAS protocol for bariatric surgery: Is it safe to discharge on post-operative day 1? *Surgical Endoscopy*, 33, 580-586. Doi: 10.1007/s00464-018-6368-9.
- Litalien, M., Atari, D. y Obasi, I. (2021). The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. *Journal of Religion and Health*, 1-42. Springer. Doi: 10.1007/s10943-020-01148-8.
- Lucchese, F.A. y Koenig, H.G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 103-128. Doi: 10.5935/1678-9741.20130015.
- Lucchetti, G., Koenig, H., Pinsky, I., Laranjeira, R. y Vallada, H. (2015). Spirituality or religiosity: is there any difference? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1).
- Małczak, P., Pisarska, M., Piotr, M., Wysocki, M., Budzyński, A. y Pędziwiatr, M. (2017). Enhanced recovery after bariatric surgery: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Surgery*, 27(1), 226-235. Doi: 10.1007/s11695-016-2438-z.
- Marler, P. y Hadaway, C. (2002). "Being religious" or "being spiritual" in America: A zero-sum proposition? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 289-300. Doi: 10.1111/1468-5906.00117.
- Meisenhelder, J. y Chandler, E. (2000). Prayer and health outcomes in church members. *Alternative Therapies, Health and Medicine*, 6(4), 56-60.



- Mensingher, J., Tylka, T. y Calamari, M. (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139-147. Doi: 10.1016/J.BODYIM.2018.03.001.
- Molina, H., Pérez, I., Azamar, A., Martínez, J., Pizarro, M., Fernández, C., Reyes, J., Botello, B. y Azamar, A. (2015). Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*, 12(4), 115-122. Doi: 10.1007/s40277-015-0045-3.
- Moore, D., Brooks, J. y King, E. (2017). The meaning of obesity in the church: A pastoral leader's perspective. *Pastoral Psychology*, 66(1), 45-64. Doi: 10.1007/s11089-016-0716-2.
- Moreira A., A., Koenig, H. y Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176-182. Doi: 10.1590/1516-4446-2013-1255.
- Morton, K., Lee, J. y Martin, L. (2017). Pathways from religion to health: Mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 106-117.
- Msika, S. y Castel, B. (2010). Present indications for surgical treatment of morbid obesity: how to choose the best operation? *Journal of Visceral Surgery*, 147(5 Suppl), e47-e51. Doi: 10.1016/j.jviscsurg.2010.08.015.
- Nath, A., Yewale, S., Tran, T., Brebbia, J., Shope, T. y Koch, T. (2016). Dysphagia after vertical sleeve gastrectomy: Evaluation of risk factors and assessment of endoscopic intervention. *World Journal of Gastroenterology*, 22(47), 10371. Doi: 10.3748/WJG.v22.I47.10371.
- National Institutes of Health (2000). *The Practical Guide: Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Rockville Pike, Bethesda, MD: NIH.
- Nigussie, S., Belachew, T. y Wolando, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(67), 1014-1025. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05801.x.
- Oates, G. (2016). Effects of religiosity dimensions on physical health across non-elderly black and white american panels. *Review of Religious Research*, 58(2), 249-270. Doi: 10.1007/s13644-015-0239-9.
- Ogden, C., Carroll, M., McDowell, M. y Flegal, K. (2007). Obesity among adults in the United States--no statistically significant change since 2003-2004. *NCHS Data Brief*, 1, 1-8.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Centro de prensa: Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Pacheco, L., Vasconcellos, I., Rose, L. y Lisboa, W. (2010). Trends in morbid obesity and in bariatric surgeries covered by the Brazilian public health system. *Obesity Surgery*, 20(7), 943-948. Doi: 10.1007/s11695-008-9570-3.
- Pargament, K.I. (2002). Target Article: The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13(3), 168-181. Doi: 10.1207/s15327965PLI1303\_02.
- Pargament, K.I., Koenig, H., Tarakeshwar, N. y Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1881-1885.
- Park, C., Lim, H., Newlon, M., Suresh, D. y Bliss, D. (2014). Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 579-590. Doi: 10.1007/s10943-013-9714-1.
- Pellino, T., Gordon, D., Engelke, Z., Busse, K., Collins, M., Silver, C. y Norcross, N. (2005). Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthopedic Nursing*, 24(3), 182-190.
- Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L. y Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy: Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58. Doi: 10.1207/S15324796ABM2401\_06.
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D., Holt, C., Feldman, R., Caplan, L., Midlarsky, E. y Pargament, K. (2011). Does social support mediate the moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between physical health and depressive symptoms among Jews? *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 489-496. Doi: 10.1007/s10865-011-9325-9.
- Prospective Studies Collaboration, Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R. y Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, 373(9669), 1083-1096. Doi: 10.1016/s0140-6736(09)60318-4.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x.
- Salsman, J., Pustejovsky, J., Jim, H., Munoz, A., Merluzzi, T., George, L., Park, C., Danhauer, S., Sherman, A., Snyder, M. y Fitchett, G. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768. Doi: 10.1002/cncr.29353.
- Schaffer, S. y Yucha, C. (2004). Relaxation and pain management: the relaxation response can play a role in managing chronic and acute pain. *The American Journal of Nursing*, 104(8), 75-76.

- Schauer, P., Bhatt, D., Kirwan, J., Wolski, K., Aminian, A., Brethauer, S., Navaneethan, S., Singh, R., Pothier, C., Nissen, S. y Kashyap, S. (2017). Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes — 5-year outcomes. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 641-651. Doi: 10.1056/NEJMoa1600869.
- Scott, J. y Huskisson, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2(2), 175-184. Doi: 10.1016/0304-3959(76)90113-5.
- Secretaría de Salud (2009). *Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida*. México: SS.
- Sherman, A., Merluzzi, T., Pustejovsky, J., Park, C., George, L., Fitchett, G., Jim, H., Munoz, A., Danhauer, S., Snyder, M. y Salsman, J. (2015). A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. *Cancer*, 121(21), 3779-3788. Doi: 10.1002/cncr.29352.
- Sjöström, L. (1992). Mortality of severely obese subjects. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 55(2 Suppl), 516S-523S.
- Sjöström, L. (2013). Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial: a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine*, 273(3), 219-234. Doi: 10.1111/joim.12012.
- Sturm, R. y Hattori, A. (2013). Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the United States. *International Journal of Obesity*, 37(6), 889-891. Doi: 10.1038/ijo.2012.159.
- Twells, L., Gregory, D., Reddigan, J. y Midodzi, W. (2014). Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *Canadian Medical Association Journal Open*, 2(1), E18-E26. Doi: 10.9778/cmajo.20130016.
- Wallace, K.L., Middleton, S., Cook, I.J., Bloem, B., Lagaay, A., Beek, W., van Haan, J., Roos, R., Wintzen, A., Siebens, H., Trupe, E., Siebens, A., Cook, F., Anshen, S., Hanauer, R., Oster, G., Croghan, J., Burke, E., Caplan, S. y Tugwell, P. (2000). Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, 118(4), 678-687. Doi: 10.1016/S0016-5085(00)70137-5.
- Watcha, M., Medellín, E., Lee, A., Felberg, M. y Bidani, S. (2018). Validation of the Pictorial Baxter Retching Faces Scale for the measurement of the severity of postoperative nausea in Spanish-speaking children. *British Journal of Anaesthesia*, 121(6), 1316-1322. Doi: 10.1016/J.BJA.2018.07.036.
- Weber, S. y Pargament, K. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000080.
- Wikström, L., Nilsson, M., Broström, A. y Eriksson, K. (2019). Patients' self-reported nausea: Validation of the Numerical Rating Scale and of a daily summary of repeated numerical rating scale scores. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 959-968. Doi: 10.1111/jocn.14705.
- Winkeljohn, S., Pössel, P., Rosmarin, D., Tariq, A. y Jeppsen, B. (2017). Prayer type, disclosure, and mental health across religious groups. *Counseling and Values*, 62(2), 216-234. Doi: 10.1002/cvj.12060.
- Woźniewska, P., Diemiszczuk, I. y Hady, H.R. (2021). Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy: a review. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 16(1), 5. Doi: 10.5114/PG.2021.104733.
- Xu, H., Cupples, L., Stokes, A. y Liu, C.T. (2018). Association of obesity with mortality over 24 years of weight history. *JAMA Network Open*, 1(7), e184587. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4587.
- Yorke, J., Wallis, M. y McLean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(1), 33-41. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2003.09.002.



# Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

## *Symptoms of attention deficit, anxiety, and depression in university students*

María E. Navarro-Calvillo<sup>1</sup>, Julio C. Flores-Lázaro<sup>2, 3</sup>, Eliana Medrano<sup>2</sup>,  
Narda D. Bustos-Rojas<sup>1</sup> y Luis R. Zapata-Enríquez<sup>1</sup>

Universidad Autónoma de San Luis Potosí<sup>1</sup>  
Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”<sup>2</sup>  
Universidad Nacional Autónoma de México<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Julio C. Flores-Lázaro, [juliofnp@gmail.com](mailto:juliofnp@gmail.com).

### RESUMEN

*Antecedentes.* El trastorno por déficit de atención del adulto (TDA-A), la ansiedad y la depresión se encuentran entre los problemas de salud mental más importantes en todo el mundo. *Método.* En este trabajo se analizaron los síntomas autorreportados de las tres condiciones clínicas en una muestra de estudiantes universitarios. *Procedimiento.* Se efectuó un tamizaje con 575 participantes, identificándose 110 (70 mujeres y 40 hombres) con suficientes indicadores clínicos que denotan síntomas de TDA-A, lo que representa 19% de la muestra. A quienes conformaron esta submuestra se les aplicó la versión de 18 ítems de la ASRS. v.1.1 y las escalas de ansiedad y depresión de Beck. *Resultados.* En ambos grupos, la correlación de síntomas ansiedad-depresión fue de moderada a alta. Sin embargo, fue más alta para las mujeres; en tanto que la correlación TDA-A/ansiedad fue más alta en los hombres. En la regresión lineal, la predicción de las variables ansiedad-depresión en las mujeres no fue significativa, ni de forma conjunta ni separada en los puntajes de síntomas TDA-A, a diferencia de los hombres, una predicción explicada únicamente por la ansiedad. *Discusión.* Los resultados indican diferencias de constructo entre mujeres y hombres, lo que denota la necesidad de desarrollar parámetros específicos de salud mental basados en los criterios de sexo y género.

**Palabras clave:** Ansiedad; Depresión; TDAH; Estudiantes universitarios.

### ABSTRACT

*Antecedents.* Adult attention deficit disorder (A-ADHD), anxiety, and depression are among the first mental health problems globally. *Method.* The study examined symptoms reported for all three clinical conditions in a sample of university students. *Procedure.* Through screening 575 participants (ASRSv1.1 of 6 items), we identified 110 participants (70 women and 40 men) with the highest clinical indicators for A-ADHD, representing 19% of the total sample. Participants in this sub-sample also took the 18-item version of the ASRSv1.1 and the Beck anxiety and depression scales. *Results.* The anxiety-depression correlation was high in both groups, but for women was higher. In contrast, the anxiety-A-ADHD correlation was higher in men. For women, the anxiety-depression variables did not predict either together or separately the A-ADHD scores; however, for men, there

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. de Los Talleres 186, Valle Dorado, 78399 San Luis, S.L.P., México.

<sup>2</sup> Av. San Fernando 86, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



*was a prediction explained solely by anxiety. Discussion. The results indicate differences between women and men, which add to the need to develop specific mental health parameters based on the sex-gender criterion.*

**Key words:** Anxiety; Depression; ADHD; University students.

Recibido:18/02/2022

Aceptado:10/08/2022

Las dificultades de atención y concentración en la población juvenil son muy frecuentes y tienen diversas causas, siendo una de las más importantes el trastorno por déficit de atención del adulto (TDA-A en lo sucesivo) (Merikangas *et al.*, 2010; Miller *et al.*, 2013). En algunos estudios epidemiológicos extensos se ha encontrado que al menos dos terceras partes de los casos de TDA infantil persisten con dificultades clínicas y cognitivas en la vida adulta (Kessler *et al.*, 2010). Otras investigaciones muestran que alrededor de 25% de los casos identificados en la juventud o la adultez no fueron detectados oportunamente en la infancia o la adolescencia (Turgay *et al.*, 2012).

Los jóvenes con TDA-A muestran un menor nivel de escolaridad (32% no llega a terminar el bachillerato), baja eficiencia laboral, mayor deserción laboral, despidos frecuentes y un alto grado de dificultad en la interacción social (Barkley *et al.*, 2006). Algunas de estas características también se han identificado en sociedades con un alto nivel socioeconómico, como Japón (Kirino *et al.*, 2015), Noruega (Anker *et al.*, 2018) o Suiza (Estévez *et al.*, 2014). En diversos estudios con neuroimagen funcional se ha encontrado que las anomalías neurofuncionales observadas en la infancia pueden persistir hasta la adultez (Cortese *et al.*, 2013; McCarthy *et al.*, 2013; Sato *et al.*, 2012). Algunos metanálisis han mostrado que el índice de persistencia sindromática en adultos con diagnóstico infantil de TDA-A es bajo (15% a la edad de 25 años), pero el de la persistencia sintomática (sujetos que se encuentran en un nivel subumbral) es mucho mayor en los criterios del TDA-A: 65%. Si

bien las personas ya no cumplan algunos criterios diagnósticos, siguen teniendo dificultades en su vida diaria (Faraone *et al.*, 2006).

La prevalencia estimada de TDA-A en sujetos de 18 a 44 años de edad es de 4% de la población general (Merikangas *et al.*, 2010). En México, en el año 2015 se contabilizaban 3.6 millones de estudiantes universitarios (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2015), y en 2019 se estimaban ya 3.8 millones en programas presenciales (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019), de los cuales hasta 150 mil (4%) satisfacían suficientes criterios como para ser diagnosticados con TDA-A; sin embargo, un número cercano al doble (300 mil) manifestaban datos sintomáticos (subclínicos), con las consecuentes dificultades en su desempeño laboral, vocacional y académico, lo que genera una calidad de vida más pobre (Barkley y Murphy, 2010; Stern *et al.*, 2017). Datos recientes muestran que los criterios de corte del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2015) podrían ser menos adecuados para detectar la citada condición en las mujeres (Guelzow *et al.*, 2017).

### Comorbilidad en el TDA-A

En personas con TDA-A se reporta que la probabilidad de sufrir un trastorno comórbido es muy alta: 80% (Anker *et al.*, 2018; Kessler *et al.*, 2006); no obstante, las investigaciones realizadas en mujeres son aún escasas. Tun *et al.* (2016) efectuaron un metanálisis de 18 estudios (1,997 participantes) con niños y adolescentes para determinar la presencia y probabilidad de que los casos femeninos sufrieran comorbilidades. En las mujeres con TDA-A la probabilidad de sufrir ansiedad fue de 37.7 % (siendo de 13.9% la probabilidad reportada en población normativa), esto es, una probabilidad 3.2 mayor. En el caso de la depresión, la probabilidad es 4.2 veces mayor (10.3 vs. 2.9%); en los trastornos de conducta, es de 12.8% (9.4 veces), siendo el negativismo desafiante más de 5.6 veces el visto en dicha población. En aquellos con TDA-A, las comorbilidades más reportadas son el abuso de

drogas y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Anker *et al.*, 2018). En un estudio llevado a cabo con 443 jóvenes universitarios de primer grado se encontró que las dos comorbilidades más frecuentes en el TDA-A eran la ansiedad y la depresión; las mujeres mostraron una probabilidad mayor de exhibir uno o más trastornos comórbidos que los hombres, principalmente depresión, debido a la elevada frecuencia de los trastornos depresivos, y en segundo lugar ansiedad (Anastopoulos *et al.*, 2018). En otro trabajo realizado con 548 adultos con TDA-A se halló que el trastorno con mayor frecuencia de comorbilidad en mujeres era la depresión mayor, y en los hombres el consumo de drogas. Un dato interesante fue que entre mayor era el nivel educativo, menor era la comorbilidad (Ankert *et al.*, 2018).

### Ansiedad y depresión

La depresión y la ansiedad se encuentran entre los principales problemas de salud mental, no solo por su prevalencia sino por la cronicidad de las consecuencias psicológicas discapacitantes (Nandi *et al.*, 2009); en 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a la depresión como la tercera causa de discapacidad en el mundo, proyectando que en el 2030 podría llegar a ser la primera (Malhi y Mann, 2018), y en 2017 publicó los análisis comparativos de prevalencia por regiones en el mundo, reportando un promedio de prevalencia de los trastornos depresivos de 4.5%, y de 3.6% los de ansiedad (WHO, 2017).

La ansiedad es altamente comórbida con otras condiciones de salud mental. Al igual que en la depresión, las mujeres tienen hasta el doble de probabilidades que los hombres de padecer algún trastorno de ansiedad (Bandelow y Michaelis, 2015; Sassarini, 2016). La presencia de concurrencia (ambas condiciones clínicas en una misma persona) puede provocar por efecto sinérgico mayores dificultades de TDA-A (Hill *et al.*, 2008).

### El enfoque dimensional en salud mental

En el año 2008, los Institutos Nacionales de Salud Mental de los Estados Unidos de América (NIMH)

iniciaron un macroproyecto para el cambio de paradigma en el estudio de la salud mental, ya que las evidencias científicas no apoyan el planteamiento dicotómico de presencia-ausencia de patología, esto es, de que hay sujetos normales y sujetos con patología. Los enfoques dimensionales han mostrado que desde la salud total hasta el TDA hay un progresivo acercamiento en el que las características clínicas se suman o exacerban a medida que los sujetos cumplen los requisitos de un diagnóstico psiquiátrico (Shaw *et al.*, 2011). Se advierte que, debido al enfoque dicotómico, un alto porcentaje de personas con condiciones subclínicas no reciben una adecuada caracterización científica ni clínica, y menos un tratamiento profesional, por lo que el estudio de las características de muestras comunitarias permitirá una mejor comprensión de las relaciones entre dimensiones relevantes, como por ejemplo de ansiedad, depresión y TDA-A.

### Detección de TDA-A

Una de las escalas de tamizaje utilizadas para la detección del TDA-A es la ASRS-V1.1 (Kessler *et al.*, 2005), la cual se basa en los criterios DSM-5-TR y cuenta con dos variantes: un cribado de seis ítems y un autorreporte de dieciocho. En diversos estudios se ha utilizado este instrumento y se han encontrado porcentaje altos de indicadores clínicos: México, 60%; Italia, 43% y Estados Unidos, 46%; se considera que la escala es sensible a las dificultades de atención provocadas no únicamente por el TDA-A, sino también por otras condiciones de salud mental, como la ansiedad (Reyes *et al.*, 2013). Dicha escala ha sido validada en población universitaria en México por Reyes *et al.* (2009), quienes han determinado sus diversas propiedades psicométricas.

Los criterios clínico-conductuales del TDA-A no establecen diferencias entre hombres y mujeres, a pesar de que diversas investigaciones han encontrado diferencias significativas. En una de las más recientes, efectuada con 40 mil sujetos con TDA-A, se encontraron diversas diferencias clínico-psiquiátricas, por ejemplo un mayor nivel de dificultades emocionales en las mujeres (Solberg *et al.*, 2018). El TDA-A en ellas es aún más sub-

diagnosticado y subtratado que en los varones, ya que todavía no se desarrolla un consenso científico que identifique de forma específica las características clínicas y neuropsicológicas-cognitivas del trastorno en estas (Ankert *et al.*, 2018).

Con base en la literatura correspondiente, los presentes autores plantean la hipótesis de que, las características de correlación e interacción entre los síntomas de TDA-A, ansiedad y depresión en muestras comunitarias son diferentes en las mujeres que en los varones.

Así, el objetivo general de este trabajo fue estudiar la presencia de síntomas de TDA-A, ansiedad, y depresión en una muestra representativa de estudiantes universitarios, siendo los objetivos específicos contrastar las diferencias entre mujeres y hombres en la frecuencia, correlación entre los síntomas autorreportados en estas tres condiciones y sus efectos diferenciados como variables independientes en cada sexo, haciendo énfasis en la población femenina debido a la imprecisión actual de los parámetros TDA-A en esta. La meta principal fue obtener datos sobre la relación de los síntomas TDA-A, ansiedad y depresión, de forma dimensional y en población comunitaria, principalmente femenina.

## MÉTODO

### Enfoque y diseño de la investigación

El enfoque-paradigma en que se desarrolló esta investigación fue el denominado dimensional-comunitario, con diseño de caracterización correlacional y predictivo (no experimental).

La muestra se obtuvo de la comunidad de estudiantes de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). El tamaño se determinó por medio del software EPIDAT (4.1), para lo cual se estableció una proporción esperada de 50%, con un nivel de confianza de 95%. El cálculo indicó un mínimo de 380 participantes (190 participantes por sexo). El muestreo se realizó por medio de visitas aleatorias de invitación a las diversas aulas. Los criterios de inclusión fueron el ser estudiantes universitarios en activo, de 18 a 24 años de edad. Se excluyeron aquellos casos con antecedentes

o con condiciones neurológicas (epilepsia, traumatismo craneoencefálico, etc.), eliminándose a quienes no concluyeron toda la evaluación.

### Procedimiento

*Etapa 1.* Aplicación del cuestionario de cribado (seis ítems) del adulto ASRSV1.1 (Kessler *et al.*, 2005), para lo que se identificaron los casos con puntajes iguales o mayores a 4 puntos, a quienes se les invitó a participar en la segunda parte del estudio.

*Etapa 2.* A los estudiantes que aceptaron participar se les aplicaron el cuestionario de autoinforme de dieciocho ítems ASRS-v1.1 (Kessler *et al.*, 2005), el Inventario de Ansiedad de Beck (*cf.* Robles *et al.*, 2001), y el Inventario de depresión de Beck (*cf.* González *et al.*, 2015).

Los datos se analizaron por medio del coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para evaluar la consistencia interna del instrumento para esta muestra, la correlación de Pearson, un análisis de varianza y uno de regresión lineal.

## RESULTADOS

En la etapa 1 se incluyeron 575 estudiantes (319 mujeres, 256 hombres) con promedio de edad de 19.96 (D.E.= 1.41), y 14.05 años de escolaridad (D.E. = 1.70), equivalentes al segundo año de estudios universitarios. Esta muestra inicial alcanzó un valor promedio de 2.97 indicadores (media de 3, moda de 3); 203 participantes presentaron 4 puntos o más (35.30% de la muestra), a quienes se invitó a participar en la investigación. En la etapa 2 aceptaron participar 110 estudiantes (70 mujeres y 40 hombres), lo que representa 54.18% de los probables casos, y 19.13% de toda la muestra de tamizaje.

Como primer análisis, para determinar la consistencia de las respuestas, se calculó un  $\alpha$  con los resultados de toda la muestra, y luego por sexo (Tabla 1). Los valores obtenidos se encuentran dentro de parámetros aceptables.

En la Tabla 2 se presentan los valores descriptivos y de correlación de las tres pruebas.

**Tabla 1.** Valores de consistencia interna (alfa de Cronbach).

Ítem	Toda la muestra N = 110		Mujeres N = 70		Hombres N = 40	
	Puntajes	Ítem borrado	Puntajes	Ítem borrado	Puntajes	Ítem borrado
1	2.59	.863	2.61	.851	2.56	.882
2	2.82	.859	2.87	.852	2.74	.874
3	2.69	.865	2.68	.851	2.44	.888
4	3.14	.864	3.17	.853	3.08	.884
5	3.44	.864	3.48	.851	3.38	.885
6	2.35	.861	2.14	.848	2.72	.879
7	2.49	.863	2.42	.852	2.62	.881
8	3.22	.860	3.25	.850	3.18	.879
9	2.25	.856	2.48	.842	1.85	.879
10	2.72	.857	2.93	.844	2.36	.880
11	3.13	.854	3.09	.840	3.21	.875
12	1.67	.857	1.70	.849	1.62	.872
13	2.95	.858	3.03	.845	2.82	.881
14	2.09	.860	2.14	.847	2.00	.882
15	2.31	.862	2.42	.850	2.10	.882
16	2.07	.856	2.12	.842	2.00	.879
17	2.06	.861	2.30	.852	2.13	.878
18	2.05	.852	2.70	.841	2.03	.871
Total		.866		.855		.886

**Tabla 2.** Resultados descriptivos y de correlación.

	Toda la muestra	Mujeres	Prueba <i>t</i>	Hombres
<b>TDA-A</b>				
Media clínica	12.19 (3.85)	12.06 (3.90)	<i>p</i> = .549	12.65 (3.76)
Media puntaje	46.14 (10.79)	46.59 (10.11)	<i>p</i> = .556	45.28 (11.09)
Mediana	48.00	48.00		46.00
Moda	49	49		44
Normalidad (K-S)	.001	.001		.056
<b>Ansiedad</b>				
Media	23.71 (13.18)	24.39 (13.85)	<i>p</i> = 4.69	22.42 (11.86)
Mediana	23.00	25.00		18.50
Moda	14	14		18
Normalidad (K-S)	.008	.200		.053
<b>Depresión</b>				
Media	21.56 (10.74)	21.58 (11.38)	<i>p</i> = 9.81	21.53
Mediana	20.00	20.00		20.00
Moda	20	18		20
Normalidad (K-S)	.040	.016		.200
<b>Correlaciones</b>				
Ansiedad-depresión	<i>r</i> = .599, <i>p</i> = .000	<i>r</i> = .641, <i>p</i> = .000		<i>r</i> = .547, <i>p</i> = .001
Ansiedad/TDA-A	<i>r</i> = .369, <i>p</i> = .000	<i>r</i> = .281, <i>p</i> = .019		<i>r</i> = .503, <i>p</i> = .002
Depresión/TDA-A	<i>r</i> = .221, <i>p</i> = .024	<i>r</i> = .200, <i>p</i> = .099		<i>r</i> = .299, <i>p</i> = .077



En dicha tabla se puede observar que la media del puntaje clínico en la escala ASRS en todas las agrupaciones se encuentran en el puntaje 12, lo que es óptimo para el enfoque dimensional de esta investigación. No se hallaron diferencias entre mujeres y hombres en las medias de los puntajes totales de los tres instrumentos. La correlación ansiedad-depresión es alta en los tres tipos de agrupación. En las mujeres, la correlación ansiedad- TDA-A es

moderada-baja, y en los hombres es moderada-alta. La correlación depresión- TDA-A solo es significativa en la muestra total.

*Regresión lineal.* En la Tabla 3 se puede observar que las características de los 110 participantes muestran resultados significativos, aunque una varianza explicada muy baja, la cual se explica únicamente por la variable ansiedad. La variable depresión no contribuye significativamente.

**Tabla 3.** Regresión lineal para síntomas de TDA-A (predictores: ansiedad y depresión).

Grupos	Dependiente	Predictores	
		TDA-A	Ansiedad
Toda la muestra			
Varianza explicada	$r^2 = .136$		
Estadístico F	$F = 8.055, < p = .001$		
Coefficientes parciales		.303	.000
Coefficientes estándar		.370	.000
Prob. coeficientes		$p = .002$	$p = .997$
Durbin-Watson	.741		
Mujeres			
Varianza explicada	$r^2 = .080$		
Estadístico F	$F = 2.860, p = .064$		
Coefficientes parciales		.190	.030
Coefficientes estándar		.260	-.033
Prob. Coeficientes		$p = .096$	$p = .828$
Durbin-Watson	.193		
Hombres			
Varianza explicada	$r^2 = .252$		
Estadístico F	$F = 6.887, p = .003$		
Coefficientes parciales		.550	.009
Coefficientes estándar		.539	.007
Prob. Coeficientes		$p = .006$	$p = .966$
Durbin-Watson	1.278		

En la muestra de mujeres los resultados no son significativos, y en la de los hombres, con apenas 40 participantes, el resultado es significativo, con un mayor porcentaje de la varianza explicada en toda la muestra, y solamente por la variable ansiedad, lo que sugiere que el grupo de las mujeres es el que anula el efecto de las diferencias en la muestra total.

