

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 34 Número 1

Enero-junio 2024

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Efectos de la terapia de solución de problemas del autocuidado de cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos
Nancy Rangel-Domínguez, Rebeca Robles-García y Juan José Sánchez-Sosa

Atención psicológica de personas con diabetes mellitus: una revisión narrativa de las guías de práctica clínica mexicanas
José Fernando Mara-Rama y Georgina Eugenia Bazán-Riverán

Influencia de familiares, amigos y edad de inicio en el abuso de alcohol en adolescentes
Victor Santos Acosta Madueño y Ferrán Padrás Blázquez

Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas en usuarios drogodependientes: una revisión sistemática
Alexis Amelio Fernández-Flores, Gerardo Ochoa-Meza y Alberto Castro-Valles

Análisis comparativo de la eficacia de dos terapias psicológicas para remitir la depresión en mujeres con fibromialgia
Gonzalo Sebastián Peña-Muñante

Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores
Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte y Luis Silva-Castillo

Predictores de la calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de jubilados de Cuernavaca, México
Norma Betanzas-Díaz, Rubén Agustín González-Muñano y Francisco Paz-Rodríguez

Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de pulmón: una revisión de la literatura
Joel Flores-Juárez, Óscar Galindo-Vázquez, Ana Fresán-Orellana, Patricia Ortega-Andeane, Xolyanetzin Montero-Pardo, Tania Estapé y Óscar Arrieta

Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición en técnicos en urgencias médicas
Francisco Emmanuel Parras-Parral, María del Rocío Guzmán-Benovente, Laura Ernestina Barragán-Ledesma, Martha Angélica Quintana-Escorza, Oliverio Leonel Linares-Olivas y Lauren Soed Garza-Barragán

Carga de trabajo, síndrome de burnout y síntomas psicósomáticos en trabajadoras de atención a usuarios
Emmanuel Martínez-Mejía, Magdalena Fonseca-Castro, Ana Laura Cortes-Hernández y Jesús Felipe Uribe-Prado

Efecto de un tratamiento basado en la activación conductual. Sintomatología depresiva y ansiosa y sueño en universitarios: un estudio piloto
Elsa Abigail Vázquez-Aguilar, José Luis Barrera-Gutiérrez y Ana Beatriz Moreno-Cautiño

Usos de las tecnologías de la información y la comunicación y tecnoestrés en docentes y estudiantes de una universidad privada
Norma Coppari, Laura Bagnoli, Lourdes González, Claudia Marecos y María Laura Romero-Lévera

Comparación de características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos
Jorge Luis Arellanes Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra y Fernando Iván Lima Zárate

Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos
Marcos Espinoza-Bello, Óscar Galindo-Vázquez, Frank J. Penedo, Miguel Ángel Jiménez-Ríos, Patricia Ortega-Andeane, Anna Scavuzza, Mirna García-Méndez y Abelardo Meneses-García

Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios
Diana Patricia Aguirre-Ojeda, J. Isaac Uribe-Alvarado, Cecilia del Carmen Rojas-Montoya y Mayra Consuelo Pérez-Pirrieta

Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión
Anaí Omar Vázquez-Marfil y Eréndira Estrella Vázquez-Vargas

Efecto de un programa de grupo de encuentro sobre el estrés y la ansiedad en estudiantes universitarios migrantes
Esperanza Cabrera-Díaz, Pedro León Reyes-Gaspar y Sergio Charry-Méndez

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. Mario Enrique Rojas Russell • *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 Vacio Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Volumen 34, Número 1 • Enero-junio de 2024

Psicología y Salud es una publicación semestral,

editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

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

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

Editor responsable: Rafael Bullé-Goyri Minter.

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

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

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

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

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Volumen 34, Número 1
Enero-junio de 2024

Efectos la terapia de solución de problemas del autocuidado de cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos <i>Nancy Rangel-Domínguez, Rebeca Robles-García y Juan José Sánchez-Sosa</i>	5
Atención psicológica de personas con diabetes mellitus: una revisión narrativa de las guías de práctica clínica mexicanas <i>José Fernando Mora-Romo y Georgina Eugenia Bazán-Riverón</i>	15
Influencia de familiares, amigos y edad de inicio en el abuso de alcohol en adolescentes <i>Victor Santos Acosta Madueño y Ferrán Padrós Blázquez</i>	29
Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas en usuarios drogodependientes: una revisión sistemática <i>Alexis Amelio Fernández-Flores, Gerardo Ochoa-Meza y Alberto Castro-Valles</i>	37
Análisis comparativo de la eficacia de dos terapias psicológicas para remitir la depresión en mujeres con fibromialgia <i>Gonzalo Sebastián Peña-Muñante</i>	49
Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores <i>Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte y Luis Silva-Castillo</i>	59
Predictores de la calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de jubilados de Cuernavaca, México <i>Norma Betanzos-Díaz, Rubén Agustín González-Muciño y Francisco Paz-Rodríguez</i>	71
Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de pulmón: una revisión de la literatura <i>Joel Flores-Juárez, Óscar Galindo-Vázquez, Ana Fresán-Orellana, Patricia Ortega-Andeane, Xolyanetzin Montero-Pardo, Tania Estapé y Óscar Arrieta</i>	83
Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición en técnicos en urgencias médicas <i>Francisco Emmanuel Porras-Parral, María del Rocío Guzmán-Benavente, Laura Ernestina Barragán-Ledesma, Martha Angélica Quintanar-Escorza, Oliverio Leonel Linares-Olivas y Lauren Soed Garza-Barragán</i>	93
Carga de trabajo, síndrome de burnout y síntomas psicósomáticos en trabajadoras de atención a usuarios <i>Emmanuel Martínez-Mejía, Magdalena Fonseca-Castro, Ana Laura Cortes-Hernández y Jesús Felipe Uribe-Prado</i>	103
Efecto de un tratamiento basado en la activación conductual. Sintomatología depresiva y ansiosa y sueño en universitarios: un estudio piloto <i>Elsa Abigail Vázquez-Aguilar, José Luis Barrera-Gutiérrez y Ana Beatriz Moreno-Coutiño</i>	113
Usos de las tecnologías de la información y la comunicación y tecnoestrés en docentes y estudiantes de una universidad privada <i>Norma Coppari, Laura Bagnoli, Lourdes González, Claudia Marecos y María Laura Romero-Lévera</i>	123
Comparación de características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos <i>Jorge Luis Arellanez Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra y Fernando Iván Lima Zárate</i>	135
Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos <i>Marcos Espinoza-Bello, Oscar Galindo-Vázquez, Frank J. Penedo, Miguel Ángel Jiménez-Ríos, Patricia Ortega-Andeane, Anna Scavuzzo, Mirna García-Méndez y Abelardo Meneses-García</i>	145
Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios <i>Diana Patricia Aguirre-Ojeda, J. Isaac Uribe-Alvarado, Cecilia del Carmen Rojas-Montoya y Mayra Consuelo Pérez-Pimienta</i>	155
Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión <i>Aruel Omar Vázquez-Marfil y Eréndira Estrella Vázquez-Vargas</i>	165
Efecto de un programa de grupo de encuentro sobre el estrés y la ansiedad en estudiantes universitarios migrantes <i>Esperanza Cabrera-Díaz, Pedro León Reyes-Gaspar y Sergio Charry-Méndez</i>	175

SUMMARY

Volume 34, Number 1
January-June 2024

Effects of problem-solving therapy on self-care of informal primary caregivers of palliative care patients <i>Nancy Rangel-Domínguez, Rebeca Robles-García and Juan José Sánchez-Sosa</i>	5
Psychological attention in persons with diabetes mellitus: A narrative review of the Mexican clinician practice guidelines <i>José Fernando Mora-Romo and Georgina Eugenia Bazán-Riverón</i>	15
Influence of family, friends, and age in alcohol abuse in adolescents <i>Victor Santos Acosta Madueño and Ferrán Padrós Blázquez</i>	29
Treatment predictors associated with relapse prevention in drug addict users: A systematic review <i>Alexis Amelio Fernández-Flores, Gerardo Ochoa-Meza and Alberto Castro-Valles</i>	37
A comparative study on the efficacy of two psychological therapies for depression reduction in women with fibromyalgia <i>Gonzalo Sebastián Peña-Muñante</i>	49
Descriptive analysis of mobility, emotions, and health in the verbal reference of older adults <i>Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte and Luis Silva-Castillo</i>	59
Predictors of quality of life and subjective well-being in a group of retirees from Cuernavaca, Mexico <i>Norma Betanzos-Díaz, Rubén Agustín González-Muciño and Francisco Paz-Rodríguez</i>	71
Psychological interventions in patients with lung cancer: A review of the research literature <i>Joel Flores-Juárez, Óscar Galindo-Vázquez, Ana Fresán-Orellana, Patricia Ortega-Andeane, Xolyanetzin Montero-Pardo, Tania Estapé and Óscar Arrieta</i>	83
Work-stress, burnout and factors associated with its appearance in medical emergency technicians <i>Francisco Emmanuel Porras-Parral, María del Rocío Guzmán-Benavente, Laura Ernestina Barragán-Ledesma, Martha Angélica Quintanar-Escorza, Oliverio Leonel Linares-Olivas and Lauren Soed Garza-Barragán</i>	93
Workload, burnout syndrome, and psychosomatic symptoms in customer service female workers <i>Emmanuel Martínez-Mejía, Magdalena Fonseca-Castro, Ana Laura Cortes-Hernández and Jesús Felipe Uribe-Prado</i>	103
Effect of a behavioral activation-based treatment. Depressive-anxious symptomatology and sleep in university students: A pilot study <i>Elsa Abigail Vázquez-Aguilar, José Luis Barrera-Gutiérrez and Ana Beatriz Moreno-Coutiño</i>	113
Use of information and communication technologies and technostress in teachers and students of a private university <i>Norma Coppari, Laura Bagnoli, Lourdes González, Claudia Marecos and María Laura Romero-Lévera</i>	123
Comparison of video game addiction between Mexican male and female students <i>Jorge Luis Arellanez Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra and Fernando Iván Lima Zárate</i>	135
Psychometric properties of EPIC-Sexual Function in Mexican men <i>Marcos Espinoza-Bello, Óscar Galindo-Vázquez, Frank J. Penedo, Miguel Ángel Jiménez-Ríos, Patricia Ortega-Andeane, Anna Scavuzzo, Mirna García-Méndez and Abelardo Meneses-García</i>	145
Sexual practices, skills to negotiate the use of condoms, and infatuation in university students <i>Diana Patricia Aguirre-Ojeda, J. Isaac Uribe-Alvarado, Cecilia del Carmen Rojas-Montoya and Mayra Consuelo Pérez-Pimienta</i>	155
Psychodynamic family psychotherapy aimed at a young adult patient with depression diagnosis <i>Aruel Omar Vázquez-Marfil and Eréndira Estrella Vázquez-Vargas</i>	165
Effect of a meeting group program on stress and anxiety in migrant university students <i>Esperanza Cabrera-Díaz, Pedro León Reyes-Gaspar and Sergio Charry-Méndez</i>	175

Efectos la terapia de solución de problemas del autocuidado de cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos

Effects of problem-solving therapy on self-care of informal primary caregivers of palliative care patients

Nancy Rangel-Domínguez^{1,2}, Rebeca Robles-García³
y Juan José Sánchez-Sosa¹

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”²
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”³

Autor para correspondencia: Nancy Rangel-Domínguez, psicnancyrangel@hotmail.com.

RESUMEN

Asumir y efectuar los cuidados de los pacientes con padecimientos crónicos que ya no pueden responder a intervenciones curativas –es decir, en cuidados paliativos–, representa una carga emocional y conductual excesiva para quienes otorgan esos cuidados, lo que tiene diversas implicaciones cognitivas y efectos muy dañinos en su salud. En los países en vías de desarrollo, tal responsabilidad suele recaer en sus familiares, quienes no reciben retribución económica alguna y que se exponen a todos los estresores generados por tal situación, con graves efectos negativos en su adaptación psicológica y salud física. El presente estudio da cuenta de una intervención cognitivo-conductual en cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos de un hospital público de Ciudad de México. Los resultados revelaron mejorías de modestas a considerables en varias conductas de autocuidado de las participantes. Los principales hallazgos se discuten en el contexto de las necesidades institucionales no cubiertas, de las recomendaciones para el diseño y administración de las intervenciones, y de las precauciones metodológicas que deben tomarse en cuenta en estudios futuros.

Palabras clave: Cuidadoras; Pacientes crónicos; Cuidados paliativos; Intervención cognitivo-conductual; Solución de problemas.

ABSTRACT

Assuming and carrying out the care of patients with chronic conditions who will no longer respond to curative interventions, i.e., palliative care, represents a significant emotional and behavioral burden, with cognitive implications and harmful effects on the health of those who provide such care. In developing countries, this responsibility often falls on family members who receive no financial compensation and get exposed to all the stressors of the situation, with serious adverse effects on their psychological adjustment and physical health. The present study evaluated a cognitive

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

² Calzada de Tlalpan 4800, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

³ Calzada México-Xochimilco 101, Col., Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México.



behavioral, problem-solving intervention in caregivers of palliative care patients in a large public hospital in Mexico City. The results revealed from modest to large improvements in the self-care behaviors of the participating caregivers. The main findings' discussion revolves around the context of unmet institutional needs and recommendations for designing and delivering interventions and methodological caveats for future studies.

Key words: Non-professional caregivers; Chronic patients; Palliative care; Cognitive-behavioral treatment; Problem solving.

Recibido: 27/03/2022

Aceptado: 08/04/2023

INTRODUCCIÓN

Cuidar a un familiar enfermo conlleva un deterioro de la salud física del propio cuidador primario informal (CPI en lo sucesivo) (Neugaard *et al.*, 2008), sobre todo de aquellos que cuidan de una persona que padece una enfermedad avanzada (Williams *et al.*, 2014; Tang *et al.*, 2008). Normalmente, las CPI son mujeres, parientes relativamente cercanas de la persona enferma, que asumen la responsabilidad de su cuidado en prácticamente todos sus aspectos sin recibir remuneración alguna.

Numerosas intervenciones psicosociales para tales CPI han tratado de mejorar los síntomas asociados a la enfermedad del paciente, favorecer la comunicación entre este, su familia y el equipo de salud, y promover el acceso del CPI a los recursos de la comunidad y del sistema de salud (Applebaum y Breitbart, 2013; Frambres *et al.*, 2017; Northouse *et al.*, 2010; Waldron *et al.*, 2013). Son escasos los estudios sobre el bienestar y la salud de las CPI, especialmente en las condiciones socioeconómicas y culturales de los países en vías de desarrollo, como es el caso de México. Intervenciones como el consejo psicológico (*counseling*) han demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados, así como otras más, basadas principalmente en la psicoeducación sobre el cáncer, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la comunicación y la terapia de solución de problemas (TSP en adelante) (Van Houtven *et al.*, 2011).

Las principales variables dependientes en tales estudios incluyen medidas escalares de salud psicológica (distrés, sintomatología depresiva, ansiedad, sentimientos de soledad y calidad de vida) y salud física (fatiga, alteraciones del sueño y uso de los servicios de salud) (Candy *et al.*, 2011). Otros estudios incorporan variables tales como la satisfacción y confianza con el cuidado que ofrecen a sus familiares enfermos, duelo, apoyo emocional y satisfacción marital (Hudson, 2004; Ussher *et al.*, 2009). Las conclusiones generales que se desprenden de las intervenciones señalan reducciones importantes de los niveles de distrés en los CPI (Candy *et al.*, 2011). Otros efectos positivos incluyen medidas de bienestar, percepción adecuada de su rol y autoeficacia de los cuidadores entrenados en el control de síntomas, principalmente el dolor (Hudson *et al.*, 2010).

Una de las intervenciones que han mostrado mayor eficacia es la TSP (Northouse *et al.*, 2010) porque desarrolla las habilidades de afrontamiento de los CPI (Malouff *et al.*, 2007). Así, Bucher *et al.* (2001) aplicaron esta terapia a CPI de pacientes con cáncer en una sesión en la que, con el apoyo de un trabajador social, les proporcionaron información sobre cómo resolver algunos problemas frecuentes en el cuidado de tales pacientes. Iniciaron con un plan para resolver un problema hipotético, y uno más propuesto por los participantes. Los resultados mostraron que los CPI habían adquirido un mejor conocimiento de los recursos de la comunidad y una mayor confianza en sus habilidades para cuidar a sus familiares.

En otro estudio, Cameron *et al.* (2004) examinaron el efecto de entrenar en la TSP a CPI de pacientes oncológicos en fase terminal a fin de desarrollar sus habilidades para afrontar las demandas que implica cuidar a un familiar muy enfermo. Los autores evaluaron las habilidades para solucionar problemas, varios tipos de estrategias y el grado de bienestar emocional de los CPI. La intervención, basada en los cuidados generales que requieren los pacientes en fase terminal, se llevó a cabo de forma individual en una única sesión. Al final, los participantes reportaron una importante reducción de su tensión emocional, un aumento de su propia confianza para resolver problemas y el aprendizaje de estrategias adicionales de solución, como buscar el apoyo de un equipo médico.

A fin de aumentar la calidad de vida y reducir el nivel de distrés de CPI de pacientes oncológicos en fase paliativa, McMillan *et al.* (2005) los entrenaron en la TSP para el manejo apropiado de los síntomas de los pacientes. La intervención, que se llevó a cabo en tres visitas domiciliarias a dichos CPI, mostró una considerable eficacia, siendo el dolor y el estreñimiento los síntomas que más mejoraron.

De forma semejante, Demiris *et al.* (2010), en un estudio piloto, evaluó la viabilidad de la TSP en CPI de pacientes en cuidados paliativos. En tres visitas a sus hogares, los investigadores resolvían junto con los participantes algún problema del manejo de los síntomas que estos señalaban. Evaluaron así los efectos de la intervención sobre los niveles de ansiedad, la calidad de vida y las habilidades para resolver problemas. Los resultados mostraron una importante reducción de los niveles de ansiedad y una significativa mejora de sus habilidades para resolver problemas, así como su calidad de vida. Los autores concluyen que a la TSP se le percibió como una herramienta muy útil para afrontar los problemas implicados en el cuidado de un familiar enfermo.

Meyers *et al.* (2011) valoraron la eficacia de un programa de intervención dirigido a CPI y pacientes con cáncer avanzado. Los autores indican que la TSP mejoró la calidad de vida de los CPI, pero no la de los pacientes. El entrenamiento abordó el manejo de los síntomas físicos y psicológicos, la búsqueda de apoyo del equipo médico y el apoyo social. Como complemento a la intervención, se utilizó una guía que describía los problemas más frecuentes de tales pacientes. En cada sesión, los CPI, los pacientes y un entrenador revisaban cada capítulo y ponían en práctica la secuencia típica de la TSP.

En síntesis, las investigaciones en esta línea han favorecido la confianza en resolver problemas, disminuir el malestar psicológico y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, un aspecto común en casi todas esas intervenciones es que tratan de resolver más los problemas del cuidado del paciente que los del CPI. Más específicamente, no tienen como fin fomentar el autocuidado como una medida de prevención de sus riesgos de salud, riesgos que surgen de las actividades propias del rol

de cuidador y que, en el caso de México, ocurren en un contexto sociocultural distinto a los utilizados en la gran mayoría de los estudios citados.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue evaluar a profundidad los efectos de una intervención cognitivo-conductual basada en la TSP sobre las conductas de autocuidado de CPI de pacientes con cáncer en fase avanzada y terminal. El contexto institucional fue un hospital general público que atiende a personas de nivel socioeducativo bajo y medio.

MÉTODO

Participantes

Participaron ocho mujeres, CPI de pacientes oncológicos en el servicio de Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, ubicado en Ciudad de México. Se definió como CPI a un familiar o amigo que se hiciera cargo de la mayor parte de los cuidados de un pariente con diagnóstico de cáncer avanzado o terminal. Todas las CPI fueron mujeres, mayores de edad, familiares del paciente. Ninguna estaba entrenada en el cuidado ni recibía un pago por dicha atención. Todas ellas eran y residían en Ciudad de México. La Tabla 1 proporciona los datos sociodemográficos de las participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

Edad	Relación con el paciente
Minima: 40 años Maxima: 57 años M: 52 años D.E.: 3.3 años	Esposa: 3 Hija: 2 Nieta: 1 Nuera: 1 Hermana: 1
Ocupación	Escolaridad
Hogar: 5 Comercio pequeño: 2 Empleada: 1	Primaria: 2 Secundaria: 4 Bachillerato: 1
Meses desde el inicio del cuidado	Horas diarias dedicadas al cuidado
Menor: 1 Mayor: 37 M: 19 D.E.: 7	Máxima: 19 Mínima: 6 M: 14 D.E.: 4

Variables y medición

Variable independiente: Intervención psicológica individual basada en la TSP (Nezu *et al.*, 2014), individual y conducida a lo largo de once sesiones de noventa minutos cada una; de estas, seis eran presenciales en el domicilio del paciente y cinco por vía telefónica (estas últimas se efectuaban cada tres días y duraban un poco más de sesenta minutos).

Variable dependiente: Conductas de autocuidado, esto es, acciones que las CPI ejecutan para lograr y mantener un estado de salud óptimo. Un estudio piloto para la detección de necesidades condujo a definir como tales las conductas siguientes: alimentarse, participar en actividades de recreación-ocio, llevar a cabo actividades físicas, solicitar y aceptar ayuda, compartir emociones y pensamientos, dormir y tomar descansos a lo largo del día.

Se diseñó un cuadernillo de registro conductual de ocho páginas, tamaño pasaporte, para anotar las conductas de autocuidado de la CPI. A fin de reducir la posibilidad de que hubiera sesgos debidos al analfabetismo funcional, el cuadernillo contenía imágenes sencillas o pictogramas que representaban las conductas mencionadas. El registro incluyó la frecuencia con la que las CPI participantes desempeñaban diariamente las siguientes conductas:

Alimentarse. Frecuencia y características de la alimentación diaria en términos de su valor nutritivo.

Participar en actividades de recreación. Tipo, frecuencia y tiempo empleado en actividades de recreación.

Llevar a cabo ejercicios físicos. Tipo, frecuencia y tiempo desempeñando la conducta.

Pedir y aceptar apoyo para el cuidado del paciente. Características específicas del apoyo solicitado, personas a las que se ha recurrido y frecuencia de ocurrencia.

Compartir emociones y pensamientos. Características de las emociones, personas ante las cuales fueron expresadas y su frecuencia.

Tomar descansos. Tiempo y frecuencia de los descansos.

Dormir. Tiempo dedicado al sueño y comentarios relacionados.

Tomar medicamentos prescritos. Frecuencia y puntualidad de dicha conducta.

El cuestionario se validó mediante tres grupos sucesivos de jueces, quienes calificaron la pertinencia de las conductas de autocuidado y las imágenes que las representaban, su forma de medirlas y su inteligibilidad. Los jueces fueron veinte psicólogos especialistas en salud, diez profesionales especialistas en cuidados paliativos y diez CPI.

Para la conducta *Comer en horarios prescritos*, se determinó como cien por ciento hacer tres comidas y dos colaciones al día para un total de cinco.

Para la de *Tomar medicamentos según indicaciones médicas*, se ajustaron a cada participante al tener distintos regímenes medicamentosos, y el cálculo del porcentaje de tarea cumplida se ajustó a cada una. Se consideró como cien por ciento el número total de tomas del medicamento principal en los horarios indicados por la prescripción médica.

Las conductas de *Tomar descansos*, *Participar en actividades de recreación y ocio* y *Llevar a cabo ejercicios físicos* se midieron en cantidad de minutos cada 24 horas, considerándose como cien por ciento el puntaje máximo de minutos que cada CPI descansaba a lo largo del día.

La conducta *Dormir* se definió como cien por ciento un total de ocho horas, según la recomendaciones de diversas fuentes internacionales especializadas.

Finalmente, en la de *Expresar emociones* y *Recibir apoyo* se consideró como cien por ciento la ejecución de la conducta según el número de oportunidades que se presentaban semanalmente a la CPI en función de sus necesidades.

Diseño

En el estudio se utilizó un diseño intrasujetos con línea base y ocho réplicas individuales. Se trata de un diseño aplicable sobre todo a estudios clínicos con un número pequeño de participantes y con las restricciones habituales de los escenarios institucionales de atención a la salud (Graham *et al.*,

2012; Kazdin, 1994, 1998). Así, se hicieron comparaciones intrasujetos con réplicas individuales con el propósito de buscar un nivel razonable de generalidad a otras participantes en condiciones semejantes a las del presente estudio.

Procedimiento

Se invitó a las CPI a participar en el estudio cuando acudían al hospital para atender a sus familiares. A fin de detectar las prioridades, en una entrevista inicial se identificaron las necesidades y características del cuidado proporcionado por la CPI, su estado de salud, conductas de autocuidado (cf. Boivin *et al.*, 2009) y características sociodemográficas.

En una primera sesión presencial se entrenó a cada participante en el sistema de registro, solicitándole que registrara diariamente las conductas de autocuidado según se habían definido. En total, se establecieron cuatro puntos de datos en la línea base por participante, uno para cada par de conductas sobre las que se intervino más tarde: Alimentación y Toma de medicamentos, Descanso y Dormir, Recreación y Actividad física, y Comparar emociones y Buscar o aceptar apoyo.

Tal como se señala líneas atrás, la intervención se instrumentó en seis sesiones presenciales con una duración aproximada de 90 minutos cada una, cada tercer día y en el domicilio de la CPI. En ellas se entrenaba a las participantes a poner en práctica las estrategias de la TSP de Nezu *et al.* (2014) a los problemas que limitaban su autocuidado. De acuerdo con tal sistema, se seguían sus cinco procedimientos en secuencia: 1) describir cada problema; 2) analizar qué es lo que lo hace un problema; 3) acordar listas de conductas y opciones para su solución; 4) aplicar las estrategias con una supervisión adecuada, y 5) valorar su efecto sobre el problema, el bienestar y la salud de la participante.

Cada sesión se dividió en tres momentos: a) La investigadora principal explicaba la importancia de las conductas de autocuidado, incluyendo las probables consecuencias en caso de implementarse o no (alimentación y toma de medicamentos, descanso y sueño, distracción y actividad física, participación de emociones y aceptación de apo-

yo). b) A continuación, una investigadora leía cuidadosamente en voz alta algunas viñetas que ilustraban el proceso de solución de problemas de cada conducta, ejemplificándolas mediante una CPI hipotética. c) Después de escuchar ejemplos de problemas reales de las participantes, se les describían y explicaban algunas estrategias específicas para resolverlos.

Adicionalmente, se implementaron cinco sesiones por vía telefónica con una duración aproximada de 60 minutos cada una, en las cuales se recibían los informes pormenorizados de las CPI a partir de los carnets de registro, tras de lo cual se las reforzaba verbalmente elogiando descriptivamente los avances logrados y describiendo cómo habían avanzado en la solución del problema en cuestión. También se revisaban sus avances generales en el plan de solución de problemas y se acordaban soluciones ante las posibles dificultades para su implementación. Las sesiones presenciales y las telefónicas se efectuaban alternadamente.

RESULTADOS

Los datos obtenidos se transformaron a porcentajes para facilitar la comparación proporcional de los cambios y el modo en que cada variable se reflejaba en diferentes escalas de medición.

A continuación se presentan los resultados con sus respectivos índices NAP (*Non-overlap of All Pairs*) por cambio conductual (Tabla 2).

El índice NAP compara cada punto del dato antes y después de la intervención. Se trata de una herramienta útil para estimar el tamaño de las diferencias entre las condiciones experimentales en los estudios clínicos. Normalmente, índices mayores de .70 se consideran cambios de moderados a grandes, y se resaltan en negritas y asteriscos en las tablas del presente estudio (Parker y Vannest, 2009).

Así, las Tablas 2 y 3 muestran los cambios en las conductas de autocuidado de las participantes. Aunque las mejorías observadas fueron de mínimas a grandes (excepto en dos casos), en general la intervención mostró una clara tendencia a la mejora en la mayoría de las CPI.

Tabla 2. Índice NAP por conducta y participante.

Participante	Comer	Tomar medicamentos	Descansar	Dormir	Participar en actividades recreativas	Realizar actividades físicas	Expresar emociones	Pedir ayuda	Media por CPI
CPI1	.94*		.88*	.55	.43	.90*	.80*	.80*	.66
CPI2	.94*	.95*	1.*	.62	.75*	.92*	.75*	1.*	.86*
CPI3	.66		.93*	.93*	.80*	.96*	1.*	.89*	.77*
CPI4	.67		.76*	.96*	.88*	.88*	.75*	.75*	.70*
CPI5	.56	.67	.88*	.79*	.64	.61	1.*	.66	.72*
CPI6	.55	0	0	.56	.91*	.93*	.73*	0	.46
CPI7	.36	-	.90*	.66	.75*	.66	.50	.78*	.57
CPI8	.87*	.96*	.96*	.68	.75*	.66	.90*	.60	.79*
Media por conducta	.69	.64	.78*	.71*	.73*	.81*	.57	.68	

Tabla 3. Índice NAP por conductas de autocuidado.

CPI	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP
CPI-1	20	75	.94*				27	75	.88*	0	0	.55
CPI-2	20	60	.94*	33	100	.95*	33	67	1.00*	0	100	.62
CPI-3	60	60	.66				33	100	.93*	0	0	.93*
CPI-4	40	80	.67				66	66	.76*	0	0	.96*
CPI-5	80	60	.56	0	0	.67	11	100	.88*	0	100	.79*
CPI-6	60	60	.55	0	0	0	0	0	0	0	100	.56
CPI-7	60	60	.36				0	100	.90*	0	0	.66
CPI-8	20	60	.87*	0	100	.96*	33	50	.96*	0	100	.68
CPI	Recreación			Actividad física			Expresar emociones			Pedir ayuda		
	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP	Pre	Post	NAP
CPI-1	0	0	.43	0	100	.90*	0	100	.80*	0	100	.80*
CPI-2	0	100	.75*	0	67	.92*	0	100	.75*	0	100	
CPI-3	0	0	.80*	0	100	.96*	0	100	1.*	0	100	.89*
CPI-4	0	0	.88*	0	100	.88*	0	100	.75*	0	100	.75*
CPI-5	0	100	.64	0	0	.61	0	100	1.00*	0	100	.66
CPI-6	0	0	.91*	0	67	.93*	0	100	.73*	0	0	0
CPI-7	0	0	.75*	75	75	.66	100	100	.50	0	100	.78*
CPI-8	0	100	.75*	0	100	.66	0	0	.90*	0	100	.60

DISCUSIÓN

La intervención generó una mejoría de moderada a alta en la mayoría de las conductas de autocuidado en casi todas las participantes. Si bien estos

hallazgos son similares a otros en la literatura, el presente estudio se hizo bajo condiciones socio-culturales poco exploradas en el área. Es de destacarse que las conductas que más mejoraron fueron las de *actividad física*, seguida de la *toma de*

descansos, mientras que la conducta en la que se observó el menor efecto fue la *expresión de emociones*. El presente estudio identificó estresores y alteraciones en las conductas de autocuidado por razones tan diversas como la falta de tiempo y el escaso apoyo social, tal como han señalado Dionne-Odom *et al.* (2017).

Es de destacarse la variabilidad en los tamaños de las mejorías y de los cambios. Es poco probable que las intervenciones individuales incidan en todas las posibles condiciones domésticas, familiares, laborales e interpersonales de las CPI ni en las relativas al paciente a su cuidado.

Comentarios clínicos para mejorías pequeñas

En cuanto a las mejorías mínimas en la participante CPI-6, ella se hacía cargo de los cuidados de su madre, quien al momento del presente estudio dependía casi absolutamente de aquella, en virtud de que se hacía cargo de tareas relacionadas con su higiene, alimentación y movilización, y dedicaba más de catorce horas diarias a su cuidado. Identificaba su propia condición de salud como “regular” y se definía a sí misma como “ansiosa”. Además de sus actividades como cuidadora, se desempeñaba como vendedora en un pequeño negocio propio, por lo que consideraba que tenía muy escasas oportunidades de mejorar sus conductas de autocuidado. Frecuentemente sufría de pensamientos distorsionados del tipo “*debería de*” acerca de su papel como cuidadora.

La CPI-7, si bien mostró una mejoría en cuanto a tomar descansos y buscar apoyo, en la toma de medicamentos esa mejoría fue menor, disminuyendo aún más cerca del final de la intervención, lo que coincidió con una grave exacerbación de los síntomas de su paciente, lo que requirió agregar cuidados extremos. Esta participante tenía una carga excesiva de labores de cuidado que podían tomarle hasta veinte horas diarias. Aunque contaba con apoyo para algunas actividades físicamente muy pesadas y demandantes, era la única cuidadora permanente de su paciente, y además se encargaba de su transporte y acompañamiento a las citas hospitalarias.

Estos dos casos apuntalan la necesidad de diseñar estrategias de intervención para cuidadoras especialmente agobiadas por las cargas de trabajo

y el peso emocional que representa atender a un paciente cuyo deterioro es gradual pero inexorable. Del presente estudio se desprende la recomendación de definir como *cuidados paliativos* a los que se proporcionan a partir del momento en que se diagnostica a una enfermedad como incurable, aunque no sea todavía decididamente terminal.

Entre las fortalezas de la presente intervención, semejantes a las que se hallan en estudios como el de Bucher *et al.* (2001), es que la TSP se basa en problemas reales, a veces considerados como hipotéticos por las participantes en otros estudios.

A diferencia de investigaciones como las de Cameron *et al.* (2004), McMillan *et al.* (2005), Demiris (2010) y Meyers (2011), la presente no se centró en los problemas del cuidado de los pacientes, sino en la solución de los de las propias CPI que impiden el adecuado cuidado de su salud.

Aunque no fue un objetivo central del estudio, se exploraron componentes cognitivos tales como las ideas de las participantes sobre la relación que hay entre cuidar a un enfermo y cuidar la propia salud. Varias de ellas se percibían a sí mismas como “malas cuidadoras” por tener que comer o descansar, o hacer cosas que su paciente ya no podía disfrutar.

Otra conducta de autocuidado, probablemente limitada por las creencias sesgadas de las participantes, fue la búsqueda de apoyo de otras personas por considerar que nadie más podía realizar las tareas como lo hacían ellas. Pocas investigaciones incluyen intervenciones para modificar pensamientos como los citados, los cuales limitan o impiden el autocuidado. Una recomendación para estudios futuros es incluir específicamente técnicas de reestructuración cognitiva que atemperen tales distorsiones. Actualmente, la literatura especializada no ha evaluado estrategias específicas para tal modificación, lo que abre un importante debate acerca de cómo una persona vive la experiencia de cuidar de alguien mientras cuida de sí misma. Si bien no fue el objetivo del presente estudio, otros análisis futuros arrojarían datos importantes para mejorar las condiciones de las personas cuidadoras.

Inicialmente, la intervención consideró la posibilidad de contar con la figura de un “cuidador de cuidadores” para registrar las conductas de auto-

cuidado por un tercero, lo que finalmente no fue posible ya que la mayoría de las CPI se encontraban solas al atender a sus familiares enfermos, lo que refleja las dos condiciones sociales más visibles de quienes cuidan a un enfermo: un escaso apoyo y el exceso de soledad. Se sugiere, por consiguiente, que nuevos estudios consideren este punto y generen estrategias para incluir más familiares o conocidos en la red de apoyo del paciente y de su cuidador.

En vista de que ocurrieron algunos decesos de los pacientes atendidos por las participantes durante el estudio o muy poco tiempo después, se llevó a cabo una sesión psicoeducativa de aproximadamente 90 minutos sobre cómo llevar un proceso de duelo y fortalecer a la vez las conductas de autocuidado durante este proceso; sin embargo, al no ser este un objetivo de la investigación, no se tomaron medidas de los efectos de dicho componente.

Finalmente, el estudio padece algunas limitaciones que convendría atender; entre otras, el momento en que los pacientes se derivan a los servicios de cuidados paliativos. En México, aún es frecuente que se considere que la atención paliativa debe ofrecerse únicamente a quienes se encuentran en trance de morir. Esta idea limita los programas de atención al acentuarse las necesida-

des de atención del paciente. Si a los pacientes se les derivara más tempranamente a los servicios de cuidados paliativos, se lograría un mayor bienestar durante un tiempo más prolongado.