*Concurrencia ansiedad-depresión.* Al considerar los casos que presentaron los puntajes más altos en ambas dimensiones clínicas, la muestra se dividió en tres grupos: Sujetos con puntajes bajos, Sujetos con puntajes moderados y Sujetos con

puntajes más altos (rangos severo y alto). Cuando un individuo presentaba un puntaje alto-severo y un puntaje moderado, se le incluía en el grupo 3. Si la persona presentaba un puntaje moderado y uno bajo, se incorporaba al grupo 2. En la tabla 4 se puede observar que la clasificación de los sujetos por la concurrencia ansiedad-depresión no modifica el valor promedio de TDA-A en ninguna de las tres agrupaciones (todos los sujetos, mujeres y hombres). El resultado del ANOVA de un factor no fue significativo en ninguno de los tres casos ni, como era de esperarse, en la ansiedad y en la depresión.

**Tabla 4.** ANOVA de un factor por concurrencia ansiedad-depresión.

Concurrencia	Muestra total	Mujeres	Hombres
<b>TDA-A</b>			
Baja	12.19 (4.13)	11.78 (4.30)	13.44 (3.54)
Moderada	12.07 (3.61)	12.71 (3.53)	9.83 (3.18)
Alta	12.31 (3.84)	11.76 (3.80)	14.60 (3.43)
ANOVA	F = .024, p = .977	F = .042, p = .659	F = 3.131, p = .070
<b>Ansiedad</b>			
Baja	11.71 (5.12)	10.96 (5.70)	13.14 (3.55)
Moderada	24.48 (6.17)	26.43 (5.63)	21.08 (5.76)
Alta	38.77 (9.73)	39.62 (9.36)	37.34 (10.56)
ANOVA	F = 129.355, p = .000	F = 100.226, p = .000	F = 35.305, p = .000
<b>Depresión</b>			
Baja	13.34 (6.95)	13.40 (3.50)	14.08 (3.50)
Moderada	21.36 (6.97)	20.71 (8.66)	22.50 (9.78)
Alta	32.65 (5.54)	33.48 (5.33)	30.90 (5.84)
ANOVA	F = 61.778, p = .000	F = 42.829, p = .000	F = 18.721, p = .000

## DISCUSIÓN

La exploración de indicadores de cribado para TDA-A en esta muestra comunitaria de estudiantes universitarios presentó que 35.85% de la muestra obtuvo indicadores suficientes para un probable TDA-A. Diversos estudios han reportado porcentajes altos (incluso más altos) (por ejemplo: Kessler *et al.*, 2005) ya que las dificultades de atención-concentración no solo aparecen en dicha condición, sino también en otras condiciones de salud mental: ansiedad por el desempeño académico (Chang *et al.*, 2017), falta de higiene del sueño, estado de ánimo, ansiedad, depresión o fobia social, entre otras (Kessler *et al.*, 2010). De estos 110 casos, 34.28% de las mujeres (24 casos) y 35% de hombres (14 casos) obtuvieron menos de 12 puntos en la ASRSV1.1, situación que ocurre con frecuencia entre ambas escalas, pues algunos casos que obtienen 4 puntos en la escala de tamizaje no alcanzan los 12 puntos en la escala de 18 ítems (Reyes *et al.*, 2009; Reyes *et al.*, 2013).

*Síntomas ansiedad-depresión.* Los resultados de la correlación en los tres tipos de agrupamiento (todos los participantes, mujeres, hombres) muestran valores altos. Este tipo de resultados ha sido ampliamente reportado: ambas condiciones coexisten con una frecuencia de alta a muy alta (Ass-

man *et al.*, 2018). En esta muestra, los valores más altos los presentó el grupo de mujeres.

*Síntomas TDA/ansiedad.* En la muestra conjunta se obtuvieron resultados de correlación moderados; destaca que en las mujeres hubo valores bajos, y a pesar de ser una muestra menor, en el grupo de hombres se alcanzaron los valores más altos de correlación.

*TDA/depresión.* A pesar de presentar valores bajos de correlación con toda la muestra, en la desagregación por sexo se obtuvieron resultados no significativos.

*Síntomas de ansiedad y depresión como predictores de síntomas de TDA-A.* Los síntomas de depresión en los tres tipos de agrupamiento de los participantes no predicen los de TDA-A. En los hombres, fue la ansiedad la variable que predice los síntomas de TDA-A. El hallazgo más importante en las mujeres fue que ninguna de las variables independientes (ansiedad/depresión) explicó los puntajes de TDA-A, lo que implica, en esta muestra comunitaria, constructos diferentes con base en el sexo. En los jóvenes con TDA-A de primer año se encontró el doble de prevalencia de comorbilidad que en la población comunitaria (*cf.* Weyandt *et al.*, 2017). En la literatura relativa a los casos confirmados con TDA-A se reportan altas tasas de comorbilidad: hasta 80% manifiesta al menos una

condición comórbida, y más de 50% dos o más. Las más frecuentes son la ansiedad (47%) y las alteraciones del estado de ánimo (38%) (Anastopoulos *et al.*, 2018; Anker *et al.*, 2018). En un metaanálisis de 18 estudios de TDAH en niñas y adolescentes, Tung *et al.* (2016) encontraron una menor tasa de comorbilidad con ansiedad en la población comunitaria que en la población clínica, lo que implica constructos diferentes en ambos tipos de población. Estas investigaciones se pueden contrastar con los resultados aquí presentados, ya que el promedio de edad de la presente muestra fue de 19 a 20 años.

*Correlación síntomas TDA-A /depresión.* A pesar de que la muestra total correlaciona significativamente, nuestros datos sugieren que el estado de ánimo no es un moderador para probable TDA-A en mujeres jóvenes universitarias de población comunitaria. En un estudio efectuado con 548 adultos con TDA-A (balanceados por sexo), Anker *et al.* (2018) encontraron que el trastorno comórbido más frecuente fue la depresión mayor en ambos sexos, seguido por el uso de sustancias (principalmente en hombres) y la fobia social. Los resultados por sexo indican que la expresión de síntomas de TDA-A no se acompaña ni se predice por características de depresión, lo que sugiere un constructo diferente en la población comunitaria que en la clínica.

Los datos encontrados en este trabajo indican, al igual que en la literatura más reciente (Solberg *et al.*, 2018), que en la población comunitaria femenina las dificultades clínicas de atención/concentración y su relación/constructo con las dos condiciones de salud mental más frecuentes en el mundo (ansiedad y depresión) manifiestan una naturaleza psicológica diferente que la de la población masculina. La alta correlación entre los indicadores de ansiedad y depresión de la presente muestra, así como los valores de consistencia interna, apoyan la validez de estos resultados.

Una de las explicaciones de la diferencia entre la población comunitaria y la clínica es que las personas con TDA-A (con diagnóstico confirmado) exhiben diversas alteraciones neuropsicológicas y cerebrales que no se limitan a los circuitos cerebrales atencionales y de los procesos neuropsi-

cológicos que soportan la atención (Castellanos y Proal, 2018); tal condición podría potenciar la aparición de comorbilidades como ansiedad, depresión o adicciones, entre otras (Rubia, 2018), en tanto que las personas que pertenecen a muestras comunitarias que experimentan dificultades de atención tienen una menor probabilidad de sufrir alteraciones neuropsicológicas, por lo que sus dificultades de atención-concentración tienen menos relación con la ansiedad, y menos aún con la depresión. En estudios que han controlado los rasgos de personalidad se ha visto que las dificultades (autorreportadas) de control atencional se vinculan principalmente con características de la regulación emocional, el neuroticismo y la conciencia exacerbada (Williams *et al.*, 2017).

*Concurrencia ansiedad-depresión.* En ninguna de las tres condiciones (baja, moderada y alta), la agrupación por concurrencia produce un efecto significativo en los síntomas reportados de TDA-A. Resultados similares fueron encontrados por Hill *et al.* (2008) en una muestra comunitaria de 246 jóvenes con bajo rendimiento escolar. En dicho estudio, además de las escalas clínicas se utilizaron pruebas cognitivas, como el CPT (atención continua). Los autores concluyen que las dificultades de desempeño atencional en la población comunitaria son un epifenómeno de síntomas (autorreportados) de ansiedad y depresión.

En conclusión, los resultados aquí presentados abonan a la literatura internacional (Hill *et al.*, 2008; Tung *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2017) en muestras comunitarias: tanto la percepción del rendimiento atencional como el rendimiento cognitivo atencional no están determinados de forma relevante por la ansiedad o la depresión o por su concurrencia, que representan epifenómenos. La contribución adicional es la diferenciación que se hace entre mujeres y hombres.

Estas evidencias abonan igualmente a la literatura que destaca tres retos futuros: *a)* la importancia de desarrollar constructos diferenciados de TDA-A, ansiedad y depresión en mujeres y hombres, *b)* el desarrollo de instrumentos cuyo constructo de inicio se enfoque al género femenino, y *c)* la importancia de estudiar la población comunitaria para conocer y comprender a partir de

modelos propios (no solamente desde los casos clínicos) la forma en que se correlacionan con otras condiciones de salud mental, como la an-

siedad y la depresión, tanto de forma individual como concurrente.

*Citación:* Navarro-Calvillo, M.E., Flores-Lázaro, J.C., Medrano, E., Bustos-Rojas N.D. y Zapata-Enríquez, L.R. (2023). Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 33(2), 455-465. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2827>.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2015). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, D.C.: APA.
- Anker, E., Bendiksen, B. y Heir, T. (2018). Comorbid psychiatric disorders in a clinical sample of adults with ADHD, and associations with education, work and social characteristics: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), e019700. Doi: 10.1136 de bmjopen-2017-019700.
- Bandelow, B. y Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/deDCNS.2015.17.3.debbandelow>.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202
- Barkley, R.A. y Murphy, K.R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 157-173. Doi: 10.1093 de arclin de acq014.
- Castellanos, F.X. y Proal, E. (2018). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Science*, 16(1), 17-26. Doi: 10.1016/j.tics.2011.11.007.
- Chang, Z., Quinn, P.D., Hur, K., Gibbons, R.D., Sjölander, A., Larsson, H. y D'Onofrio, B.M. (2017). Association between medication use for attention-deficit de hyperactivity disorder and risk of motor vehicle crashes. *JAMA Psychiatry*, 174(6), 597-603. Doi: 10.1001 de jamapsychiatry.
- Cortese, S., Imperati, D., Zhou, J., Proal, E., Klein, R.G., Mannuzza, S., Ramos O., M.A., Milham, M.P., Kelly, C. y Castellanos, F.X. (2013). White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit de hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 15(74), 591-598. Doi: 10.1016 de j.biopsych.2013.02.025.
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J. y Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder in young Swiss men. *PLoS One*, 20(9), e89298. Doi: 10.1371 de journal.pone.0089298.
- Faraone, S.V., Biederman, J. y Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.
- González, D.A., Reséndiz R., A. y Reyes L., I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244.
- Hill, B.D., Smitherman, T.A., Pella, R.D., O'Jile, J.R. y Gouvier, W.D. (2008). The relation of depression and anxiety to measures of attention in young adults seeking psychoeducational evaluation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 823-830.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta intercensal*. Ciudad de México. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx> de programas de intercensal de 2015.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B. y Walters, E.E. (2005). The World Health Organization adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Connors, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E. y Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kessler, R.C., Green, J.G., Adler, L.A., Barkley, R.A., Chatterji, S., Faraone, S.V., Finkelman, M., Greenhill, L.L., Gruber, M.J., Jewell, M., Russo, L.J., Sampson, N.A. y Van Brunt, D.L. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit de hyperactivity disorder: Analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1168-1178.
- Kirino, E., Imagawa, H., Goto, T. y Montgomery, W. (2015). Sociodemographics, comorbidities, healthcare utilization and work productivity in Japanese patients with adult ADHD. *PLoS One*, 6(10), 7, e0132233. Doi: 10.1371 de journal.pone.0132233.

- Malhi, G.S. y Mann, J.J. (2018). Depression. *Lancet*, 24(392), 2299-2312. Doi: 10.1016 de S0140-6736(18)31948-2.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. Doi: 10.1016 de j.jaac.2010.05.017.
- Nandi, A., Bears, R.B. y Galea, S. (2009). Epidemiologic heterogeneity of common mood and anxiety disorders over the life-course in the general population: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 1(9), 31. Doi: 10.1186 de 1471-244x-9-31.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2019). *Education at a glance*. Paris: OECD. Recuperado de <http://www.oecd.org/education-at-a-glance/> de EAG2019.
- Reyes Z., E., Cárdenas G., E.M., García V., K.L., Aguilar O., N.C., Medina J., V. et al. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental*, 32(s1), 69-75.
- Reyes Z., E., García V., K.L. y Palacios C., L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la Escala de Autorreporte de TDAH en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*, 65(1).
- Robles G., R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 29(12), 100. Doi: 10.3389 de fhum.2018.00100.
- Sassarini, D.J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, 94, 149-154. Doi: 10.1016 de j.maturitas.2016.09.004.
- Sato, J.R., Hoexter, M.Q., Castellanos, X.F. y Rohde, L.A. (2012). Abnormal brain connectivity patterns in adults with ADHD: a coherence study. *PLoS One*, 7(9), e45671. Doi: 10.1371 de journal.pone.0045671.
- Shaw, P., Gilliam, M., Liverpool, M., Weddle, C., Malek, M., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Rapoport, J. y Giedd, J. (2011). Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 43-51. Doi: 10.1176 de appi.ajp.2010.10030385.
- Solberg, B.S., Halmøy, A., Engeland, A., Iglund, J., Haavik, J. y Klungsoyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 176-186. Doi: 10.1111 de acps.12845.
- Stern, A., Pollak, Y., Bonne, O, Malik, E. y Maeir, A. (2017). The relationship between executive functions and quality of life in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 323-330. Doi: 10.1177 de 1087054713504133.
- Tung, I., Li, J.J., Meza, J.I., Jezior, K.L., Kianmahd, J.S., Hentschel, P.G., O'Neil, P.M. y Lee, S.S. (2016). patterns of comorbidity among girls with ADHD: a meta-analysis. *Pediatrics*, 138(4), e20160430. Doi: 10.1542 de peds.2016-0430.
- Turgay, A., Goodman, D.W., Asherson, P., Lasser, R.A., Babcock, T.F., Pucci, M.L. y Barkley, R. (2012). ADHD Transition phase model working group. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 192-201. Doi: 10.4088 de JCP.10m06628.
- Weyandt, L.L., Oster, D.R., Gudmundsdottir, B.G., DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology*, 31(2), 160-172. Doi: 10.1037 de neu0000326.
- World Health Organization (2017). *Depression*. Geneva: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

**APÉNDICE****Criterios de clasificación para la severidad y la concurrencia**

<b>Severidad</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Grupo</b>
Bajo	Bajo	Bajo	1
	Bajo	Moderado	1
	Moderado	Bajo	1
Moderado	Moderado	Moderado	2
	Bajo	Alto	2
	Alto	Bajo	2
Alto	Alto	Alto	3
	Alto	Moderado	3
	Moderado	Alto	3



# Violencia de género: de la argamasa burocrática a la realidad social en salud mental

## *Gender violence: From bureaucratic mortar to the social reality in mental health*

*Raúl Gutiérrez Mercado*

Universidad Autónoma de Nayarit<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Raúl Gutiérrez Mercado, [ragumer@msn.com](mailto:ragumer@msn.com).

### RESUMEN

La violencia de género es un problema creciente en todo el mundo que ha acaparado la atención de diversos organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y nacionales, como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y otras entidades públicas y privadas. Dicha violencia se ha venido agravando como una consecuencia psicosocial indirecta de los efectos de la pandemia por COVID-19, como es el caso de la relación hombre-mujer en los hogares y espacios públicos y privados. Este trabajo, de tipo documental, tuvo como objetivo analizar, comparar y diferenciar los tipos y diseños de investigación, así como los hallazgos publicados en artículos en revistas de países de habla hispana que muestran los daños a la salud mental de las personas víctimas de la violencia de género, tomando como indicador principal el trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Tal búsqueda se efectuó mediante el uso del operador booleano “AND” en los buscadores académicos de Scielo, RedALYC, Google Académico y Dialnet en el periodo de 2011 a 2021. Los resultados muestran una alta prevalencia de condiciones afectivas y cognitivas adversas en las víctimas, incluido el TEPT y los intentos de suicidio. El apoyo social percibido favorece la reducción de este problema. Se concluye que existe evidencia reciente suficiente para afirmar que el desarrollo del TEPT es altamente prevalente en aquellas personas que han sufrido crónicamente la violencia de género. El mantenimiento de las conductas tradicionales hacia los roles y estereotipos de género son parte fundamental del inicio y la escalada progresiva de dicha violencia. Se enfatiza la necesidad de generar y aplicar intervenciones terapéuticas eficaces y eficientes que coadyuven a la salud mental de la población vulnerada y, de manera preventiva, al fomento de la deconstrucción del sistema sexo-género-patriarcado en todas las áreas de la vida.

**Palabras clave:** Violencia de género; Trastorno de estrés posttraumático; Salud mental; Covid-19.

### ABSTRACT

*Gender violence is a growing problem worldwide, which has attracted the attention of international organizations such as the UNO, WHO, and the CNDH; the problem keeps worsening as an indirect psychosocial consequence due to the effects of the COVID-19 pandemic on the man-woman relationship in homes and closed spaces. The present study consists of a documentation analysis. The objective was to analyze, compare and differentiate the types and designs of research, as well as the findings found in articles from Spanish-speaking countries that demonstrate the effects on*

<sup>1</sup> Maestría en Estudios de Género, Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”, Blvd. Tepic-Xalisco 325, 63155 Tepic, Nay. México, tel. (311)211-88-00.





*the mental health of people who are victims of gender violence, taking Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) as the leading indicator. The search used the Boolean operator "AND" in the academic search engines of Scielo, Redalyc, Google academic, and Dialnet from 2011 to 2021. The results show a high prevalence of adverse affective and cognitive conditions in victims, including PTSD and suicide attempts. Perceived social support affects the reduction of these problems. The present analysis concluded that there is sufficient recent evidence to affirm that the development of PTSD is highly prevalent in people who chronically suffer from gender violence. Maintaining traditional behaviors towards gender roles and stereotypes is a fundamental part of the beginning and progressive escalation of violence. The need to generate and apply effective and efficient therapeutic interventions that contribute to the mental health of the vulnerable population is critical. Regarding prevention, it is necessary to deconstruct the sex-gender-patriarchy system in all areas of life.*

**Key words:** Gender violence; Post-traumatic stress disorder; Mental health; Covid-19.

Recibido: 23/09/2021

Aceptado: 04/02/2022

## Violencia de género

Un concepto es la imagen mental de un fenómeno, una idea o un constructo en la mente acerca de algo, una idea general, abstracta e inarticulada que sirve como marco de referencia para la construcción de argumentos que hagan posible caracterizar al elemento central en discusión para el posterior desarrollo de una teoría (Walker y Avant, 2005).

Los conceptos se expresan por medio del lenguaje, y contienen dentro de sí mismos los atributos o características que los hacen únicos y diferentes de otros términos, lo que hace posible definir, describir y explicar distintos fenómenos (Añón, 2016).

Los antecedentes del concepto *violencia de género* están ligados al sistema de dominación de las mujeres, llamado “patriarcado”, el cual alude a las relaciones de dominación social y política, y cuyas raíces sociales e históricas consideran la au-

toridad del hombre como determinante, en tanto que la mujer es ubicada en una posición de subordinación y de exclusión en diferentes ámbitos. La vivencia del mismo es distinta según la raza, la posición social, la educación, la edad o el origen geográfico, entre otras dimensiones, y además comparte rasgos generales como la violencia contra las mujeres y su cosificación, a lo que se suma el concederles un estatus simbólico menor que legitima el uso de la violencia contra ellas (Castro, 2016; Pérez y Radi, 2018; Gómez y Pineda, 2018).

La violencia de género tiene tantas aristas que solo integrando los diversos enfoques con los que debe analizarse para ser cabalmente comprendida, sería posible aproximarse al entendimiento de su complejidad (Delgado, 2010). Resulta, pues, de gran relevancia delimitar conceptualmente los límites de dicho fenómeno, tan omnipresente y a la vez tan invisibilizado en la historia de la humanidad por los sistemas gubernamentales (Quintana, Rosero, Serrano, Pimentel y Camacho, 2014).

De acuerdo a lo reportado por Delgado (2010), el término “violencia de género” comenzó a usarse de forma más general a partir de los años 90, coincidiendo con el reconocimiento social de la gravedad y extensión de la violencia que históricamente han vivido las mujeres por parte de los hombres. Quiñonez, Zambrano y Prado (2017) la definen como un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona o grupo de personas sobre la base de su sexo o género y que afecta de manera negativa su identidad y bienestar social.

Así pues, retomando a Delgado (2010), en la violencia de género, se designan:

- El sexo de quien sufre la violencia y de quien la ejerce: la ejercen los hombres sobre las mujeres.
- La causa de esta violencia: se basa en la desigualdad histórica y universal que ha situado en una posición de subordinación a las mujeres respecto a los hombres.
- La generalidad de los ámbitos en que se ejerce: todos los ámbitos y áreas de la vida: pareja, familia, hogar, trabajo, economía, cultura, política, religión, educación y demás.

Quiñonez *et al.* (2017) refieren que América Latina es hoy día la región más insegura del mundo, al igual que la más desigual; la inequidad y la exclusión se traducen en altos niveles de violencia que afectan principalmente a mujeres, menores de edad, jóvenes y poblaciones indígenas. El ejercicio de esa violencia es multicausal y multidimensional.

Resaltan en el mundo tres acontecimientos históricos en la época contemporánea que permitieron e impulsaron la necesidad de ver la violencia de género como una problemática a la que es imperativo atender: la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos, llevada a cabo en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 1994, y la Conferencia Mundial de Mujeres, celebrada en Pekín en 1995 (Delgado, 2010).

### El impacto pandémico del COVID-19 en la violencia de género

Con relación a la violencia de género en el contexto del COVID-19, el Secretario General de la ONU señaló lo siguiente:

La pandemia ha provocado un aumento espantoso de la violencia contra las mujeres. Casi una de cada cinco mujeres en todo el mundo ha sufrido violencia en el último año. Muchas de estas mujeres ahora están atrapadas en el hogar con sus abusadores, luchando por acceder a servicios que sufren recortes y restricciones. Se deben tomar medidas urgentes en todo el mundo para proteger a las mujeres y ampliar los servicios de apo-

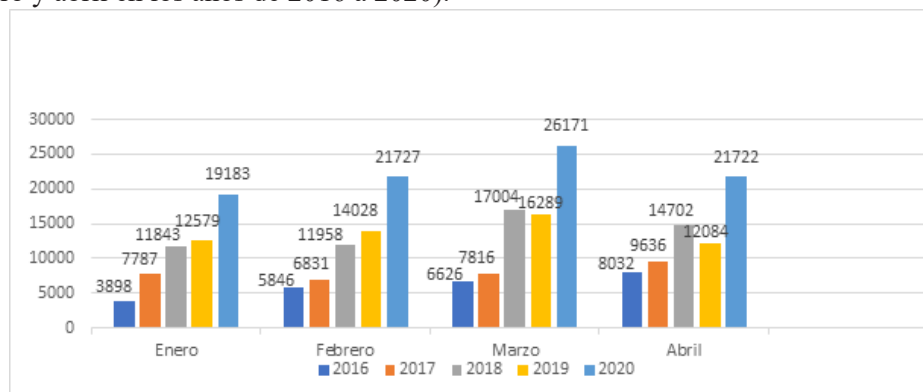
yo. El COVID-19 no solo desafía los sistemas de salud mundiales, sino que también prueba nuestra humanidad común. La igualdad de género y los derechos de las mujeres son esenciales para superar esta pandemia (Guterres, 2020).

México no es la excepción, y a pesar de la publicación de la *Norma Oficial Mexicana (NOM-046-SSA2-2005) para la atención y prevención de violencia familiar, sexual y contra las mujeres*, publicada en 1999, cuya última modificación fue hecha en 2016, así como la promulgación de la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, que data de 2007, las estadísticas adversas, incluidos los feminicidios, han venido aumentando de manera sostenida desde entonces, al punto de que hoy día, de acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres (2021), veintinueve estados de la República se encuentran en alerta activa de género.

A raíz de la pandemia de COVID-19, la respuesta del Estado mexicano –misma que ha resultado insuficiente e ineficaz para frenar o disminuir los casos de violencia de género– ha sido crear medidas que protejan a las mujeres, tales como instaurar programas de prevención, atención, protección y refugio para quienes padecen algún tipo de violencia, así como de procuración de justicia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2020).

La importancia crucial de crear e implementar intervenciones pertinentes que incidan en el problema de la violencia de género se torna más urgente, preocupante y alarmante cuando se observa y analiza con detenimiento la Gráfica 1.

**Gráfica 1.** Número de llamadas al 911 por incidentes relacionados con violencia contra las mujeres entre los meses de enero y abril en los años de 2016 a 2020).



Fuente: SESNSP, Información sobre violencia contra las mujeres Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1, información con corte al 30 de abril de 2020. Tomado de Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH México) (2020). La violencia contra las mujeres en el contexto del COVID-19. México. Recuperado de <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/COVID-Mujeres.pdf>.

En la Gráfica 1 se aprecia un pronunciado incremento en los primeros cuatrimestres de los últimos cinco años, según el número de llamadas telefónicas mexicano para atender emergencias, sobre todo de incidentes relacionados con la violencia hacia las mujeres. Destaca de manera importante el aumento de casos cuando se compara el año en que comenzó la pandemia (2020) con los años previos, y a su vez se advierte el aumento sostenido que ya venía ocurriendo desde los pasados años y cómo es que la aparición y las consecuencias psicosociales del COVID-19 solamente fungieron como un disparador más agudo del fenómeno; así, mientras que de enero a abril de 2016 el total de llamadas fue de 24,302, en 2020 fue casi 400% más elevado, con 88,803.

Habría que preguntarse entonces si desde el aparato federal mexicano realmente se están generando acciones con la pertinencia suficiente para toda la población en los niveles municipal, regional y estatal, de manera horizontal y en distintos contextos: educativos, sociales, laborales, familiares, penitenciarios, clínicos, comunitarios, urbanos y rurales, los cuales han estado orientados no única y exclusivamente a las mujeres, sino también a menores de edad y adolescentes, y por supuesto a los hombres, e igualmente el hipotético impacto favorable que tendría la implementación de programas enfocados a la deconstrucción de las masculinidades tradicional, hegemónica y patriarcal, y el fomento de las nuevas, alejadas de la concepción dictada por el sistema sexo-género, que ha propiciado históricamente desde hace cientos de años la subordinación de las mujeres en distintas áreas cotidianas de la vida.

### **El trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

El trastorno de estrés postraumático, conocido por sus siglas en inglés como TEPT, se encuentra en el apartado de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014). Suele presentarse como un cuadro clínico de gravedad y altamente

disfuncional en aquellas personas que se han visto expuestas directa o indirectamente a un evento traumático violento o estresante que amenace de manera grave su vida o dignidad humana.

El malestar psicológico y emocional, así como la disfunción conductual tras la exposición a un evento traumático, suelen ser bastante graves. De acuerdo a Fernández, Pérez e Hidalgo, (2021), las personas que desarrollan un TEPT manifiestan recurrentemente la intrusión y reexperimentación de los recuerdos traumáticos aversivos, conductas de evitación y aislamiento, alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad, irritabilidad, desregulación emocional) y de la cognición (afectación directa a las regiones cerebrales que controlan las funciones ejecutivas básicas: atención, percepción, aprendizaje, lenguaje y memoria), así como una hipervigilancia a las sensaciones de amenaza o peligro, pudiendo llegar incluso al intento de suicidio. Dicho de manera sintetizada, las personas que se hallan en esta condición clínica adversa manifiestan secuelas físicas, afectivas, cognitivas y conductuales que disminuyen en gran medida su calidad de vida.

Se han reportado desde hace muchos años múltiples investigaciones sobre la aparición de TEPT en personas que han sido víctimas de violencia de género (Buesa y Calvete, 2013; Contreras, Arteaga, Fidel, Folino y Campo, 2010; García *et al.*, 2005; Gómez y Crespo, 2012; Herrera y Cañas, 2020; Irizarry y Rivero, 2018; Mata *et al.*, 2014; Montenegro, 2018;

Mertin y Mohr, 2000; Ortiz, Sánchez y López, 2017; Overstreet, Willie, Hellmuth y Sullivan, 2015; Rivas y Bonilla, 2020; Santandreu y Ferrer 2014; Silva y Azeredo, 2019).

Es por ello que el objetivo de este trabajo fue analizar, comparar y diferenciar los tipos y diseños de investigación, así como sus hallazgos, encontrados en artículos de países de habla hispana durante los últimos 10 años, que demuestren las afectaciones en la salud mental de las personas víctimas de violencia de género, tomando como indicador principal al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT en lo sucesivo).

## MÉTODO

El presente estudio fue de tipo documental, el cual, acorde a Tobón, Guzmán, Silvano y Cardona (2015), consiste en buscar, seleccionar, organizar y analizar un conjunto de materiales escritos para responder a una o varias interrogantes respecto a algún tema en específico.

El objetivo fue analizar, comparar y diferenciar los tipos y diseños de investigación, así como los hallazgos reportados en artículos de países de habla hispana que demostrasen las afectaciones en la salud mental de las personas víctimas de violencia de género, tomando como indicador principal al trastorno de estrés postraumático (TEPT). La búsqueda se hizo mediante el uso del operador booleano “AND” en los buscadores académicos de Scielo, RedALyC, Google Académico y Dialnet, quedando las palabras colocadas en la búsqueda de la siguiente manera y orden: “Violencia de género y (AND) Trastorno de estrés postraumático”.

Se estableció como criterio de búsqueda que los documentos no excedieran diez años desde su publicación, para así recabar la información científica más pertinente y cercana al contexto actual.

Se excluyeron todos aquellos artículos que no entraran en el rango temporal de 2011 a 2021, que tuvieran participantes menores de edad, artículos de adaptación o estandarización de pruebas psicométricas, trabajos que no relacionaran las variables de estudio de manera consecuente, o con tamaños de muestra inferiores a 95% de probabilidad de confianza y los estudios de caso.

## RESULTADOS

Los artículos que calificaron para su posterior análisis según los objetivos planteados y el país en el cual se llevó a cabo el estudio se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Artículos de investigación analizados que cumplieron los criterios para su inclusión.

Autor(es) y título del artículo de investigación	País
Saquinaula S., M., Castillo S., E.F. y Rosales, C. (2020). <i>Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas.</i>	Perú
Herrera E., J. y Cañas D., C. (2020). <i>El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia.</i>	Colombia
Rivas R., E. y Bonilla A., E. (2020). <i>Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja.</i>	Nicaragua
Fernández, F., Pérez, M. e Hidalgo, N. (2021). <i>Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial.</i>	España
Ortiz G., J., Sánchez S., I. y López V., M. (2017). <i>Recursos psicológicos como moderadores del daño psíquico en víctimas de violencia de género.</i>	Venezuela
García M., J. y Matúd, P. (2015). <i>Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España.</i>	México y España
Mata, S., Sánchez C., A., Fernández M., L.M., González D., S. y Pérez M., L.C. (2014). <i>Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el TEPT en víctimas de violencia de género.</i>	España
Santandreu, M. y Ferrer, V. (2014). <i>Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el TEPT en víctimas de violencia de género.</i>	España
Buesa, S. y Calvete, E. (2013). <i>Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social.</i>	España

De los nueve artículos analizados exhaustivamente, cinco fueron de tipo transversal, descriptivo-correlacionales, en los que la violencia de género fue reportada principalmente por maltrato psicológico, físico, sexual y económico, indicando incluso daño

cognitivo o en el funcionamiento cerebral en las víctimas como secuelas del trauma.

Dos de ellos fueron estudios longitudinales en los que se formularon protocolos de intervención para casos de TEP causados por violencia de

género. Mediante un análisis de regresión logística, en uno de estos artículos se hallaron como predictores de mejoría el apoyo social por parte de personas significativas, el familiar, el de alguna red social y el formal; también se encontró que el miedo a la separación de la pareja por las constantes amenazas proferidas por el victimario y la posible revictimización dentro del sistema jurídico-penal al momento de querer emitir alguna denuncia, actúa como agente autopropagante de la severidad del TEP. En el segundo artículo se evaluó la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual de doce sesiones para el TEP en víctimas de violencia de género, como hallazgo se resaltó que los síntomas de dicho trastorno aparecen en mayor medida en los casos donde hubo violencia física y sexual, y no tanto en los casos de violencia psicológica, lo que parece indicar que la agresión física o sexual hacia la víctima podría precipitar este tipo de síntomas con mayor probabilidad que otros tipos de violencia. De tal intervención se concluye que el tratamiento aplicado constituye una estructura de terapia razonablemente eficaz para el grupo de mujeres con síntomas de TEPT por violencia de género, llegando a la remisión parcial de sintomatología a los tres meses de finalizado el tratamiento en 85% de la muestra; aunado a ello, se afirma que se podría llevar a cabo con éxito dicho modelo de intervención para las mujeres que hayan padecido cualquier tipo de maltrato; sin embargo, en el artículo se pone énfasis en el diseño de tratamientos específicos para el caso de mujeres que hayan padecido única y exclusivamente maltrato psicológico.

Otro artículo fue de tipo monográfico, en el cual se sustenta la importancia de las intervenciones terapéuticas psicosociales efectivas y eficaces centradas en técnicas cognitivo-conductuales, como los distintos tipos de exposición, la regulación emocional, el entrenamiento de habilidades, el abordaje de la disociación y la restauración de las relaciones interpersonales y conductuales-contextuales, como la terapia basada en la compasión para el trauma, la terapia metacognitiva y las intervenciones centradas en la atención plena, coincidiendo a su vez en la importancia de buscar redes y grupos de apoyo seguros. De igual manera, se presenta la

conceptualización del trastorno de estrés posttraumático complejo, o TEPT-C.

Por último, en un artículo se hace una revisión sistemática del daño provocado social e individualmente por los distintos tipos de violencia (incluida la de género y sus conceptos subrogados), así como del detrimento que genera en la salud mental y el deterioro y afectación de las funciones cognitivas; de manera más específica, en el mismo se formulan las siguientes dimensiones de análisis: *a)* Estrés posttraumático, daño fisiológico; *b)* Salud mental y violencia; *c)* Conceptos sobre salud mental, estrés psicológico y estrés posttraumático; *d)* Daños cerebrales asociados a estructuras cerebrales en personas víctimas de violencia; *e)* Salud pública, salud mental y violencia; *f)* Desplazamiento forzado violencia y salud mental, y *g)* Consecuencias del estrés posttraumático y trastornos del comportamiento (psicopatología).

De la revisión sistemática y del análisis de los artículos correspondientes a cada dimensión, se constata que los daños en la salud mental derivados de actos violentos más frecuentes son el TEPT, que puede propiciar daños cognitivos en la atención, memoria de trabajo y aprendizaje. Además de esto, se acentúa el hecho de la presencia de comorbilidades con otros cuadros clínicos adversos, como depresión, ansiedad y otras alteraciones psiquiátricas, como el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia.

A manera de síntesis, en las nueve investigaciones seleccionadas se resalta que todas las muestras fueron constituidas por mujeres heterosexuales que referían violencia de género por parte de su pareja o expareja masculina. Se encontró una alta prevalencia de condiciones afectivas y cognitivas adversas (depresión, ansiedad, desesperanza, aislamiento), llegando incluso al posterior desarrollo del TEPT y los intentos de suicidio.

Es pertinente señalar que en ninguno de estos artículos sus autores abordan el problema de la violencia de género y el TEPT desde la perspectiva de personas pertenecientes a la diversidad sexual (LGBTTIQ+), ni tampoco en hombres heterosexuales que se reconocieran como víctimas o victimarios.

Asimismo, se resalta el hecho de que la mayoría de las investigaciones provienen de España,

y también sobresale el haberse encontrado únicamente un artículo elaborado en México, que además fue hecho en colaboración con participantes españoles, el cual, sin embargo, resulta interesante al haberse comparado las variables de estudio en dos contextos poblacionales y regionales distintos pero análogos.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Es posible concluir que hay suficientes evidencias recientes para afirmar que el desarrollo del TEPT tiene un alto grado de correlación en las personas que reportan haber sufrido algún tipo de violencia de género. Las conductas tradicionales referidas a los roles y estereotipos de género son parte fundamental del inicio y la escalada progresiva de la violencia.

El apoyo social percibido se asocia significativamente a una menor presencia de condiciones afectivas y cognitivas adversas, al igual que el posterior desarrollo de estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato.

Las intervenciones psicológicas o terapéuticas con las mujeres supervivientes de la violencia de género deben enfatizar el modo en que abordan la regulación emocional, el mejoramiento de las funciones ejecutivas básicas (atención, percepción, aprendizaje, lenguaje, memoria), la disociación, pensamientos o imágenes intrusivas y los problemas interpersonales, aunado al desarrollo de las habilidades sociales.

Queda así demostrado que aun en esta época de modernidad, de búsqueda constante de la igualdad sustantiva de género, de la inclusión social de las personas pertenecientes a la diversidad sexual, de las nuevas masculinidades, del empoderamiento femenino y, sobre todo, de gran difusión y defensoría de los derechos de la mujer en diversas regiones del planeta, impulsados incluso por organizaciones internacionales renombradas, sigue habiendo una enorme cantidad de mujeres violentadas por motivos de género, y también de muchas otras personas víctimas indirectas, como menores y adolescentes en riesgo de sufrir afectaciones psicosociales importantes que mermen su salud mental y emocional y su calidad de vida.

Por último, resulta pertinente citar y reflexionar sobre lo dicho por Rita Segato en su libro *Las estructuras elementales de la violencia*, publicado en el año 2003, para así entender la violencia de género como una violencia de orden estructural, que a veces es tan sutil y camuflada que resulta imperceptible:

La eficiencia de la violencia psicológica en la reproducción de la desigualdad de género resulta de tres aspectos que la caracterizan: 1) Su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su “naturalización” como parte de comportamientos considerados “normales” y banales; 2) Su arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación, y 3) La falta de nombres u otras formas de designación e identificación de la conducta, que resulta en la casi imposibilidad de señalarla y denunciarla, [y que] impide así a sus víctimas defenderse y buscar ayuda (p. 115).

Concientizar y sensibilizar a la sociedad para actuar ante cualquier manifestación de violencia, enseñar a observar, detectar e intervenir para erradicar el machismo y fomentar la deconstrucción del sistema sexo-género-patriarcado de manera temprana, favorecerá la inclusión, la equidad y la igualdad sustantiva de oportunidades y derechos en todas las áreas de vida de las personas, sin distinción de género, orientación sexual, edad, nivel socioeconómico, estado civil, educación, etnia, raza, clase social, vida sexual o reproductiva, y además favorecerá la creación de relaciones interpersonales más sanas entre mujeres y hombres, que de manera indirecta pueden frenar la progresión de afecciones adversas a la salud mental y de un tejido social impregnado por el trauma.

El presente estudio tiene dos limitaciones que es preciso subrayar: primera, el hecho de utilizar las palabras “Violencia de género y (AND) Trastorno de estrés postraumático” como única oración para la búsqueda de artículos excluye muchos otros términos análogos o subrogados a los mismos, tales como “violencia doméstica”, “violencia familiar”, “violencia de pareja”, “violencia en grupos de la diversidad sexual (LGBTTIQ+)”, “raza”, “clase social”, “violencia psicológica, física

o sexual”, “salud mental”, “alteraciones del estado de ánimo”, “depresión”, “ansiedad” y muchos otros, con los cuales muy probablemente, por el hecho de delimitar más la búsqueda, se podrían encontrar aún más artículos que pudieran haber sido incluidos para su análisis; sin embargo, sigue siendo de interés como prueba de realidad social lo que están entendiendo los investigadores e investigadoras como *violencia de género* y *TEPT* a lo largo de los últimos diez años y lo que han hecho con relación a ello, así como también los resul-

tados arrojados por medio de los algoritmos en los buscadores académicos más socorridos.

Segunda, al haberse tomado como criterio de inclusión aquellos artículos publicados únicamente en países de habla hispana excluye todos los de otros países catalogados como de Primer Mundo. Resultaría interesante contrastar qué es lo que se ha hecho en el terreno de la investigación utilizando las variables de estudio ya citadas en estas otras regiones del planeta, para así tener una mejor idea de las similitudes y diferencias que hay con los países hispanohablantes.

*Citación:* Gutiérrez M., R. (2023). Violencia de género: de la argamasa burocrática a la realidad social en salud mental. *Psicología y Salud*, 33(2), 467-475. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2828>.

## REFERENCIAS

- Añón M., J. (2016). Violencia con género. A propósito del concepto y la concepción de la violencia contra las mujeres. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 33, 1-26.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45.
- Castro, R. (2016). Violencia de género. En E. Alcántara y H. Moreno (Coords.): *Conceptos clave en los estudios de género* (s.p.). Ciudad de México: CIEG UNAM.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2020). *La violencia contra las mujeres en el contexto del Covid-19*. Ciudad de México: CNDH. Recuperado de <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/COVID-Mujeres.pdf>.
- Contreras P., L.M., Arteaga M., J.E., Fidel L., J., Folino J., Ó. y Campo A., A. (2010). Association between intimate partner violence and posttraumatic stress disorder: A case-control study. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 85-92.
- Delgado A., C. (2010). Raíces de la violencia de género. En A. N. Marchal E. (Coord.): *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp. 43-64). Cizur Menor (Navarra): Aranzadi.
- Fernández F., C.F., Pérez G., M., e Hidalgo R., N. (2021). Estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género: un objetivo para la intervención psicosocial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1-12. Doi: 10.1080/20008198.2021.2003616.
- García M., C., Jensen, H.A., Ellsberg, M., Hsieh, L. y Watts, C. (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneve: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>.
- García O., M.J. y Matúd A., M.P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 38(5), 321-327. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.044.
- Gómez, D. y Pineda, J. (2018). Desarrollo económico local en clave de género. *Documento de Política*, 8, 1-23. Recuperado de <https://cider.uniandes.edu.co/sites/default/files/publicaciones/documentos-de-politica/2018-Documento-politica-Desarrollo-Economico-Local-Clave-Genero.pdf>.
- Gómez M., M. y Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9(1), 71-86.
- Guterres, A., (2020). *Pongan a las mujeres y niñas en el centro de los esfuerzos para la recuperación de la pandemia del COVID-19*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/put-women-and-girls-centre-efforts-recover-COVID-19>.
- Herrera M., E.J. y Cañas B., D.C. (2020). El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia. *Diversitas*, 16(2), 311-323.

- Instituto Nacional de las Mujeres (2021). *Alerta de violencia de género contra las mujeres*. Ciudad de México: CNDH. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/alerta-de-violencia-de-genero-contra-las-mujeres-80739>.
- Irizarry, W. y Rivero, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Nure Investigación*, 15(95), 1-17. Recuperado de <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/1389/844/>.
- Mata G., J., Sánchez C., A., Fernández M., L.M., González D., S. y Pérez M., L.C. (2014). Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 187-204.
- Mertin, P. y Mohr, P.B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family & Violence*, 15(4), 411-422.
- Montenegro, A. (2018). *Gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia física y psicológica en la Fiscalía General del Estado, Unidad de Flagrancia*. Tesis inédita de pregrado. Quito: Universidad Central del Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15417/1/T-UCE-0007-PC053-2018.pdf>.
- Ortiz F., G.J., Sánchez S., S.I. y López G., V.M. (2017). Recursos psicológicos como moderadores del daño psíquico en víctimas de violencia de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 743.
- Overstreet, N., Willie, T., Hellmuth, J. y Sullivan, T. (2015). Psychological intimate partner violence and sexual risk behavior: Examining the role of distinct posttraumatic stress disorder symptoms in the partner violence–sexual risk link. *Womens Health Issues*, 25(1), 73-78. Doi: 10.1016/j.whi.2014.10.005.
- Pérez, M. y Radi, B. (2018). El concepto de 'violencia de género' como espejismo hermenéutico. *Igualdad, Autonomía Personal y Derechos Sociales*, 8, 69-88.
- Quintana Z., Y., Rosero M., J., Serrano S., J., Pimentel B., J. y Camacho Z., G. (2014). *La violencia de género contra las mujeres en Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: El Telégrafo. Recuperado de [https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia\\_de\\_gnero\\_ecuador.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_de_gnero_ecuador.pdf).
- Quiñonez F., H.S., Zambrano G., M.J. y Prado S., M. (2017). La violencia de género y el derecho penal. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 447-458.
- Rivas R., E. y Bonilla A., E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 54-67. Doi: 10.23923/j.rips.2020.01.035.
- Santandreu, M. y Ferrer V., A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.
- Saquinaula S., M., Castillo S., E.F. y Rosales M., C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23-31. Doi: 10.21676/2389783x.3596.
- Segato R., L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Quilmes (Argentina): Universidad Nacional de Quilmes.
- Silva A., N. y Azeredo, C. (2019). The association between victimization resulting from intimate partner violence and depression among Brazilian adults. *Ciencia y Salude Colectiva*, 24(7), 2691-2700. Doi: 10.1590/1413- 81232018247.25002017.
- Tobón, S., Guzmán C., E., Silvano H., J. y Cardona, S. (2015). Sociedad del Conocimiento: Estudio documental desde una perspectiva humanista y compleja. *Paradigma*, 36(2), 7-36.
- Walker, L.O. y Avant, K.C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (v. 4). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.





# Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios

## *Association between depression, anxiety, stress and place of origin (internal migration-non-migration) in university students*

*Esperanza Cabrera-Díaz, Sergio Andrés Charry-Méndez  
y Gilberto Astaiza-Arias*

Universidad Surcolombiana<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Sergio Andrés Charry-Méndez, [sergio.charry@usco.edu.co](mailto:sergio.charry@usco.edu.co).

### RESUMEN

*Objetivo.* Determinar la asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios de primer semestre de la Facultad de Educación de una universidad pública. *Método.* Investigación cuantitativa, descriptiva de corte trasversal. El tamaño de la muestra fue de 102 estudiantes matriculados para el periodo académico 2019-1, a quienes se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Estrés Percibido. Los datos se computaron con el procesador Excel y el programa SPSS, versión 24, mediante análisis estadístico descriptivo univariado de frecuencias y tablas de contingencia. *Resultados.* Se determinó una asociación entre el lugar de origen (migración-interna, no migración) y grados moderados de depresión, altos de ansiedad y estrés en los participantes. *Conclusiones.* La depresión, ansiedad y estrés se relacionan significativamente con el lugar de origen, lo cual podría influir en su adaptación a los estudios universitarios.

**Palabras clave:** Depresión; Ansiedad; Estrés; Educación superior; Migración.

### ABSTRACT

*Objective.* To determine the association between depression, anxiety, stress, and place of origin (internal migration-non-migration) in first-semester university students. *Method.* Quantitative, descriptive cross-sectional research. The sample size was 102 students enrolled for the 2019-1 semester. The study applied the BECK Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Perceived Stress Scale (EEP). The data analysis included Excel and the SPSS version 24 program through univariate descriptive statistical analysis of frequencies and contingency tables. *Results.* An association resulted between the place of origin (internal migration, non-migration) and moderate degrees of depression ( $p=.000$ ,  $V .494$ ), high levels of anxiety ( $p=.000$ ,  $V .833$ ) and high levels of stress ( $p=.000$ ,  $V .900$ ), in first-semester students of the school of education of a public university. *Discussion.* Depression, anxiety, and stress are significantly related to the place

<sup>1</sup> Calle 9, Carrera 14, Neiva-Huila, Colombia, <https://orcid.org/0000-0001-8868-2832>, correos electrónicos: [esperanza.cabrera@usco.edu.co](mailto:esperanza.cabrera@usco.edu.co), [sergio.charry@usco.edu.co](mailto:sergio.charry@usco.edu.co) y [gastaiza@usco.edu.co](mailto:gastaiza@usco.edu.co).



*of origin among first-semester university students, which could influence their university adaptation.*

**Key words:** Depression; Anxiety; Stress; Higher education; Migration.

*Recibido:* 17/02/2022

*Aceptado:* 12/05/2022

La migración puede ser entendida como un movimiento poblacional de un lugar a otro (Rivera, Obregón, Cervantes y Martínez, 2014). Así, los migrantes son aquellos que de forma provisional o definitiva cambian su lugar de residencia con el objetivo de encontrar mejores condiciones de vida.

Las razones por las cuales las personas deciden migrar pueden ser diferentes; no obstante, se pueden identificar dos motivos principales. El primero de ellos está relacionado con las condiciones políticas, sociales, económicas o culturales desfavorables que obligan su desplazamiento. El segundo es la migración voluntaria o de atracción, la cual se caracteriza por incluir un conjunto de oportunidades que están relacionadas con un nivel de vida mejor (Ramírez y Rengifo, 2019).

Al finalizar los estudios básicos de secundaria, los jóvenes que logran ingresar a una institución de educación superior por lo general se ven forzados a trasladarse desde su lugar de origen a las ciudades en las que se encuentra la mayoría de las universidades (Obregón y Rivera, 2015). Esta clase de migración interna debida a la necesidad de educación superior puede definirse como el traslado que hacen los estudiantes de una morada a otra con el propósito de lograr su formación socio-laboral (Salas, De San Jorge, Beverido y Carmona, 2016).

En una primera aproximación al tema se encuentra el estudio de Alanis y Torres (2019), que muestra que el cambio de residencia, ya sea transitorio o permanente, implica una transformación psicosocial de adaptación para el migrante y para quienes lo reciben, efecto que se agudiza cuando el proceso migratorio ocurre de lo rural a lo urbano. Gómez (2019) apunta que la migración para continuar los estudios conlleva un proceso de abandono

en el que se pierden muchos aspectos culturales, sociales y afectivos (lugares conocidos, aromas, alimentos, alejamiento de seres queridos y de amigos, entre otros). Torcomian (2016) encontró que el proceso de migrar para estudiar trae consigo una experiencia global que está relacionada con la adaptación al nuevo espacio físico (nueva ciudad) y a los procesos académicos; además, asevera que migrar exige al estudiante sobrellevar pérdidas, tener autonomía, organizarse, y generar espacios sociales, afectivos y académicos. Ante tales circunstancias, el estudiante debe emplear diferentes mecanismos psicológicos para salir adelante.

Aunque la juventud es una parte normal del desarrollo, también es una etapa difícil de ser vivida, y la migración interna por cuestiones académicas implica no solo la pérdida de un lugar físico sino de las relaciones con los pares, dinámicas, familia y cultura, lo que significa que el joven debe abordar nuevos espacios, asimilar contextos y ambientes que producirán cambios por sí mismos. La migración interna genera vacío e incertidumbre, y estos elementos deben ser afrontados para reconstituir el mapa sociocultural que los configura como sujetos étnicos, en un espacio escolar que debe abrirse a la comprensión de la situación psíquica y cultural (Rodríguez, 2012).

El ingreso a la universidad conlleva cambios significativos en las actividades cotidianas de los estudiantes (separación del núcleo familiar, aumento de responsabilidades, reevaluación de las actividades, etc.). Además, el mundo universitario presenta unas características y exigencias organizativas y académicas que en ocasiones conducen al joven a exhibir reacciones adaptativas que generan estrés, ansiedad y depresión, ocasionando una considerable perturbación psicosocial y la disminución del rendimiento académico. De esta manera, la migración interna puede ser un factor de riesgo para el establecimiento de conductas de alarma en la población universitaria.

A pesar del impacto que puede generar la migración en la población joven, no se registran antecedentes teóricos específicos sobre esta cuestión en particular. Luego entonces, profundizar en la problemática citada permite adquirir herramientas para mejorar las condiciones de los estudiantes así como conocer la relación que existe

entre la migración interna y la ansiedad, el estrés y la depresión, y sus consecuencias en el ámbito académico.

Los jóvenes son un segmento poblacional relativamente sano, por lo que no siempre se presta la debida atención a su salud mental; aun así, es vital conocer la realidad de los jóvenes universitarios desde la perspectiva de su salud mental que haga posible a las universidades influir en el bienestar de los estudiantes. Algunos estudios demuestran que ellos tienen mayores posibilidades de vivir la experiencia de la migración en forma más positiva si ponen en práctica estrategias de afrontamiento adaptativas, como buscar apoyo social, ayuda profesional, distracción física, entre otras (Bertella y Parola, 2009). De allí que la universidad “equipe” a los estudiantes para afrontar esta etapa transitoria y superar así los efectos de la migración interna, principalmente la crisis de identidad, la cual se traduce en sentimientos de fracaso que a su vez producen un bajo rendimiento académico, repitencia y deserción; es decir, deficiencias en el sistema universitario.

En los últimos decenios, las investigaciones han dirigido su objetivo a la comprensión del estrés, la ansiedad y la depresión, focalizándose en elementos como el sexo y la edad con el propósito de comprender el origen y mantenimiento de las mismas; debido a ello, diversos estudios se han centrado en la población universitaria, encontrando una elevada prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en la misma (Arrieta, Díaz y Gonzales, 2013; Cabrera, Astaiza y Charry, 2021; Charry y Cabrera, 2021; Tijerina *et al.*, 2018).

Solo el desarrollo adecuado del ser humano en todas sus áreas (cognitiva, afectiva, física y social) describe a una persona sana; por lo tanto, si en el contexto universitario tal proceso se centra únicamente en el aspecto cognitivo, se descuida la personalidad en su conjunto, y con ello la evolución de la persona debido a que la desintegración de la identidad social y cultural se corresponde con una pérdida gradual del sentido de identidad, el cual se construye o debilita a través de los procesos sociales.

Valorar la depresión, la ansiedad y el estrés, así como los escenarios que pueden aumentar o disminuir su aparición, es de vital importancia de-

bido a sus posibles consecuencias en la salud en los estudiantes universitarios.

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios de primer semestre.

## MÉTODO

### Diseño

Para examinar la asociación entre las citadas variables y el lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios, se efectuó un estudio descriptivo de corte trasversal, apropiado para recolectar datos en un solo momento, así como describir y analizar la prevalencia y la relación entre dichas variables en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### Participantes

Participaron en la investigación estudiantes del primer semestre de los programas de la Facultad de Educación de toda la cohorte 2019-1: 51 mujeres (50%) y 51 (50%) varones. La distribución por lugar de origen estuvo conformada por 58% de estudiantes con migración interna y 42% no migrantes. Con relación al cálculo de la muestra, se empleó el programa de análisis epidemiológico y estadístico EPIDAT, versión 4.2, con un tamaño de población de 1,438 estudiantes y una prevalencia de 17.63%, un nivel de confianza de 95% y precisión de 7.6%, obteniendo como mínimo una muestra conformada por 102 estudiantes. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo aleatorio simple a partir de las listas entregadas por el sistema de verificación de participación en las actividades del Proyecto Institucional Usco Saludable de la Universidad Surcolombiana.

### Instrumentos

#### *Encuesta de datos sociodemográficos*

En formato autoaplicable, la recolección de la información está presentada en un solo bloque con-

formado por cinco ítems y preguntas que hacen referencia al sexo, edad, estrato, lugar de origen, vivir solo en la ciudad y programa académico.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, Steer y Brown (2011).

Para evaluar los grados de depresión, se empleó dicho instrumento, una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la sintomatología depresiva, y aprobada en adolescentes de diversos países latinoamericanos; en Colombia, por ejemplo, tal validación fue hecha por Bonilla, Salazar, Molina, Vélez y Roperó (2018), y a su vez Maldonado, Castro y Cardona (2021) la hicieron en población universitaria. En estos trabajos, sus índices psicométricos han evidenciado una buena consistencia interna (0.76-0.95).

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

Para la valoración de los grados de ansiedad de los participantes en la investigación se empleó el BAI, un instrumento que permite discriminar entre la ansiedad patológica y la normal. La confiabilidad que proporciona este instrumento en las aplicaciones test-retest es de 0.75, siendo su consistencia interna de 0.92 (Beck *et al.*, 1988). Para esta investigación se utilizó la versión revisada de Gantiva, Luna, Dávila y Salgado (2010). Al interpretar el BAI se deben asignar valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems, los que se suman para una puntuación total que puede estar en los rangos de 0 a 63 puntos. Un grado mínimo de ansiedad corresponde a una puntuación de entre 0 y 7; un grado leve, entre 8 a 15; un grado moderado, de 16 a 25, y un grado grave, de 26 a 63.

*Escala de Estrés Percibido (EEP)* (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

Este instrumento es uno de los más conocidos y utilizados, y como su nombre lo indica se empleó para evaluar el grado de estrés percibido. Cabe señalar que se ha validado en estudiantes universitarios del todo el mundo. En Colombia, su validación arrojó un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.86, lo que demuestra que la versión de diez ítems utilizada en esta investigación tiene un desem-

peño psicométrico superior y favorable para su aplicación a estudiantes universitarios (Campos Arias, Oviedo y Herazo, 2014). La escala contiene una sucesión de preguntas fáciles de entender que examinan el estrés vivido en el último mes. Este instrumento proporciona cinco opciones de respuesta, que van de “Nunca” a “Siempre”, que se encasillan de cero a cuatro. No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma invertida. A mayor puntuación, mayor estrés percibido.