Otra limitación aparentemente inevitable de las instituciones públicas de atención a la salud es el contraste entre la posibilidad de contar con un número adecuado de participantes y la realidad de que muchos estudios terminan con uno menor al originalmente proyectado. En el presente caso, muchas de las participantes potenciales al inicio tuvieron que afrontar condiciones que las imposibilitaron para participar efectivamente, entre otras las siguientes. En primer lugar, la remisión tardía de los pacientes para su atención en cuidados paliativos. Al momento de iniciar al protocolo, muchas participantes estaban ya en un momento crítico de la atención de su familiar. Los numerosos cuidados requeridos redujeron drásticamente su tiempo para participar en el estudio. En segundo término, el lugar de origen. Al principio, muchos pacientes y sus cuidadoras se alojaban en sitios cercanos al hospital, pero al avanzar la enfermedad regresaban a sus lugares de origen, lo que imposibilitó que participaran. Habría que promover intervenciones a distancia que consideren las posibilidades reales de participación de las cuidadoras.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen muy especialmente a las doctoras Leticia Ascencio, del INCAN, y Rosa Ornelas, del IPN, así como al Dr. Ariel Vite, de la UNAM, sus contribuciones a una versión preliminar del manuscrito. El presente estudio fue posible gracias al apoyo de una beca doctoral del CoNaCyT a la primera autora bajo la dirección del último.

Citación: Rangel-Domínguez, N., Robles-García, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2024). Efectos la terapia de solución de problemas del autocuidado de cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 34(1), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2839>

REFERENCIAS

- Applebaum, A. y Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 11(3), 231-252. Doi: 10.1017/S14789515122000594
- Boivin, A., Green, J., van der Meulen, J., Légaré, F. y Nolte, E. (2009). Why consider patients' preferences?: A discourse analysis of clinical practice guideline developers. *Medical Care*, 47(8), 908-915. Doi: 10.1097/MLR.0b013e3181a81158

- Bucher, J.A., Loscalzo, M., Zabora, J., Houts, P., Hooker, C. y BrintzenhofeSzoc, K. (2001). Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. *Cancer Practice*, 9(2), 66-70. Doi:10.1046/j.1523-5394.2001.009002066.x
- Cameron, J.I., Franche, R.L., Cheung, A.M. y Stewart, D.E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2), 521-527. Doi: 10.1002/cncr.1012
- Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B. y King, M. (2011). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-75. Doi: 10.1002/14651858.CD007617.pub2
- Demiris, G., Parker O., D., Washington, K.T. y Fruheling, L.T. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: a pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 13, 1005-1011. Doi: 10.1089/jpm.2010.0022
- Dionne-Odom, J.N., Demark-Wahnefried, W., Taylor, R.A., Rocque, G.B., Azuero, A., Acemgil, A., Martin, M.Y., Astin, M., Ejem, D., Kvale, E., Heaton, K., Pisu, M., Partridge, E.E. y Bakitas, M.A. (2017). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Support Care Cancer*, 25(8), 2437-2444. Doi: 10.1007/s00520-017-3650-7
- Frambres, D., Given, B., Letho, R., Sikorskii, A. y Wyatt, G. (2017). Informal caregivers of cancer patients: review of interventions, care, activities, and outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 40(7), 1069-1097. Doi: 10.1177/0193945917699364
- Graham, J.E., Karmarkar, A.M., y Ottenbacher, K.J. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: issues and methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8 Suppl.), s111-s116. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.017
- Hudson, P. (2004). Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(2), 58-65.
- Hudson, P., Remedios, C. y Thomas, K. (2010). A systematic review of psychological interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliative Care*, 9(17), 2-6. Doi: 10.1186/1472-684x-9-17
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 19-71). John Wiley & Sons.
- Kazdin, A.E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Allyn & Bacon.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E. y Schutte, N. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 46-57.
- McMillan, S.C., Small, B., Weitzner, M., Schonwetter, R. y Tittle, M. (2005). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer*, 106(1). Doi: 10.1002/cncr.21567
- Meyers, F.J., Carducci, M., Loscalzo, M.J., Linder, J., Greasby, T. y Beckett, L.A. (2011). Effects of a problem-solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers: simultaneous care educational intervention (SCEI), linking palliation, and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*, 14(4), 465-473. Doi: 10.1089/jpm.2010.0416
- Neugaard, B., Andresen, E., McKune, S.L. y Jamoom, E.W. (2008). Health-related quality of life in a national sample of caregivers: Findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Journal of Happiness Studies*, 9(4), 559-575. Doi: 10.1007/s10902-008-9089-2
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y D'Zurilla, T.J. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Northouse, L., Kataponi, M., Song, L., Zhang, L. y Mood, D. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339. Doi: 10.3322/caac.20081
- 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
- Tang, S.T., Li, C.Y. y Chen, C., C.H. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research*, 17(3), 387-395. Doi: 10.1007/s11136-008-9316-7
- Ussher, J.M., Perz, J., Hawkins, Y. y Brack, M. (2009). Evaluating the efficacy of psycho-social interventions for informal carers of cancer patients: a systematic review of the research literature. *Health Psychology Review*, 3(1), 85-107. Doi: 10.1080/17437190903033401
- Van Houtven, C., Voils, C. y Weinberger, M. (2011). An organizing framework for informal caregiver interventions: detailing caregiving activities and caregiver and care recipient outcomes to optimize evaluation efforts. *BMC Geriatrics*, 22(1), 11-77. Doi: 10.1186/1471-2318-11-77
- Waldron, E.A., Janke, E.A., Bechtel, C.F., Ramirez, M. y Cohen, A. (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1200-1207. Doi: 10.1002/ppon.3118
- Williams, A.M., Wang, L. y Kitchen, P. (2014). Differential impacts of care-giving across three caregiver groups in Canada: end-of-life care, long-term care and short-term care. *Health & Social Care in the Community*, 22(2), 187-196. Doi: 10.1111/hsc.12075

Atención psicológica de personas con diabetes mellitus: una revisión narrativa de las guías de práctica clínica mexicanas

Psychological attention in persons with diabetes mellitus: A narrative review of the Mexican clinician practice guidelines

José Fernando Mora-Romo y Georgina Eugenia Bazán-Riverón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Georgina Eugenia Bazán-Riverón, gebrmx@yahoo.com.mx.

RESUMEN

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos ocasionados por la insuficiente acción de la insulina en el metabolismo de la glucosa en la sangre. Desde hace años, la tasa de defunciones debidas a esta enfermedad ha aumentado no obstante la implementación de diversas guías de práctica clínica en el sistema de salud mexicano. Las repercusiones físicas de la enfermedad pueden llegar a ser tan graves que es necesaria la atención de un equipo multidisciplinario de salud para atenderlas. Así, el objetivo de esta revisión narrativa es presentar las aportaciones de la psicología de la salud para abordar la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cirugía de esta enfermedad sobre la base de las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Tras identificar veintinueve guías, se efectuó una búsqueda de la literatura en algunas bases de datos, como MEDLINE, EBSCO, Google Scholar, SciELO, PsycINFO, PubMed, Cochrane y Conricyt, en las que se identificaron treinta y tres estudios relevantes. La literatura describe cómo la inclusión del personal de psicología en los equipos multidisciplinarios mejora la atención para la salud de personas con diabetes mellitus en los diferentes ámbitos presentados. Mediante literatura basada en la evidencia, se discute la importancia de la inclusión del personal de psicología en el sistema de salud para facilitar el funcionamiento físico, social y emocional de las personas diabéticas, así como para prevenir las complicaciones de la enfermedad.

Palabras clave: Psicología de la Salud; Diabetes mellitus; Complicaciones diabéticas; Revisión narrativa.

ABSTRACT

Diabetes mellitus involves a series of metabolic disorders caused by the insufficient action of insulin on blood glucose metabolism. Over the years, the mortality rate associated with this disease has increased despite implementing clinical practice guidelines in the Mexican health system. The physical repercussions of the disease can progress to the point where psychological care is necessary to cope with treatment, rehabilitation, and surgery. The objective of this narrative review was to present the contributions of health psychology for the prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, and surgery of diabetes based on the recommendations from Clinical Practice Guidelines.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios 1, Los Reyes, Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: j_fmora@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6201-4622> y gebrmx@yahoo.com.mx, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6582-6370>.



Twenty-one CPG resulted, and then a search of the psychology literature was carried out in databases, including MEDLINE, EBSCO, Google Scholar, Scielo, PsycINFO, PubMed, Cochrane, and Conri-cyt, where 33 studies met the selection criteria. The literature shows how the inclusion of psychology personnel in multidisciplinary teams promotes improvement in healthcare for people with diabetes mellitus. Through the evidence-based literature, we discuss the importance of the inclusion of health psychology professionals in the health care system to improve the physical, social, and emotional functioning of diabetic patients, as well as to prevent diabetic complications.

Key words: Health psychology; Diabetes mellitus; Diabetic complications; Narrative review.

Recibido: 16/03/2022

Aceptado: 31/01/2023

La diabetes mellitus (DM en lo sucesivo) es un conjunto de trastornos metabólicos que ocurren cuando la insulina producida por el páncreas no es suficiente para metabolizar la glucosa de los alimentos ingeridos, por lo que termina acumulándose en la sangre en concentraciones mayores de 125mg/dl, un estado llamado *hiperglucemia* (Organización Mundial de la Salud, 2019; cf. Petersmann *et al.*, 2019; NCD Risk Factor Collaboration, 2016).

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad incluyen un índice de masa corporal igual o mayor de 25 kg/m², una edad mayor de 45 años, inactividad física, historia familiar de diabetes, hipertensión, colesterol de alta densidad (HDL) igual o menor de 35 mg/dl y triglicéridos en cantidad mayor o igual a 250 mg/dl, ovario poliquístico en las mujeres, e historia de enfermedad cardiovascular (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Su diagnóstico se basa en la medición del nivel glucémico y en la presencia de síntomas clásicos de la enfermedad, como poliuria, polidipsia, fatiga, visión borrosa, pérdida de peso sin motivo, procesos lentos de cicatrización, entumecimiento u hormigueo en las extremidades (American Diabetes Association, 2021).

La gravedad de la DM puede apreciarse mediante la tasa de defunciones producidas por esta

enfermedad. En el caso de México, es la segunda causa de mortalidad, con una tasa anual de 8.2 por cada 10,000 habitantes; además, hay un exceso de mortalidad de 35.6% atribuible al mal manejo de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2020). Otro reflejo de la gravedad de la enfermedad son las complicaciones diabéticas, que aumentan hasta en 67% el riesgo de desarrollar una discapacidad lo suficientemente grave y que entraña dificultades para caminar, asearse, transportarse, usar el baño, vestirse y comer (Tabesh *et al.*, 2018; Wong *et al.*, 2013). Tales complicaciones son causadas por el daño a órganos, células y nervios debido a la hiperglucemia, lo que induce condiciones tales como nefropatía, retinopatía, neuropatías, amputaciones debidas a las ulceraciones en los pies generadas por el proceso ralentizado de cicatrización, así como enfermedades periodontales y cardiovasculares (Lin *et al.*, 2020).

Tradicionalmente, los tratamientos pueden dividirse en tres tipos: 1) *Farmacológico*, en el que por medio de medicamentos se trata de estimular la producción de insulina o aumentar la capacidad de las células para absorber la glucosa (Mellado *et al.*, 2019); 2) *No farmacológico*, centrado en intervenciones nutricionales para promover la recomposición corporal, actividad física para mejorar la sensibilidad a la insulina y el sistema cardiovascular, y educación para el manejo de la DM, que abarca la atención psicológica, la generación de conductas de autocuidado, el automonitoreo y la información sobre la enfermedad (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019), y 3) *Cirugía*, que busca eliminar la adiposidad para mejorar la producción y sensibilidad a la insulina (Tsilingiris *et al.*, 2019).

Necesidad de repensar la práctica actual en el manejo de la DM

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2020) ha reportado un rezago en la contratación y aprovechamiento de profesionales de la psicología en el sistema de salud mexicano, lo que contribuye a la deficiencia en la cobertura, calidad y recursos humanos disponibles para los servicios de atención

de la salud. Es posible plantear que una de las razones de este problema es el hecho de que en el país –salvo algunas excepciones estatales, como Ciudad de México– los contratados son psicólogos generales o clínicos que llevan a cabo labores de consulta en los departamentos de psiquiatría y que, al carecer de una formación en las áreas de la psicología de la salud o de la medicina conductual, no han desarrollado las competencias adecuadas para formular programas de atención para la salud mediante estrategias educativas (Bazán, 2003).

Las guías de práctica clínica para el manejo de la DM (GPC en lo que sigue) subrayan la importancia de la modificación de conducta para el manejo de la enfermedad, pero tales labores no le son encargadas a los psicólogos sino a otros profesionales, como médicos, enfermeros, nutriólogos o trabajadores sociales. Por ello, es necesario revisar la práctica actual para el manejo de la DM, identificar los ámbitos de trabajo que la psicología podría ocupar y proponer, a partir de la práctica basada en evidencia, la incorporación de los profesionales de la psicología en los equipos multidisciplinarios de atención para la salud tomando como base las GPC disponibles.

Por lo anterior, los objetivos de esta revisión narrativa fueron, a saber: 1) proporcionar una actualización sobre las recomendaciones proporcionadas por las GPC para el manejo del paciente con DM en México, y 2) describir las aportaciones de la psicología de la salud en el manejo de esta enfermedad.

MÉTODO

Procedimiento

Se efectuó una revisión narrativa, ya que los objetivos de este trabajo implican describir el rango de aplicaciones de un campo de conocimiento (la psicología de la salud), más que la combinación de los resultados de los estudios identificados (Rychetnik *et al.*, 2004). Para ello, se buscaron estudios con metodologías distintas que abordaran un mismo tema, siguiendo una lógica determinada para discutir sus resultados (Pawson y Bellamy, 2006). En el caso de esta revisión narrativa, se si-

gue la lógica de los ámbitos de atención para la salud en personas con DM en México. Para cumplir con dichos objetivos, se propuso un doble procedimiento: efectuar una búsqueda de las GPC para la atención de personas con DM utilizando el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) para identificarlas. Se recuperaron 21 GPC, las que, dependiendo del énfasis sobre el tipo de atención que se describe en ellas, se les clasificó en los siguientes tipos: a) Guías enfocadas a la prevención de la DM; Guías enfocadas al diagnóstico de la DM; b) Guías enfocadas al tratamiento de la DM; c) Guías enfocadas a la cirugía de personas con DM, y d) Guías enfocadas a la rehabilitación de las complicaciones diabéticas.

El segundo procedimiento consistió en una búsqueda de la literatura acerca de las aportaciones de la psicología de la salud en cada una de las clasificaciones propuestas. Para ello, se efectuó una búsqueda en distintas bases de datos, como MEDLINE, EBSCO, Google Scholar, SciELO, PsycINFO, PubMed, Cochrane y Conricyt, considerando publicaciones a partir del año 2000 en inglés y en español. Para identificarlas, se usaron las siguientes palabras clave tanto en español como en su traducción en inglés: *Diabetes, Adherencia al tratamiento, Manejo de la enfermedad, Complicaciones diabéticas, Atención psicológica, Psicología, Autocuidado, Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, Diagnóstico y Cirugía*. Estas palabras clave se conjugaron mediante descriptores booleanos, como AND, OR y NOT. Como criterios de inclusión se consideraron estudios de revisión y empíricos que abordaran la atención psicológica para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cirugía en personas con DM en inglés y en español. Se excluyeron aquellos artículos que si bien abordaban la atención psicológica, quienes los llevaron a cabo no eran psicólogos de formación. La relevancia y pertinencia de los estudios identificados fue revisada por los presentes autores. Así, se halló un total de 33 artículos.

Extracción de datos

La información reportada en los estudios se dividió siguiendo la clasificación propuesta para las

GPC de este trabajo: *a)* Prevención de problemas psicológicos asociados a la DM; *b)* Diagnóstico de problemas psicológicos asociados a la DM; *c)* Intervenciones psicológicas para el manejo de la DM; *d)* Atención psicológica para la rehabilitación de personas con DM, y *e)* Atención psicológica para personas con DM que recibirán cirugía.

RESULTADOS

Descripción de las guías de práctica clínica (GPC)

Recomendaciones para la prevención de la DM según las GPC.

Las recomendaciones para la prevención de la enfermedad se enfocan en la población pediátrica (Secretaría de Salud, 2015a) y en la población adulta para el cambio de hábitos, revisión médica e identificación de problemas psicológicos (CENETEC, 2019). En la atención pediátrica se busca identificar los factores de riesgo para la enfermedad mediante la revisión de la historia clínica, los antecedentes familiares, la somatometría, los hábitos alimentarios, los estudios de laboratorio (como HbA1c, glucemia en ayuno y prueba de péptido-C) y los trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión y conducta bulímica. En la población adulta, la prevención se centra en la reducción de ciertos factores de riesgo, como macrosomía, sedentarismo, alimentación poco saludable, sobrepeso, obesidad, dislipidemia, consumo de tabaco, hígado graso no alcohólico, síndrome de apnea obstructiva del sueño, depresión mayor y síndrome de ovario poliquístico. Una vez realizadas las evaluaciones pertinentes, se procede a formular el diagnóstico.

Recomendaciones sobre el diagnóstico de la DM según las GPC.

De manera general, el diagnóstico de la DM se orienta a partir de los factores de riesgo que presente el paciente o de su estado de salud, ya sea prediabetes, embarazo, grupo etario o presencia de complicaciones diabéticas. Se recomienda la prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1c) para confirmar el diagnóstico de DM, toda vez que en personas prediabéticas y con condiciones que aumenten el

recambio de glóbulos rojos (por ejemplo el embarazo), en tratamiento de hemodiálisis o transfusiones de sangre, cuando puede haber baja sensibilidad y especificidad, se opta por la prueba de glucosa plasmática en ayuno (CENETEC, 2018a). Se enfatiza el tamizaje en personas con factores de riesgo, como embarazo, sedentarismo, BMI > 25kg/m², síndrome metabólico, antecedentes familiares de DM e hipertensión, mediante pruebas anuales, y cada tres años en personas sin factores de riesgo a partir de los 45 años de edad (CENETEC, 2019). Además, se recomienda el tamizaje de otras complicaciones diabéticas, como retinopatía, neuropatía y nefropatía, así como la revisión anual de pies. Se definen métodos diagnósticos específicos para el adulto mayor vulnerable, definido como aquella persona con alto riesgo de perder su autonomía funcional y que muestra dos o más síndromes geriátricos (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2021). El diagnóstico se enfoca en la identificación de depresión, trastornos del sueño, síndrome de privación sensorial, sarcopenia, polifarmacia, síndrome de caídas, trastornos de la marcha y ulceraciones cutáneas en pie diabético (Secretaría de Salud, 2013). En el caso del diagnóstico de DM gestacional, se sugiere efectuar la curva de tolerancia a la glucosa oral en ayuno en mujeres embarazadas sin diagnóstico previo de DM entre las semanas 24 y 28 de gestación (Secretaría de Salud, 2016a). Por último, se recomienda el diagnóstico de complicaciones diabéticas agudas, como la cetoacidosis diabética, consistente en un nivel de hiperglucemia mayor de 250mg/dl en adultos y mayor de 200mg/dl en niños (CENETEC, 2016a), así como un estado hiperglucémico hiperosmolar, hiperglucemia severa (≥ 600 mg/dl), deshidratación, ausencia de cetoacidosis y deterioro neurológico (CENETEC, 2018b). Según el diagnóstico asignado, se pueden emplear distintos tratamientos según el grupo etario del paciente, la presencia o no de complicaciones diabéticas o el estado de salud, tal como se describe a continuación.