## Procedimiento

En primer lugar, se conformó la muestra del estudio mediante las actividades desarrolladas por el proyecto institucional Usco Saludable de la Universidad Surcolombiana. Una vez establecida la muestra, se aplicó la encuesta de datos sociodemográficos en formato autoaplicable, seguida del BDI-II, el BAI y la EPP. Cada participante llenó los instrumentos de forma individual, contando con la asesoría de un integrante del mencionado proyecto para resolver las dudas de los participantes. Esto permitió mantener una retroalimentación constante y pertinente sobre el nivel de comprensión de los estudiantes, lo que a su vez aumentó la validez de los datos obtenidos.

## Análisis de datos

Una vez recolectados los datos, se procedió a elaborar el formulario estadístico en el programa SPSS, versión 24, en español. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo univariado de frecuencias. Seguidamente, se elaboraron tablas de contingencia para hallar la fuerza de asociación entre las variables de depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna) en los participantes a través de la prueba chi cuadrada ( $\chi^2$ ). Se estableció un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ . Además, se aplicó el coeficiente V de Cramer para identificar el grado de intensidad en el que las variables están relacionadas. Dicho coeficiente opera resultados que varían de 0 a 1, en donde 0 y 0.1 indican que no hay asociación entre las variables; 0.2 determina una asociación débil; entre 0.2 y 0.6 hay una asociación moderada, y entre 0.6 y 1, una asociación fuerte (López y Fachelli, 2015).

## Aspectos éticos

En todos los casos se solicitó el consentimiento informado de los participantes, y se emplearon los principios de confidencialidad, anonimato y los demás suscritos en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg, la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y las normas de buenas prácticas clínicas, así como las pautas éticas internacionales para la experimentación biomédica en seres humanos. Además, se contó con el aval del Comité de Ética y Directivas de la Uni-

versidad Surcolombiana, mediante el acuerdo 056 de 2019 PDI.

## RESULTADOS

Participaron 102 estudiantes, 51 mujeres (50%) y 51 (50%) varones, de la referida universidad, ubicada en la ciudad de Neiva-Huila, a los cuales se les administró el cuestionario sociodemográfico y las pruebas BDI-II, BAI y EEP. En la Tabla 1 se detallan los resultados referentes a las características sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio.

Variable		Frec.	%
Sexo	F	51	50
	M	51	50
Edad	> 18 <sup>a</sup>	77	76
	< 18 <sup>a</sup>	25	24
Estrato	1, 2 y 3	100	98
	4	2	2
Lugar de origen	Migración interna	59	58
	No Migración	43	42
Vivir solo en la ciudad	Vivir solo	61	60
	Familiar o compañero	41	40
Programa académico	Licenciatura en Educación Infantil	26	25
	Licenciatura en Lengua Castellana	25	24
	Licenciatura en Matemáticas	21	21
	Licenciatura en Educación Artística y Cultural	17	17

En la Tabla 2 se desglosan los resultados obtenidos referentes a la depresión, ansiedad y estrés observados en la muestra.

Respecto a la asociación entre la depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna/no migración), se observa en primera instancia que los grados de depresión tienen una relación significativa con el lugar de origen ( $p = .000$ ). Sin embargo, el grado de intensidad con el cual se relacionan fue moderado ( $v = .494$ ), lo que quedó evidenciado en la muestra (Tabla 3). Como se observa, el análisis de asociación también determinó un valor estadísticamente significativo y un grado de intensidad fuerte ( $p = .000$ ;  $v = .900$ ) entre el estrés y el lugar de origen; de hecho, 57% de los estudiantes en condición de migración interna percibía un estrés alto, en comparación con los

**Tabla 2.** Grados de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios de primer semestre.

Variable	Frec.	%
Sin depresión	24	24
Depresión leve	42	41
Depresión moderada	34	33
Depresión severa	2	2
Ansiedad mínima	15	14
Ansiedad leve	13	13
Ansiedad moderada	20	20
Ansiedad severa	54	53
Estrés percibido bajo	40	39
Estrés percibido alto	62	61

estudiantes no migrantes, entre quienes solo 4% manifestó sufrir un estrés percibido alto.

**Tabla 3.** Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (Migración interna, No Migración) en estudiantes universitario de primer semestre.

Lugar de origen	Categoría	Depresión	%	<i>p</i>	<i>v</i>
Migrante	No depresión	4	4	.000	.494
	Depresión leve	26	26		
	Depresión moderada	27	26		
	Depresión severa	2	2		
	Total	59	58		
No migrante	No depresión	20	20		
	Depresión leve	16	15		
	Depresión moderada	7	7		
	Depresión severa	0	0		
	Total	43	42		
Migrante	Ansiedad				
	Ansiedad mínima	0	0	.000	.833
	Ansiedad leve	0	0		
	Ansiedad moderada	8	8		
	Ansiedad severa	51	50		
	Total	59	58		
No migrante	Ansiedad mínima	15	14		
	Ansiedad leve	13	13		
	Ansiedad moderada	12	12		
	Ansiedad severa	3	3		
	Total	43	42		
Migrante	Estrés				
	Estrés percibido alto	58	57	.000	.900
	Estrés percibido bajo	1	1		
	Total	59	58		
No migrante	Estrés percibido alto	4	4		
	Estrés percibido bajo	39	38		
	Total	43	42		

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna/no migración) en estudiantes universitarios de primer semestre.

Los grados de depresión, ansiedad y estrés son cada vez más frecuentes entre la población universitaria debido a que debe enfrentar diversas circunstancias y actividades que provocan intranquilidad y malestar (Castellanos, Mateus, Cáceres y Díaz, 2016). Se ha determinado que en dicha

población la ansiedad y la depresión constituyen el principal motivo de consulta de los estudiantes que son atendidos en las dependencias de bienestar universitario en las diferentes instituciones educativas de nivel superior del país (Agudelo Vélez, Casadiego Garzón y Sánchez, 2008; Colón *et al.*, 2019).

Lo anterior se evidencia en la presente investigación, en la que se pudo establecer que casi la totalidad de la muestra manifestaba momentos de depresión, ansiedad o estrés, lo que coincide con los datos de otros estudios, como el de Trunce, Vi-

llarroel, Arntz, Muñoz y Werner (2020), quienes hallaron que casi una tercera parte de los estudiantes de primer semestre padecían algún trastorno asociado a la depresión, seguidos de más de la mitad, que indicaron sufrir ansiedad, y otra cantidad semejante que aseveró sentirse estresada. Cabrera *et al.* (2021) encontraron en una población universitaria grados de estrés y ansiedad que oscilaban entre 93 y 98%, respectivamente; asimismo, Caro, Trujillo y Trujillo (2020) hallaron sintomatología depresiva (30%) y niveles altos de ansiedad (26.5%).

Las relaciones encontradas en el presente estudio determinan que puntuaciones elevadas en los grados de depresión, ansiedad y estrés tienen asociación con el lugar de origen entre la población universitaria de primer semestre, lo que puede deberse a las dificultades que trae consigo esta condición, que implica una readaptación en el joven al nuevo estilo de vida, en la que convergen el sentido de pertenencia, la identidad o la necesidad de protección, entre otros. Estas circunstancias llevan al universitario al abandono familiar y a una enajenación social y cultural (Franzante *et al.*, 2011; Tosi, Suárez y Ballerini, 2010). Dicha condición genera en el individuo un cuestionamiento que emerge rápidamente y que es muy demandante, y que tiene que ver con los sentimientos y las emociones que provoca el alejarse del lugar de origen o la nostalgia por la familia, los amigos y conocidos, sobre todo en las primeras semanas de estadía en el nuevo lugar (Contreras, Contreras y Rincón, 2021). Una situación similar expresan otros estudios que señalan que los trastornos depresivos, ansiosos y estresantes en estudiantes universitarios muestran una mayor prevalencia que en la población en general, señalando que este aumento se debe en ocasiones a los cambios que asume el individuo en esta etapa de su vida, entre ellos la migración (Marín, 2021; Pereyra *et al.*, 2010; Ventó, 2017).

No obstante, estos resultados difieren de los de Gracia, Pacheco, Pérez, Tuz y Estrada (2021), que no hallaron diferencias significativas en las variables de depresión y ansiedad en un grupo de estudiantes universitarios según su condición de migrantes o no migrantes. Por otro lado, Torrejón (2011), Acosta y Vásquez (2016) identificaron ni-

veles elevados de ansiedad en los estudiantes no migrantes, en comparación con los migrantes. Tales resultados pueden estar relacionados fundamentalmente a procesos de aculturación y adaptación académica, que la población universitaria percibe como un desafío y como un reto de superación personal.

Cada persona experimenta de forma diferente la vida universitaria, al igual que todas las etapas de la vida, así como los patrones de conducta que implica, los cuales se construyen a partir de antecedentes específicos en la niñez temprana y que se ven influidos por circunstancias sociales particulares. La migración interna en esta etapa adquiere una mayor intensidad dependiendo de la dinámica familiar, la historia personal, la inserción en el grupo de pares, el vínculo con el estudio o el proyecto de vida, entre otros aspectos, proceso en el que los jóvenes se ven separados de sus vínculos primarios y que por lo tanto deben efectuar un proceso de duelo por la separación de “lo anterior”, y reconocer y aceptar “lo nuevo”.

Es por ello que las universidades deben ofrecer a los estudiantes una atención completa a sus necesidades que aborde no solo su actuar en el ámbito académico, sino también las repercusiones psicológicas, físicas y socioculturales del proceso de adaptación en los estudiantes con migración interna, que provienen de municipios o veredas fuera de la ciudad y que ingresan a la universidad. La salud es mucho más que un concepto que abarca la esfera del bienestar físico, psicológico y social.

Al congregarse estudiantes de otras regiones, la universidad debe dar una respuesta eficiente a sus necesidades y demás aspectos que afectan su bienestar, ya que si bien el cambio de “ambiente” no debe ser entendido como una situación traumática en sí misma, es necesario analizar sus efectos negativos y consecuencias en la vida de los estudiantes, adolescentes en su mayoría, lo cual dependerá de las características de la atención interdisciplinaria prestada por la universidad, las características psicológicas de los adolescentes y la calidad de las relaciones interpersonales que consolide el estudiante en el ámbito universitario con pares, maestros y grupos de apoyo.

En lo concerniente a los aportes de este trabajo, se destaca la contribución a los problemas de



la migración interna entre la población universitaria, pues en la literatura científica son escasas las investigaciones que analizan las consecuencias de dicha migración en las instituciones educativas de nivel superior. En su totalidad, los estudios se centran en los migrantes externos, dejando de lado la migración interna. En definitiva, esta última es un fenómeno que cada día adquiere más relevancia en la vida de las personas y familias que la viven, por lo que es fundamental estudiar su incidencia y dinamismo.

De igual manera, son necesarios estudios como el presente porque generan una línea base para las posibles intervenciones que permitan igualmente analizar el desplazamiento interno como un fenómeno que hace posible la integración de la diversidad cultural y el enriquecimiento mutuo, y no solo sus consecuencias negativas.

En lo referente a los resultados de este trabajo, estos deben ser tomados y revisados con reserva debido a que la muestra fue reducida, ya que únicamente se analizó un tipo de migración específica en un tipo de población específica. Para futuras investigaciones se recomienda ampliar la muestra de estudio y el contexto, es decir, universidad privadas y colegios e instituciones de educación media. Por último, es necesario incorporar variables como la dinámica familiar, la historia personal, la inserción en el grupo de pares, el vínculo con el estudio y los proyectos de vida, entre otras, que desempeñan un papel determinante en la adaptación del estudiante universitario.

Con la parte descriptiva del estudio se puede concluir que los jóvenes universitarios exhiben sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en

grados moderados en su mayoría, pero también graves. Asimismo, más de la mitad de los estudiantes que ingresan a los programas de la Facultad de Educación provienen de diversos lugares y regiones del país con una considerable migración interna.

También se concluye que la depresión, la ansiedad y el estrés guardan relaciones significativas con el lugar de origen (migración interna, no migración), lo que implica que los grados de esas condiciones alcanzan valores mayores en los estudiantes que experimentan el fenómeno de la migración interna, en comparación con sus similares no migrantes.

Es necesario realizar intervenciones que potencialicen los factores internos y externos para modular favorablemente el efecto de la migración interna y sus repercusiones emocionales. Fomentar en los jóvenes la integración grupal que les genere la confianza necesaria para tomar decisiones acertadas, cultivar la calma, la paciencia y la tolerancia, así como la conducta de compartir las experiencias significativas, pueden mejorar significativamente su adaptación a la vida universitaria.

Los resultados obtenidos muestran una problemática importante en el entorno universitario, lo que ha permitido apreciar la necesidad de las intervenciones para mejorar la salud mental, por lo que se sugiere implementar institucionalmente grupos de apoyo a los estudiantes de primer y segundo semestre con migración interna o externa mediante programas académicos dirigidos por el área de Bienestar Universitario y puestos en práctica por el proyecto Usco Saludable.

*Citación:* Cabrera-Díaz, E., Charry-Méndez, S.A. y Astaiza-Arias, G. (2023). Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 33(2), 477-486. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2829>.

## REFERENCIAS

- Acosta C., T.P. y Vásquez R., K. (2016). *Niveles y tipos de ansiedad en estudiantes migrantes y no migrantes de primero, segundo y tercer semestre de psicología de la universidad Surcolombiana*. Tesis de pregrado. Neiva-Huila (Colombia): Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://repositoriousco.co/bitstream/123456789/507/1/TH%20P%20038.pdf>.
- Agudelo V., D.M., Casadiegos G., C.P., y Sánchez O., D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.

- Alanis Á., G. y Torres E., L. (2019). *Aprendiendo a volar: Taller para el proceso de adaptación y el desarrollo de recursos psicológicos en jóvenes que migraron para estudiar la Universidad*. Tesis de licenciatura. Morelia, Mich. (México): Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Recuperado de [http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/handle/DGB\\_UMICH/4368](http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/handle/DGB_UMICH/4368).
- Arrieta V., K., Díaz C., S.H. y Gonzáles M., F. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de Odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70004-0](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70004-0).
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G.K. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. Doi:10.1037//0022-006x.56.6.89.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (2011). *Inventario de Depresión de Beck* (2ª ed.). Madrid: Paidós.
- Bertella, M. y Parola, M. (2009). Estrategias de afrontamiento en adolescentes que viven el desarraigo. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires, Argentina, 18-19 de noviembre.
- Bonilla P., J., Salazar E., J.F., Molina C., Y., Vélez R., D. y Roperó G., U. (2018). Prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Caldas, Manizales (Colombia). *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 20-23. Doi: 10.22517/25395203.9401.
- Cabrera, E., Astaiza, G. y Charry M., S.A. (2021). Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en universitarios: validación de contenido de un cuestionario. *Tempus Psicológico*, 4(1), 67-83. Doi: 10.30554/tempuspsi.4.1.33378.2021.
- Campos A., A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. Doi: 10.15446/revfacmed.v62n3.43735.
- Caro, Y., Trujillo, S. y Trujillo, N. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psychologia*, 13(1), 41-52. Doi: 10.21500/19002386.3726.
- Castellanos, V., Mateus, S., Cáceres, I. y Díaz, P. (2016). Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. *Salud, Historia, Sanidad*, 11(1), 37-50.
- Charry M., S.A. y Cabrera D., E. (2021). Perfil del estilo de vida en estudiantes de una universidad pública. *Ciencia y Cuidado*, 18(2), 82-95. Doi: 10.22463/17949831.2872.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colón Ll., T., Escobar A., A., Santacoloma G., A., Granados G., A., Socorro M., L. y Silva M., L. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 centros de atención psicológica universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-23. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy18-4.cpmc.
- Contreras M., R.B., Contreras M., L. y Rincón L., O. (2021). Factores psicosociales en los migrantes de la parada, Norte de Santander. *Boletín Redipe*, 10(9), 337-349. Doi: 10.36260/rbr.v10i9.1446.
- Franzante, B., Hormaiztegui, M., Pitter, P., Malugani, C., Fellay, C. y Germaniez, L. (2011). Los obstáculos que enfrentan los estudiantes en el primer año universitario y las estrategias construidas para afrontarlos. *Memorias del XI Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul*. Florianópolis (Brasil), 14-16 de diciembre.
- Gantiva, C., Luna, A., Davila, A. y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 63-73.
- Gómez, S. (2019). Experiencias migratorias en estudiantes universitarios. Estudio cualitativo en la Universidad Nacional de Córdoba. *Praxis Educativa*, 23(1), 1-13. Doi: 10.19137/praxiseducativa-2019-230108.
- Gracia, L., Pacheco, L., Pérez, G., Tuz, M. y Estrada, S. (2021). Prevalencia del binomio ansiedad y depresión en hombres y mujeres estudiantes de psicología. *Integración Académica en Psicología*, 9(25), 46-53.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista, L., M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- López R., P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa* (1ª ed.). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Maldonado A., N., Castro O., R. y Cardona G., P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 2-9. Doi: 10.1016/j.rcp.2021.08.007.
- Marín, C. (2021). *Niveles de ansiedad en estudiantes en condición de movilidad interna de la Facultad de Psicología en la Universidad de Cuenca durante el periodo septiembre 2019-febrero 2020*. Tesis inédita de maestría. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca. Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35673/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>.
- Obregón V., N. y Rivera H., M. (2015). Impacto de la migración del padre en los jóvenes: cuando la migración se convierte en abandono. *Ciencia UAT*, 10(1), 56-67.

- Pereyra E., R., Ocampo M., J., Silva S., V., Vélez S., E., da Costa-Bullón, A., Toro P., L. y Vicuña O., J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad privada de Lima, Perú, 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 520-526. Doi: 10.17843/rpmesp.2010.274.1522.
- Ramírez, S. y Rengifo, S. (2019). *Experiencia de migración interna en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis inédita de pregrado. Lima (Perú): Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Recuperado de [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/625608/Ram%c3%adrezC\\_s.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/625608/Ram%c3%adrezC_s.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
- Rivera H., M.E., Obregón V., N., Cervantes P., E.I. y Martínez R., D.T. (2014). *Familia y migración: bienestar físico y mental*. México: Trillas.
- Rodríguez P., M.A. (2012). El desarraigo y la crisis educativa. *Revista Científica de FAREM-Esteli*, 2. Recuperado de <https://rcientificaesteli.unan.edu.ni/index.php/RCientifica/article/view/1169>. <https://rcientificaesteli.unan.edu.ni/index.php/RCientifica/article/view/468>.
- Salas G., B., De San Jorge C., X., Beverido S., P. y Carmona A., Y. (2016). La migración interna en estudiantes universitarios: ¿un riesgo para el consumo de drogas? *Ciencia UAT*, 10(2), 23-32.
- Tijerina G., L., González G., E., Gómez N., M., Cisneros E., M., Rodríguez G., K. y Ramos P., E. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47.
- Torcomian, C. (2016). Experiencias universitarias en estudiantes migrantes. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 49-68. Doi: 10.15381/rinvp.v19i2.12889.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes*. Tesis inédita de Maestría. Santiago (Chile): Pontificia Universidad Católica. Recuperado de <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/689>.
- Tosi, A., Suárez, S. y Ballerini, A. (2010). Transiciones vitales en estudiantes universitarios migrantes. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, 24-26 de noviembre.
- Trunce M., S., Villarroel Q., G., Arntz V., J., Muñoz M., S. y Werner C., K. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en Educación Médica*, 9(36), 8-16.
- Ventó, R. (2017). *Ansiedad y afrontamiento en estudiantes de un conservatorio de música*. Tesis inédita de Maestría. Lima: Universidad Pontificia Católica del Perú. Recuperado de [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/PUCP\\_053d2451c-20d68350ac3a38413f84430](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/PUCP_053d2451c-20d68350ac3a38413f84430).

# El Modelo de Factor Dual de Salud Mental en adolescentes: relevancia de los factores intrapersonales y contextuales de protección y riesgo

## *The Dual-Factor Model of Mental Health in Adolescents: Relevance of both intrapersonal and contextual protective and risk factors*

Manuel González<sup>1</sup>, Concepción Correa<sup>2</sup>, Sofía Ruíz<sup>3</sup> y Emma Barroso<sup>4</sup>

Universidad de La Laguna<sup>1</sup>  
Consejería de Educación del Gobierno de Canarias<sup>2</sup>  
Aldeas Infantiles SOS Canarias<sup>3</sup>  
Comunica, Centro de Logopedia<sup>4</sup>

Autor para correspondencia: Manuel González, [mgonzaro@ull.edu.es](mailto:mgonzaro@ull.edu.es).

### RESUMEN

En esta investigación se aplicó el Modelo Bidimensional de Salud Mental a una muestra de 315 adolescentes. El modelo propone la conformación de cuatro grupos diferentes, a saber: Salud mental completa (bienestar alto vs. psicopatología baja); Vulnerable (bienestar bajo vs. psicopatología baja); Sintomático pero contento (bienestar alto vs. psicopatología alta) y Con problemas (bienestar bajo vs. psicopatología alta). Los grupos Con problemas y Sintomático obtuvieron las medias más elevadas en las variables de riesgo, tanto intrapersonales como contextuales, así como tendencia a la preocupación, inflexibilidad psicológica, perfeccionismo disfuncional y hostilidad percibida de ambos padres; por el contrario, el grupo de Salud mental completa alcanzó medias más elevadas en las variables de perfeccionismo funcional y cariño percibido de ambos padres. Por lo tanto, los grupos Vulnerable y Sintomático comparten factores de riesgo muy similares al grupo Con problemas, y podrían pasar desapercibidos en los servicios de salud mental. Los resultados se discuten atendiendo los estudios revisados, y se propone una investigación más acuciosa respecto a la salud integral de los adolescentes.

**Palabras clave:** Modelo Bidimensional de Salud Mental; Vulnerabilidad; Síntomas; Adolescentes; Variables contextuales.

### ABSTRACT

*The present study tested the Bidimensional Model of Mental Health in a sample of 315 adolescents, with 56.2% of females and a mean age of 15.15 (Dt = 1.52) from 12 to 17 years old. The model proposes the conformation of different groups, namely: 1) complete mental health (high well-being*

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Facultad de Psicología y Logopedia, Campus de Guajara, Tenerife (España), correo electrónico: [mgonzaro@ull.edu.es](mailto:mgonzaro@ull.edu.es).

<sup>2</sup> Edificio Tres de Mayo, Av. Buenos Aires, 5, 38071 Santa Cruz de Tenerife (España), correo electrónico: [conchy.correa@yahoo.es](mailto:conchy.correa@yahoo.es).

<sup>3</sup> Calle San Antonio 26, San Cristóbal de La Laguna (España), correo electrónico: [sofiarc10@gmail.com](mailto:sofiarc10@gmail.com).

<sup>4</sup> Camino Piedras Blancas 127, 38400 Puerto de la Cruz, Tenerife (España). correo electrónico electrónico: [emma.barroso.2c@gmail.com](mailto:emma.barroso.2c@gmail.com).



vs. *low psychopathology*, 47.2%); 2) *vulnerable (low well-being vs. low psychopathology*, 17.3%); 3) *symptomatic but happy (high well-being vs. high psychopathology*, 21.6%) and 4) *with problems (low well-being vs. high psychopathology*, 29.9%). The *troubled and symptomatic groups obtained the highest means in both intrapersonal risk variables, such as a tendency to worry, psychological inflexibility, and dysfunctional perfectionism, and contextual, referring to perceived hostility of both parents; on the contrary, the healthy group obtained higher means in functional perfectionism and perceived affection of both parents, which, however, were lower in the vulnerable group. Therefore, the vulnerable and symptomatic groups share similar risk factors to the problem group and risk getting overlooked in mental health services. The results are discussed in the context of the studies reviewed, and more profound research on comprehensive adolescent health is proposed.*

**Key words:** Dual-Factor Model of Mental Health; Vulnerability; Symptoms; Adolescents; Contextual variables.

Recibido: 19/11/2021

Aceptado: 03/10/2022

La adolescencia es una etapa de transición caracterizada por cambios fisiológicos, cognitivos, sociales y emocionales que afectan el bienestar de los adolescentes (Lee *et al.*, 2014; Moore *et al.*, 2018). En esta etapa evolutiva los adolescentes desarrollan, por un lado, una serie de factores de protección y habilidades personales no solo para una mayor adaptación personal y social, sino también para convertirse en adultos saludables, y por otro, estrategias de afrontamiento ante los factores de riesgo asociados a una mayor vulnerabilidad de experiencias emocionales estresantes (Lee *et al.*, 2014, Moore *et al.*, 2018).

La evidencia sugiere que los factores de protección causales y de mantenimiento de la salud mental de los adolescentes pueden clasificarse en dos grupos, por una parte, los intrapersonales, como el autoconcepto, la autoestima, la autoeficacia, las características de personalidad, y por otra, los factores contextuales, como las relaciones con sus iguales, el estilo educativo de los padres, y las condiciones familiares y sociales (Moore *et al.*, 2018).

Entre los elementos de protección intrapersonales es posible citar el ajuste psicológico, la satisfacción con la vida y el afecto positivo, donde la salud mental positiva es un factor clave para mantener un buen estado de salud total (Antaramian *et al.*, 2010; Rezvan y D'Souza, 2017), y entre los factores de riesgo intrapersonales, los pensamientos repetitivos negativos, como la tendencia a la preocupación y la inflexibilidad psicológica, así como algunas características disposicionales, como el perfeccionismo y el afecto negativo (Limburg *et al.*, 2017).

Entre los factores contextuales se incluyen los estilos educativos de los padres (Pinquart, 2017), en los que la paternidad cálida y comprometida se relaciona con el desarrollo adecuado del comportamiento de los adolescentes, dado que la percepción de estos respecto a sus padres como cálidos o amigables tiene una influencia positiva en la salud mental en todas las culturas (Clayborne *et al.*, 2021). Sin embargo, un elemento de riesgo opuesto a la calidez es la hostilidad, referida como el control y la crítica (McLeod *et al.*, 2007). Así, un estilo educativo cálido es un componente de protección contra la depresión y la ansiedad; por el contrario, un estilo hostil es un factor de riesgo para las dos anteriores (Gorostiaga *et al.*, 2019; Clayborne *et al.*, 2021).

Entre los factores de riesgo intrapersonales de diversos trastornos emocionales se hallan la tendencia a la preocupación, la inflexibilidad psicológica y el perfeccionismo disfuncional, que se relacionan negativamente con el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el afecto positivo (García-Rubio *et al.*, 2020; McEvoy *et al.*, 2019; Songco *et al.*, 2020). Por el contrario, el perfeccionismo funcional es un factor protector que se relaciona con satisfacción con la vida y el afecto positivo (Stoeber *et al.*, 2020). La tendencia a la preocupación es definida por Vasey y Daleiden (1994) como “un proceso rumiativo de anticipación cognitiva, principalmente de pensamientos verbales relacionados con resultados de posibles amenazas y sus potenciales consecuencias” (p. 186). La inflexibilidad psicológica es a su vez la tendencia a fusionarse con pensamientos evaluativos y autodescriptivos, así como el intento de evitar experimentar sucesos internos indeseables, como pensamientos, emociones o sensaciones desagradables.

dables (García-Rubio *et al.*, 2020). En relación al perfeccionismo, existen dos tipos: el disfuncional y el funcional. El primero se describe como la búsqueda continua de estándares elevados, a pesar de las consecuencias negativas para el bienestar subjetivo y la creencia de que la autoestima se define principalmente por el logro de dichos modelos (Limburg *et al.*, 2017); el funcional, sin embargo, se caracteriza por establecer estándares realistas en lugar de metas inalcanzables, y subraya el logro del éxito en lugar de evitar el fracaso (Park y Jeong, 2015).

El bienestar subjetivo se define como “las evaluaciones cognitivas y afectivas [que hace] una persona de su vida” (Diener *et al.*, 2002, p. 63), y comprende tres componentes distintos conceptualizados jerárquicamente, a saber: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y el afecto negativo infrecuente (Busseri, 2018). Los indicadores de bienestar subjetivo se han considerado como factores de protección contra los comportamientos problemáticos de los jóvenes (Jones *et al.*, 2013), pues se ha encontrado que niveles altos de salud mental positiva pueden reducir el riesgo de desarrollar depresión en la adolescencia y de experimentar trastornos psicológicos entre estudiantes universitarios (Jones *et al.*, 2013; Pennell *et al.*, 2015)).

Por lo tanto, la adolescencia representa una etapa evolutiva ideal para promover una salud mental positiva durante toda la vida, por lo que la investigación de los factores protectores y de riesgo son esenciales para un enfoque equilibrado e integral sobre el bienestar de los adolescentes, dado que el desarrollo humano abarca procesos de crecimiento positivos y negativos (Shonkoff y Phillips 2000).

El estudio del bienestar infantil se centró inicialmente en los indicadores negativos de psicopatología, en lugar de los indicadores positivos del bienestar. Ese énfasis del modelo de salud mental tradicional en la psicopatología ignora la importancia de los factores de bienestar y las medidas de la calidad de vida (Wang *et al.*, 2011). No obstante, se ha comenzado a investigar los indicadores de salud positivos al considerar que la salud es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de una persona en su comunidad, de manera que en las agendas de políticas de salud en el mundo

se impulsa la mejora de las condiciones más positivas de la salud mental de los ciudadanos (Barry, 2009) al considerarse la salud mental positiva como un recurso importante para la recuperación de la enfermedad (Slade *et al.*, 2017). En este sentido, al incorporar los factores del funcionamiento social y psicológico efectivo en las definiciones de salud mental, la Organización Mundial de la Salud conceptúa la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (WHO, 2016, p. 1).

Como una alternativa a los modelos tradicionales ha surgido el Modelo Bidimensional en Salud Mental (MBSM) (Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008; *cf.* Wood y Johnson, 2016), que considera la ausencia de psicopatología y la figura de salud mental positiva como dos factores distintos, aunque relacionados negativamente, que proporciona una comprensión integral u holista de la misma (Furlong *et al.*, 2014). Así, el citado modelo propone que la ausencia de psicopatología puede representar una condición necesaria, pero no suficiente, dado que la falta de psicopatología no implica la presencia de bienestar subjetivo (Keyes, 2005); además, conceptúa la salud mental en términos de dos indicadores, uno negativo, referido a distintas dimensiones de la psicopatología como factores de riesgo, y otro positivo, que integra el bienestar subjetivo como factor de protección, señalando que existen diferencias significativas entre las personas que varían en tales dimensiones (Furlong *et al.*, 2014).

Con base en estos dos indicadores han surgido cuatro grupos con una condición específica de salud mental (Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008; Wang *et al.*, 2011), a saber: 1) Salud mental completa, que se refiere a un bienestar medio/alto y psicopatología baja; 2) Vulnerable, referido a un bajo bienestar y una baja psicopatología; 3) Sintomático pero contento, que implica un bienestar medio/alto y alta psicopatología, y 4) Con problemas, que alude a un bajo bienestar y una alta psicopatología (Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008; Suldo *et al.*, 2016).

Los estudios constatan que entre un 42%-67% de los adolescentes tienen salud mental comple-

ta, entre un 11%-36% es luchador o sintomático pero contento, entre un 5% - 13% vulnerable y un 8% - 44% problemático (Antaramian *et al.*, 2010; Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008).

Estas opciones de clasificación permiten abordar algunas limitaciones de los modelos tradicionales, tales como que las personas vulnerables suelen ser pasadas por alto en términos de salud mental, y, por lo tanto, tienden a tener menos ayuda de los servicios de salud mental (Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008). El grupo sintomático constata que la ausencia de psicopatología no es una condición suficiente para manifestar niveles más altos de salud mental.

En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivo contrastar el modelo bidimensional en una muestra de adolescentes a fin de conocer los factores de protección y de riesgo, tanto intrapersonales como contextuales, que distinguen a los adolescentes con diferentes patrones de síntomas psicopatológicos y de bienestar subjetivo.

Atendiendo a dichos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis. Una primera, ( $H_1$ ), es que se aislará una estructura de dos factores constituidos por psicopatología (ansiedad y depresión) y bienestar subjetivo (afecto positivo, satisfacción con la vida y afecto negativo infrecuente). La segunda ( $H_2$ ), según los factores de riesgo intrapersonales, es que la preocupación-rasgo, la inflexibilidad psicológica y el perfeccionismo disfuncional se relacionarán positivamente con los síntomas psicopatológicos y negativamente con el bienestar subjetivo. (Una subhipótesis [ $H_{2a}$ ], relacionada con los factores de protección, es que el perfeccionismo funcional se relacionará positivamente con el bienestar subjetivo y negativamente con la psicopatología). En cuanto a las variables contextuales, la tercera hipótesis ( $H_3$ ) es que el cariño de los padres percibido por los adolescentes se relacionará positivamente con el bienestar subjetivo; por el contrario, la hostilidad lo hará con los síntomas psicopatológicos. La cuarta ( $H_4$ ) es que no habrá diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables sociodemográficas entre los grupos constituidos. Finalmente, la quinta hipótesis ( $H_5$ ) es que se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en los factores intrapersonales y contextuales evaluados, situándose esas diferencias en mayor medida entre los grupos Con pro-

blemas y Sintomático pero contentos, que en los grupos Vulnerable y de Salud Mental Completa.

## Muestra

### *Adolescentes*

En esta investigación participaron un total de 315 adolescentes (de los cuales 56.2% eran mujeres), en un rango de entre 12 y 17 años ( $M = 15.15$ ; D.E. = 1.52 y moda = 16. 7.8% asistían a primer año de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), 6.5% a segundo, 20.1% a tercero, 30.1% a cuarto de E.S.O., 20.4% a primero de bachillerato y 15.2% a segundo. De ellos, 68.3% acudían a un centro público, 19.7% a centros concertados y 12.1% a centros privados.

### *Padres y madres*

Los padres y madres de los alumnos fueron 131, de los que 80.9% eran mujeres y 19.1% hombres. En relación a la edad, la media de los padres fue de 47.5 (D.E. = 5.7 y rango de 35 a 58 años). La edad media de las madres fue de 46.4 (D.E. = 4.9 y rango de 34 a 62 años). En cuanto a los estudios, un 24.2% de los padres y un 26.4% de las madres tenían estudios primarios; 39.45% de los padres y 38.8% de las madres, estudios medios; 33.3% de los padres y 24.3% de las madres, de diplomatura, y 3.0% de los padres y 10.5% de las madres, de licenciatura. En relación a su situación laboral, un 48.4% de los padres estaba en paro y el mismo porcentaje en activo. En cuanto a las madres, 37.9% estaba en paro y 62.1% en activo.

## Instrumentos

### *Escala de Ansiedad y Depresión para Niños Revisada (RCADS-30) (Chorpita *et al.*, 2000).*

Es un cuestionario de 30 ítems que evalúa mediante autoinforme los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión incluidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). El adolescente debe contestar los ítems mediante una escala de frecuencia de 0 a 3 puntos, donde 0 es "Nunca", y 3, "Siempre". La versión original de la RCADS incluye las subescalas de trastorno de ansiedad de separación, la de fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, el de pánico, el obsesivo-compulsivo y el depresivo mayor. El coefi-

ciente de consistencia interna del total de la escala es de .89 (Sandín *et al.*, 2010), y en este trabajo obtuvo un coeficiente de confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de .90.

*Cuestionario PANASN (Positive and Negative Affect Schedule)* (Watson *et al.*, 1988).

Es un cuestionario de autoinforme de veinte ítems: diez para medir el afecto positivo, y diez para el negativo. Se responde siguiendo una escala de tres opciones de respuesta: de 1 (“Nunca”) a 3 (“Muchas veces”). El coeficiente de consistencia interna oscila entre .72 y .75 (Sandín *et al.*, 1999, y en este trabajo, su coeficiente  $\alpha$  fue de .79. Cabe señalar que el PANASN es una versión del Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) para niños y adolescentes.

*Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)* (Diener *et al.*, 1985).

Evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida. Es una escala de cinco ítems con alternativas de respuesta que oscilan entre 1 y 5, donde 1 equivale a “Totalmente en desacuerdo”, y 5 a “Totalmente de acuerdo”. La consistencia interna de la versión española de la SWLS (Atienza *et al.*, 2000) es buena ( $\alpha = .84$ , y en esta investigación fue de .85.

*Escala de Evaluación del Comportamiento Afectivo para Niños (BARS)* (Conger, 1989).

Este instrumento evalúa el cariño y la hostilidad en las relaciones entre padres e hijos. La escala se emplea para adolescentes de entre 12 y 18 años. Se compone de doce ítems que se responden en un rango de frecuencia de tres puntos (de “Nunca” a “Casi siempre”) en relación a las muestras del tipo de afecto mostrado por el padre y la madre. Consta de dos subescalas: Cariño y Hostilidad. La consistencia oscila varía entre .82 y .94 (Conger, 1989). En este trabajo, el cariño y hostilidad del padre fueron de .85 y de .78, respectivamente, y el cariño y hostilidad de la madre, de .80 y .76, en cada caso.

*Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (F-MPS)* (Frost *et al.*, 1990).

Este instrumento consta de 35 ítems que se responden en una escala Likert de cinco opciones. En

esta investigación se emplean los factores del perfeccionismo funcional ( $\alpha = .83$ ), constituido por los elementos Excesiva preocupación por los errores, Percepción de elevadas expectativas paternas, Percepción de una elevada actitud crítica paterna y Dudas sobre la calidad de las propias acciones, y los del perfeccionismo disfuncional ( $\alpha = .89$ ), constituido por los criterios elevados y preferencia por el orden (González *et al.*, 2013). En el presente estudio, el perfeccionismo funcional obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de .85, y el disfuncional de .90.

*Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ)* (Meyer *et al.*, 1990).

Es un instrumento de 16 ítems que evalúa la preocupación-rasgo con ítems cuyas respuestas se determinan mediante escalas de intervalo que van de 1 (“Nada”) a 5 (“Mucho”). En este trabajo solo se incluyeron los once ítems en positivo propuestos por Sandín *et al.* (2009), cuya consistencia interna es de .92 y con una fiabilidad test-retest de .85. En el presente estudio, su consistencia interna fue de .90.

*Cuestionario de Evitación y Fusión para Jóvenes (AFQ-Y8)* (Greco *et al.*, 2008).

Este cuestionario consta de ocho ítems que evalúan la evitación experiencial y la fusión cognitiva mediante una escala Likert de siete opciones. Su coeficiente de consistencia interna oscila entre .75 y .83 (García-Rubio *et al.* 2020). En este trabajo, dicha consistencia alcanzó un valor de .79.

## Procedimiento

Para la obtención de la muestra se eligieron al azar seis centros educativos de cinco municipios. Inicialmente, se estableció contacto con los directivos de los mismos, a quienes se solicitó su colaboración. Una vez obtenida, en el aula se entregaba a los alumnos un sobre que debían llevar a sus padres y que contenía información muy breve sobre la investigación y la solicitud de participación voluntaria de sus hijos, para la cual se les informaba que los presentes autores disponían de la autorización del Comité de Ética de la Investigación y el Bienestar Animal (CEIBA) de la Universidad de La Laguna. Además, se les indicaba que tenían un plazo predeterminado para devolver la solicitud de participación voluntaria. Los padres que desea-



ban que sus hijos colaborasen en la investigación debían firmar la autorización. Cuando se recogía el consentimiento informado de los padres y de los propios adolescentes, se procedió a la entrega de los instrumentos ya descritos, momento en el cual se les explicaba cómo debían responderlos, no sin antes subrayar su carácter voluntario y confidencial, y en el que también firmaban una carta de consentimiento informado. Dado que se asistió a las aulas en horario lectivo, los participantes llenaron los instrumentos en sus domicilios. Una vez cumplimentados, fueron recogidos para el posterior análisis de datos.

### Análisis estadísticos

En primer lugar, se efectuó el estudio de la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). Otro tipo de análisis empleado fue el correlacional entre los factores de protección y de riesgo intrapersonales y los factores contextuales.

En cuanto a los análisis categóricos, se utilizó el referido a la estrategia de formación de los siguientes grupos-criterios (Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008): 1) Salud Mental Completa: personas con bienestar medio/alto (percentil > 60) y psicopatología baja (percentil < 30); 2) Vulnerable: personas con bajo bienestar (percentil < 30) y baja psicopatología (percentil 30); 3) Sintomático pero contento: personas con bienestar medio/alto (percentil > 60) y alta psicopatología (percentil > 60); y 4) Problemas: personas con bajo bienestar y alta psicopatología (percentiles < 30, y > 60). Una vez constituidos estos grupos, se llevó a cabo un

análisis multivariante de la varianza (MANOVA) con el método Bonferroni para determinar si los grupos diferían en sus factores intrapersonales y contextuales, así como pruebas de rango de Kruskal-Wallis para identificar los factores en que eran diferentes.

## RESULTADOS

Se presentan a continuación los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio.

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante la extracción de factores principales con rotación promax y saturación mayor o igual que .30 en los ítems, así como el valor propio mayor o igual a 1. El índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .863,  $p < .001$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2_{[36]} = 1069.85$ ,  $p < .001$ ) confirman la adecuación de los datos para la realización del análisis factorial (Bartlett, 1950; Kaiser, 1974). Se realizó un análisis paralelo de Horn (1969) que sugería la retención de dos factores. Tal y como se observa en la Tabla 1, ambos factores explican 46.8% de la varianza. El primero aglutina los seis factores del RCADS y el afecto negativo (AN), por lo que se les ha denominado “psicopatología”, y el segundo satura los ítems de Afecto positivo (AP) y Satisfacción con la vida, a los que se ha designado como “bienestar subjetivo”, pues los síntomas depresivos saturan más alto en el primer componente. Los factores de psicopatología y bienestar subjetivos obtienen un coeficiente de correlación negativo ( $r_{xy} = -.51$ ).

**Tabla 1.** Análisis factorial exploratorio sobre factores principales y rotación promax.

FACTOR	Psicopatología	Bienestar	h <sup>2</sup>
Trastorno ansiedad generalizada	.82		.48
Fobia social	.68		.45
Trastorno obsesivo-compulsivo	.64		.56
Trastorno de pánico	.62		.57
Afecto negativo	.60		
Ansiedad por separación	.53		.61
Trastorno depresivo mayor	.49	-.48	.70
Afecto positivo		.72	.60
Satisfacción con la vida		.66	.49
Valor propio	2.92	1.30	
% Varianza explicada	32.4	14.4	
% Varianza acumulada	32.4	46.8	

Mediante el AFC se halló que una solución de un solo factor no representaba adecuadamente los datos observados, por lo que se probó con un modelo bidimensional, tal y como sugiere el AFE. Así, el ajuste del modelo resultante de esta solución de dos factores fue satisfactorio en la mayoría de los índices: SB  $\chi^2$  (26, N = 315) = 262.16,  $p < .001$ , CFI = .985, TLI = .977, SRMR = .033, RMSEA = .46(.008-.074).  $\chi^2 = 29$ , gl = 18,  $\chi^2$ /gl = 1.61.

En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlación, que se han corregido al nivel de probabilidad observado mediante la corrección de Bonferroni ( $\alpha = 0.05/45 = 0.00111$ ). En cuanto a los coeficientes de correlación, se obtuvo un coeficiente negativo entre psicopatología y bienestar subjetivo ( $r_{xy} = -.59$ ,  $p \leq .001$ ). Los factores de riesgo intrapersonales, como la tendencia a la preocupación, la inflexibilidad psicológica y el perfeccionismo disfuncional, se relacionan positivamente con psicopatología y negativamente con bienestar subjetivo. Un factor de protección in-

trapersonal, como el perfeccionismo funcional, muestra coeficientes de correlación positivas con el perfeccionismo disfuncional, la inflexibilidad psicológica, la psicopatología, la tendencia a la preocupación y el bienestar subjetivo. En cuanto a los factores contextuales protectores, el cariño de ambos padres se relaciona con bienestar subjetivo y negativamente con psicopatología. En relación a la hostilidad, la del padre se relaciona con psicopatología y la de la madre no es estadísticamente significativa con esta última. El cariño percibido del padre y de la madre correlacionan .53, y la hostilidad percibida de la madre y el padre muestran un coeficiente de .48. Asimismo, se observa un coeficiente de correlación negativo más elevado entre el cariño y la hostilidad percibidos del padre (-.46), que entre el cariño y la hostilidad percibidos de la madre (-.27). La consistencia interna de psicopatología es de .92 (40 ítems) y de bienestar es de .83 (15 ítems).

**Tabla 2.** Coeficientes de correlación entre contenidos cognitivos, cariño y hostilidad percibida de los padres con psicopatología y bienestar.

	PSWQ	AFQ	PERF	PERD	CAP	HOP	CAM	HOM	PSICO	BIEN
PSWQ		.61***	.38***	.49***	-.14*	.22**	-.06	.13*	.64***	-.37***
AFQ			.13*	.58***	-.27***	.33***	-.14*	.25***	.60***	-.55***
PERF				.34***	.08	-.03	.12*	-.04	.27***	.15**
PERD					-.33***	.37***	-.13*	.24***	.63***	-.45**
CAP						-.46***	.53***	-.20***	-.15*	.40***
HOP							-.27***	.48***	.28***	-.39***
CAM								.38***	.00	.22***
HOM									.11	-.22***
PSICO										-.59***

*Nota:* PSWQ = Preocupación rasgo; AFQ = Inflexibilidad psicológica; PERF = Perfeccionismo funcional; PERFD = Perfeccionismo disfuncional; CAP = Cariño percibido del padre; HOP = Hostilidad percibida del padre; CAM = Cariño percibido de la madre; HOM = Hostilidad percibida de la madre; PSICO = Psicopatología; BIEN = Bienestar Subjetivo; \*  $\leq .05$ , \*\*  $\leq .01$ , \*\*\*  $\leq .001$

### *Frecuencia y porcentajes entre los grupos constituidos*

En cuanto a los cuatro grupos constituidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo ( $\chi^2 = 0.689$ , gl = 3,  $p < .876$ ), la edad ( $F[3, 297] = 0.814$ ,  $p \leq .487$ ), el nivel de estudios ( $\chi^2 = 11.0$ , gl = 3,  $p < .750$ ) y el tipo de centro ( $\chi^2 = 9.1$ , gl = 6,  $p < .166$ ) (Tabla 3).

En dicha tabla se observan esos porcentajes, donde el grupo de Salud Mental Completa lo conforma 31.2% de personas de la muestra, seguido del grupo Con problemas, con 29.9% y Sintomático, con 21.6%, y por último el grupo Vulnerable, con 17.3%.

**Tabla 3.** Manova de un factor entre los grupos de salud (método Bonferroni).

Grupos	G1 (Salud Mental Completa)		G2 (Vulnerable)		G3 (Sintomático)		G4 (Con problemas)		F	$\eta^2$	Bonferroni
	31.2%		17.3%		21.6%		29.9%				
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.			
PSWQ	21.9	6.5	21.8	7.0	29.8	7.8	31.7	8.9	35.4***	.26	3.4 > 1.2
AFQ	17.8	6.2	19.7	8.3	23.6	6.4	30.5	8.5	49.5***	.33	3.4 > 1.2 4 > 3
PERF	39.4	8.6	32.7	8.7	43.9	9.7	39.6	9.4	14.8***	.13	1.3 > 2
											3.4 > 2; 3 > 4
PERD	38.8	9.2	41.0	11.3	49.3	12.9	59.9	14.9	48.9***	.34	3.4 > 1; 2
											4 > 3
CAP	13.5	1.8	11.2	3.3	13.2	2.3	10.9	2.8	19.6***	.18	1.3 > 2.4
HOP	10.3	2.4	10.7	2.8	10.3	2.4	12.7	3.1	13.4***	.13	4 > 1.2.3
CAM	13.6	1.8	12.8	2.7	13.9	1.6	12.1	2.4	11.3***	.10	1.3 > 4
HOM	10.9	2.4	11.5	2.8	11.2	2.7	12.4	2.8	4.7**	.05	4 > 1.3

Nota: PSWQ = preocupación rasgo; AFQ = Inflexibilidad psicológica; PERF = Perfeccionismo funcional; PERFD = Perfeccionismo disfuncional; CAP = Cariño percibido del padre; HOP = Hostilidad percibida del padre; CAM = Cariño percibido de la madre; HOM = Hostilidad percibida de la madre, \*  $\leq .05$ , \*\*  $\leq .01$ , \*\*\*  $\leq .001$ ; + = Los valores H de Kruskal-Wallis son estadísticamente significativos; (\*) con una corrección de Bonferroni Holm; M = Media; DE = Desviación típica.

En cuanto a las diferencias en los factores intrapersonales, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos. Así, los grupos Sintomático y Con problemas obtienen medias más elevadas en los factores de riesgo, tales como la tendencia a la preocupación, la inflexibilidad psicológica y el perfeccionismo disfuncional. Respecto a los factores de protección, el perfeccionismo funcional es más elevado en los grupos de Salud Mental Completa, Sintomático y Con problemas, y más bajo en el grupo Vulnerable. Si se tienen en cuenta los factores contextuales, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos constituidos. En relación a los factores de protección, el cariño percibido de ambos padres es más elevado en los grupos de Salud Mental Completa y Sintomático; sin embargo, es más bajo en los grupos Vulnerable y Con problemas. A su vez, el factor de riesgo de la hostilidad percibida de ambos padres es más elevada en el grupo Con problemas, y más baja en los grupos de Salud Mental Competa y Sintomático, excepto en el grupo Vulnerable, donde la hostilidad de la madre es similar al grupo Con problemas.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue contrastar el Modelo Bidimensional de Salud Mental en una muestra de adolescentes, teniendo en cuenta los factores protectores y de riesgo tanto intrapersonales como contextuales. Los coeficientes de consistencia interna de cada uno de los constructos evaluados fueron adecuados, y oscilaron entre .76 y .92 (Atienza *et al.*, 2000; García-Rubio *et al.*, 2020; González *et al.*, 2013; Sandín *et al.*, 1999, 2009, 2010). Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio retienen una estructura de dos factores: una de psicopatología, constituido por los factores del RCADS y el AN, y otro de bienestar subjetivo, constituido por el afecto positivo y la satisfacción con la vida (Busseri, 2018).

En relación a los cuatro grupos constituidos, 47.2% de los adolescentes se asociaron al grupo de Salud Mental Completa; 29.9% al grupo Con problemas; 21.6% al Sintomático pero contento, y 17.3% al Vulnerable, coincidiendo con los estudios de Suldo y Shaffer-Hudkins, (2008) y Antaramian *et al.* (2010).

Respecto a las hipótesis planteadas, los resultados confirman la primera (H1) al constatarse una relación negativa y estadísticamente significativa

entre los síntomas psicopatológicos y el bienestar subjetivo, en concordancia con el modelo propuesto (Furlong *et al.*, 2014; Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008; Wang *et al.*, 2011). La segunda ( $H_2$ ) se confirma parcialmente, dado que la tendencia a la preocupación y la inflexibilidad psicológica se relacionan positivamente con la psicopatología y negativamente con el bienestar subjetivo (García-Rubio *et al.*, 2020; Limburg *et al.*, 2017; Park y Jeong, 2015). Sin embargo, el perfeccionismo funcional se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo y la psicopatología. Estos resultados se explican teniendo en cuenta el modelo del proceso dual del perfeccionismo, que postula que el perfeccionismo funcional se relaciona con el refuerzo positivo y el disfuncional con el negativo (González *et al.*, 2013; Stoeber *et al.*, 2020), pues este último se refiere a las cogniciones y conductas dirigidas a la realización de metas elevadas para evitar o escapar de consecuencias negativas (refuerzo negativo), dado que algunas personas tienden a establecer estándares altos e irreales y son impulsados por el miedo al fracaso, lo que aumenta el afecto negativo (Stoeber *et al.*, 2020) y, como consecuencia, más síntomas psicopatológicos. Por el contrario, el perfeccionismo funcional se refiere a las cogniciones y conductas orientadas a la realización de metas realistas elevadas para obtener consecuencias positivas (refuerzo positivo), de manera que el logro de aquellas y las recompensas por alcanzar tales estándares incrementan el afecto positivo y, por consiguiente, el bienestar. Por lo anterior, se confirma la subhipótesis ( $H_{2a}$ ), pues el perfeccionismo funcional se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo y negativamente con la psicopatología (Limburg *et al.*, 2017; Park y Jeong, 2015; Songco *et al.*, 2020). También se encontró una relación positiva entre el perfeccionismo funcional, la inflexibilidad psicológica y la tendencia a la preocupación; esta última se explica según el modelo de evitación de la preocupación (Borkoveck *et al.*, 2004) dado que actúa como un refuerzo negativo al evitar la ansiedad asociada a la psicopatología. En la fusión cognitiva, los pensamientos evaluativos y autodescriptivos se aprecian como verdades literales que generan angustia por sí mismas, pero también se cree que fomentan la evitación experiencial, referi-

da a los intentos de evitación de experiencias privadas aversivas (García-Rubio *et al.*, 2020).

La tercera hipótesis ( $H_3$ ) se cumple en 62.5% de los casos, pues el cariño percibido de ambos padres se relaciona con el bienestar subjetivos de los hijos. La hostilidad del padre se relaciona positivamente con la psicopatología, y negativamente con el bienestar subjetivo, mientras que la hostilidad percibida de la madre lo hace solo negativamente con el bienestar subjetivo (Gorostiaga *et al.*, 2019; Clayborne *et al.*, 2021). La cuarta ( $H_4$ ) se confirma, pues no se encontraron diferencias entre los grupos en las variables sociodemográficas evaluadas, y la quinta hipótesis ( $H_5$ ) se confirma también porque los grupos Con problemas y Sintomático alcanzaron puntuaciones medias más elevadas en la tendencia a la preocupación, la evitación experiencial y el perfeccionismo disfuncional, que tienen una media más baja en los grupos de Salud Mental Completa y Vulnerable. Por el contrario, el perfeccionismo funcional fue menor en el grupo Vulnerable y se incrementa en los grupos Con problemas y Sintomático, con un pico máximo en este último. El cariño percibido de los padres fue más elevado en los grupos Sintomático y de Salud Mental Completa, y más bajos en los grupos Vulnerable y Con problemas, que son los que a su vez perciben más antipatía. La hostilidad percibida de ambos padres fue más elevada en el grupo Con problemas, y más baja en el resto de los grupos, aunque con una tendencia a que el grupo Vulnerable puntúe más alto en cuanto a la hostilidad percibida de la madre.

Por lo tanto, los grupos Vulnerable y Con problemas comparten dos factores contextuales de riesgo relevantes, como el cariño bajo y la hostilidad alta percibida de ambos padres, que, conjuntamente con un menor nivel de perfeccionismo funcional —un factor protector intrapersonal—, contribuyen a que estos dos grupos estén en un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos, pues la calidez de los padres es un factor de protección en los adolescentes. Por el contrario, los padres controladores u hostiles establecen pautas de crianza de riesgo para los primeros (Gorostiaga *et al.*, 2019; Clayborne *et al.*, 2021). Tales resultados sugieren que los factores contextuales de protección, como el cariño percibido de am-

bos padres, se relacionan con un mayor bienestar en los adolescentes; por el contrario, un factor de riesgo como la hostilidad de ambos padres se relaciona con psicopatología (Antaramian *et al.*, 2010; Magalhães y Calheiros, 2017; Suldo y Shaffer-Hudkins, 2008). El grupo Sintomático, a pesar de experimentar niveles más altos en algunos factores de riesgo intrapersonales, tuvo un mayor bienestar que el grupo Vulnerable, lo que puede deberse a la sinergia de un factor protector intrapersonal, como el perfeccionismo funcional, y uno contextual, como el cariño de los padres, lo que es consistente con el modelo de covitalidad, que propone que los factores de protección intrapersonales y las fuentes de apoyo tienden a covariar y a combinarse para promover la salud mental (Furlong *et al.*, 2014; Jones *et al.*, 2013)

Estos resultados plantean la posibilidad de que haya factores de protección asociados al bienestar que sean distintos de los asociados a la psicopatología, por lo que se sugiere que tal vez sea posible mejorar el funcionamiento psicológico de

los adolescentes fomentando su bienestar, pues si solo se hubieran evaluado los síntomas de psicopatología, los adolescentes de los grupos de Salud Mental Completa y Vulnerable se habrían combinado, porque ambos obtuvieron niveles más bajos de síntomas que los otros dos grupos. Asimismo, los grupos Sintomático y Con problemas se hubieran asimismo combinado porque compartían niveles más altos de síntomas, lo que habría diluido las diferencias en los factores de protección intrapersonales y contextuales.