Recomendaciones para el tratamiento de personas con DM según las GPC.

Los tratamientos para la DM se centran en la educación individual, grupal y familiar para la toma

de medicamentos, el control de peso, la modificación de hábitos alimenticios, la actividad física, las conductas de autocuidado y el grado de aceptación de la enfermedad (IMSS, 2014). Las intervenciones están destinadas a la población pediátrica (Secretaría de Salud, 2017a), a mayores de 12 años de edad (Secretaría de Salud, 2016b), adultos (Secretaría de Salud, 2015b) y adultos mayores (Secretaría de Salud, 2017b) para promover la autoeficacia, el autocontrol, el adecuado desarrollo psicosocial y la participación activa durante el proceso de salud-enfermedad.

Las intervenciones sobre la diabetes gestacional (DG) pretenden fomentar las conductas de autocuidado antes, durante y después del parto, así como educar sobre los crecientes riesgos de desarrollar DG en subsecuentes embarazos y DM en algún momento de la vida (Secretaría de Salud, 2015c). Las intervenciones enfocadas en las complicaciones diabéticas se centran en la educación individual, grupal y familiar para prevenir los factores de riesgos de retinopatía, nefropatía, neuropatía, pie diabético y enfermedades cardiovasculares (Secretaría de Salud, 2014). Se prescriben intervenciones específicas sobre la actividad física (CENETEC, 2016b), así como intervenciones nutricionales (Secretaría de Salud, 2015d) cuyo fin es la recomposición corporal y el balance energético necesarios para propiciar la pérdida de peso y mejorar así el metabolismo de la glucosa, teniendo como objetivos secundarios la mejora del bienestar psicológico, la flexibilidad física y el sistema cardiovascular. Para ello, se emplean intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas con amputaciones de extremidades inferiores para el manejo del dolor, y el cuidado de los pies mediante terapia cognitivo-conductual (Secretaría de Salud, 2017c). Cuando no es posible evitar la aparición de complicaciones diabéticas mediante el tratamiento, se puede considerar un procedimiento quirúrgico para alcanzar las metas terapéuticas.

Recomendaciones sobre las personas con DM que recibirán cirugía según las GPC.

Las guías sobre la cirugía bariátrica recomiendan una evaluación integral del paciente por medio de su historia clínica, una evaluación psicológica, el

análisis de los factores familiares, patologías y complicaciones relacionadas con la DM, así como exámenes de laboratorio complementarios. Se considera que la cirugía laparoscópica tiene un menor riesgo de complicaciones, como infecciones y hernias, y posiblemente una menor incidencia de fuga de la anastomosis y de reintervenciones (CENETEC, 2016c). Para ello, es necesario cuantificar la HbA1c, la glucosa en ayuno y el perfil de lípidos de manera inicial para evaluar la respuesta metabólica después de un mes posoperatorio, luego cada tres meses durante el primer año, cada seis meses en el segundo año y después anualmente. Tras el procedimiento quirúrgico es importante llevar a cabo un trabajo de rehabilitación.

Recomendaciones sobre el trabajo de rehabilitación en personas con DM según las GPC.

Estas recomendaciones se enfocan en la rehabilitación del paciente adulto con amputación de miembro inferior mediante intervenciones educativas preoperatorias acerca del procedimiento quirúrgico, información sensorial y emocional, entrenamiento de habilidades y estrategias cognitivo-conductuales para el paciente y para su familia. En la atención postoperatoria se busca que el paciente pueda llevar a cabo sus actividades diarias con un grado adecuado de independencia para su reinserción laboral, social y familiar. Se le brinda un seguimiento de largo plazo sobre el manejo y uso de prótesis, así como información sobre la higiene adecuada del miembro residual para evitar nuevas infecciones, dolor, inflamación y otras complicaciones (CENETEC, 2011).

Cuestionamientos a la práctica actual

Se pudo notar que en las 21 GPC solamente se considera al personal de psicología como “profesional de la salud” en cuatro ámbitos: Rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por DM (CENETEC, 2011), Prescripción de ejercicio físico (CENETEC, 2016b), Intervenciones de enfermería para el control de la DM en población adulta (Secretaría de Salud, 2015b) y Prevención y diagnóstico de la DM en pacientes pediátricos (Secretaría de Salud, 2015a), no obstante las evidencias y recomendaciones que establecen las GPC sobre

la importancia de la evaluación y la intervención psicológica para el desarrollo de hábitos saludables mediante la modificación conductual. Lo anterior coincide con el informe del INSP (2020), que señala el desaprovechamiento del personal de psicología para atender las necesidades de la población con vulnerabilidad psicológica para el adecuado cuidado de su salud. Puede considerarse que la exclusión de la atención psicológica en el primer nivel de atención para la salud se debe a que estos servicios no provienen de las propias instituciones de salud, sino de esfuerzos universitarios aislados para tratar de incorporarse a los servicios de salud mediante intervenciones surgidas de la psicología de la salud para el manejo de la enfermedad (Bazán, 2003).

Para subrayar la importancia de la incorporación de la atención psicológica a las instituciones de salud, a continuación se revisan las aportaciones de la psicología en el manejo de la DM.

Atención psicológica para personas con DM

Al revisar las GPC para el manejo de personas con DM, se aprecia que gran parte de las recomendaciones están referidas a la modificación conductual, principalmente al cambio de hábitos para hacer frente a la enfermedad en los ámbitos de la prevención, diagnóstico, intervención, cirugía y rehabilitación. Sin embargo, al ser recomendaciones generales, no brindan información sobre las estrategias psicológicas específicas que han demostrado ser efectivas para tal propósito. Por ello, a continuación se hace una revisión de las aportaciones de la psicología de la salud en los mencionados ámbitos.

Prevención de problemas psicológicos asociados a la DM.

En las GPC se considera relevante prevenir los problemas psicológicos que pudieran complicar el tratamiento de la DM. Uno de tales problemas es la depresión (Mora *et al.*, 2022), la cual tiene relación con las complicaciones diabéticas tanto directamente –toda vez que la sintomatología depresiva promueve un estado inflamatorio que favorece la resistencia a la insulina–, como indirectamente a través de comportamientos asociados a la depre-

sión, como la inactividad física, el consumo de alcohol o una alimentación desbalanceada) (Yu *et al.*, 2015).

El cambio del estilo de vida para prevenir la DM es otra aportación de la psicología, lo que se logra mediante cambios individuales en la escuela, el trabajo o la comunidad, y considerando las diferencias socioculturales en la percepción del riesgo de la enfermedad (Fisher *et al.*, 2002). En efecto, las normas culturales influyen en la participación de los individuos en los programas de salud para prevenir y tratar la DM, así como en el grado en que obtienen y ponen en práctica la información sobre el cuidado de su salud (Hunter, 2016).

Los factores económicos, como el costo para el acceso a programas preventivos y alimentos saludables, así como las interacciones familiares, laborales y sociales, pueden facilitar o dificultar la prevención de la enfermedad (Breuing *et al.*, 2020). La prevención del estrés relacionado con la diabetes –entendido como el estrés resultante del ajuste psicosocial del individuo para satisfacer los requerimientos del tratamiento para la diabetes– se centra en la mejora de la comunicación médico-paciente y el apoyo emocional a través de intervenciones individuales y grupales (Skinner *et al.*, 2019). Al considerar tales variables, se han diseñado protocolos para evaluar las intervenciones orientadas a prevenir la DM, principalmente el cambio de hábitos, el seguimiento dietético, la actividad física y el manejo psicológico (Mohdm *et al.*, 2021). A pesar de lo anterior, en ocasiones las estrategias preventivas no son suficientes para evitar el desarrollo de una enfermedad o un problema psicológico, por lo que se vuelve necesario formular diferentes tipos de diagnóstico para mejorar el curso de la enfermedad, tal como se describe a continuación.

Diagnóstico de problemas psicológicos asociados a la DM

Las GPC recomiendan el diagnóstico de los problemas psicológicos que pudieran afectar la adherencia al tratamiento. En ocasiones, el mero hecho de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, y la información sobre lo que conlleva su buen

manejo, supone una grave alteración del bienestar de las personas, lo que ocasiona el desarrollo de psicopatologías que afectan el control de la enfermedad (Martino *et al.*, 2019). En la DM, el estrés resultante de recibir el diagnóstico es tal que más de una tercera parte de las personas que la sufren exhiben malestares emocionales (Perrin *et al.*, 2017), especialmente el temor de desarrollar estados hipoglucémicos que requieran hospitalización para ser tratados (Hendrieckx *et al.*, 2019). El diagnóstico oportuno de problemas psicológicos en las áreas cognitiva, emocional y conductual contribuyen a que el paciente comprenda mejor su condición, así como los posibles predictores de comorbilidades y complicaciones de la enfermedad. El diagnóstico de problemas psicológicos incluye alexitimia, ansiedad, depresión, estrés, trastornos del sueño y regulación emocional, toda vez que se ha observado una relación recíproca entre estos problemas psicológicos y los resultados médicos en la población de todas las edades (Conversano, 2019). La prevalencia del trastorno depresivo mayor en personas con DM aumenta 14.5% en comparación con población general, especialmente en aquella con un nivel socioeconómico bajo y edad avanzada (Wang *et al.*, 2019). Debido a lo anterior, la evaluación de los problemas psicológicos, conjuntamente con la formulación del diagnóstico de DM, puede ayudar a identificar las dificultades para alcanzar las posibles metas terapéuticas (Pouwer *et al.*, 2020).

Estrategias de intervención en la DM

Una vez efectuado el diagnóstico, es importante conocer las estrategias de intervención efectivas que ofrecen soluciones a los problemas psicológicos que pueden entorpecer las conductas de autocuidado. Por ello, a continuación se describen algunas intervenciones derivadas de la psicología de la salud para el manejo de la DM.

En las GPC se promueven las conductas de autocuidado, el cambio de hábitos, el control metabólico y la prevención de complicaciones diabéticas (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2014; Secretaría de Salud, 2015c; Secretaría de Salud, 2017a).

Las intervenciones de la modificación de conducta mediante el establecimiento de metas, reestructuración cognoscitiva, habilidades sociales y prevención de recaídas han mostrado ser efectivas (Jiang *et al.*, 2018). Para lograr lo anterior, es importante fomentar la participación activa de la persona con DM y de su familia en la toma de decisiones para el cuidado de la salud (Almutairi *et al.*, 2020). Además, se ha demostrado que los problemas psicológicos tienen repercusiones negativas sobre la adherencia al tratamiento, por lo que ciertas intervenciones cognitivo-conductuales pueden mejorar la sintomatología depresiva y ansiosa, así como promover hábitos alimenticios saludables y una adecuada actividad física (Medina *et al.*, 2017). Debido a la necesidad de mantener un distanciamiento social durante la pasada pandemia por COVID-19, se volvió esencial la implementación de los servicios a distancia que favorecieran el autocuidado, como la telemedicina, la consejería en línea y los grupos y redes sociales virtuales.

Las intervenciones psicológicas han llegado a ser desde hace tiempo facilitadoras eficaces para que los pacientes logren una capacitación adecuada en el uso de la tecnología, lo que les ha hecho posible acceder a esos servicios de salud (Gonder-Frederick *et al.*, 2016), por lo que se abre otra oportunidad para la instrumentación de tales intervenciones e integrar la población a los servicios de salud en línea.

Atención psicológica para personas con DM que recibirán cirugía.

La cirugía es considerada como otro tipo de intervención médica, al igual que el tratamiento farmacológico, y busca facilitar el control metabólico (CENETEC, 2016c). Sin embargo, debido a las necesidades específicas de la atención preoperatoria y postoperatoria y evitar así la reincidencia, se ha recomendado la evaluación psicológica como parte del proceso de selección de candidatos a la cirugía bariátrica, poniendo énfasis en la evaluación de las funciones psicológicas y el compromiso con el autocuidado (*cf.* Liu *et al.*, 2020; Schlottmann *et al.*, 2018). Ante la necesidad de elaborar guías de práctica específicas para la atención psicológi-

ca pre y postoperatoria, Ogden *et al.* (2019) sugieren una atención preoperatoria enfocada en la identificación individual y grupal de las barreras, fortalezas y fuentes de apoyo social del paciente antes y después del procedimiento. El seguimiento busca prevenir las afectaciones en el funcionamiento social, emocional y físico del paciente tras la cirugía mediante su participación activa en el desarrollo de hábitos saludables para mantener los resultados operatorios (Galli *et al.*, 2018; Kubik *et al.*, 2013). Así, la evaluación psicológica preoperatoria está destinada a conocer las expectativas realistas sobre los resultados de la cirugía, el historial de la pérdida de peso, los problemas alimenticios, el estado psicológico actual de las funciones cognitivas y la motivación del paciente para perder peso (Schlottman *et al.*, 2018). Durante el periodo postoperatorio, la atención psicológica busca fomentar el bienestar físico y mental para facilitar las actividades cotidianas, laborales y sociales del paciente (Ristano y Caltabiano, 2019). En la población juvenil, se ha observado que la incorporación de psicólogos en los equipos de cirugía puede prevenir el desarrollo de la ansiedad, la depresión, los comportamientos perturbadores y las expresiones de ira en seguimientos de hasta dos años (Roberts, 2021). En general, se ha visto que en la fase preoperatoria las mujeres manifiestan un bienestar psicológico más pobre, pero también menos comorbilidades que los varones, aunque en la fase posoperatoria son estos quienes sufren más complicaciones potencialmente mortales, mientras que las mujeres siguen reportando más depresión, menos bienestar y una percepción más negativa de su imagen corporal (Kochkodan *et al.*, 2018).

Debe tenerse en cuenta que la falta de adherencia al tratamiento y de un tratamiento oportuno, o bien un mal manejo de la DM, provocará diferentes complicaciones que afectan la funcionalidad de la persona con DM, por lo que será necesaria la atención psicológica para rehabilitar las capacidades físicas y psicológicas que se hayan visto dañadas por la complicación diabética. A continuación se describen algunas aportaciones en este ámbito desde la perspectiva de la psicología de la salud.

Atención psicológica para la rehabilitación de personas con DM

La atención psicológica para la rehabilitación de amputaciones causadas por la DM está dirigida a la población adulta durante las fases preoperatoria, postoperatoria y de seguimiento (CENETEC, 2011). De hecho, tras la atención psicológica, los pacientes próximos a sufrir una amputación reportan una mejoría en su calidad de vida postoperatoria respecto a su salud física, interacción social, estado psicológico y percepción ambiental (Amalraj *et al.*, 2017).

En la fase preoperatoria se abordan el temor a la amputación (Vileikyte *et al.*, 2020), el fomento de las conductas de autocuidado y la participación activa del paciente en su reintegración social, laboral y familiar mediante el establecimiento de metas, las estrategias de afrontamiento y la formación de hábitos (Thomsen *et al.*, 2021).

Las intervenciones psicológicas postoperatorias tienen los siguientes propósitos: 1) Determinar las necesidades individuales para la adaptación funcional del paciente a su vida diaria; 2) Discutir las preocupaciones y las barreras para el autocuidado y la falta de información; 3) Integrar al paciente en la planeación de su plan de rehabilitación; 4) Implicar a la familia en las consultas y en la educación sobre el autocuidado diabético, y 5) Referir oportunamente a los materiales requeridos para promover la independencia del paciente (Schumann *et al.*, 2010).

Aparte de las amputaciones, hay distintas complicaciones diabéticas que requieren de un trabajo de rehabilitación por las afectaciones físicas y psicológicas que provocan en el funcionamiento diario de los pacientes. La neuropatía diabética implica una intensa labor de rehabilitación debido a la experiencia del dolor constante causado por el daño nervioso, lo que afecta el bienestar físico y psicológico del paciente (Twiddt *et al.*, 2021). Las intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo de la sintomatología depresiva, la ansiedad, los trastornos del sueño y los pensamientos catastróficos han mostrado buenos resultados para aminorar la experiencia del dolor (Kioskli *et al.*, 2019). La atención para la rehabilitación de la capacidad visual implica la evaluación de los efec-

tos de la retinopatía en el bienestar de la persona a través de estrategias de rendimiento visual para adaptar las capacidades visuales de la persona a su vida diaria, así como la terapia referida a la solución de problemas para identificar y superar los obstáculos que deben afrontar los pacientes con esta condición (Cooper *et al.*, 2020). Otra complicación que en los últimos años ha supuesto una considerable demanda de los servicios de rehabilitación son las enfermedades periodontales relacionadas con la DM, como las infecciones en encías, caries, resequedad de boca, infecciones bacterianas y cicatrización prolongada después de un tratamiento bucal (Malekmahmoodi *et al.*, 2020). La atención psicológica fomenta las estrategias de afrontamiento para preservar la calidad de vida del paciente (Cervino *et al.*, 2019), y se ha reportado la efectividad de varios modelos psicológicos, como el de creencias en salud, el transteórico, la teoría de acción razonada, el de autoeficacia, el de locus de control y la teoría del sentido de coherencia (Sanaei *et al.*, 2019).

DISCUSIÓN

El adecuado manejo de la DM no solamente requiere la transmisión pasiva de información, sino que debe fomentarse una participación activa del paciente para incorporar a su vida diaria los conocimientos sobre el cuidado de la salud y las conductas de autocuidado, como el monitoreo glucémico, el seguimiento dietético, la toma de medicamento, la realización de actividad física, la asistencia a consultas médicas y las estrategias apropiadas de afrontamiento (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019).

Los objetivos de esta revisión fueron describir las recomendaciones actuales de las Guías de Práctica Clínica para el manejo del paciente con DM en México, así como las aportaciones de la psicología al manejo de la enfermedad. Las GPC están enfocadas en cinco ámbitos generales: la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la cirugía de personas con DM.

La prevención de la enfermedad se centra en la identificación y modificación de los factores de riesgo mediante estrategias educativas encami-

nadas a las poblaciones pediátrica, joven, adulta y adulta mayor. La atención psicológica en la prevención de la DM fomenta la participación activa de la población para modificar los factores de riesgo, e identificar los elementos culturales y comunitarios que facilitan ese trabajo (Hunter, 2016). El diagnóstico de la enfermedad está basado mayormente en el monitoreo de los niveles de glucemia y el seguimiento de los llamados “síntomas clásicos de la diabetes”, siendo la educación participativa una de las aportaciones de la psicología para llevar a cabo las conductas de automonitoreo (Almutairi *et al.*, 2020); además, es necesario identificar aquellos problemas psicológicos que pueden dificultar en el corto plazo la adherencia al tratamiento (Kioskli *et al.*, 2019).

El principal tratamiento médico para la DM que se efectúa en México es la prescripción de medicamentos hipoglucemiantes orales e insulina, así como la terapia nutricional y la de actividad física para prevenir las complicaciones diabéticas agudas y crónicas. Las intervenciones psicológicas revisadas en este trabajo promueven el desarrollo de hábitos saludables que facilitan el control de la enfermedad y la adecuada adherencia a los diferentes tipos del tratamiento médico (Thomsen *et al.*, 2021), así como la atención de ciertos problemas psicológicos, como depresión, ansiedad, estrés y dolor que dificultan dicha adherencia (Mohdm *et al.*, 2021).

Si bien las recomendaciones hechas en el país para la rehabilitación del paciente con DM consideran solamente la rehabilitación tras la amputación de pies, hay otras áreas de rehabilitación que subrayan la importancia de la atención psicológica, como la disminución de la capacidad visual debido a la retinopatía diabética (Cooper *et al.*, 2020), el dolor neuropático (Twiddt *et al.*, 2021) e incluso las enfermedades periodontales (Malekmahmoodi *et al.*, 2020). Por último, la atención a personas que están próximas a la cirugía se enfoca en la evaluación y seguimiento psicológico para asegurar que los resultados obtenidos del procedimiento quirúrgico se mantengan el mayor tiempo posible (Galli *et al.*, 2018).

A partir de esta revisión, es posible identificar varias implicaciones y direcciones para la mejora de la atención de la salud en personas con DM.

Es necesario que investigadores, instituciones y profesionales de la salud, educadores y directivos conozcan la importancia de incorporar la atención psicológica en los equipos médicos multidisciplinares para el manejo de la enfermedad, pero también contar con psicólogos profesionales plenamente formados en estas labores con la calidad que merece la población.

En efecto, se reconoce actualmente la estrecha relación que hay entre los factores psicológicos y el manejo de la enfermedad; sin embargo, como lo reflejan las GPC, sigue sin reconocerse la importancia de incluir formalmente a los profesionales de la psicología de la salud para llevar a cabo las labores de evaluación y tratamiento de problemas psicológicos que puedan mejorar el control de la enfermedad. Desde hace tiempo se ha demostrado la pertinencia de incorporar a dichos profesionales en los lineamientos que marcan las GPC para llevar a cabo tareas tales como el desarrollo

de instrumentos de medición de conductas de riesgo para la salud, la innovación de los programas de prevención y promoción de salud, el diseño de estrategias para el manejo de la enfermedad y de estrategias educativas para la salud que contribuyan a mejorar el sistema de salud (Oblitas, 2008). De igual forma, es necesario el profesional de la psicología de la salud para el manejo del dolor, la atención pediátrica, los trastornos psicósomáticos en los adultos, la rehabilitación, la atención familiar, los servicios psicológicos de pacientes geriátricos y la reducción de los factores de riesgo (Bazán, 2003).

Así, la presente revisión ofrece la oportunidad de mejorar la atención a la salud de personas con DM en diferentes poblaciones etarias para facilitar el funcionamiento físico, social y emocional de los pacientes, así como para prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad y sus complicaciones.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaCyT) la beca otorgada al primer autor, con número de CVU 1012331, ya que el presente trabajo forma parte de su proyecto de investigación doctoral bajo la asesoría de la segunda autora.

Citación: Mora-Romo, J.F. y Bazán-Riverón, G.E. (2024). Atención psicológica de personas con diabetes mellitus: una revisión narrativa de las guías de práctica clínica mexicanas. *Psicología y Salud*, 34(1), 15-28. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2840>

REFERENCIAS

- *Almutairi, N., Hosseinzadeh, H. y Gopaldasani, V. (2020). The effectiveness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: A systematic review of RCTs. *Primary Care Diabetes*, 14(1), 12-i 20. Doi: 10.1016/j.pcd.2019.08.009
- Amalraj, M., Rani, A. y Viswanathan, V. (2017). A study on positive impact of intensive psychological counseling on psychological well-being of type 2 diabetic patients undergoing amputation. *International Journal of Psychology and Counselling*, 9(2), 10-16.
- American Diabetes Association (2021). Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(1), s15-S33. Doi: 10.2337/dc21-s002.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2019). *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia edición 2019*. Recuperado de https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 20-26.

- Breuing, J., Pieper, D., Neuhaus, A., Heß, S., Lütke-meier, L., Haas, F., Spiller, M. y Graf, C. (2020). Barriers and facilitating factors in the prevention of diabetes type 2 and gestational diabetes in vulnerable groups: A scoping review. *Plos One*, 15(5), e0232250. Doi: 10.1371/journal.pone.0232250
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2011). *Rehabilitación del paciente adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus en el segundo y tercer nivel de atención: Resumen de evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/DIF-257-09/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2016a). *Diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adultos: Evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-227-09/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2016b). *Prescripción de ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus en los tres niveles de atención: Evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-804-17/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2016c). *Tratamiento quirúrgico de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos con IMC de 30 a 34.9 kg/m²: Evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-353-16/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2018a). *Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención: evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-718-18/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2018b). *Diagnóstico y tratamiento del estado hiperglucémico hiperosmolar en adultos con diabetes mellitus tipo 2: evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-160-09/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2019). *Prevención, diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención: evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-093-19/ER.pdf>
- Cervino, G., Terranova, A., Briguglio, F., De Stefano, R., Famá, F., D'Amico, C., Amoroso, G., Marino, S., Gorassini, F., Mastroieni, R., Scoglio, C., Catalano, F., Lauritano, F., Matarese, M., Lo Giudice, R., Nastro, E. y Fiorillo, L. (2019). Diabetes: oral health related quality of life and oral alterations. *BioMed Research International*, 1-14, Article ID 5907195. Doi: 10.1155/2019/5907195
- Conversano, C. (2019). Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-3. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02727
- Cooper, O., Taylor, D., Crabb, D., Sim, D. y McBain, H. (2020). Psychological, social and everyday visual impact of diabetic macular oedema and diabetic retinopathy: a systematic review. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 37(6), 924-933. Doi: 10.1111/dme.14125
- Fisher, E., Walker, E., Bostrom, A., Fischhoff, B., Haire-Joshu, D. y Johnson, S. (2002). Behavioral science research in the prevention of diabetes: status and opportunities. *Diabetes Care*, 25(3), 599-606. Doi: 10.2337/diacare.25.3.599
- Galli, F., Cavicchioli, M., Vegni, E., Panizzo, V., Giovanelli, A., Pontiroli, A. y Micheletto, G. (2018). Ten years after bariatric surgery: Bad quality of life promotes the need of psychological interventions. *Frontiers in Psychology*, 9, 2282. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.02282
- Gonder-Frederick, L., Shepard, J., Grabman, J. y Ritterband, L. (2016). Psychology, technology, and diabetes management. *The American Psychologist*, 71(7), 577-589. Doi: 10.1037/a0040383
- Hendrieckx, C., Ivory, N., Singh, H., Frier, B. y Speight, J. (2019). Impact of severe hypoglycaemia on psychological outcomes in adults with Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 36(9), 1082-1091. Doi: 10.1111/dme.14067
- Hunter, C. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. *The American Psychologist*, 71(7), 515-525. Doi: 10.1037/a0040344
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). *Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención: Evidencias y recomendaciones* (No publicado).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2021). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus 2 en la persona adulta mayor: evidencias y recomendaciones*. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-MSS-657-21/ER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *Reflexiones sobre la respuesta de México ante la pandemia de COVID-19 y sugerencias para enfrentar los próximos retos*. México: INSP. Recuperado de https://www.insp.mx/resources/images/stories/2021/docs/20210124_recomendaciones_pandemia.pdf

- Jiang, X., Fan, X., Wu, R., Geng, F. y Hu, C. (2017). The effect of care intervention for obese patients with type II diabetes. *Medicine*, 96(42), e7524. Doi: 10.1097/MD.00000000000007524
- Kioskli, K., Scott, W., Winkley, K., Kylakos, S. y McCracken, L. (2019). Psychosocial factors in painful diabetic neuropathy: a systematic review of treatment trials and survey studies. *Pain Medicine*, 20(9), 1756-1773. Doi: 10.1093/pm/pnz071
- Kochkodan, J., Telem, D. y Ghaferi, A. (2018). Physiologic and psychological gender differences in bariatric surgery. *Surgical Endoscopy*, 32(3), 1382-1388. Doi: 10.1007/s00464-017-5819-z
- Kubik, J., Gill, R., Laffin, M. y Karmali, S. (2013). The impact of bariatric surgery on psychological health. *Journal of Obesity*, 837989. Doi: 10.1155/2013/837989
- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., Song, X., Ren, Y. y Shan, P. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Scientific Reports*, 10(1). Doi: 10.1038/s41598-020-71908-9
- Liu, J., Ren, Z., Qiang, H., Wu, H., Wu, J., Shen, M., Zhang, L. y Lyu, J. (2020). Trends in the incidence of diabetes mellitus: results from the Global Burden of Disease Study 2017 and implications for diabetes mellitus prevention. *BMC Public Health*, 20(14-15). Doi: 10.1186/s12889-020-09502-x
- Malekmahmoodi, M., Shamsi, M., Roozbahani, N. y Moradzadeh, R. (2020). A randomized controlled trial of an educational intervention to promote oral and dental health of patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 20(1), 287. Doi: 10.1186/s12889-020-8395-4
- Martino, G., Langher, V., Cazzato, V. y Vicario, C. (2019). Editorial: Psychological factors as determinants of medical conditions. *Frontiers in Psychology*, 10, 2502. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.02502
- Medina, W., Wilson, D., de Salvo, V., Vannucchi, B., de Souza, É., Lucena, L., Sarto, H., Modrego A., M., Garcia C., J. y De-marzo, M. (2017). Effects of mindfulness on diabetes mellitus: Rationale and overview. *Current Diabetes Reviews*, 13(2), 141-147. Doi: 10.2174/1573399812666160607074817
- Mellado O., R., Salinas L., E., Sánchez H., D., Guajardo L., J., Díaz G., E. y Rodríguez W., F. (2019). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. *Medicina Interna de México*, 35(4), 525-536. Doi: 10.24245/mim.v35i4.2486
- Mohdm, I., Papachristou, I., Forbes, A., Goldsmith, K., Ismail, I., Hassan, F., Ching, S., Guess, N., Murphy, H., Prina, M., Mohd, B., Basri, N., Binti, M., Mahamad, N., Har, P., Ismail, K. y Chew, B. (2021). A protocol of process evaluations of interventions for the prevention of type 2 diabetes in women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *International Journal of Qualitative Methods*, 20(1-9). Doi: 10.1177/2F16094069211034010
- Mora R., J., Samaniego G., R., García A., I. y Chávez M., M.A. (2022). Identification of depressive symptomatology in people with type II diabetes. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 3(6), 1-8. Doi: 10.29057/jbapr.v3i6.7478
- NCD Risk Factor Collaboration (2016). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*, 387(10027), 1513-1530. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)00618-8
- Oblitas, L. (2008a). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254. Recuperado de <http://petic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>
- Ogden, J., Ratcliffe, D. y Snowdon-Carr, V. (2019). British Obesity Metabolic Surgery Society endorsed guidelines for psychological support pre-and post-bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 9(6), e12339. Doi: 10.1111/cob.12339
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Classification of diabetes mellitus 2019*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1233344/retrieve>
- Organización Panamericana de Salud (2009). *Paso a paso en la educación y el control de la diabetes: pautas de atención integral*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/file/22283/download?token=j7EliVM>
- Pawson, R. y Bellamy, J. (2006). Realist synthesis: an explanatory focus for systematic review. En J. Popay (Ed.): *Moving beyond effectiveness in evidence synthesis: Methodological issues in the synthesis of evidence from diverse sources of evidence*. (pp. 83-94). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Perrin, N., Davies, M., Robertson, N., Snoek, F. y Khunti, K. (2017). The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 34(11), 1508-1520. Doi: 10.1111/dme.13448
- Petersmann, A., Müller-Wieland, D., Müller, U., Landgraf, R., Nauck, M., Freckmann, G., Helnemann, L. y Schlegel, E. (2019). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(1), s1-s7. Doi: 10.1055/a-1018-9078
- Pouwer, F., Schram, M., Iversen, A., Nouwen, A. y Holt, R. (2020). How 25 years of psychosocial research has contributed to a better understanding of the links between depression and diabetes. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 37(3), 383-392. Doi: 10.1111/dme.14227
- Ristante, A. y Caltabiano, M. (2019). Psychological support and well-being in post-bariatric surgery patients. *Obesity Surgery*, 29(2), 739-743. Doi: 10.1007/s11695-018-3599-8

- Roberts, C. (2021). Physical and psychological effects of bariatric surgery on obese adolescents: a review. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 591-598. Doi: 10.3389/fped.2020.591598
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. y Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7), 538-545. Doi: 10.1136/jech.2003.011585
- Sanaei, H., Yazdani, M., Mokhayeri, Y., Latifi, M., Niksadat, N., Harooni, J. y Armoon, B. (2019). The role of psychological theories in oral health interventions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dental Hygiene*, 17(2), 142-152. Doi: 10.1111/idh.12386
- Schlottmann, F., Nayyar, A., Herbella, F. y Patti, M. (2018). Preoperative evaluation in bariatric surgery. *Journal of Laparoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*, 28(8), 925-929. Doi: 10.1089/lap.2018.0391
- Schumann, K., Touradji, P. y Hill-Briggs, F. (2010). Inpatient rehabilitation diabetes consult service: a rehabilitation psychology approach to assessment and intervention. *Rehabilitation Psychology*, 55(4), 331-339. Doi: 10.1037/a0021456
- Secretaría de Salud (2013). *Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-657-13/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2014). *Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención: Evidencias y Recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-717-14/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2015a). *Prevención y diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente pediátrico en el primer nivel de atención: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-130-10/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2015b). *Intervenciones de enfermería para el control de la diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta en el primer nivel de atención: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-762-15/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2015c). *Intervenciones de enfermería en la atención de la paciente con diabetes mellitus gestacional en el primero, segundo y tercer nivel de atención: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-784-15/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2015d). *Dietoterapia y alimentos. Paciente con diabetes mellitus: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-751-15/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2016a). *Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-320-10/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2016b). *Intervenciones de enfermería para la detección oportuna, el control y limitación del daño por diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 en la población mayor de 12 años: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-791-16/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2017a). *Intervenciones de enfermería para la prevención y el control de la diabetes mellitus tipo 2 del paciente pediátrico en primer nivel de atención: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-802-17/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2017b). *Intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor vulnerables con diabetes mellitus tipo 2 en el primer y segundo nivel: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-655-17/ER.pdf>
- Secretaría de Salud (2017c). *Intervenciones de enfermería para la atención del adulto amputado de extremidad inferior por diabetes mellitus: Evidencias y recomendaciones*. México: SSA. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-813-17/ER.pdf>
- Skinner, T., Joensen, L. y Parkin, T. (2019). Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine*, 37(3), 393-400. Doi: 10.1111/dme.14157
- Tabesh, M., Shaw, J., Zimmet, P., Söderberg, S., Koye, D., Kowlessur, S., Timol, M., Joonas, N., Sorefan, A., Gayan, P., Alberti, K., Toumilehto, J. y Magliano, D. (2018). Association between type 2 diabetes mellitus and disability: what is the contribution of diabetes risk factors and diabetes complications? *Journal of Diabetes*, 10(9), 744-752. Doi: 10.1111/1753-0407.12659
- Thomsen, S., Westergaard-Kristensen, G.D., Herløv-Jensen, N.W. y Agergaard, S. (2021). Maintaining changes in physical activity among type 2 diabetics –i: A systematic review of rehabilitation interventions. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 31(8), 1582-1591. Doi: 10.1111/sms.13951
- Tsilingiris, D., Koliaki, C. y Kokkinos, A. (2019). Remission of type 2 diabetes mellitus after bariatric surgery: fact or fiction? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17). Doi: 10.3390/ijerph16173171
- Twiddt, H., Frank, B. y Alam, U. (2021). A consideration of the psychological aspects to managing patients with painful diabetic neuropathy: an insight into pain management services at a tertiary centre in the UK. *Diabetes Therapy*, 12, 487-498. Doi: 10.1007/s13300-020-00983-y

- Vileikyte, L., Pouwer, F. y Gonzalez, J. (2020). Psychosocial research in the diabetic foot: are we making progress? *Diabetes Metabolism: Research and Reviews*, 36(51), 1-5. Doi: 10.1002/dmrr.3257
- Wang, F., Wang, S., Zong, Q., Zhang, Q., Ng, C., Ungvari, G. y Xiang, Y. (2019). Prevalence of comorbid major depressive disorder in Type 2 diabetes: a meta-analysis of comparative and epidemiological studies. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 36(8), 961-969. Doi: 10.1111/dme.14042
- Wong, E., Backholer, K., Gearon, E., Harding, J., Freak-Poli, R., Stevenson, C. y Peeters, A. (2013). Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 1(2), 106-114. Doi: 10.1016/s2213-8587(13)70046-9
- Yu, M., Zhang, X., Lu, F. y Fang, L. (2015). Depression and risk for diabetes: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(4), 266-272. Doi: 10.1016/j.cjcd.2014.11.006

Influencia de familiares, amigos y edad de inicio en el abuso de alcohol en adolescentes

Influence of family, friends, and age in alcohol abuse in adolescents

Víctor Santos Acosta Madueño y Ferrán Padrós Blázquez

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo¹

Autor para correspondencia: Ferrán Padrós Blázquez, fpadros@uoc.edu.