Este estudio sufre algunas limitaciones, como el hecho de ser transversal, de manera que imposibilita realizar relaciones de causalidad; por otro lado, no se evaluaron otros factores de protección y de riesgo, como las relaciones con los compañeros, el autoconcepto, la autoestima o la salud mental de los padres. Se necesita investigar más para conocer la concordancia entre el cariño y la hostilidad de los padres, con el cariño y la hostilidad percibidos de los padres por parte de los adolescentes.

*Citación:* González, M., Correa, C., Ruíz, S. y Barroso, E. (2023). El Modelo de Factor Dual de Salud Mental en adolescentes: relevancia de los factores intrapersonales y contextuales de protección y riesgo. *Psicología y Salud*, 33(2), 487-498. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2830>.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). APA.
- Antaramian, S.P., Huebner, E.S., Hills, K.J. y Valois, R.F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462-472. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x>.
- Atienza, F.L., Balaguer, I. y Garcia-Merita, M.L. (2003). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255-1260. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00332-x](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00332-x).
- Barry, M.M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>.
- Bartlett, M.S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 3, 77-85.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (Eds.): *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). The Guilford Press.
- Busseri, M.A. (2018). Examining the structure of subjective well-being through meta-analysis of the associations among positive affect, negative affect, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 122, 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.003>.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C.E., Umemoto, L.A., y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835-855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8).
- Clayborne, Z.M., Kingsbury, M., Sampasa-Kinyaga, H., Sikora, L., Lalande, K.M. y Colman, I. (2021). Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01956-z>.

- Conger, R.D. (1989). *Behavioral Affect Rating Scale (BARS), developed from diverse sources for the Iowa Youth & Family Project*. State Iowa University.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13).
- Diener, E., Lucas, R.E. y Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.): *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford University Press.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>.
- Furlong, M.J., You, S., Renshaw, T.L., Smith, D.C. y O'Malley, M.D. (2014). Preliminary development and validation of the Social and Emotional Health Survey for secondary students. *Social Indicators Research*, 117(3), 1011-1032. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0373-0>.
- García-Rubio, C., Lecuona, O., Donoso, L., Cantero G., M., Paniagua, D. y Rodríguez C., R. (2020). Spanish validation of the Short-Form of the Avoidance and Fusión Questionnaire (AFQ-Y8) with children and adolescents. *Psychological Assessment*, 32(4), e15-e27. <https://doi.org/10.1037/pas0000801>.
- González, M., Ibáñez, I., Rovella, A. López, M. y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: relaciones con variables psicopatológicas. *Psicología Conductual*, 21(1), 81-101.
- Gorostiaga, A., Aliri, J., Nekane, B. y Lameirinhas, J. (2019). Parenting styles and internalizing symptoms in adolescence: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3192. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173192>.
- Greco, L.A., Lambert, W. y Baer, R.A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>.
- Horn, J.L. (1969). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>.
- Jones, C.N., You, S. y Furlong, M.J. (2013). A preliminary examination of covitality as integrated well-being in college students. *Social Indicators Research*, 111(2), 511-526. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0017-9>.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>.
- Lee, B.F.S., Heimer, H., Giedd, N., Lein, E.S., Šestan, N., Weinberger, D.R., y Casey, B.J. (2014). Adolescent mental health opportunity and obligation. *Science*, 346(6209), 547-549. <http://doi:10.1126/science.1260497>.
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S. y Egan, S.J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>.
- Magalhães, E. y Calheiros, M.M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 79, 442-449. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.041>.
- McEvoy, P.M., Salmon, K., Matthew, P., Hyett, M.P., Jose, P.E. Gutenbrunner, C.H., Bryson, K., y Dewhirst, M. (2019). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic predictor of depression and anxiety symptoms in adolescents. *Assessment*, 26(2), 324-335. <https://doi.org/10.1177/107319111769392>.
- McLeod, B., Weisz, J.R. y Wood, J.J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 986-1003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.03.001>.
- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R. y Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. Doi: 10.1002/jclp.22435.
- Moore, G.F., Cox, R., Evans, R.E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H.J., Long, S.J. y Murphy, S. (2018). School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in Wales: a cross sectional study. *Child Indicators Research*, 11, 1951-1965. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9524-1>.
- Park, H. y Jeong, D.Y. (2015). Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and nonperfectionists. *Personality and Individual Differences*, 72, 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.031>.
- Pennell, C., Boman, P. y Mergler, A. (2015). Covitality constructs as predictors of psychological well-being and depression for secondary school students. *Contemporary School Psychology*, 19(4), 276-285. <https://doi.org/10.1007/s40688-015-0067-5>.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000295>.
- Rezvan, A. y D'Souza, L. (2017). Influence of parenting styles on mental health of adolescents. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 6(4), 667-673.

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M. y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122
- Shonkoff, J.P. y Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146-53. <https://doi.org/10.1002/wps.20412>.
- Songco, A., Hudson, J.L. y Fox, E.A (2020). Cognitive Model of Pathological Worry in Children and Adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(2), 229-249. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00311-7>.
- Stoeber, J., Daniel, J. Madigan, D.J. y Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Personality and Individual Differences*, 161, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109846>.
- Suldo, S.M. y Shaffer-Hudkins, E. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37(1), 52-68. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908>.
- Vasey, M.W. y Daleiden, E.L. (1994). Worry in children. En D. Graham y F. Tallis (Eds.): *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 185-207). Wiley.
- Wang, X., Zhang, D. y Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, 2(8), 767-772. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.28117>.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>.
- Wood, A.M. y Johnson, J. (Eds.) (2016). *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology*. John Wiley & Sons.

# El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña

## *The role of depression, anxiety, and risk behaviors in health professionals: A review*

Rafael Armando Samaniego Garay<sup>1</sup>, Mayra Aracely Chávez Martínez<sup>2</sup>,  
Aurelia Morales Martínez<sup>1</sup>, María de Lourdes del Río Mendoza<sup>1</sup>  
y Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza<sup>2</sup>

Universidad Autónoma de Zacatecas<sup>1</sup>

Universidad Autónoma de Coahuila<sup>2</sup>

Autor para correspondencia: Rafael Armando Samaniego Garay, [psicsalud@gmail.com](mailto:psicsalud@gmail.com).

### RESUMEN

El presente estudio escribe analíticamente el efecto que la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo tienen en el equipo de salud. En estos factores psicosociales, el reconocimiento por parte del personal de salud de que se padece depresión es clave para una buena atención a la salud de la población en general. Si no es detectada, no puede ser tratada. Es importante que no evolucione el padecimiento ya que en su forma más grave puede asociarse a intentos suicidas o a suicidios consumados. La depresión es un padecimiento común en internos, residentes y médicos debido al estrés al que están sometidos. Respecto a la ansiedad, la responsabilidad de preservar la vida de los pacientes, puede derivar en frustración, sufrimiento, impotencia, temor, aprehensión y preocupación en el equipo de salud. En cuanto a las conductas de peligro, la alta exposición a factores de riesgo tales como el consumo de alcohol, el tabaco y el sedentarismo afecta considerablemente la salud en general y la expectativa de vida en el personal de salud. Por consiguiente, es necesario efectuar estudios más profundos sobre los citados elementos en los profesionales de la salud a fin de contar con una visión más amplia de la situación de salud mental que estos atraviesan y que permita poner en práctica estrategias que fortalezcan mejores condiciones laborales y fomenten la prevención y la mejora de la calidad de la atención a los pacientes.

**Palabras clave:** Depresión; Ansiedad; Conductas de riesgo; Profesionales de la salud.

### ABSTRACT

Objective. Analytically describe the effect depression, anxiety, and risk behaviors have on the health team. In these psychosocial factors, recognizing that health personnel suffers from depression is vital to excellent or inadequate health care for the general population; if it is not detected, it cannot be treated. The condition must not evolve since it can be associated with attempts or suicide; it is common in inmates, residents, and attending physicians due to the stress they experience. Anxiety is frequent because there is a responsibility to preserve life in the health team, then frustration, suffering, helplessness, fear, apprehension, and worry arise. Regarding risk behaviors, high

<sup>1</sup> Unidad Académica de Psicología, Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068 Zacatecas, Zac., México, tel. (492)924-19-34.

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Blvd. Venustiano Carranza s/n, Col. República de Oriente, 25280 Saltillo, Coah., México, tel. (844)438-16-00, correo electrónico: [mayra8767@hotmail.com](mailto:mayra8767@hotmail.com).





*exposure to risk factors such as alcohol consumption, tobacco, and a sedentary lifestyle dramatically affects general health and life expectancy for many years in health personnel. We consider it necessary to carry out more systematic studies on psychosocial factors in health professionals, where it is imperative to have a broader vision of the mental health situation that they are going through and that allows the implementation of strategies that strengthen working conditions, preventive medicine, in addition to improving and guaranteeing a better quality of care for patients.*

**Key words:** Depression; Anxiety; Risk behaviors; Health professionals.

Recibido: 04/10/2021

Aceptado: 09/03/2022

## INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se describen algunos aspectos teóricos conceptuales relacionados con los factores psicosociales de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en el personal de salud. En principio, debe decirse que las personas se relacionan y comunican en función de las diversas situaciones y estímulos que aparecen de manera cotidiana a su alrededor, y que dependen de su estado de ánimo y de otras respuestas emocionales.

### Depresión

Con la pretensión de describir primeramente algunos elementos históricos relacionados con la depresión, se da cuenta de algunos datos. Así, para los hipocráticos de los siglos VI y V a.C., la depresión se denominaba “melancolía”, y se definía como “irritabilidad, desesperación, insomnio e intranquilidad y aversión a la comida”, lo que implicaba un ánimo triste característico. Durante el siglo II d.C., la descripción sobre la depresión se vio más claramente establecida sobre una base conceptual cada vez más formal en el que las características más importantes de este planteamiento clínico eran que, cuando la persona se observaba triste y temerosa, con frecuencia aparecían en ella ideas delirantes, de forma tal que los escritos médicos

occidentales e islámicos mantuvieron la misma definición y comprensión del problema durante casi mil quinientos años (Zarragoitia, 2011).

Durante los siglos XVI y XVII se implementaron varias modificaciones respecto a lo que se quería describir y explicar como “depresión”, tratando de ampliar y definir con mayor claridad lo relacionado a las diferentes descripciones iniciales de la melancolía, lo que comenzó a tener un mayor énfasis cuando, a principios del siglo XIX, se limita cada vez más el uso de la palabra “melancolía”, con lo que fue perdiendo gradualmente su lugar en la descripción de los estados de ánimo, y continuaría así hasta considerarla una forma de perturbación depresiva grave.

A principios del siglo XX, uno de los personajes centrales en el ámbito de la salud mental y sus varios campos de aplicación, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926), reúne los conceptos de melancolía y manía en el estado de insania denominada “maníaco-depresiva”, enlistando dos tríadas de síntomas en cada uno de estos elementos. Para la manía, la tríada estaba constituida por factores tales como la hiperactividad, la exaltación y la fuga de ideas, y para el elemento de la melancolía, por la inhibición psicomotriz, la inhibición del pensamiento y la depresión de los sentimientos.

En la tradición kraepeliana y durante buena parte del siglo XX, se propuso y trató de hacer valer estos elementos como parte central de la melancolía, más nunca dejó de lado los signos y síntomas ya clásicos de la melancolía: pérdida de interés sexual y del apetito, insomnio, preocupaciones ruminativas, pérdida de peso, estreñimiento, irritabilidad, delirios, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, energía disminuida y alteraciones del sueño y el apetito (Zarragoitia, 2011).

Aun así, todavía no se llegaba a concretar una definición más concreta e integrativa de la depresión, siendo por ello una de las principales preocupaciones y, a la vez, una de las metas principales en la ciencia ya que su comprensión y análisis quedaban bastante ambiguos o carentes de solidez teórico-conceptual.

Así fue como desde la psicología, y retomando algunos de los elementos de las citadas triadas, se trató de generar una definición de la

depresión; en general, la psicología la entendía como un trastorno mental que implicaba también indefensión, desesperanza, culpa, sentimientos de inutilidad, elementos que pueden estar acompañados de alteraciones de la alimentación y del sueño, autoabandono, inactividad y pérdida de la iniciativa personal.

No obstante, como es posible observar, las definiciones de la depresión esbozadas en este apartado no están siquiera cercanas a lo que desde el punto de vista científico puede servir para fundamentar de manera más amplia y sólida el conocimiento de este trastorno, lo que trae como consecuencia que el concepto sea utilizado de manera arbitraria y confusa por las diversas disciplinas del campo de la salud en general.

Según una de las herramientas que ha tomado mayor fuerza y que tiene gran aceptación hoy día en el campo de los trastornos y enfermedades mentales entre los diferentes profesionales de la salud, el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V), los siguientes criterios diagnósticos son necesarios en el trastorno depresivo:

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, y al menos uno de ellos es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., la persona se siente triste, vacía, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., “Se le ve lloroso”).<sup>3</sup>
- 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo casi todos los días.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

<sup>3</sup> En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo de morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio con un plan específico.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme o delirante u otro trastorno, especificado o no, de esquizofrenia y psicosis.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Como hoy es bien sabido, en la depresión interviene una compleja combinación de factores anímicos, emocionales, biológicos, contextuales y ambientales que en conjunto o de manera parcial pueden desencadenar la aparición, el curso y desarrollo de este trastorno mental con su respectivo cuadro de signos y síntomas (Zarragoitia, 2010).

En términos generales, y sabiendo que en realidad hay muchas definiciones de la depresión, en este apartado se entiende que la mayoría de ellas coinciden en ciertos aspectos fundamentales que plantean que la depresión es una alteración del estado de ánimo que conlleva agotamiento emo-

cional y que afecta todas las áreas de la vida de la persona: la familiar, la social y la laboral (Goldberg, 1992; Sudepe, Taboada y Castro, 2006).

En el caso del grupo de los profesionales de la salud, se observa que no están exentos de este tipo de trastornos ya que frecuentemente reportan tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

## Ansiedad

Se ha utilizado una gran variedad de construcciones conceptuales para definir el fenómeno de la ansiedad, y publicado una considerable cantidad de artículos en relación a este tema en el campo de la salud mental, en los que se ha destacado la multiplicidad de acepciones y asimismo su carácter ambiguo, generando debate y confusión respecto a su definición. Por lo tanto, delimitar las cualidades del término *ansiedad* es importante para ser tomadas en cuenta, comprendidas y estudiadas en toda su extensión (Organización Panamericana de la Salud, 2018; Sarudiansky, 2013).

El concepto de ansiedad tiene su origen en el periodo clásico griego, cuando al mismo tiempo se desarrollaron los de autoconcepto y autoconciencia en el pensamiento occidental (McReynolds, 1975; cf. Ansorena, Cobo y Romero, 1983).

Muchos siglos después, William Battie (1758) y Søren Kierkegaard (1844) utilizaron el término, y en la década de 1920 Sigmund Freud lo incorpora en diversas obras en el ámbito de la psicología mediante la elaboración de su teoría de la personalidad (Ansorena *et al.*, 1983).

Freud distingue entre ansiedad *objetiva* o realidad, ansiedad *moral* y ansiedad *neurótica*. La primera, es aquella que aparece ante un estímulo o peligro real y es proporcional a la amenaza; las dos últimas se refieren a un conflicto entre las instancias psíquicas del ello, el yo y el superyó) (Endler y Kocovsky, 2001).

Frente a las aportaciones de la escuela psicodinámica, en la misma década y a través de estudios de corte experimental y motivacional, ya Clark L. Hull consideraba la ansiedad como un “*drive*” o impulso motivacional para aludir a la ca-

pacidad del sujeto para emitir respuestas ante una situación determinada (Ansorena *et al.*, 1983), y asimismo se desarrolla una perspectiva conductista y ambiental, mediante la cual Watson y Rayner (1920) desarrollan más aún el concepto de ansiedad con el famoso caso del pequeño Albert, de 11 meses de edad, en quien una rata blanca genera respuestas de ansiedad al presentársele apareada con un fuerte sonido.

En 1939, Hobart Mowrer en su teoría establece principios que afirman que “la ansiedad es una conducta aprendida por procedimientos de condicionamiento clásico y es una motivación para el aprendizaje de conductas por ensayo y error” (cf. Ansorena *et al.*, 1983, p. 34) y así generar la disminución de la ansiedad mediante la evitación del estímulo que la produce. Como resultado de estas investigaciones se va delimitando el concepto de ansiedad en términos de procesos de aprendizaje.

Después, en la década de los años sesenta, aparece un nuevo modelo, el cual se apoya en las técnicas del análisis factorial y en la teoría de rasgos de personalidad, siendo su principal representante Raymond B. Cattell. En su obra *El significado y medida de neuroticismo y ansiedad* establece el primer intento de desarrollar dos factores de la ansiedad: el rasgo y el estado. Sin embargo, el modelo que ha tenido mayor difusión y valor dentro de esa área ha sido el de Charles D. Spielberger (1972), quien considera la ansiedad-estado como una emoción temporal, y la ansiedad-rasgo como una característica de la personalidad y una tendencia a responder ante las situaciones de forma ansiosa (cf. Fernández, Rodríguez, Sánchez, Díaz y Sánchez, 2010).

Así, si se trata de enlistar los signos y síntomas principales de la ansiedad, estos se pueden presentar de manera muy general de la siguiente manera: sensación de nerviosismo, agitación o tensión; sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe; aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada (hiperventilación), sudoración, temblores, sensación de debilidad o de cansancio.

Con lo anterior es posible observar que la ansiedad se caracteriza por tensión y sufrimiento, y por sentimientos de peligro por algo que supuestamente habrá de suceder, así como por una acti-

vación del sistema nervioso simpático, toda vez que en la ansiedad su objeto o razón no siempre son claros, siendo frecuente que su intensidad sea mayor que el peligro objetivo.

En muchas de las descripciones y definiciones de la ansiedad se consideran sus principales detonantes, factores tales como situaciones o conflictos cognoscitivos y situaciones potencialmente peligrosas. Las respuestas físicas a la misma amenaza pueden ser moderadas o intensas. Cabe señalar que también debe considerarse como un elemento importante que las experiencias que ha tenido la persona moldean el nivel de ansiedad presente.

Aunque todas las personas muestran ciertos niveles característicos de ansiedad en igualdad de circunstancias, las respuestas a determinados sucesos dependen hasta cierto punto de los pensamientos y apreciaciones del sujeto. Existen pruebas de que tanto los animales de laboratorio como los seres humanos experimentan menos tensión cuando sienten que tienen control de la situación, cuando las tensiones son predecibles y se ve la posibilidad de una solución.

Por todo ello, y tratando de ofrecer una aportación que integre sus distintas definiciones, es posible afirmar que la ansiedad es el estado en que una persona experimenta, ante estímulos o situaciones de origen desconocido o inespecífico, un sentimiento o una carga leve o intensa que puede tener como origen la relación compleja de la persona ante situaciones percibidas como de peligro.

Hoy en día, el factor de la ansiedad es considerado como una respuesta emocional de las personas ante aquellas situaciones que se perciben o interpretan como amenazantes o peligrosas, cuyas consecuencias acarrearán un importante desgaste físico y emocional. Lo anterior está relacionado con una diversidad de causas que, en el caso del grupo de los profesionales de la salud, sobresalen las de una sobrecarga de trabajo, un ambiente físico laboral indeseable, turnos laborales y jornada de trabajo excesivos, privación frecuente del sueño, quejas o malos tratos de los pacientes y mala alimentación, todo lo cual tiene como resultado la afección de la calidad de vida de dichos profesionales y, por consiguiente, una pobre calidad en la atención que brindan a los pacientes.

Para cerrar el presente apartado, se aborda a continuación el tercer factor planteado en este trabajo, esto es, las conductas de riesgo.

Se considera necesario que antes de describir lo que son las conductas de riesgo, debe señalarse un par de elementos centrales que permitirán entender de mejor manera lo que estas son; nos referimos a los que son los riesgos y los factores de riesgo, que se consideran concomitantes a tales conductas.

Según lo planteado por Krauskopf (2002) se entiende por "riesgo" todo aquello que implica la probabilidad de que la ocurrencia de varias situaciones o factores aumente de manera importante la generación de consecuencias desfavorables para la salud, la supervivencia personal o el proyecto de vida, entre otros.

En este mismo tenor, autores como Jessor (1991) y Krauskopf (2002) plantean que en el enfoque de riesgo también se debe de poner atención e identificar los factores de riesgo y de protección, del cual son parte las conductas de riesgo de las personas.

Por ello, por factores de riesgo se entienden aquellas características o circunstancias detectables en una persona o grupo de personas que están relacionadas con la probabilidad de padecer o estar especialmente expuestos a un proceso mórbido; tales factores de riesgo normalmente se agrupan e interactúan con los ambientales, económicos, de comportamiento, biológicos o socioculturales (Pita, Vila y Carpena, 2002). Esta aportación permite apreciar de manera más técnica lo que es un factor de riesgo, las conductas de la persona y su exposición (baja, media o alta) al mismo en cualquiera de los diferentes tipos en que estos aparecen usualmente.

Con relación a los factores protectores, estos se entienden como "aquellas acciones involuntarias o voluntarias que pueden implicar acciones, situaciones y efectos protectores para la salud, integrando en su funcionamiento elementos de carácter biopsicosocial" (Corona y Peralta, 2011), lo cual aclara algunas diferencias significativas con los factores de riesgo, sobre todo en cuanto a sus alcances y maneras de hacerse presentes en el comportamiento de las personas en distintos escenarios, situaciones o condiciones en los que dichos factores pueden llegar a manifestarse.

De acuerdo con Páramo (2011), dialogar sobre factores protectores en el campo de la salud es hablar de aquellas características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano y el mantenimiento o la recuperación de la salud, y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductas de riesgo, y por lo tanto reducir la vulnerabilidad ante los mismos.

Es de suma importancia señalar un elemento que desempeña un papel fundamental: la subestimación de los riesgos por parte de las propias personas, lo que puede convertirse en algo habitual cuando llevan a cabo ciertas conductas en determinadas circunstancias. Será más probable la subestimación de los factores riesgo cuando está en juego la imagen, cuando las personas se han habituado a ellos, cuando creen poder controlarlos o tienen expectativas de daños mínimos o poco significativos, y también cuando pueden estar ligados a importantes ganancias personales.

Por otra parte, los factores protectores muchas de las veces son nulos o muy escasos, en comparación con los factores de riesgo a los que puede estar expuesta una persona.

Con base en las anteriores consideraciones teórico-conceptuales en relación con el riesgo y los factores de riesgo y de protección es posible abordar, también de manera muy general, lo que son las conductas de riesgo, ante lo cual se plantea que estas son “aquellas acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo o comunidad que pueden tener consecuencias nocivas. Son múltiples y pueden tener un carácter biopsicosocial” (Corona y Peralta, 2011). Ya Ulriksen (2003, 2009) señala que las conductas de riesgo pueden generar un desequilibrio importante en la vida, la salud, la integridad física y psíquica de las personas.

Es posible establecer dos tipos de conductas de riesgo: las que comprometen el aspecto de la supervivencia o el desarrollo psicosocial de la persona, y aquellas que implican riesgos, que son propias de las personas que asumen cuotas de riesgo conscientes de ello o como parte del compromiso y la necesidad de desarrollarse más plenamente (Jessor, 1991; Krauskopf, 2002).

En esta revisión y de una manera muy genérica se pueden enlistar las siguientes conductas de riesgo que pueden llevar a cabo las personas en distintos escenarios de actuación: nutrición y actividad física inadecuadas, actividad sexual e infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, uso y abuso de sustancias, conductas que contribuyen a causar lesiones no intencionales y violencia (homicidio y suicidio).

Cabe señalar que tales conductas de salud/enfermedad están en función de varios factores causales o determinantes, como, entre otros, los de carácter biopsicosocial: *a.* Actitudes y creencias, *b.* Autoeficacia percibida, *c.* Vulnerabilidad percibida, *d.* Percepción de síntomas, *e.* Evaluación de costo-beneficio, *f.* Norma subjetiva y *g.* Apoyo social.

Así, una conducta de riesgo es una situación, característica o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o de sufrir una lesión.

En el caso de los profesionales de la salud, en muchas ocasiones las conductas de riesgo pueden ser individuales, pero en los hechos se observa que estos no siempre se llevan a cabo de manera aislada, pues también se manifiestan de manera grupal o social.

En el plano individual, se pueden enlistar conductas de riesgo tales como el sedentarismo, que, con el tiempo puede producir aumento de peso u obesidad, presión arterial elevada y altos niveles de colesterol; combinados, tales factores aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedades cardíacas crónicas y otros problemas de salud. En el plano grupal o social también es posible observar conductas de riesgo que tienen una alta probabilidad de generar enfermedades graves y de alto costo, como el consumo de alcohol, drogas y tabaco, conductas sexuales sin protección, automedicación, violencia y muchas otras.

Con las aproximaciones anteriores, descripciones, argumentos y algunas definiciones de carácter teórico y otras de naturaleza conceptual en relación a la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo, se ha buscado ofrecer un panorama histórico de cómo ha sido que estos tres factores

fueron planteados, surgieron y se consolidaron a lo largo del tiempo, en distintas épocas, con diversos modelos, paradigmas y autores, y que sin duda alguna continuarán su perfeccionamiento técnico y científico, lo que hará que la psicología de la salud y de la psicología en general cuenten con paradigmas más consolidados que proporcionen respuestas a muchas de las demandas actuales.

## Depresión

En los estudios revisados sobre este factor se reportan varias consecuencias de la depresión en los integrantes del equipo de salud: el ausentismo, la discapacidad, las bajas por enfermedad, el deterioro del desempeño laboral, la escasa productividad, la calidad deficiente de la atención proporcionada, la rotación de los trabajadores y el suicidio (Rotenstein *et al.*, 2016).

Se ha demostrado que los trabajos con una excesiva presión laboral y los pasivos se asocian a bajas laborales, y el pobre apoyo social a la reducción de la productividad y el desempeño en el trabajo. Debido a que los profesionales de la salud son los principales actores en los diferentes sistemas de atención de salud que deben garantizar la accesibilidad, la longitudinalidad y la atención integral de la población, la depresión en estos trabajadores de la salud puede poner en peligro la sostenibilidad de los programas de atención primaria (Gómez, Ballester, Gil y Abizanda, 2015).

Se necesitan estrategias para brindar asistencia de atención primaria a los trabajadores que sufren depresión que faciliten el diagnóstico y el acceso al tratamiento, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, pues su reconocimiento es clave en la práctica general, ya que si no es detectado o reconocido oportunamente no puede ser tratado; además, es importante que no se deje evolucionar este padecimiento en virtud que en ocasiones se asocia a intentos o suicidio consumado.

La depresión es un padecimiento muy común en el equipo de profesionales de la salud debido al enorme estrés al que están sometidos (Medina-Mora, Fleiz y Zambrano, 2004). En general, los trabajadores reportan desánimo, tristeza y desesperanza en niveles de moderados a altos, por lo que se debe dar una mayor atención a los síntomas

precursores de cuadros de depresión más graves, pues en último término pueden influir negativamente en la asistencia que se presta.

## Ansiedad

Con base a lo encontrado en los diversos estudios, el grado de ansiedad se manifiesta en un nivel medio, lo que implica en general que tanto esta como característica de personalidad, como la debida a una reacción o evento en particular que ocurre en el trabajo cotidiano, son frecuentes en estos profesionales. Así, por ejemplo, entre mayor es el número de pacientes atendidos por día, mayor será el nivel de ansiedad, por lo cual la demanda excesiva de servicios es un factor de riesgo evidente.

Debido a que la sociedad coloca sobre ellos la responsabilidad de preservar la vida, si esta misión no puede ser lograda, surge ansiedad, angustia y frustración, sufrimiento y tristeza, impotencia, miedo, aprehensión y preocupación (Gómez *et al.*, 2015).

Con base en lo anterior, se observa que en los profesionales de la salud los niveles de ansiedad y la satisfacción laboral se asocian con su salud mental y física; si la ansiedad se cronifica, puede generar el síndrome de *burnout*, que afecta a este tipo de grupos laborales en porcentajes de moderados a altos, que se manifiesta con síntomas depresivos y ansiosos y que si se agrava puede conducir a sufrir problemas somáticos graves y al abuso de fármacos o de alcohol.