RESUMEN

Introducción. En México, el estudio sobre la influencia del consumo de alcohol de los familiares y amigos en el consumo de alcohol ocasional y excesivo en adolescentes apenas se ha estudiado. Asimismo, son escasos los estudios que relacionan la edad del primer consumo con el uso excesivo de alcohol más tarde. *Objetivo.* Comparar el consumo de alcohol de los familiares y amigos preferidos entre adolescentes no consumidores, consumidores ocasionales y consumidores excesivos, así como estudiar la relación entre la edad en el primer consumo y el abuso de alcohol. *Método.* Se administró a los participantes una pequeña encuesta estructurada diseñada *ex proceso* y la escala AUDIT. *Resultados.* Se observó que el consumo de familiares y amistades inciden en el consumo de alcohol en los adolescentes; sin embargo, no se halló una relación directa entre la edad de inicio del consumo y el consumo de alcohol. *Discusión.* La ausencia de una relación entre la edad del primer consumo y el consumo patológico de alcohol no implica que el consumo de alcohol a una temprana edad sea una buena práctica. Estos resultados pueden ser de gran utilidad para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes.

Palabras clave: Adolescentes; Alcohol; Consumo problemático; Motivos.

ABSTRACT

Introduction. In Mexico, the influence of alcohol consumption by family and friends on occasional and excessive alcohol consumption in adolescents has hardly been studied. Likewise, few studies relate the age at first alcohol use and heavy alcohol use. *Objective.* To compare the alcohol consumption of referred relatives and friends among non-consuming adolescents, occasional users, and adolescents who consume alcohol in excess and explore the relationship between the age of first consumption and alcohol abuse. *Method.* Data collection involved a small, structured ad-hoc survey and the AUDIT scale. *Results.* The consumption of family members and friends affects alcohol consumption in adolescents. However, no relationship resulted between the age of onset and alcohol consumption. *Discussion.* The absence of a relationship between the age of the first consumption and the pathological consumption of alcohol does not mean that the consumption of alcohol at an early age is a good practice. These results can be beneficial for the prevention of alcohol consumption in adolescents.

Key words: Adolescents; Alcohol; Problematic consumption; Alcohol consumption; Motives.

¹ Facultad de Psicología, C/Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. 52(443)312-00-09.



Recibido: 14/07/2022

Aceptado: 31/01/2023

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) señaló que en el año 2016 los problemas derivados del consumo de alcohol generaban 5.3% de los fallecimientos en el mundo; asimismo, según sus datos, América es el segundo continente con el mayor porcentaje de defunciones derivadas de dicho consumo. Además, el uso excesivo de esta sustancia se ha relacionado con más de doscientas enfermedades y trastornos (OMS, 2018), señalándose que el inicio temprano del consumo es un factor de riesgo para un consumo patológico en el futuro (Doumas *et al.*, 2019). En México, se considera que el inicio del consumo de alcohol ocurre a los 14 años (Rodríguez *et al.*, 2016; Sánchez y Fernández, 2014).

En diversas investigaciones se ha encontrado que las relaciones familiares sanas y la vigilancia por parte de los padres predicen un consumo tardío por los adolescentes (Clark *et al.*, 2015; Schofield *et al.* 2015; Van Ryzin *et al.*, 2012).

Madkour *et al.* (2017) hallaron que tener relaciones cercanas y una buena comunicación con los familiares ayuda a prevenir el consumo episódico excesivo; asimismo, se ha documentado que los conflictos familiares provocan un aumento en el uso de alcohol en dicha población (Bray *et al.*, 2001). En el caso de México, Mateo *et al.* (2018) hallaron una relación negativa entre el consumo de alcohol y la percepción de la funcionalidad familiar.

Es la familia un grupo de suma importancia en la vida de las personas porque es en ella en la que ocurren los primeros acercamientos a los diversos patrones de uso del alcohol y a los primeros consumos del adolescente, lo que incide en sus creencias y actitudes hacia el alcohol (Hoffmann y Oliveira, 2009; Villavicencio y Villarroel, 2017), aunque no debe desdeñarse la influencia genética familiar en su consumo (Chartier *et al.*, 2022).

Sí el alcohol es concebido de forma positiva en una cultura, es probable que quienes viven en ella sostengan creencias, valores o normas que favorecen su consumo. De hecho, ciertas bebidas destiladas, como el tequila y el mezcal, son elementos esenciales en las fiestas familiares y en las celebraciones cívicas de diversas regiones (Pérez, 2007), lo que ocasiona que el primer contacto de los adolescentes con las bebidas alcohólicas se deba por lo general a que algunos de sus familiares se las ofrecen (Locatelli *et al.*, 2012). Por tal motivo, se considera la familia como el principal grupo social en el que se transmite el esquema del consumo lúdico del alcohol (Pérez *et al.*, 2010). Adicionalmente, se ha reportado que un problema de los padres con la bebida es un factor de riesgo para que un adolescente desarrolle ese mismo problema (Finan *et al.*, 2015; Goldberg-Looney *et al.*, 2015; Koyama *et al.* 2017; Mahedy *et al.*, 2018; Vazquez *et al.*, 2019).

Por otro lado, las personas son muy susceptibles a la influencia de las amistades, especialmente durante la adolescencia. Por ejemplo, Astudillo *et al.* (2013) reportaron que los pares influyen en la cantidad que se consume, de modo que el tipo de consumo al que se expone el adolescente puede determinar el grado en que abuse de la sustancia (Rivarola *et al.*, 2016).

Lo anterior se relaciona con los resultados de una investigación llevada a cabo por Schuler *et al.* (2019), quienes observaron una asociación positiva entre el consumo por el adolescente y el de sus mejores amigos; de hecho, el uso de sustancias por los amigos cercanos es un eficaz predictor del consumo episódico excesivo de los adolescentes (Li *et al.*, 2017). En Estados Unidos, Schofield *et al.* (2015) reportaron que quienes tenían un mayor número de amigos consumidores de alcohol, mayor era la probabilidad de que ellos mismos lo consumieran. Dichos resultados han sido corroborados por Longmore *et al.* (2022), quienes informan además que el consumo de alcohol y de otras sustancias por parte de sus parejas aumenta significativamente el riesgo del consumo en este grupo etario.

Finalmente, en varios estudios se ha reportado una relación positiva entre la edad que se tenga a la primera ingesta y el riesgo de un consumo patológico de alcohol más tarde (p.e., Dawson *et al.*, 2008; Liang y Chikritzhs, 2013). Sin embargo, en una revisión llevada a cabo por Maimaris y McCambridge (2014) los autores concluyen que no hay pruebas sólidas de que iniciar de forma temprana el consumo de alcohol genere problemas de alcoholismo en la vida adulta; es por ello que se requieren más investigaciones para abordar esta importante cuestión, las que en México no se han efectuado aún.

Por ello, el objetivo principal del presente trabajo fue estudiar las posibles diferencias en el consumo de alcohol de familiares y amigos de adolescentes que nunca han consumido, de quienes lo hacen ocasionalmente y de los que lo consumen en exceso, y asimismo estudiar la relación entre la edad de la primera ingesta y el consumo inmoderado.

MÉTODO

Participantes

Se conformó una muestra de 420 adolescentes de entre 13 y 18 años ($M = 15.99$; $D.E. = 1.29$), siendo la mayoría de sexo femenino ($n = 231$; 55%), quienes se distribuyeron en tres grupos: Grupo 1 (Sin consumo de alcohol: SCA), Grupo 2 (Con consumo ocasional: CCO) y Grupo 3 (Con consumo excesivo: CCE), comparándose entre los tres grupos las posibles diferencias en la edad y el sexo. Respecto a la edad, se encontraron diferencias significativas ($F[2,417] = 14.99$; $p < .001$), resultando significativos todos los contrastes. El grupo SCA mostró una menor media de edad que los otros dos grupos, y a su vez el grupo CCO tuvo una media menor que la del grupo CCE. Respecto al sexo, también se observaron diferencias significativas ($\chi^2 = 2.452$, $gl = 2$, $p = .297$), pues el grupo CCE tuvo un mayor porcentaje de mujeres, seguido del grupo CCO; es de destacar que el grupo SCA fue el único que tuvo un mayor porcentaje de varones (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos y del total de la muestra.

	Grupo 1: Sin consumo SCA	Grupo 2: Con consumo ocasional CCO	Grupo 3: Con consumo excesivo CCE	Total muestra
<i>N</i>	110 (26.2%)	209 (49.8%)	101 (24.0%)	420 (100%)
Sexo				
Femenino	54 (49.1%)	117 (56.0%)	60 (59.4%)	230 (54.9%)
Masculino	56 (50.9%)	92 (44.0%)	41 (40.6%)	189 (45.1%)
Edad				
M	15.55	15.99	16.49	15.99
D.E.	1.27	1.27	1.17	1.29

Instrumentos

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por las siglas en inglés: *Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Saunders *et al.*, 1993).

Con el propósito de detectar el consumo excesivo y problemático de alcohol, el AUDIT consta de diez ítems divididos en tres áreas; *Consumo de riesgo de alcohol* (ítem 1: Frecuencia del consu-

mo; 2: Cantidad típica; 3: Frecuencia del consumo elevado); *Síntomas de dependencia* (ítem 4: Pérdida del control sobre el consumo; 5: Aumento de la relevancia del consumo; 6: Consumo matutino) y *Consumo perjudicial de alcohol* (ítem 7: Sentimiento de culpa tras el consumo; 8: Lagunas de memoria; 9: Lesiones relacionadas con el alcohol; 10: Otros se preocupan por el consumo). En población mexicana este instrumento ha mostrado una consistencia interna aceptable, con coeficien-

tes alfa de Cronbach de entre 0.77 (Salazar *et al.*, 2010) y 0.80 (Almaraz y Alonso, 2016). También se han reportado valores adecuados en sus tres dominios: Consumo de riesgo de alcohol ($\alpha = 0.86$), Síntomas de dependencia ($\alpha = 0.85$) y Consumo perjudicial de alcohol ($\alpha = 0.77$). Además, la fiabilidad test-retest (tras una o dos semanas) resultó muy elevada: $r = 0.97$ (Alvarado *et al.*, 2009). Puntuaciones superiores a 7 indican un probable abuso de alcohol.

Es importante destacar que en el presente estudio se utilizó el ítem 2 del AUDIT para medir la cantidad de bebidas alcohólicas que normalmente ingería el adolescente en un episodio de consumo, el cual mide la cantidad típica de la siguiente forma: 1 tiene un valor de una o dos bebidas; 2, de tres o cuatro; 3, de cinco o seis bebidas, y así sucesivamente hasta llegar al puntaje máximo de 5, que indica diez o más bebidas alcohólicas.

Datos adicionales

También se administró un cuestionario de cinco preguntas respecto a la edad, el sexo y el consumo de alcohol de personas cercanas (amistades y familiares), así como la edad al inicio del consumo. Dichas preguntas fueron las siguientes: “*Mis amigos más cercanos consumen alcohol?*”, con respuesta dicotómica de “sí” o “no”. Respecto a los familiares, los participantes debían contestar la pregunta “*¿Quién de mi familia consume alcohol?*” marcando con una cruz las opciones “Madre”, “Padre” o “Hermanos(as)”. Finalmente, se preguntó “*¿A qué edad consumiste por primera vez alcohol?*”, en la que se debía escribir la edad o señalar la opción “Nunca he consumido”.

Procedimiento

La muestra se capturó mediante la colaboración de alumnos de Psicología que administraron la escala AUDIT, recabaron los datos de edad y sexo, las respuestas a las preguntas sobre el consumo de alcohol de familiares y amistades, así como la edad de la primera ingesta de los alumnos de secundaria y preparatoria.

La participación fue voluntaria y anónima. Previamente, se obtuvo el permiso de las autoridades de los centros educativos y de los padres de los

participantes luego de explicarles los propósitos de la investigación y de que firmaran los padres una carta de consentimiento informado. La aplicación del instrumento se hizo en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Los grupos mencionados se crearon en función de las respuestas de los participantes. Aquellos que dijeron no haber consumido nunca alcohol formaron el grupo SCA. Los otros dos grupos se conformaron en función de la puntuación del AUDIT; así, los que puntuaron por encima de 7 se incluyeron en el grupo CCE y el resto en el grupo CCO.

Análisis de datos

Para la descripción de los datos se utilizaron la media aritmética, la desviación estándar y las frecuencias y porcentajes. Para los análisis inferenciales se aplicaron las pruebas de chi cuadrada (χ^2) y el coeficiente *t* de Student a fin de comparar los resultados por grupo de consumo (ocasional o excesivo), y el coeficiente de correlación *r* de Pearson para estudiar la relación entre la edad en el primer consumo y las puntuaciones de la escala AUDIT, considerándose un valor inferior a 0.05 como significativo. Para el procesamiento de los datos se empleó el programa IBM SPSS Statistics, versión 25.

Consideraciones éticas

El protocolo de la presente investigación fue evaluado y recibió la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

RESULTADOS

Respecto al consumo entre los tres grupos, se observaron diferencias significativas ($\chi^2 = 52.082$, $gl = 8$, $p < .001$). Se observó que más de la mitad de los participantes del grupo SCA refirieron que ninguno de sus familiares consumía alcohol, muy por encima del mostrado por el grupo CCO. Por otro lado, en este último grupo se obtuvo un porcentaje mucho mayor al reportado por el grupo CCE, en el que sólo 11.9% señaló que ninguno de

sus familiares consumía. Además, 39.6% de este grupo indicó que consumían alcohol casi todos los miembros de su familia, una cifra muy por encima

de las de los participantes de los otros dos grupos (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de familiares que consumen alcohol en las tres submuestras.

Grupos	Ninguno	Madre	Padre	Hermanos	Casi todos
SCA. No consumo	56 (50.9%)	6 (5.5%)	28 (25.5%)	10 (9.1%)	10 (9.1%)
CCO. Consumo ocasional	55 (26.3%)	11 (5.3%)	53 (25.4%)	31 (14.8%)	59 (28.2%)
CCE. Consumo excesivo	12 (11.9%)	3 (3.0%)	31 (30.7%)	15 (14.9%)	40 (39.6%)

Nota: Casi Todos = Se agruparon las respuestas de consumo de la madre y el padre; la madre y los hermanos; el padre y los hermanos, y todos ellos.

En cuanto al análisis de las posibles diferencias en el consumo de las amistades, también se hallaron diferencias significativas ($\chi^2 = 51.732$, $gl = 2$, $p < .001$). Se observó que menos de la mitad del grupo SCA indicó que sus amigos no consumían

alcohol, muy por debajo del mostrado por el grupo CCO; una mayor diferencia se apreció en el grupo CCE, cuyos participantes señalaron que hasta 92.1% de sus amigos eran consumidores (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de amigos que consumen alcohol en los tres grupos.

Grupos	Amigos consumidores	Amigos no consumidores	N total
SCA. No consumo	52 (47.3%)	58 (52.7%)	110 (100.00%)
CCO. Consumo ocasional	151 (72.6%)	57 (27.4%)	208 (100.00%)
CCE. Consumo excesivo	93 (92.1%)	8 (7.9%)	101 (100.00%)

Por último, no se encontró una diferencia significativa ($t_{[305]} = -1.402$; $p = .162$) entre la media de edad de la primera ingesta del grupo CCE ($M = 13.51$; $D.E. = 2.07$) y el grupo CCO ($M = 13.91$; $D.E. = 2.42$). Asimismo, no se observaron correlaciones entre la edad del primer consumo y la puntuación del AUDIT ($r = -.064$; $p = .266$), ni tampoco entre el primer consumo y el ítem 2 del AUDIT ($r = -.066$; $p = .248$), que alude a la cantidad de alcohol ingerida habitualmente en un episodio de consumo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la influencia de la familia y las amistades en el consumo de alcohol ocasional o excesivo, así como estudiar la relación entre la edad en la primera ingesta y el posterior consumo de alcohol en adolescentes mexicanos.

Respecto a la posible influencia del consumo de alcohol de los familiares como factor que puede aumentar el riesgo de consumo, se observó

que más de la mitad del grupo de adolescentes que no consumían señaló que ninguno de sus familiares lo hacía, pero menos de 12% de aquellos cuyos familiares lo consumían en exceso. Además, casi 40% del grupo CCE refirió que la mayoría de sus familiares consumía alcohol, lo que contrasta con 9% del grupo SCA. En general, se observó una tendencia a un mayor consumo de los familiares de los participantes del grupo CCE sobre los del grupo CCO, y este último sobre los del grupo SCA. Tales resultados confirman la hipótesis de que la familia es un grupo de referencia para los adolescentes, y que los comportamientos de los familiares pueden incidir en las creencias, valores y normas del adolescente, incluido el consumo de alcohol (Hoffmann y Oliveira, 2009; Pérez *et al.*, 2010; Villavicencio y Villarroel, 2017).

En cuanto a la influencia del consumo de alcohol de las amistades en general, este resultó aún más evidente, pues más de la mitad de los adolescentes que no consumían alcohol refirieron que sus amigos tampoco lo hacían, lo que contrasta con el de menos de 8% reportado por los

adolescentes del grupo CCE, siendo la gran mayoría (92%) los que informaron tener amigos que consumían alcohol. También se observó una clara tendencia de que los participantes del grupo CCE reportaran un mayor porcentaje de amistades que consumían, seguido por los del grupo CCO, y estos uno mayor que los del grupo SCA, lo que corrobora lo que han señalado otros autores (Astudillo *et al.*, 2013; Rivarola *et al.*, 2016) y coincide con los hallazgos reportados en estudios previos (Li *et al.* 2017; Schofield *et al.*, 2015; Schuler *et al.*, 2019).

Sorprende la ausencia de relación entre la edad del primer consumo y la puntuación en el AUDIT, así como la de las diferencias en la media de las puntuaciones entre los grupos CCO y CCE. Una explicación podría ser que en México es frecuente la práctica de hacer probar bebidas alcohólicas a los niños, muchos de los cuales lo hacen de forma casual, sin volver a consumirlas sino hasta la adolescencia. Por otro lado, es importante destacar lo que Dawson *et al.* (2008) señalan respecto a las investigaciones que estudian la relación entre el primer consumo y el abuso de alcohol, esto es, que el control es pobre, por lo que pueden haber sobreestimado dichas asociaciones al no haberse controlado variables tales como la duración de la exposición al riesgo.

Es importante señalar algunas limitaciones importantes del presente estudio. La primera, y quizá la más importante, es que toda la informa-

ción fue autorreportada, lo que puede dar lugar a sesgos importantes en las respuestas de los participantes, por lo que hubiese sido útil contar con otras fuentes de información respecto a su nivel de consumo, aunque debe señalarse que el anonimato puede favorecer la confianza y honradez en las respuestas de los participantes.

Tampoco se controló la duración de la exposición al riesgo y su relación con la edad en el primer consumo. Sería de gran utilidad emprender estudios longitudinales en los que se evaluara el riesgo de consumo abusivo a edades más tardías.

Asimismo, sería interesante estudiar la influencia que puede ejercer el consumo de alcohol por parte de la pareja para corroborar los hallazgos de Longmore *et al.* (2022). También sería de gran utilidad llevar a cabo estudios mixtos en los que se consideraran ciertas variables de tipo ambiental y genético para dilucidar su influencia en el consumo de alcohol de los adolescentes.

Se puede concluir, a partir del presente trabajo, que el consumo de alcohol entre los familiares y los amigos se asocia con un mayor riesgo de consumo ocasional y excesivo en los adolescentes. Pero la edad al momento del primer consumo no aumenta el riesgo de consumo excesivo de alcohol, al menos en México, lo que sin embargo no significa que sea una buena práctica, la que debe prevenirse siempre que sea posible.

Citación: Acosta-Madueño, V.S. y Padrós-Blázquez, F. (2024). Influencia de familiares, amigos y edad de inicio en el abuso de alcohol en adolescentes. *Psicología y Salud*, 34(1), 29-36. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2841>

REFERENCIAS

- Almaraz C., D. y Alonso C., B. (2016). Sensibilidad ética y su relación con el consumo de alcohol en el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 123-128.
- Alvarado, M., Garmendia, M., Acuña, G., Santis, R. y Arteaga, O. (2009). Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista Médica de Chile*, 137(11), 1463-1468. Doi: 10.4067/s0034-98872009001100008
- Astudillo, M., Connor, J., Roiblat, R.E., Ibanga, A.K.J. y Gmel, G. (2013). Influence from friends to drink more or drink less: A cross-national comparison. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2675-2682. Doi: 10.1016/j.addbeh.2013.06.005
- Bray, J., Adams, G., Getz, J. y Baer, P. (2001). Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: a growth curve approach. *Journal of Family Psychology*, 15(2), 301-314.
- Chartier, K.G., Bares, C.B., Prom-Wormley, E.C., Blondino, C., Miles, K., Lee, A.G. y Karriker-Jaffe, K.J. (2022). Effects of family history of alcohol problems on alcohol consumption: Stronger for medically underserved men. *Preventive Medicine*, 161, 107093. Doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107093

- Clark, D.A., Donnellan, M.B., Robins, R.W. y Conger, R.D. (2015). Early adolescent temperament, parental monitoring, and substance use in Mexican-origin adolescents. *Journal of Adolescence*, 41, 121-130. Doi: 10.1016/j.adolescence.2015.02.010
- Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, P.S., Ruan, J.W. y Grant, B.F. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160. Doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x
- Doumas, D.M., Turrisi, R., Miller, R., Esp, S. y Flay, B. (2019). Age of drinking initiation as a mediator of the relationship between sensation seeking and heavy drinking among high school seniors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 28(1), 32-38. Doi: 10.1080/1067828x.2018.1561579
- Finan, L., Schulz, J., Gordon, M. y Ohannessian, C. (2015). Parental problem drinking and adolescent externalizing behaviors: The mediating role of family functioning. *Journal of Adolescence*, 43, 100-110. Doi: 10.1016/j.adolescence.2015.05.001
- Goldberg-Looney, L.D., Sánchez, S.S., M., Ferrer C., R., Smith, E.R., Albaladejo B., N. y Perrin, P.B. (2015). Adolescent drinking in Spain: Family relationship quality, rules, communication, and behaviors. *Children and Youth Services Review*, 58, 236-243. Doi: 10.1016/j.childyouth.2015.09.022
- Hoffmann, M.V. y Oliveira I., C.S. (2009). Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Escola Anna Nery*, 13(4), 750-756. Doi: 10.1590/s1414-81452009000400009
- Koyama, M., Parvaz, M. y Goldstein, R. (2017). The adolescent brain at risk for substance use disorders: a review of functional MRI research on motor response inhibition. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 186-195. Doi: 10.1016/j.cobeha.2016.12.006
- Li, J.J., Cho, S.B., Salvatore, J.E., Edenberg, H.J., Agrawal, A., Chorlian, D.B., Porjesz, B., Hesselbrock, V. y Dick, D.M. (2017). The impact of peer substance use and polygenic risk on trajectories of heavy episodic drinking across adolescence and emerging adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(1), 65-75. Doi: 10.1111/acer.13282
- Liang, W. y Chikritzhs, T. (2013). Age at first use of alcohol and risk of heavy alcohol use: A population-based study. *BioMed Research International*, 721761. Doi: 10.1155/2013/721761
- Locatelli, D., Sanchez, Z., Opaleye, E., Carlini, C. y Noto, A. (2012). Socioeconomic influences on alcohol use patterns among private school students in São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 193-200. Doi: 10.1590/s1516-44462012000200012
- Longmore, M.A., Severeid, E.E., Manning, W.D., Giordano, P.C., Clemens, W. y Taylor, H. (2022). Adolescents' frequency of alcohol use and problems from alcohol abuse: Integrating dating partners with parent and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(2), 320-334. Doi: 10.1007/s10964-021-01486-0
- Madkour, A., Clum, G., Miles, T., Wang, H., Jackson, K., Mather, F. y Shankar, A. (2017). Parental influences on heavy episodic drinking development in the transition to early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 61(2). Doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.04.002
- Mahedy, L., MacArthur, G.J., Hammerton, G., Edwards, A.C., Kendler, K.S., Macleod, J., Hickman, M., Moore, S.C. y Heron, J. (2018). The effect of parental drinking on alcohol use in young adults: the mediating role of parental monitoring and peer deviance. *Addiction*, 113(11), 2041-2050. Doi: 10.1111/add.14280
- Maimaris, W. y McCambridge, J. (2014). Age of first drinking and adult alcohol problems: systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Epidemiological Community Health*, 68(3), 268-274. Doi: 10.1136/jech-2013-203402
- Mateo C., Y., Rivas A., V., González S., M., Hernández R., G. y Victorino B., A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health and Addictions Journal*, 18(2), 195-205. Doi: 10.21134/haaj.v18i2.378
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf
- Pérez, C. (2007). Mezcales tradicionales de los pueblos de México, herencia cultural y biodiversidad. *Ciencias*, 87, 54-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/644/64408710.pdf>
- Pérez M., A., Redondo O., M., Mesa G., I., Jiménez P., I., Martínez F., M.L. y Pérez M., R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención Primaria*, 42(12), 604-611. Doi: 10.1016/j.aprim.2009.12.009
- Rivarola M., G., Pilatti, A., Godoy, J.C., Brussino, S.A. y Pautassi, R.M. (2016). Modelo de predisposición adquirida para el uso de alcohol en adolescentes argentinos. *Summa Psicológica*, 23(2), 116-124. Doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.002
- Rodríguez P., L.A., Alonso C., B.A., Alonso C., M.M., Alonso C., M.T., Armendáriz G., N.A. y Oliva R., N.N. (2016). Consumo alcohol e tabaco entre os adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 12(4), 200-206. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.v12i4p200-206
- Salazar G., M.L., Ávila H., O.P., Pérez C., J.L. y Martínez M., K.I. (2010). Detección temprana de jóvenes universitarios en riesgo por su consumo de alcohol. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 59, 40-46.

- Sánchez H., R. y Fernández C., M. (2014). El perfil de los consumidores de crogas. *Revista Ciencia* (Academia Mexicana de Ciencias), 65(1), 18-25. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/ciencia-academia-mexicana-de-ciencias/articulo/el-perfil-de-los-consumidores-de-drogas>
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De La Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Schofield, T.J., Conger, R.D. y Robins, R.W. (2015). Early adolescent substance use in Mexican origin families: Peer selection, peer influence, and parental monitoring. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 129-135. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.10.020
- Schuler, M.S., Tucker, J.S., Pedersen, E.R., y D'Amico, E.J. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school. *Addictive Behaviors*, 88, 99-105. Doi: 10.1016/j.addbeh.2018.08.025
- Van Ryzin, M.J., Fosco, G.M. y Dishion, T.J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314-1324. Doi: 10.1016/j.addbeh.2012.06.020
- Vazquez, A.L., Domenech R., M.M., Amador B., N.G., Bustos G., M.N., Gutierrez L., M.L. y Villatoro V., J.A. (2019). The influence of perceived parenting on substance initiation among Mexican children. *Addictive Behaviors*, 97, 97-103. Doi: 10.1016/j.addbeh.2019.05.026
- Villavicencio A., C.E. y Villarroel C., M.F. (2017). Comunicación afectiva en familias desligadas. *Fides et Ratio*, 13(13), 15-39. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&ypid=s2071-081x2017000100003

Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas en usuarios drogodependientes: una revisión sistemática

Treatment predictors associated with relapse prevention in drug addict users: A systematic review

Alexis Amelio Fernández-Flores, Gerardo Ochoa-Meza
y Alberto Castro-Valles

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez¹

Autor para correspondencia: Alexis A. Fernández Flores, al199201@alumnos.uacj.mx.

RESUMEN

Los factores relacionados con el tratamiento terapéutico constituyen importantes predictores asociados a la prevención de recaídas durante la recuperación de las drogodependencias. Sin embargo, aún es necesario investigar por qué algunos de los elementos propios del periodo de rehabilitación son lo suficientemente efectivos para elevar significativamente las probabilidades de remisión de los trastornos por abuso de sustancias. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar la manera en que la interrelación de las variables predictoras agrupadas en el dominio del tratamiento influyen o contrarrestan el retorno al consumo de drogas en usuarios drogodependientes. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos EBSCO, Scopus y Science Direct que abarcó el período de 2011 a 2020. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, establecidos a partir de la estrategia PICOS, se seleccionó un total de ocho artículos, de los cuales la mayoría tenían diseños aleatorios controlados, con cifras de participantes superiores a mil usuarios, seguimientos longitudinales de más de doce meses y procedimientos estadísticos multivariados. Las principales variables predictoras identificadas fueron la calidad de los programas de autoayuda de doce pasos, el apoyo de pares, los tratamientos grupales, la atención plena, la duración del tratamiento y el tipo de servicios (ambulatorios o residenciales). Los estudios que denotaron tener una mayor consistencia destacan la importancia de la participación comprometida en grupos de autoayuda, la calidad de las actividades propuestas en los programas de doce pasos y el apoyo de pares como componentes clave para prevenir recaídas durante la recuperación de las drogodependencias.

Palabras clave: Factores relacionados con el tratamiento; Recaídas; Drogodependencias; Grupos de autoayuda.

ABSTRACT

Although various studies report how treatment-related factors are essential predictors for relapse prevention during recovery from drug addiction, it is still necessary to investigate why some components grouped within this domain and not others lead an effective route that significantly increases the odds of remission in substance use disorders. Objective. This study aimed to analyze how the interrelationship of predictor variables grouped within the treatment domain

¹ Departamento de Ciencias Sociales, Av. Universidad, Av. Heroico Colegio Militar y Chamizal, 32300 Cd. Juárez, Chih., México, correos electrónicos: gochoa@uacj.mx y alcastro@uacj.mx.



influences or counteracts repeat users' return to drug use. A systematic review consulted databases such as EBSCO, Scopus, and Science Direct, covering a period from 2011 to 2020. After applying the inclusion/exclusion criteria established by the PICOS strategy, eight articles remained; 75% of the studies described randomized controlled designs, participant figures of more than a thousand users, longitudinal follow-up of more than 12 months, and multivariate statistical procedures. The main predictor variables identified were the quality of the 12-step self-help programs, participation in peer groups, group treatment formats, mindfulness, duration of treatment, and outpatient/residential services. The studies that showed greater consistency highlight the importance of committed participation in self-help groups and the quality of the activities proposed within the 12-step programs as critical components to prevent relapses during recovery from drug addiction.

Key words: Factors related to treatment; Relapses; Drug dependencies; Self-help groups.

Recibido: 27/05/2022

Aceptado: 09/02/2023

En la actualidad, se plantea que a pesar de que muchos consumidores necesitan tratamiento por drogodependencia, muy pocos acuden a recibir atención en los programas de rehabilitación, quienes concluyen el proceso sin sufrir recaídas al cabo de un año (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021). Según la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018), alrededor de 85% de las recaídas ocurre dentro del primer año de la rehabilitación (Abdullah *et al.*, 2020; Sinha, 2011). Las continuas experiencias de fracasos terapéuticos en la recuperación de las drogadicciones conducen a los drogodependientes y a sus familiares a expresar sentimientos de desesperanza al considerar que es prácticamente imposible superar las conductas adictivas (Pereira, 2017).

No obstante, uno de cada cien consumidores dependientes permanece abstinentemente durante el primer año tras haber concluido el proceso de rehabilitación (UNODC, 2018). Cabe destacar que es posible alcanzar una vida de abstinencia y sobriedad, como demuestran numerosos estudios aleatorizados, controlados y longitudinales basados en evidencia empírica (Iglesias *et al.*, 2008; Majer *et*

al., 2011). Antes de abandonar una toxicomanía definitivamente es probable que los usuarios incurran en reiterados consumos ocasionales, en caídas o recaídas que son consecuencia de los distintos precipitantes temporales que inducen nuevamente el contacto con las sustancias tras haber transcurrido un periodo de remisión (Afkar *et al.*, 2017; Bobes *et al.*, 2007; Menon y Kandasamy, 2018).

Entre los elementos predictores que más influyen en la elevada prevalencia de recaídas se distinguen ciertos precipitantes específicos agrupados en tres grupos o dominios denominados factores de pretratamiento, tratamiento y postratamiento (Luengo *et al.*, 2000).

Los componentes que se ubican en el tratamiento constituyen elementos clave que merecen especial atención, pues de ellos depende en gran medida la posterior evolución de los drogodependientes respecto al consumo. El carácter maleable de los elementos ubicados en este dominio, así como su efectividad, repercuten considerablemente en la reincidencia al interactuar con las características escasamente modificables del pretratamiento y con los elementos que surgen en el postratamiento (Chie *et al.*, 2016).

El tiempo de permanencia en el programa ofrecido, la calidad, diversidad e intensidad del mismo, así como el ajuste a la satisfacción de las necesidades individuales de los usuarios, todo ello unido a la motivación y el compromiso que se logra alcanzar en la participación en grupos de autoayuda de doce pasos² mediante el apoyo de pares, resultan elementos terapéuticos esenciales para la remisión y posterior recuperación de las drogodependencias (Moos y Moos, 2006; Weiss *et al.*, 2005). De hecho, la literatura especializada en el tema reconoce de manera consistente estos componentes como predictores esenciales del tratamiento para alcanzar el éxito terapéutico en el abordaje de las adicciones a sustancias psicoactivas (NIDA, 2021). Sin embargo, aunque los factores mencionados desempeñan un papel esencial en el dominio del tratamiento, aún es necesario investigar el porqué la interacción lógica de tales determinantes, y no otros, son lo suficientemente

² Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos constituyen un plan de valores escalonado que la persona adicta debe integrar y recorrer desde que ingresa en un grupo terapéutico para adicciones.

efectivos para elevar significativamente las probabilidades de remisión de los trastornos generados por el abuso de sustancias. En consecuencia, como resultado de lo antes planteado, el presente estudio intentó responder mediante una revisión bibliográfica la interrogante expresada previamente. Así, el objetivo del mismo fue analizar la interrelación de variables predictoras agrupadas en el tratamiento, y analizar cómo influyen o contrarrestan el retorno al consumo de drogas en los usuarios drogodependientes.

MÉTODO

Muestra

Como estrategia de la búsqueda bibliográfica se tomaron en cuenta diversas revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios empíricos originales acerca de las variables temporales del tratamiento asociadas a las recaídas en usuarios drogodependientes. Los textos consultados abarcaron un periodo de diez años (2011-2020), identificados en las bases de datos Scopus (de 2011 a diciembre de 2020), EBSCO (de 2011 a enero de 2020) y Science Direct (de 2011 a noviembre de 2020). Las fechas de inicio y terminación de la búsqueda en cada base de datos fueron el 23 de diciembre de 2020 y el 10 de abril de 2021. La ecuación de búsqueda utilizada fue la siguiente: “variables predictivas” OR “factores predictores” OR “drogas” OR “drogadicción”, AND “modelo de prevención de recaídas” OR “precipitantes de recaídas” OR “factores relacionados con el tratamiento”, OR “predictor factors” OR “drugs” OR “drug addiction”, AND (“relapses prevention model” OR “relapses precipitants” OR “treatment-related factors”).

Procedimiento de selección y codificación de variables

El enfoque analítico que siguió el presente estudio se dividió en las siguientes etapas:

Primera etapa

Identificación, codificación y agrupación de estudios asociados al tema de investigación según la base de datos consultada. Dos revisores indepen-

dientes llevaron a cabo la búsqueda de artículos según el rango de fecha propuesta (2011-2020) en cada base de datos a partir de una ecuación de búsqueda preestablecida mediante la estrategia PICO (Santos *et al.*, 2007).

Segunda etapa

Extracción de datos de cada artículo que cumplía con los criterios de inclusión mediante un formulario sometido a un pilotaje inicial por dos revisores independientes con vistas a reducir los sesgos que pudieran afectar la revisión sistemática. Los indicadores del formulario con el cual se evaluaron los estudios seleccionados fueron, a saber: número de identificación del estudio, base de datos consultada, año de publicación, tipo de estudio (original, revisión sistemática, metaanálisis), objetivo, población, participantes, procedimiento de selección, características del diseño, duración del estudio, seguimiento, análisis estadísticos, resultados y discusión.

Tercera etapa

Evaluación de calidad metodológica de los estudios elegidos ante las posibles fuentes potenciales de sesgo. Dos revisores independientes utilizaron la herramienta desarrollada por The Effective Public Health Practice Project (EPHPP) (1998) (*cf.* Thomas *et al.*, 2004), analizando el grado en que la información disponible en los artículos elegidos respondía a seis dominios referidos a la clasificación general de cada estudio: selección-sesgo, diseño del estudio, factores de confusión, cegamiento, métodos de recopilación de datos, retiros y abandonos. La puntuación total máxima de cada estudio es 3.00, con los rangos de 2.51-3.00 (fuerte), 1.51-2.50 (moderada) y 1.00-1.50 (débil) (*cf.* Armijo *et al.*, 2012).

Cuarta etapa

Elaboración de una plantilla o esquema con información sobre el tipo de variables predictoras de tratamiento encontrada en cada uno de los estudios elegidos; robustez metodológica de dichos estudios haciendo énfasis en los análisis estadísticos multivariados; presentación de datos de los estudios elegidos referentes al tipo de estudio (revisiones sistemáticas, metaanálisis o estudios originales), zona geográfica en la que se hizo la in-

vestigación, tamaño de la muestra utilizada, temporalidad longitudinal y diseño del estudio.