Para prevenir este tipo de afectaciones, es fundamental incidir en las principales variables que generan ansiedad, sobre todo las institucionales, como las condiciones laborales, la insatisfacción en la relación médico-paciente, la falta de formación psicológica, la carencia de apoyo social y la escasez de tiempo. La disminución de la ansiedad así generada posibilitará al equipo de salud atender mejor las dificultades específicas de sus pacientes.

## Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo, como el sedentarismo o el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, suelen estar relacionados con “acciones” que el

sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Por ejemplo, un porcentaje elevado de los profesionales de la salud considera que el consumo de alcohol es un problema importante en el mundo laboral. Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros son las principales razones por las que dicho consumo es considerado como un problema. Se estima que los profesionales de la salud que consumen alcohol muestran un ausentismo laboral dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores tienen un costo tres veces mayor que las del resto de los empleados. Así, el consumo de alcohol afecta negativamente la productividad al ocasionar importantes perjuicios por el ausentismo, los desajustes laborales, las frecuentes incapacidades, la elevada rotación del personal, la reducción del rendimiento laboral y la mala calidad del trabajo.

Con relación a otra conducta de riesgo, la del consumo de tabaco (nicotina), en México son escasos los estudios que han investigado su prevalencia en profesionales de la salud; los pocos efectuados muestran que dicho consumo se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La dependencia a la nicotina guarda una relación directa con el número de cigarrillos fumados; así, cuando aquella es más severa las personas fumarán más cigarrillos durante el día. Hay dependencia a una sustancia cuando se reúnen ciertos criterios para la abstinencia (al suspender o reducir abruptamente la cantidad de sustancia administrada) o la tolerancia a la sustancia (necesidad de dosis mayores para tener el efecto deseado).

Los fumadores que reúnen los criterios para la dependencia representan el mayor problema de salud pública. Debe considerarse el consumo de cigarrillos, y en especial la dependencia, como un trastorno crónico recurrente con recaídas, remisiones y exacerbaciones. Así, el personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto al abandono del hábito de fumar a través de la información que transmiten a los pacientes sobre el riesgo que conlleva, el consejo sanitario y la participación en programas de abandono del tabaco (Martínez, Medina-Mora y Rivera, 2005).

En relación con la tercera conducta de riesgo, el sedentarismo, es referida como la falta de actividad física regular y se define como menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de tres días a la semana.

La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona, pues la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares, así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano, pueden hacerla difícil, si no imposible.

Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto semanal en la actividad física no supera las dos mil calorías. También lo es aquella que solo efectúa semanalmente y de forma no repetitiva, por lo cual las estructuras y funciones del organismo no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como lo requieren.

La insuficiente actividad física se ha transformado en un problema de relevancia mundial, pues un estilo de vida insuficientemente activo, con un gran componente de sedentarismo (por ejemplo, un tiempo excesivo de trabajo ante una pantalla), se transforma en un factor de riesgo para diversas afecciones, como enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, además de hipertensión, dislipidemia, osteoporosis y lumbalgia mecánica, entre otras. Al no hacer suficiente ejercicio físico, se disminuye el tejido muscular, con la consiguiente disminución de la fuerza, lo que puede generar una pobre calidad de vida, que se verá agravada por el envejecimiento.

El aumento de la conducta sedentaria ya es parte del estilo de vida cotidiano de las nuevas generaciones, pues cada vez es mayor el tiempo en que se permanece en posición sedente durante el día, lo que entraña un escaso gasto energético.

El estudio del tiempo sedentario es complejo, especialmente cuando se tiene que determinar su correlación con la salud ya que la mayoría de los profesionales de la salud, aunque refieran cumplir con las recomendaciones de actividad física mínimas, permanecen un tiempo considerable mostrando conductas sedentarias. El tiempo

frente a las pantallas en el trabajo y otras situaciones, como transportarse, son propias de una sociedad en constante progresión tecnológica. Se debe, pues, intentar realizar más actividad física diariamente y evitar el tiempo sedentario prolongado. Es de vital importancia que los profesionales de la salud que desarrollan su labor cotidiana sean agentes de cambio, hagan prescripciones correctas y sean ellos mismos ejemplos de un estilo de vida activo (Bazán *et al.*, 2019).

## CONCLUSIÓN

La presente revisión destaca que los factores psicosociales de la depresión y la ansiedad afectan negativamente a los profesionales de la salud, quienes manifiestan por ello diversas conductas de riesgo, lo cual se refleja en un importante número de estudios. Otro hallazgo de interés en relación con los factores es que la depresión se conceptúa como un elemento determinante para la ansiedad y las conductas de riesgo en este grupo; es decir, entre mayor sea la sintomatología depresiva, menores serán los niveles de ansiedad y menos las conductas de riesgo. Estos efectos observados en los trabajos analizados se han visto confirmados por importantes estudios efectuados en todo el orbe. Los realizados en nuestro país apuntan además a que estas tres variables psicosociales son las principales responsables de las deficientes conductas protectoras en los diferentes profesionales de la salud.

Es necesario llevar a cabo más estudios exploratorios y de manera permanente en el personal de medicina, enfermería, psicología y trabajo social para detectar la sintomatología depresiva, los niveles de ansiedad y las conductas de riesgo y de desgaste profesional para actuar oportunamente y evitar su progresión.

Entre las intervenciones preventivas pueden incluirse la capacitación de los supervisores para que brinden una retroalimentación más efectiva a

los trabajadores de la salud, así como el diseño de estrategias para aumentar la autonomía laboral y la calidad de atención en el trabajo. También deberá considerarse la realización, más frecuente, de actividades recreativas, tanto culturales como deportivas, e incluso implementar sesiones o programas de música instrumental en sus sitios de trabajo, teniendo lo anterior como un objetivo principal mejorar su calidad de vida a fin de optimizar la calidad de la atención que dan a los enfermos. Asimismo, se hace necesario crear modelos de intervención para el cuidado de la salud integral de los profesionales de la salud, como grupos de apoyo o de reflexión para que afronten de un modo óptimo su realidad, pues el sufrimiento emocional en ellos puede interferir no solo en su salud, sino también en la calidad de los servicios que brindan.

Esos aspectos, tan evidentes en la labor diaria del personal que trabaja en los centros de salud tienden a calificar el trabajo sanitario como una profesión de riesgo en la que se debe lograr un equilibrio intelectual, físico y emocional a toda prueba. Feeney *et al.* (2016) apuntan que una de las barreras que impide a los integrantes del equipo de salud consultar a otros cuando sufren síntomas de depresión y ansiedad se relaciona en 90% a la cultura del propio autocuidado del médico, el estilo de vida desafiante que se le atribuye y la escasez de tiempo de que dispone; de hecho, no atender adecuadamente su estado de salud biológica, psicológica y social es también una conducta de riesgo frecuente.

Es por ello que se recomienda seguir investigando los aspectos señalados, pues, tal como se observa en múltiples casos, las consecuencias de no realizar una intervención eficaz con el equipo de profesionales de la salud pueden suponer daños irreparables en el largo plazo, lo que podría evitarse si hubiese un protocolo de actuación válido para que la salud mental y la calidad de vida de este tipo de grupos laborales se encuentren protegidas permanentemente.

*Citación:* Samaniego G., R.A., Chávez M., M.A., Morales M., A., del Río M., M.L. y Pérez P., B.A. (2023). El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña. *Psicología y Salud*, 33(2), 499-508. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831>.



## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Ansorena, Á., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.
- Bazán R., G.E., Osorio G., M., Torres V., L.E., Rodríguez M., J.I. y Ocampo J., J.A. (2019). Validación de una escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(3), 112-118.
- Cattell, R.B. y Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75.
- Endler, N.S. y Kocovski, N.L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*, 15, 231-245.
- Feeney, S., O'Brien, K., O'Keeffe, N., Iomaire, A.N., Kelly, M.E., McCormack, J., McGuire, G. y Evans, D.S. (2016). Practique lo que predica: comportamientos de salud y estrés entre los médicos del hospital que no son consultores. *Medicina Clínica*, 16(1), 12-18.
- Fernández A., E., García, B., Jiménez, M., Martín, M. y Domínguez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge.
- Gómez M., S., Ballester A., R., Gil J., B. y Abizanda C., R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, 31(2), 743-750.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.
- Krauskopf, D. (2002). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Recuperado de [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lecturas%208y9\\_UT\\_1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf).
- Martínez, L., Medina-Mora, M.E. y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y stress en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 48(5), 191-197.
- McReynolds, P. (1975). Historical antecedents of personality assessment. En P. McReynolds (Ed.): *Advances in psychological assessment* (v. 3, pp. 477-532). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C. y Zambrano R., J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Páramo M., A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pita, S., Vila, M.T. y Carpena, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. *Atención Primaria en la Red*, 197(4), 75-78.
- Rotenstein, L., Ramos, M., Torre, M., Segal, B., Peluso, M., Guille, C., Sen, S. y Mata, D. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 316(21), 2214-2236.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.): *Anxiety behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Sudupe, J., Taboada, O. y Castro, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Ulriksen V., M. (2003). Presentación. En D. Le Breton (Comp.): *Adolescencia bajo riesgo* (pp. 9-14). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Ulriksen V., M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14.
- Zarragoitia A., I. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

# Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica

## *Obesity in infertile women: An explanation from clinical psychology*

Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González y Claudia Sánchez Bravo

Instituto Nacional de Perinatología<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Jorge Carreño Meléndez, [jocame2003@gmail.com](mailto:jocame2003@gmail.com).

### RESUMEN

Con frecuencia, se han observado sobrepeso y obesidad en las mujeres infértiles, y es una constante en más de veinte países latinoamericanos. Se ha propuesto que el estrés es importante para la modificación del peso corporal ya que provoca una mayor ingesta de alimentos. En el presente estudio se evaluó a 250 mujeres y se asoció el estrés con su índice de masa corporal (IMC). De las participantes, 80.4% presentaba sobrepeso u obesidad sin niveles importantes de estrés. El grupo con IMC normal tuvo un mayor riesgo en el Perfil de Estrés de Nowack, en particular en la subescala del cuidado de la salud, en comparación con las mujeres con sobrepeso y obesidad. La psicología clínica tradicional puede ser factor de cambio en las representaciones sociales para las mujeres con sobrepeso u obesidad y poner énfasis en el cuidado de la salud en mujeres con infertilidad que presenten tales riesgos sin percatarse del problema.

**Palabras clave:** Infertilidad femenina; Sobrepeso; Obesidad; Psicología clínica.

### ABSTRACT

*Being overweight and obese have been frequently observed in women with infertility, which is a constant in more than 20 Latin American countries. Several studies propose that stress is essential for modifying body weight since it causes an increased food intake. In the investigation, 250 infertile women were evaluated and associated with the Body Mass Index (BMI). 80.4% of the participants were overweight or obese without significant stress levels. The regular BMI group has a higher risk in the healthcare subscales than overweight and obese women. Traditional clinical psychology can change social representations of overweight or obese women; they can become aware of risk factors and emphasize health care for women with infertility who present risks to their health.*

**Key words:** Female infertility; Overweight; Obesity; Clinical psychology.

Recibido: 05/08/2021

Aceptado: 02/08/2022

<sup>1</sup> Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, México, correos electrónicos: [jocame2003@gmail.com](mailto:jocame2003@gmail.com), [motaceci@hotmail.com](mailto:motaceci@hotmail.com) y [clausanbra@yahoo.com](mailto:clausanbra@yahoo.com).



**D**e acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), la calidad de vida mejora cuando las personas gozan de una adecuada salud sexual y reproductiva. Bajo esta premisa, se han investigado ciertos problemas reproductivos, específicamente la infertilidad en las mujeres, como una condición que llega a comprometer la calidad de vida. Diversos estudios (García, 2011; Jiménez *et al.*, 2008; Romero *et al.*, 2007) han encontrado que el tratamiento médico las somete a una constante presión cuando enfrentan la infertilidad, lo que trae consigo cambios en la esfera psicológica, tales como alteraciones de la conducta alimentaria, síntomas de depresión, niveles elevados de ansiedad y baja autoestima.

Otro componente referenciado es el estrés (Anderson *et al.*, 2003; Rodríguez, 2019; Segura, 2015; Tunc *et al.*, 2011), entendido como la reacción psicológica que surge cuando un evento rebasa la capacidad de respuesta del individuo. Al vivir una condición de estrés o estrés crónico, aquella se modifica, lo que altera la percepción de su salud. Una variable que propicia el aumento del estrés es el tiempo de evolución del padecimiento; así, a mayor tiempo de tratamiento, mayor es el nivel de estrés (Arranz *et al.*, 2009).

Múltiples son las explicaciones sobre por qué una mujer no logra el embarazo (Segura, 2015). En la última década, se ha señalado la infertilidad como un factor condicionante del sobrepeso y la obesidad, principalmente en las mujeres (OPS/OMS, WAS, 2000). Asimismo, el exceso de estrógenos, la disminución de la progesterona, así como el incremento de ovario poliquístico, las menstruaciones irregulares –principalmente la oligomenorrea–, la anovulación y la baja calidad de los óvulos se han considerado factores asociados con el aumento del peso corporal. Los especialistas en la reproducción durante el proceso de diagnóstico del origen de la infertilidad (Tunc *et al.*, 2011) han establecido una relación entre la obesidad y la fertilidad.

El aumento del sobrepeso y la obesidad en las mujeres se ha producido de manera desproporcionada durante la fase reproductiva en más de veinte países latinoamericanos. Además, la tasa de obesidad de las mujeres suele estar diez puntos

porcentuales por arriba de la de los varones (OMS, 2018).

La pandemia de obesidad en el mundo tiene una mayor repercusión en América Latina. Esta condición afecta a 140 millones de personas, lo que equivale a 58% de la población total de la región. Entre los países con mayores porcentajes de población con obesidad se encuentran Haití, con 38.5%, Paraguay (48.5%) y Nicaragua (49.4%). Por otro lado, con 69%, se encuentra Bahamas en el primer lugar, seguido por México, con 64%; Chile, con 63%, y Argentina, con 60%. Lo anterior indica que, no obstante, los porcentajes comparativamente bajos de obesidad en los países de la región, es ya un problema de salud pública. Son las mujeres adolescentes y las adultas en periodo reproductivo las que contribuyen fundamentalmente al dato epidemiológico, con alrededor de 30% de obesidad y 23% de sobrepeso.

De manera general, los organismos internacionales describen el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y afectar las tasas de fertilidad, sobre todo en las mujeres, lo que deriva en ansiedad, depresión y estrés ligados a la reproducción, a diferencia de los hombres (Helard, 2017).

Un estilo de vida saludable no solamente puede favorecer la fertilidad en las mujeres, sino que además disminuye el riesgo de enfermedades coronarias, hipertensivas y diabetes, y favorece el bienestar emocional (Nowack, 2002). Los estudios que se han hecho para encontrar una relación directa entre la condición de sobrepeso u obesidad en mujeres infértiles (Anderson *et al.*, 2003) han tenido resultados claros.

Así, el objetivo del presente trabajo observacional, analítico y transversal fue analizar las características del estrés y del cuidado de la salud en las mujeres con sobrepeso u obesidad que estaban en tratamiento para lograr embarazarse.

## MÉTODO

Mediante un estudio observacional, analítico y transversal se evaluó a:

## Participantes

Participaron 250 mujeres infértiles, mayores de edad y con pareja estable. Las personas así evaluadas fueron seleccionadas por el médico tratante bajo los siguientes criterios: ser mujeres en edad reproductiva de 20 a 37 años, que se encontraran viviendo en pareja desde un año antes como mínimo, que tuvieran relaciones sexuales por lo menos dos veces por semana, que fueran pacientes de la clínica de infertilidad –cumpliendo así los requisitos de infertilidad primaria–, y que firmaran una carta de consentimiento informado.

## Procedimiento

Las participantes, que acudían a un centro de tercer nivel de atención de salud pública mexicano que tenía dentro de sus objetivos proporcionar tratamientos reproductivos, fueron derivadas por el médico tratante al grupo encargado de la investigación, el cual les explicó los alcances y metas de la investigación. Si aceptaban participar, se les proporcionaba la carta de consentimiento informado para su firma. A continuación, se procedía a la aplicación de los instrumentos de manera individual en la consulta externa de la institución. El índice de masa corporal (IMC en lo sucesivo) se obtuvo del último registro en el expediente clínico, y era el personal médico de la institución el encargado de asentarlos.

Para los análisis comparativos se tomó el reporte del IMC estandarizado con criterios de clasificación, tal como señala la norma internacional y la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. La investigación fue autorizada por el Comité de Ética en Investigación de la institución, en cumplimiento de los lineamientos éticos para la investigación con seres humanos, nacionales o extranjeros.

## Instrumentos

### *Perfil de Estrés* (Nowack, 2002)

Esta prueba se estandarizó en los Estados Unidos empleando una muestra de 1,111 adultos sanos de distintos campos laborales, con nivel educativo

de secundaria, de origen latino y de 20 a 80 años. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .72 en promedio. Se estableció su estructura factorial mediante el análisis de componentes principales con valores *eigen* mayores o iguales a 1, con tres factores. Contiene quince subescalas que proporcionan dos medidas fundamentales: el nivel de estrés y los hábitos de salud (ejercicio, descanso-sueño, alimentación-nutrición, prevención y, de manera directa, consumo de tabaco y drogas). La prueba también mide las características psicológicas que facilitan o complican el cuidado de la salud –como la conducta tipo A–, y las que se consideran precursoras de enfermedades de distinta índole (Nowack, 2002). Por otro lado, la prueba da cuenta de otros recursos psicológicos que protegen la salud, entre los que se encuentran la fuerza cognitiva, los estilos de afrontamiento, la valoración positiva o negativa, la minimización de la amenaza, la concentración en el problema y el bienestar psicológico.

La subescala de *Estrés* mide la experiencia de incomodidad, molestia y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana, y la de *Cuidado de la salud* los hábitos, que son conductas específicas que cuando se practican de manera regular conducen tanto al bienestar físico como psicológico; por ejemplo, el ejercicio debe practicarse al menos dos o tres veces por semana para cumplir el estándar. Dichas conductas pueden englobarse como *descanso-sueño*.

La *Alimentación-nutrición* se refiere al patrón nutricional saludable para el cuidado del corazón que las personas incorporan a su régimen alimenticio cotidiano, y las *conductas de prevención* tienen que ver con la frecuencia con la que una persona practica estrategias preventivas de higiene, asiste a evaluaciones médicas o toma medicamento de prescripción.

La subescala ACR (Conglomerados), a su vez, evalúa de manera directa el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Los aspectos subjetivos psicológicos pueden valorarse con las siguientes subescalas:

La *Percepción de la red social de apoyo* a través de las personas con quienes trabaja, su cónyuge, los miembros de su familia nuclear, su familia

extendida y amigos. La *fuerza cognitiva* mediante los cambios de vida y los riesgos asumidos como oportunidades de crecimiento. La *Valoración positiva* como una estrategia de afrontamiento cuando se centra en los aspectos positivos de una situación. La *Valoración negativa* se caracteriza por la culpabilización, la crítica y el pensamiento catastrófico. La *minimización de la amenaza* desvía la atención intencionalmente cuando la persona bromea o se burla de una situación problemática. Cuando se emplea la *Concentración en el problema*, las personas desarrollan un plan de acción específico para enfrentar una situación. Por último, el *Bienestar psicológico* se evalúa según se ha experimentado durante los últimos tres meses y es la sensación de la persona de estar satisfecha consigo misma y es capaz de disfrutar la vida y a la familia.

Todas las interpretaciones se evalúan mediante un puntaje estandarizado de puntuación T, siendo la normalidad un puntaje de entre T 40 y T 60. Un puntaje directo por arriba de T 60 indica compromisos importantes de la salud en las subescalas de estrés, ACR, conducta tipo A y valoración negativa. En las otras subescalas, los puntajes por debajo de T-40 indican un riesgo elevado a la salud al no percibir las señales de alerta sobre el comportamiento.

#### *Cuestionario de datos sociodemográficos*

Se elaboró el instrumento para recabar los datos sociodemográfico construido expresamente para la investigación, contenía datos generales y de salud, el IMC se obtuvo al momento de pesaje previo a su consulta médica de seguimiento.

#### *Índices estandarizados para establecer el peso*

Se aplicó el IMC, o Índice de Quételet, que es el cociente que resulta de dividir el peso corporal (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros cuadrados), y que se usa comúnmente y a gran escala en los estudios epidemiológicos para estimar la gravedad de la obesidad. Según la Norma Oficial Mexicana, en adultos se toma 18.5 como peso bajo; de 18.5 a 24.9 como peso normal; 25.0 a 29.9 como sobrepeso, y más de 30.0 como obesidad.

## RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se analizan a partir de la muestra global, y luego las comparaciones se hacen mediante la formación de tres grupos a partir del Índice de Quételet, o IMC: normal, sobrepeso y obesidad.

Los puntajes que se reportan como riesgosos para la salud son aquellos que se encuentran por debajo de  $T = 40$ . El índice de sesgo es una medida de confiabilidad de las respuestas, con un valor de  $92.4\% = 0$ . Los perfiles obtenidos son válidos y la certidumbre es alta para su interpretación.

Los datos sociodemográficos fueron reportados por las propias participantes. Su edad iba de 21 a 37 años, con una media de 31.43 ( $\pm 3.7$ ). De ellas, 62.8% estaban casadas y 37.2% vivían en unión libre; 67.6% trabajaban en casa y 32.4% fuera de ella, con un trabajo remunerado. Los años de escolaridad tuvieron una media de 12.65 ( $\pm 3.31$ ), y fueron registrados de la siguiente manera: 12 (4.8%) tenían escolaridad primaria, 60 (24.0%) escolaridad secundaria, 110 (44.0%) escolaridad media superior, 65 (25.2%) licenciatura y 4 (2.0%) estudios de posgrado. Las participantes contaban con un tiempo de tratamiento que iba de uno a quince años, con una media de 5.64 ( $\pm 3.52$ ).

Para el IMC se encontró una media global de 28.59, con una desviación estándar de 4.59, un mínimo de 18.047 y un máximo de 48.2. El IMC normal se observó en 49 (19.6%) de las participantes, el sobrepeso en 115 (46.0%), y la obesidad en 86 (34.4%).

La Tabla 1 agrupa las subescalas con una estrecha relación entre las conductas y los hábitos de la salud. Se destacan aquellas que por su frecuencia y porcentaje son representativas en los grupos de comparación.

Con base en los porcentajes hallados, la comparación entre los grupos revela que estos se encontraban en una condición de riesgo a la salud. Dicho riesgo fue mayor en mujeres con índice de masa corporal normal, y menor en mujeres con obesidad. En cuanto a la subescala de Cuidado de la salud, los porcentajes indican nuevamente que las mujeres con IMC normal estaban en mayor riesgo que aquellas del grupo con sobrepeso.

**Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje por IMC de riesgo para la salud.

Subescala	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Estrés	Normal (43) 87.8 Riesgo (6) 12.2	(105) 91.3 (10) 8.7	(74) 86.1 (12) 14.0
Hábitos de salud	Normal (34) 69.4 Riesgo (15) 30.6	(99) 86.1 (16) 13.9	(67) 77.9 (19) 22.1
Ejercicio	Normal (25) 51.0 Riesgo (24) 49.0	(73) 63.5 (42) 36.5	(64) 74.4 (28) 32.6
Descanso	Normal (41) 83.7 Riesgo (8) 16.3	(105) 90.4 (11) 9.6	(72) 83.7 (14) 16.3
Alimentación	Normal (41) 83.7 Riesgo (8) 16.3	(106) 92.2 (9) 7.8	(68) 79.1 (18) 20.9
Prevención	Normal (42) 85.7 Riesgo (7) 14.3	(109) 94.8 (6) 5.2	(79) 91.9 (7) 8.1
Conglomerados	Normal (32) 65.3 Riesgo (17) 34.7	(81) 70.4 (34) 29.6	(61) 70.4 (25) 29.6
N = 250	(49) 19.6	(115) 46.0	(86) 34.4

Otro componente del cuidado de la salud es el ejercicio, con respecto al cual se observó mayor riesgo en el grupo de IMC normal, mientras que los porcentajes obtenidos por las mujeres del grupo con obesidad indican un menor riesgo. Un aspecto a resaltar es que las féminas del grupo con IMC normal se hallaban en mayor riesgo en cuanto a la prevención, al contrario de las participantes con sobrepeso.

En la subescala de conglomerados, referente al consumo de alcohol, drogas recreativas y tabaco, las mujeres del grupo normal estaban asimis-

mo en mayor riesgo que los otros grupos, siendo las mujeres de IMC normal las que estaban un mayor riesgo, principalmente en el consumo de tabaco.

En términos generales, la población con peso normal en las distintas subescalas tuvo mayor riesgo que el resto de los grupos de comparación (véase Tabla 1).

La Tabla 2 agrupa las subescalas que tuvieron una mayor relación con las características psicológicas que pueden ser precursoras del autocuidado.

**Tabla 2.** Frecuencia y porcentaje por IMC de riesgo para la salud.

Subescala	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Redes sociales	Normal (27) 57.1 Riesgo (22) 44.9	(68) 59.1 (47) 40.9	(46) 53.5 (40) 46.5
Conducta tipo A	Normal (42) 85.7 Riesgo (7) 14.3	(103) 89.6 (12) 10.4	(78) 90.7 (8) 9.3
Fuerza cognitiva	Normal (34) 69.4 Riesgo (15) 30.6	(82) 71.3 (33) 28.7	(59) 68.6 (27) 31.4
Valoración +	Normal (31) 63.3 Riesgo (18) 36.7	(90) 70.3 (25) 21.7	(56) 65.1 (30) 34.9
Valoración -	Normal (20) 40.8 Riesgo (29) 59.2	(55) 78.3 (60) 21.7	(30) 34.9 (56) 65.1
Minimización de la amenaza	Normal (39) 79.6 Riesgo (10) 20.4	(91) 79.1 (24) 20.9	(69) 80.29 (17) 19.8
Concentración en el problema	Normal (30) 61.2 Riesgo (19) 38.8	(84) 73.0 (31) 27.0	(59) 68.6 (27) 31.4
Bienestar psicológico	Normal (37) 75.5 Riesgo (12) 24.5	(98) 85.2 (17) 14.8	(70) 81.4 (16) 18.6
n = 250	(49) 19.6	(115) 46.0	(86) 34.4

En dicha tabla, el puntaje por debajo de T-40 indica un riesgo elevado a la salud al no percibir las participantes señales de alerta sobre su comportamiento; en cada una de las casillas se indica un porcentaje de normalidad y uno de riesgo, principalmente porque no perciben amenaza alguna.

## DISCUSIÓN

Debido a su relevancia y complejidad como problema de salud pública, la pandemia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva, en los países de América Latina no puede ser abordada desde una sola disciplina (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018). Así, la medicina, la nutrición, la antropología, la sociología y la psicología intentan explicar el origen multicausal de una condición que afecta la salud física y reproductiva de la mujer en el contexto regional (Rojas y García 2017).

Las cifras revelan que, en América Latina, la salud de las mujeres que pretenden embarazarse —y las que no lo hacen— se ha visto aún más afectada por una enfermedad crónica no transmisible, como el sobrepeso y la obesidad (Anderson *et al.*, 2003).

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres con infertilidad primaria evaluadas (84.6%) contrasta con los resultados de la región, en la que se reporta que 60% de la población de mujeres padece estas dos condiciones. La mayor parte de estos casos se encuentra fuera del rango reproductivo, con 23% más de mujeres afectadas que hombres (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2018). Lo anterior indica que se trata de un problema que repercute directamente en la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Un argumento que frecuentemente se emite es que el estrés es un componente responsable del aumento del peso (Arranz *et al.*, 2009; Segura, 2015). Sin embargo, en este trabajo no fue el caso. Los distintos estudios que asocian el estrés con el sobrepeso y la obesidad afirman que dicha

relación influye para que el IMC de un número importante de personas se modifique.

Puede decirse que tal relación es meramente hipotética. El estudio de Rodríguez y Oramas (2015) así lo subraya al no encontrar relación alguna aun realizando mediciones bioquímicas, como el cortisol, que hipotéticamente tendría que estar presente cuando alguien reporta sufrir estrés. Además, debido a que el incremento del IMC y el estrés pueden ser variables independientes tanto en población adulta como en adolescentes, no se ha logrado establecer esa correspondencia (Meza, 2017).

La American Psychiatric Association (APA) (2014), máxima autoridad sobre las directrices de la psicología para América, no define lo que es el estrés, aunque da recomendaciones e indicaciones para su manejo. Puesto que el concepto es ambiguo y no es posible medirlo, es necesario destacar que en distintas búsquedas específicas en las bases de datos solamente se infiere, sin que exista una asociación determinante entre el estrés y el sobrepeso y la obesidad.

Siendo el estrés un concepto que se originó en la física de la resistencia de los metales, se le aplicó mecánicamente a la salud en la década de 1950, primero a la fisiología y luego extrapolándolo a la psicología de la salud, quedando en esta como una piedra angular. El término se ha definido como una experiencia mayor o menor de incomodidad, molestia y frustración en la vida cotidiana (APA, 2014), definición inespecífica que puede aplicarse perfectamente a otros fenómenos psicológicos. Por ello, no ha sido posible medir el concepto con precisión, a pesar de los esfuerzos por construir instrumentos específicos que no se sobrepongan con el concepto de ansiedad.

Así, la relación del estrés con la obesidad y la salud no es clara, y solo es posible plantearla como una hipótesis. No hay un modelo que explique de forma consensuada el papel del estrés en la salud, aunque por lo regular se acepta que el estrés crónico ocurre con mayor frecuencia en las mujeres (García, 2011).

También las propuestas sobre su efecto en la salud solamente se sostienen de manera hipotética. Por lo general, los estudios que concluyen que los problemas de salud son debidos al incremento del estrés o que tienen un correlato con este,

pueden caracterizarse como un sofisma aceptado que no se prueba ni se cuestiona. De esta manera, aceptar que el estrés es fundamental para explicar el sobrepeso, la obesidad o los problemas de salud implica mantener el sofisma y abundar sobre un concepto que no funciona como modelo explicativo.

Lo que podría dar mayor claridad es el factor relativo a los hábitos de salud (Lara *et al.*, 2012), entendidos como conductas específicas que, cuando se practican de manera regular, conducen tanto al bienestar físico como psicológico. A dicho factor lo conforman los componentes del ejercicio físico (Chau y Saravia, 2016): descanso-sueño, alimentación-nutrición y prevención.

En el presente estudio, las mujeres con un IMC normal tuvieron un mayor riesgo en los hábitos de salud, y lo mismo sucede cuando se analiza la frecuencia del ejercicio (Jiménez *et al.*, 2008): las participantes que estaban dentro de la norma presentaron un mayor riesgo por la baja frecuencia de ejercicio. Según la OMS, toda persona mayor de 20 años debe realizar 150 minutos de actividad moderada, o 75 minutos (Romero *et al.*, 2007) de actividad vigorosa por semana, para obtener beneficios para su salud (Chau y Saravia, 2016).

En las subescalas utilizadas es posible destacar que, en general, las mujeres con IMC normal tienen un mayor riesgo que aquellas con sobrepeso y obesidad (Uribe, 1999), y es en ellas en quienes se puede intentar la prevención, no así en los otros dos grupos.

Una conducta esperada en los tres grupos comparados y que importan un riesgo en los hábitos de salud es emplear estrategias que les permitan disminuir los índices de peso; sin embargo, en este trabajo se observa que no lo hacían, probablemente por las creencias de salud (Ogueda y Barra, 2017).

El cuidado de la propia salud es indispensable para el mantenimiento y preservación de la vida a lo largo de la historia (Arenas *et al.*, 2011). El autocuidado comprende aquellos esfuerzos que efectúan los individuos, las familias o las comunidades con el propósito de preservar la salud. Una de sus funciones es restablecerla, o bien limitar cualquier efecto indeseable sobre esta ante una enfermedad crónica.

El autocuidado comienza con la atención de uno mismo e implica actividades diarias, íntimas y personales que tienen relación con las instituciones de salud, pues el sujeto no puede ser un principio que esté por encima de la sociedad como una práctica social (Arenas *et al.*, 2011). Por ello, la revisión de las normas del cuidado a la salud tiene que realizarse de manera consensuada con los involucrados en la materia.

La interacción de las dimensiones física, psicológica y social son precisadas como componentes de la calidad de vida, y evaluadas por la paciente en relación con el estado funcional, los síntomas y la percepción de bienestar psicológico y emocional, aunque también se encuentran entre ellas la negación de la enfermedad (Muñoz, 2009) y algunos síntomas psicológicos que distorsionan el concepto de la calidad de vida, por lo que no puede ser un concepto meramente individual.

En lo individual, la obesidad es difícil de revertir cuando se hace crónica, y desde la visión clínica se explica que, debido a un incremento de los casos de hipotiroidismo, hay una estrecha relación entre la infertilidad y el aumento de los índices del IMC. En efecto, se ha establecido que el hipotiroidismo genera un incremento de entre 4 y 5 kilos (Jiménez *et al.*, 2020; Möncke y Muzzo, 2015) que no se corresponde con los índices de sobrepeso y obesidad. Otra explicación es que ese aumento tiene que ver con ciertos factores genéticos, consecuencia del uso indiscriminado de medicinas por más de ocho décadas, las que han modificado la microbiótica intestinal. Un antibiótico utilizado precozmente podría producir un incremento en el peso en el largo plazo y ser permanente (Möncke y Muzzo, 2015). Un aumento de peso durante las distintas etapas de la vida reproductiva de la mujer tiene un efecto negativo en su salud; así, un incremento de diez kilos puede desencadenar anovulación, amenorrea primaria y secundaria, entre otros efectos (Möncke y Muzzo, 2015), contribuyendo a una disminución de la fertilidad.

Las subescalas que dan cuenta de los fenómenos que exploran los contenidos psicológicos se describen a continuación, tomando en cuenta que son las representativas.



La subescala de *Redes sociales* de apoyo se refiere a qué tan valoradas se sienten las mujeres por quienes les rodean. Aunque el valor de esta subescala es semejante en los tres grupos, son las mujeres con obesidad quienes registran un mayor riesgo de no percibir ni contar con redes de apoyo, con 46,5%, seguidas de cerca por las mujeres con peso normal. Dicha percepción puede repercutir en otros problemas de salud, pues las mujeres deben afrontar diversos problemas personales y de salud de manera individual.

La conducta tipo A representa la principal expresión de una característica psicopatológica, la cual puede predisponer a las enfermedades de las arterias coronarias. La expresión conductual de tal condición es la desconfianza, el enojo y la hostilidad.

Los estilos de afrontamiento incluidas en las siguientes subescalas y evidenciadas en las frecuencias y porcentajes registrados, se consideran un factor de riesgo por ubicarse en un puntaje estandarizado de T-40. Dichas subescalas son, a saber: Fuerza cognitiva, Valoración positiva, Valoración negativa, Minimización de la amenaza, Concentración en el problema y Bienestar psicológico. Lo anterior puede indicar que se carece de una estrategia definida para varias de las actividades, entre las que se encuentra el cuidado de la salud.

La *fuerza cognitiva* se refiere a la calidad del compromiso para la participación en las distintas esferas de funcionamiento de las personas; también representa la valoración de su propia persona. Los puntajes de T-40 o menos indican que la persona se siente alienada en su trabajo y vida familiar, como es el caso de los tres grupos de la muestra aquí empleada.

Los registros que representan la *valoración positiva* como estrategia de afrontamiento indican el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés. Por otro lado, la *valoración negativa* se caracteriza por autoculpabilidad, crítica o pensamientos catastróficos; llama la atención que las mujeres con peso normal tengan el mayor porcentaje de riesgo al utilizar esta estrategia de afrontamiento y tengan menor peso.

La estrategia de afrontamiento de *concentración en el problema* se refiere a que las perso-

nas hagan intentos activos para modificar su conducta, siendo las mujeres con peso normal las que emplean menos estrategias (El resto de las subescalas se muestran en la Tabla 2).

En el contexto social de México, los reportes consignan que en el año de 1989 la obesidad afectaba a 7% de la población adulta, y 29 años después a cerca de 73% (Uribe *et al.*, 2018); es decir, que en solo tres décadas el incremento fue de casi diez veces, lo que coincide con la entrada de modelo económico del neoliberalismo, la cual, al ser una ideología, no modifica únicamente la economía, sino que trastoca otras formas de pensamiento, y una de cuyas premisas fundamentales es que las personas se vuelvan consumidores. En consecuencia, los estilos de vida conocidos hasta entonces, así como los patrones de consumo y alimentación de la población, se modificaron a su vez. Se ha atribuido a las muy diversas comidas tradicionales de América Latina el descontrol en los índices de peso; no obstante, la comida tradicional de las distintas regiones alimentó durante generaciones a sus pobladores sin que hubiera el incremento de sobrepeso y obesidad que se aprecia en la actualidad.

Con la industrialización se han modificado los patrones de consumo cotidiano de las personas en México (Uribe, 1999; Uribe *et al.*, 2018); en las zonas de alta marginalidad la ingesta calórica también aumentó. Antes de los años noventa las personas en condición de pobreza tenían en su mayoría algún grado de desnutrición, pero hoy esta población registra sobrepeso y obesidad, no obstante lo cual es una población enferma. Aunque el padecimiento tiene ahora otra expresión (el incremento de la masa corporal), las personas afectadas por el sobrepeso y la obesidad no perciben que estas son, en efecto, enfermedades (Uribe *et al.*, 2018). A causa de la disponibilidad de productos industrializados de alto valor calórico y de la ingesta entre comidas, puede alcanzarse un consumo promedio de 1928 calorías de productos empacados y bebidas azucaradas por día (Uribe *et al.*, 2018).

Desde la perspectiva de la psicología clínica, a principios de la década de los noventa, cuando las políticas neoliberales se establecieron con fuerza y su máxima expresión fue una forma

reconocida de nuevas relaciones sociales en América Latina, irrumpe de manera coincidente en el ámbito de la salud pública una corriente que da paso a la psicología de la salud, fundamentada en lo que se conoce como psicología positiva. Así, aquella marca el quehacer de la disciplina, desconociendo a la vez a la psicología clínica por tener una visión pesimista sobre el comportamiento humano. Así, la psicología clínica tradicional es aniquilada al modificarle el nombre (Oblitas, 2008). De esta manera, se niega la tradición de la psicología científica, misma que mediante extensas publicaciones teóricas y de investigación había enriquecido de manera importante al cuerpo de conocimientos en campo de la salud-enfermedad para dar repuesta a dos nociones: la salud mental y la salud psicológica. Actualmente, esta orientación se discute en el ámbito académico y medios de comunicación, específicamente entre los trabajadores sanitarios españoles (Prieto, 2006).

Con la visión de la psicología positiva o de la salud se conforma una corriente de opinión y no una teoría científica, pues el fundamento de la propuesta va desarticulando la subjetividad de las personas y genera nuevas representaciones sociales sobre el concepto de sujeto. Cuando la investigación en torno a la psicología positiva comenzó, esta partió de dudosos estudios e impulsó publicaciones que destacaban sus bondades. Dicha postura se sometió a la investigación para presentarla como una psicología “científica” (Koepsel y Ruiz de Chávez, 2015), y en algunos profesionales de la psicología y en la población en general esta versión distorsionada se mantuvo y se reforzó con el auge de los libros de autoayuda (Papalini, 2010; Peredo, 2012).

Desde que, a finales del siglo XIX, la psicología se establece como una ciencia separada de la filosofía de manera formal con la publicación en 1895 de *Psicología de las masas*, de Gustav Le Bon, se perfila la idea de que todo aquello que ocurre en los seres humanos no es racional, y que hay afectos subyacentes en todo su quehacer. De ahí la importancia de Sigmund Freud (1856-1939), quien estructuró una manera de entender el modo en que funciona el hombre mediante una teoría que establece una concepción de lo humano, una técnica y una teoría de esta. La psicología

es quizás una forma de preservar la unión de una ciencia integradora; al ser una ciencia natural por su trabajo con humanos, una ciencia social por trabajar con esos humanos dentro su entorno grupal, familiar y social, y una ciencia reflexiva, pues sus explicaciones parten del método reflexivo de la filosofía, y específicamente de la sociología del conocimiento, que hace posible enriquecer no solo la psicología sino todas las áreas del conocimiento humano.

A finales del siglo XX se consolida el ingreso de la psicología positiva a la salud pública (Seligman, 2002). Los problemas de salud pública en las poblaciones latinoamericanas fueron creciendo y se convirtieron en un problema colectivo (Flores, 2006). Además del sobrepeso y la obesidad, enfermedades como la diabetes, la hipertensión, los problemas cardiovasculares y reproductivos aparecieron con mayor frecuencia. La orientación de la psicología positiva fue proliferando y produciendo una cantidad importante de obras en la búsqueda de nuevos consumidores de la felicidad, la cual se presentaba como una mercancía. En efecto, se prometía felicidad, pero no salud (Peredo, 2012).

Las aproximaciones pseudocientíficas proponen soluciones que dependen exclusivamente del lector mediante el control de sus emociones, sin indagar el origen de las sensaciones a través de la búsqueda de múltiples identidades con efectos pseudoterapéuticos. Con ello, bloquean la capacidad de simbolizar un problema de salud, negando el dolor y remplazándolo por un hedonismo: por un actuar, en lugar de pensar, al que se llega mediante las formulaciones inmediateistas, y sin la posibilidad de que dentro de sus representaciones mentales pueda establecerse la censura como un componente de reestructuración de la nueva condición. Tales aproximaciones buscan cambiar el pesimismo por el optimismo, ya que la realidad y la felicidad se encuentran en conflicto. Con esta orientación en la atención de la salud pública se registró un desproporcionado crecimiento de los problemas de salud, principalmente en las mujeres.

Asimismo, no puede infravalorarse el alcance de esta aproximación en lo que respecta a la formación y transmisión de ideas en gran parte de las sociedades occidentales durante las últimas

décadas. Es patente su consumo en América Latina durante los últimos años: en Brasil se pueden adquirir 235 títulos diarios; en México, 81; en Argentina, 76; en Colombia, 43, y en Chile, 40, en formato impreso y digital (Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe, 2020).

La autoayuda se presenta como la venta de una felicidad que niega los propios hechos, y de este modo se introduce en la cultura popular. ¿Por qué fue posible que estas orientaciones prosperaran de manera tan desproporcionada? La respuesta se puede resumir en dos vertientes.

La primera tiene que ver con las premisas sofisticadas con las cuales construyen su conocimiento. Dentro de la psicología positiva se menciona que el origen del pesimismo es genético, asociado al pesimismo y a la crítica de los padres, y la experiencia de dominio e incapacidad. Se propone una fórmula:  $F = R + C + V$ , donde  $F$  es el nivel de felicidad duradera;  $R$ , un rango fijo de felicidad (genético);  $C$ , las circunstancias de la vida, y  $V$ , el control de la voluntad (Seligman *et al.*, 2004). Lo anterior puede ser un ejemplo representativo de un sofisma que ha sido tan determinante que fundamentó los planteamientos de la psicología de la salud, aunque no proporciona estrategias de las intervenciones psicológicas que hagan posible revertir el rango fijo, sobre todo porque es de origen genético.

La segunda es la agnotología (Proctor, 2008), que es el estudio de la ignorancia o duda culturalmente inducida, especialmente la publicación de datos científicos erróneos o tendenciosos, de la cual se vale la psicología de la salud positiva para imponer su visión a todos los problemas de salud.

Paralelamente al incremento de los problemas de salud pública derivados de la obesidad y la diabetes, que se volvieron inmanejables, proliferaron los libros de autoayuda, una forma de pensamiento positivo que fue permeando en la sociedad mediante el consumo de las obras que comparten sus premisas, cuya negación de la realidad y reducción de la sensación de riesgo se adoptó como un estilo de vida. Como se ha mencionado líneas atrás, dicha propuesta desarticula la subjetividad de las personas y genera nuevas representaciones sociales sobre el concepto de sujeto (Jubany *et al.*, 1998).

El objeto de estudio de la psicología clínica es el psiquismo, es decir, el contenido del mundo afectivo, y puede observarse en forma individual o de manera colectiva. Lo psíquico es aquello que se va conformando mediante la crianza, y se encuentra entre lo biológico y lo social. Cuando un contenido social o biológico se inviste de afecto se convierte en un producto psicológico, como puede ser una representación. Debido a que el sobrepeso y la obesidad tienen múltiples orígenes —aunque pueden dividirse en dos grandes terrenos: el adquirido y el hereditario—, es necesario su abordaje desde distintas disciplinas, como todos los procesos de salud.

Se ha observado que tanto en el sobrepeso como en la obesidad hay limitaciones en el proceso de simbolización. Una persona con sobrepeso u obesidad que preserva la autoestima no permite generar la angustia necesaria para representarse como una persona enferma, y generar así los recursos de autocuidado para mantener la salud. Otra característica es que cuando los recursos adaptativos extremos, como la resiliencia, provocan la ruptura de límites que impone la enfermedad, se propicia una inserción social adaptativa al representarse como una persona sana, y debilita a la vez el proceso de simbolización al poner su vida afectiva en el exterior mediante actividades distractoras basadas en el hedonismo y la inmediatez con recursos artificiales derivados de las múltiples lecturas de la autoayuda (Rivera y Riveros, 2017).

La psicología clínica propone que un factor de cambio durante el tratamiento es que las pacientes puedan experimentar angustia con apego a la realidad, un recurso necesario para modificar los estilos de vida, y de esta manera puedan revertir los procesos de enfermedad (Arístegui *et al.*, 2009; Ciscar *et al.*, 1998). El cambio de las representaciones sociales mediante el tratamiento psicológico desde el abordaje clínico, con las premisas que han funcionado tradicionalmente para modificar los patrones de comportamiento y de autocuidado en torno a la enfermedad, en particular, el sobrepeso y la obesidad, puede propiciar el cuidado a la salud reproductiva, principalmente en las mujeres (Jodelet, 2008).

Citación: Carreño M., J., Mota G., C., Sánchez B., C. (2023). Obesidad en mujeres infértiles: una explicación desde la psicología clínica. *Psicología y Salud*, 33(2), 509-520. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2832>.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). APA.
- Anderson, K.M., Sharpe, D.S., Rattray, A. e Irvine D.S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research*, 54, 353-355. Doi: 10.1016/s0022-3999(02)00398-7.
- Arenas, L., Jasso, J. y Campos, R. (2011). Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42-48. Doi: 10.1177/1757975911422960.
- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J.I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 277-289.
- Arranz L., L., Ruiz O., J., Aguirre R., W., Gaviño G., F., Gaviño A., S. y Moreno G., D. (2009). Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(3), 17-20.
- Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe (2020). *Autoayuda, superación personal y religión, los libros que más se leen*. Bogotá: CEFLALC. Recuperado de <https://reporterohoy.mx/noticias/autoayuda-superacion-personal-y-religion-los-libros-que-mas-se-leen/>.
- Chau, C., Saravia, J.C. (2016). Conductas de salud en estudiantes universitarios limeños: validación del CEVJU. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(41), 90-103. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459646901009>.
- Ciscar, S., Perpiñá, C., Blasco, L. y Segura, M. (2019). Funcionamiento ejecutivo, afecto y autorregulación alimentaria en los trastornos alimentarios y la obesidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 1-11. Doi: 10.24205/03276716.2018.1083.
- Flores A., L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693.
- García, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.
- Helard, M. (2017). Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 607-614.
- Jiménez I., L.C., Conde G., Y.S. y Torres T., J.A. (2020). Hipotiroidismo asociado con infertilidad en mujeres en edad reproductiva. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(5), 321-329. Doi: 10.24245/gom.v88i5.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales*, 3(5), 32-63.
- Jubany, A., Elías, D. y Kosak, V. (1998). Perfil psicológico de los obesos. *Abreletras-Psicodiagnóstico*, 2, 72-86. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10915/51257>.
- Koepsel, D. y Ruiz de Chávez, M. (Eds.) (2015). *Ética de la investigación. Integridad científica* (pp. 31- 46). México: Comisión Nacional de Bioética, Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Lara E., C., Torres Y., C. y Moreno, M. (2012). Actitudes y hábitos ante la prevención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 11-17.
- Le Bon, G. (2018). *Psicología de las masas*. Verbum.
- Meza P., C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom.
- Möncke, F. y Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de la obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 96-102.
- Muñoz N., E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391-401.
- Nowack, K.M. (2002). *Perfil de estrés*. El Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38.
- Ogueda F., J. y Barra A., E. (2017). Creencias compensatorias de salud: Implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. *Psicología y Salud*, 27(2), 207-211.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. OMS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2018). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala: Autores.

- Peredo M., A. (2012). En busca de la felicidad. Los libros de autoayuda. *Intersticios Sociales*, 4, 1-31.
- Prieto, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, 17(3), 319-338.
- Proctor, R.N. (2008). Agnotology: a missing term to describe the cultural production of ignorance (and its study). En R. N. Proctor y L. Schiebinger (Eds.): *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance* (pp. 1-33). Stanford, CA: Stanford University.
- Rivera F., L. y Riveros R., A. (2017). Construcción y validación de un instrumento de consciencia de enfermedad para personas con sobrepeso u obesidad exógena. *Psicología y Salud*, 27(1), 103-115.
- Rodríguez G., J. (2019). Relación entre el estrés y la obesidad. *Entretextos*, 32(11), 32-42.
- Rodríguez J., E. y Oramas V., A. (2015). Empleo de indicadores bioquímicos en el estudio del estrés psicosocial laboral. Tendencias en la investigación. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 16(3), 69-75.
- Romero A., E., Brustad, R.J. y García, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52.
- Segura G., R. (2015). El efecto de los factores estresantes en las mujeres. *Alternativas en Psicología*, 18(Núm. esp.), 35-47.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.): *Handbook of positive psychology* (pp. 3-12). Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Parks, A. y Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359(1449), 1379-1381.
- Tunc, O., Bakos, H.W. y Tremellen, K. (2011). Impact of body mass index on seminal oxidative stress. *Andrologia*, 43(2), 121-128. Doi: 10.1111/j.1439-0272.2009.01032.x.
- Uribe J., T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Uribe, R., Jiménez, A., Morales, M.C., Salazar, A.A. y Shamah, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60(3), 254-262. Doi: 10.21149/8822.
- Papalini V., A. (2010). Libros de autoayuda: Biblioterapia para la felicidad. *Athenea Digital*, 19, Recuperado de <http://psicologia-social.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/722>.
- Rojas R., A.T. y García M., M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 85-95. Doi: 10.15645/Alabe2019.20.1.

# 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. Los trabajos deberán enviarse en formato Word a través de nuestra plataforma <http://psicologiaysalud.uv.mx/> y al correo electrónico [rbulle@uv.mx](mailto:rbulle@uv.mx).
3. 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.
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.
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, incluyendo tablas, imágenes, gráficas y bibliografía, 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 correos electrónicos y el Open Researcher and Contributor ID (ORCID).
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. Señalar si el manuscrito fue producto de un proyecto evaluado por algún comité de investigación, de ética en investigación u órgano colegiado.
15. En los trabajos investigación, 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.
16. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados, y no debe exceder de 250 palabras.
17. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.
18. Incluir al menos dos referencias de artículos aparecidos en la propia revista *Psicología y Salud*.

## REFERENCIAS:

19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association (APA) en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.
20. Las referencias anotadas al final deberán corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
21. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.

## CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

22. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2010 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.
23. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales, mapas y 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

Conceptual and normative dialogues between schizophrenia and disability: The case of Uruguay from the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health  
*Julia Córdoba Wolman, Magali Gilles Guigou and Andrea Gonella*

Validation and psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale in a Mexican clinical sample  
*Ángel López-Ortiz, Ángela Paola Monjarás-Mauricio and Marcos Alejandro Reyes-López*

Validation of the Maslach Burnout Inventory in Mexican nursing personnel  
*Eduardo Amaranto Jiménez-Padilla, Mónica Ramírez-Orozco, Juan Jiménez-Flores, Cristiane Decat-Bergerat, Abelardo Meneses-García and Óscar Galindo-Vázquez*

Some effects of worry on the decision making patterns  
*Francisco Augusto Laca Arocena*

Effectiveness of psychological interventions in the management of body image problems in breast cancer patients  
*Liliana Rivera Fong, Rafael Vázquez-Roma, Juan Enrique Bargallo-Rocha, José Luis Aguilar-Ponce, Sergio Aguilar and Ángel Herrera*

Assessment of cognitive functions in people with chronic kidney disease compared with transplant recipients and healthy ones  
*Cecilia Medina-Pérez, Victoria González-Ramírez and Ferrán Padrós-Blázquez*

Evaluation of the Grawe's Consistency Model in Mexican Population  
*Georgina Cárdenas-López, Irene Alice Chicchi-Giglioli, Raúl Durón-Figueroa, Fabiola Reyes, Lucía A. Carrasco-Ribelles and Mariano Alcañiz-Raya*

Suicide trend in the state of Nayarit, Mexico, 2013-2019  
*Jorge Cabrales-Arreola and Carlos Hernández-Girón*

Adaptation of remote cognitive behavioral therapy for childhood depression: A case study  
*Karla Suárez and Edgar Landa-Ramírez*

Now how do I get away? An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention to eliminate violence in the courtship  
*Karla Fernanda Ledesma-Ortega and Angélica Riveros Rosas*

Burden and positivity in informal primary caregivers of people with Down's syndrome  
*Paulina Alejandra Vázquez-García, Christian Israel Huerta-Solano, Héctor Rubén Bravo-Andrade, Norma Alicia Ruvalcaba-Romero and Xolyanetzin Montero-Pardo*

Effects of social support on daily stress in cancer survivors  
*Ornella Castagnetta, Tomás Blasco Blasco and Jordi Fernández-Castro*

Psychosocial risk factors and post-traumatic stress disorder in first responders to emergency workers  
*Alejandra María Díaz-Tamayo, Cecilia Andrea Ordoñez-Hernández and Herney Andrés García-Perdomo*

Influence of power spectral representation of heart rate variability in assessing stress  
*Erik Leonardo Mateos-Salgado, José Esaúl Pineda-Sánchez, Benjamín Domínguez-Trejo, Brian Michelle González-Hernández and Rebeca Guzmán-Saldaña*

An online cognitive-behavioral intervention to improve lifestyle in type II diabetes mellitus  
*Elda Madal Lara-Acosta and Bárbara de los Angeles Pérez-Pedraza*

Interventions to improve quality of life in older adults: Systematic review with PRO questions  
*María de Jesús Cruz-Peralta and Ana Luisa González-Celis*

Online clinical supervision program for cognitive-behavioral therapists at hospital settings: a pilot study  
*Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández, Cinthia Huerta Barrientos, Isaba Cecilia Monroy-Ortiz, Silvia Monserrat Sánchez-Ramos and Juan José Sánchez-Sosa*

Religiosity and postoperative recovery (pain, nausea, and dysphagia) in sleeve gastrectomy patients  
*Citlím Bernardo Palomares-Palomares, Georgina Leticia Álvarez-Rayón, Mayra Ortega-Luyando and Adriana Amaya-Hernández*

Symptoms of attention deficit, anxiety, and depression in university students  
*María E. Navarro-Calvillo, Julio C. Flores-Lázara, Eliana Medrano, Narda D. Bustos-Rojas and Luis R. Zapata-Enríquez*

Gender violence: From bureaucratic mortar to the social reality in mental health  
*Raúl Gutiérrez Mercado*

Association between depression, anxiety, stress and place of origin (internal migration-non-migration) in university students  
*Esperanza Cabrera-Díaz, Sergio Andrés Charry-Méndez and Gilberto Astaiza-Arias*

The Dual-Factor Model of Mental Health in Adolescents: Relevance of both intrapersonal and contextual protective and risk factors  
*Manuel González, Concepción Correa, Sofía Ruiz and Emma Barrasa*

The role of depression, anxiety, and risk behaviors in health professionals: A review  
*Rafael Armando Samaniego Garay, Mayra Aracely Chávez Martínez, Aurelia Morales Martínez, María de Lourdes del Río Mendoza and Bárbara de los Angeles Pérez Pedraza*

Obesity in infertile women: An explanation from clinical psychology  
*Jorge Carreño Meléndez, Cecilia Mota González and Claudia Sánchez Bravo*