Criterios de selección

Para la búsqueda en las bases de datos se leyó el título y resumen de los artículos. Se eligieron aquellos que cumplieran los criterios de inclusión establecidos por la estrategia PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Study design) y las pautas para el desarrollo de revisiones científicas propuestas en el sistema PRISMA (Liberati *et al.*, 2009).

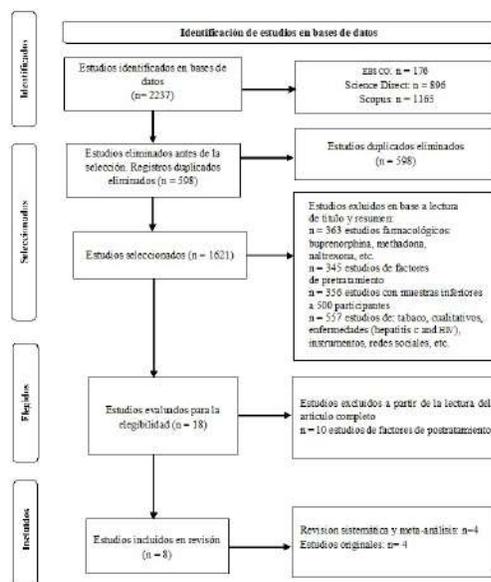
En concreto, se revisaron estudios cuya población (P) estuviera formada por muestras de más de 500 hombres y mujeres con trastornos por abuso de sustancias, mayores de 18 años, expuestos a programas de intervención de diferentes modalidades, así como estudios observacionales, en los que se pudieran analizar los predictores de tratamiento asociados a la prevención de recaídas o de mayores probabilidades de remisión (I). Las investigaciones fueron comparadas (C) con base en la aplicación de análisis estadísticos (selección de estudios multivariados), diseños metodológicos, temporalidad longitudinal (selección de estudios con seguimiento mayor a seis meses), tamaño de muestra (selección de estudios con muestras mayores de 500 participantes), tipo de estudio (selección de textos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis) y diferenciación de variables pre y postratamiento destacadas en otros estudios. En

cuanto a los resultados (O), se buscó determinar qué interrelación de predictores de tratamiento fueron los más consistentes y efectivos para prevenir recaídas y mantener una abstinencia estable y prolongada, así como su calidad metodológica. Finalmente, en cuanto al diseño (S), se seleccionaron estudios no experimentales y experimentales (ensayos aleatorizados controlados, no controlados y de cohortes).

Dos revisores evaluaron los ítems que constituyeron los criterios de inclusión o exclusión para la elegibilidad del estudio, por lo que se descartaron los textos que no cumplieran los criterios inicialmente establecidos, garantizando así la confiabilidad y seguridad del proceso. De los documentos seleccionados, se consideró el acuerdo entre los evaluadores, las limitaciones de los estudios potenciales seleccionados en cuanto a la consistencia de los hallazgos y su aplicabilidad para determinar si serían incluidos o no.

En se consultaron en total 2,237 documentos publicados en las citadas bases de datos (Scopus: 1,165; EBSCO: 176, y Science Direct: 896), de los cuales se eliminaron 598 duplicados antes de la selección inicial. Luego, siguiendo la estrategia PICOS, 1,621 artículos se excluyeron debido a sus títulos y resúmenes. De los 18 estudios restantes, 10 más se descartaron cuando se concluyó su lectura completa. Finalmente, se incluyeron 8 estudios que cumplieran los criterios de selección establecidos, tal como se representa en el diagrama de flujo (Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.



RESULTADOS

Características de la muestra

Como se puede observar en la Tabla 1, 75% de los estudios considerados fueron hechos en Estados

Unidos y los restantes en países europeos: uno en Dinamarca (Schmidt *et al.*, 2018) y otro en Italia (Coco *et al.*, 2019).

Tabla 1. Estudios incluidos que destacaron los predictores de tratamiento asociados con la prevención de recaídas en usuarios dependientes de drogas (N = 8).

Autor(es)	País	Diseño	Duración	N	Resultados	Análisis estadístico	Tipo de estudio
Witbrodt <i>et al.</i> , 2014	USA	Ensayo controlado aleatorizado	1,7, 5 y 9 años	1,951	Asistencia al tratamiento de doce pasos	Regresiones cruzadas	Estudio original
Wittbrodt <i>et al.</i> , 2012	USA	Ensayo controlado aleatorizado	9 años	1,825	Asistencia al tratamiento de doce pasos	Ecuación de estimación generalizada	Estudio original
Majer <i>et al.</i> , 2011	USA	Cohorte	1 año	897	Calidad del programa: Participación en actividades de doce pasos y abstinencia autoeficacia	Análisis multivariante de covarianza	Estudio original
Schmidt <i>et al.</i> , 2018	Dinamarca	Ensayo controlado aleatorizado	43 semanas	8,984	Duración de tratamiento	Metarregresión	Revisión sistemática y meta-análisis
Li <i>et al.</i> , 2017	USA	Ensayo controlado aleatorizado	6, 9 y 12 meses	2,978	<i>Mindfulness</i>	Metarregresión	Revisión sistemática y meta-análisis
Coco <i>et al.</i> , 2019	Italia	Ensayo controlado aleatorizado	12 meses	5,799	Terapia grupal	Metarregresión	Revisión sistemática y meta-análisis
Shin <i>et al.</i> , 2011	USA	Cohorte	12 meses	3,027	Tratamiento residencial/ ambulatorio	Ecuación estructural	Estudio original
Bassuk <i>et al.</i> , 2016	USA	Ensayo controlado aleatorizado	12 meses	4,420	Apoyo de pares	N/A	Revisión sistemática

Nota: N/A = no aplica.

La muestra total sumó 29,881 participantes. En concreto, en 87% de los estudios revisados el número de participantes fue superior a mil individuos, y el resto de más de quinientos pero menos de mil (Majer *et al.*, 2011). También 87% de los estudios se efectuaron con polidrogodependientes y 13% con consumidores de alcohol (Schmidt *et al.*, 2018).

La mitad de los estudios fueron originales, en tanto que la otra mitad fueron revisiones sistemáticas y metaanálisis (Bassuk *et al.*, 2016; Coco *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2017; Schmidt *et al.*, 2018). En

cuanto a la trayectoria temporal, 87% de los estudios longitudinales fueron de más de doce meses y los demás de seis meses a un año (Schmidt *et al.*, 2018). El análisis reveló que la mitad de las variables predictoras identificadas en las investigaciones aludían a la calidad del programa Doce Pasos (DP) respecto a su intensidad y a la participación activa de los usuarios en las actividades propuestas en los grupos de autoayuda y el apoyo de compañeros. El resto de los estudios destacaron, como variables predictoras significativas, la duración del tratamiento, la práctica de la atención plena

(*mindfulness*), el formato de tratamiento grupal y la satisfacción del participante con el tipo de tratamiento recibido (residencial o ambulatorio).

En cuanto a los diseños metodológicos, 75% utilizó un diseño controlado aleatorizado, mientras que 25% un análisis de cohortes (Majer *et al.*, 2011; Shin *et al.*, 2011). Los procedimientos estadísticos predominantes fueron el análisis multivariado, las regresiones cruzadas, las ecuaciones estructurales y las de estimación generalizadas, el análisis multivariante de covarianza y las metarregresiones (en 12% no se indica el tipo de análisis estadístico (Bassuk *et al.*, 2016).

Evaluación de la calidad metodológica

De los artículos incluidos, siete mostraron una calidad metodológica moderada y solo uno una cali-

dad fuerte (Witbrodt *et al.*, 2012). Los revisores independientes coincidieron en un alto porcentaje de acuerdo al comparar los índices en cada dominio con la información disponible de cada documento ($kappa = .93$, 95%, IC= [.86-1.00]). Para la evaluación del consenso entre los evaluadores se utilizaron los criterios propuestos por Byrt (1996) para interpretar los coeficientes *kappa*, indicando valores que se consideran excelentes cuando se ubican en el rango de 0.93 a 1.00. Los estudios con clasificación metodológica fuerte alcanzaron una puntuación que osciló entre 2.51 y 3.00 puntos en la evaluación de ambos revisores al final del análisis de los criterios de calidad metodológica esperados. En cambio, los de calidad moderada alcanzaron una puntuación total coincidente entre ambos revisores que osciló entre 1.51 y 2.50 puntos.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Autor(es) y año	SS		DANC		FC		CEP		MRD		RAS		PT/CM		Clasificación final
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	
Witbrodt <i>et al.</i> , 2012	1	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	2.6	Fuerte
Witbrodt <i>et al.</i> , 2014	1	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2.5	2.0	Moderado
Majer <i>et al.</i> , 2011	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2.3	2.0	Moderado
Li <i>et al.</i> , 2017	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	2.5	Moderado
Coco <i>et al.</i> , 2019	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2.5	2.3	Moderado
Shin <i>et al.</i> , 2011	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.3	2.5	Moderado
Schmidt <i>et al.</i> , 2018	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	2.5	Moderado
Bassuk <i>et al.</i> , 2016	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	2.5	2.5	Moderado

Nota: R1 = revisor 1; R2 = revisor 2; SS = sesgo de selección; DANC = diseño aleatorizado/no aleatorizado/de cohorte; FC = factores de confusión; CEP = cegamiento del evaluador de resultados y de los participantes del estudio; MRD = método de recolección de datos; RAS = retiros, abandonos y seguimiento; PT/CM = puntuación total/calidad metodológica; 3= fuerte (2.51-3.00 puntos); 2= moderado (1.51-2.50 puntos), 1 = débil (1.00-1.50 puntos).

Predictores modificables relacionados con el tratamiento

De los ocho estudios que destacaron las variables modificables asociadas al tratamiento de la adicción a las drogas, tres de estos analizaban a la relación causal entre la asistencia a tratamientos DP y la abstinencia mantenida durante los años siguientes (Majer *et al.*, 2011; Witbrodt *et al.*, 2012; Witbrodt *et al.*, 2014). Tal asociación denota que la participación en este tipo de programa contribuye a la remisión hasta bien entrado el postratamiento. Los usuarios que menos asistieron mostraron una

mayor tendencia a consumir que quienes más habían asistido a estos programas.

Asimismo, Majer *et al.* (2011) señalan que los participantes con trastornos por uso de sustancias en programas DP informaron haber alcanzado niveles significativamente más altos de abstinencia y autoeficacia en el primer año que los menos comprometidos. Fue la participación activa en las actividades lo que dotó a las personas de los recursos de autoeficacia necesarios para una recuperación continua, como hablar con un patrocinador, leer información relativa a los DP, trabajar en un paso y estar en la misma página (Majer *et al.*, 2010).

Otra investigación que se consideró asociada indirectamente a los programas de DP fue la de Bassuk *et al.* (2016). Específicamente, este estudio no hace referencia a los tratamientos de facilitación de los doce pasos, sino que compara otras modalidades de servicios de apoyo entre pares formales e informales, encontrando resultados muy prometedores que consideran este tipo de ayuda como un importante recurso terapéutico para los usuarios en recuperación (White, 2009). Sin embargo, aunque en la revisión citada no se encuentra ningún estudio que destaque el papel que desempeñan los pares en los programas de autoayuda mencionados, el tipo de apoyo de dar y recibir asistencia no clínica y no profesional se utiliza frecuentemente como una herramienta muy útil para lograr la recuperación en el largo plazo en los grupos de Alcohólicos Anónimos (Tracy y Wallace, 2016).

También se halló que, además de la duración participativa y la calidad e intensidad de los tratamientos de DP, la terapia de grupo fue un complemento que contribuyó a la eficacia de la recuperación, produciendo efectos pequeños pero significativos sobre la abstinencia, en comparación con los resultados de los usuarios que no recibieron tratamiento (Litt *et al.*, 2003). Produjo además beneficios de tamaño moderado en el estado mental y constituyó un poderoso incentivo para evitar las recaídas ya que el grupo se convirtió en una vigorosa fuente de control externo que podía contrarrestar o aminorar un trastorno caracterizado por la ruptura de los mecanismos de control interiorizados (Coco *et al.*, 2019; Sobell y Sobell, 2011).

Por su parte, Li *et al.* (2017) destacan la atención plena (*mindfulness*) como otro de los factores relacionados con el tratamiento para conseguir efectos significativos en la remisión del consumo. Señalan que esta técnica puede reducir la frecuencia del uso de sustancias y la gravedad, al tiempo que aumenta las tasas de abstinencia después del tratamiento. A su vez, Shin *et al.* (2011) hallaron que la satisfacción de las necesidades de los servicios ofrecidos y una mejor relación cliente-proveedor en el tratamiento no residencial y residencial se relacionan con mejores resultados en la duración y la reducción del uso de sustancias después del tratamiento. A partir de ambos tratamientos, reco-

miendan promover la relación cliente-proveedor, particularmente en entornos ambulatorios (*cf.* Joe *et al.*, 1999).

Finalmente, otro estudio en el que se encontraron resultados significativos fue el de Schmidt *et al.*, (2018). En esta investigación se reporta que, si bien las guías clínicas sobre la duración de la terapia para el trastorno por uso de alcohol sugieren un tiempo de duración óptimo para abordar de manera exitosa el consumo, ni las semanas planificadas, la duración de las sesiones ni la frecuencia de las sesiones por semana a las que asistieron los usuarios se asociaron con resultados favorables en el largo plazo.

Efectividad y consistencia en los resultados reportados en los estudios elegidos

En los artículos escogidos, los tratamientos asociados a la asistencia a grupos de autoayuda de DP, la calidad del tipo de actividades que se imparten dentro de estos programas y el involucramiento que generan, así como las intervenciones de apoyo entre pares, fueron las investigaciones que reportaron la mayor evidencia de resultados consistentes (Bassuk *et al.*, 2016; Majer *et al.*, 2011; Witbrodt *et al.*, 2012; Witbrodt *et al.*, 2014). La heterogeneidad de dichos estudios se determinó teniendo en cuenta consideraciones clínicas y metodológicas, discusiones y parámetros subjetivos dentro del equipo de revisión, y no tanto criterios estadísticos por no ser un estudio metaanalítico (García, 2015; Liberati *et al.*, 2009).

DISCUSIÓN

Esta investigación da cuenta de la evidencia empírica acerca de los factores de tratamiento que predicen las recaídas. Los estudios que abogan por una asistencia estable y de largo plazo a los programas de DP muestran los mejores resultados referente a la abstinencia. La asistencia prolongada a este tipo de programas es un factor importante para mantener los beneficios logrados en el tratamiento (Fiorentine y Hillhouse, 2000; Moos y Moos, 2006). Aquellos usuarios que se abstienen durante al menos un año, asisten aproximadamente a veinte

veces más reuniones de AA que aquellos que no logran la abstinencia en el largo plazo, independientemente de su nivel socioeconómico y otras variables demográficas asociadas al pretratamiento (Etheridge *et al.*, 1999; Weiss *et al.*, 2005).

También se destaca que la calidad de las actividades propuestas en los programas de DP influye para que los usuarios permanezcan en rehabilitación por más tiempo, haciendo más probable que completen intervenciones de 24 semanas, además de que influyen en la reducción del consumo de alcohol o de drogas durante dos, cinco y hasta dieciséis años de seguimiento (McKellar *et al.*, 2003; Moos y Moos, 2007; Ritscher *et al.*, 2002). Lo dicho anteriormente significa que la duración de este tipo de tratamiento constituye un predictor significativo, llegándose a estimar que la mitad de los pacientes requieren de trece a dieciocho sesiones para alcanzar un resultado clínico excelente (Hansen *et al.*, 2002; Howard *et al.*, 1986).

Pese a tales resultados, cabe destacar que no todos los estudios revisados coinciden respecto a la efectividad del tiempo de tratamiento (incluido el tiempo de atención continua de largo plazo) para alcanzar la remisión de las drogadicciones. Una revisión sistemática e investigación metaanalítica realizada por Schmidt *et al.* (2018) plantea que un mismo período de tratamiento no se adapta a todos los usuarios, pues estos se recuperan y sus síntomas disminuyen a diferentes ritmos (Bar-kham *et al.*, 2006).

Tales hallazgos son consistentes con los resultados de revisiones anteriores sobre la duración planificada y el efecto del tratamiento del trastorno por uso de sustancias (Blodgett *et al.*, 2014; Lenaerts *et al.*, 2014), por lo que se plantea la hipótesis de que la duración de la estancia es esencial, pero sólo cuando se trata de tratamientos específicos y dirigidos a grupos concretos de pacientes, como ocurre en los programas de DP.

Además de los aspectos mencionados, otro elemento significativo que se estudia en el contexto terapéutico de la recuperación de las drogodependencias es el tipo de tratamiento que se ofrece a los usuarios: hospitalario o residencial. En el presente estudio se encontró que algunos autores recomiendan el segundo, dado que la seguridad de estos ambientes remotos contribuye a alejar las re-

laciones que perpetúan el abuso de drogas y consolida los cambios fisiológicos que acompañan al cese del consumo al permanecer en esos lugares; sin embargo, tales hallazgos no son concluyente (Finney *et al.*, 1996). Se ha planteado que ambos tipos de tratamiento se relacionan con mejores resultados al moderar la asociación entre las variables predictoras de riesgo y el abuso de sustancias durante su puesta en práctica, especialmente si los usuarios perciben calidad en los servicios recibidos para satisfacer sus necesidades y una relación constructiva con quienes los instrumentan (Friedmann *et al.*, 2000; Meier *et al.*, 2005).

Asociados a los hallazgos mencionados, en la presente investigación también fue posible identificar otros predictores que se pueden incorporar como herramientas útiles para ser utilizadas con miras a una recuperación más rápida y exitosa durante los tratamientos residenciales o ambulatorios, tales como la práctica del *mindfulness*, la incorporación de intervenciones grupales en los tratamientos y la promoción de la ayuda mutua entre los usuarios.

Respecto al *mindfulness*, Li *et al.* (2017) afirman que dicha práctica tiene suficiente evidencia empírica, que va de efectos pequeños a grandes, para en el tratamiento de una variedad de problemas de abuso de sustancias en varias poblaciones, en comparación con otros tratamientos alternativos. Por su parte, Coco *et al.*, (2019) aportan datos contundentes del efecto de pequeño a moderado de los tratamientos grupales en el comportamiento del usuario en virtud de que ofrecen un clima de apoyo y motivación, y ejercen a la vez una considerable presión social para el cambio (*cf.* Crits-Christoph *et al.*, 1999; Sobell y Sobell, 2011).

Finalmente, otro recurso terapéutico encontrado durante la presente revisión, el cual tiene un notable efecto y que es muy utilizado en muy diferentes modalidades de tratamiento, es la participación de los pares como un valioso apoyo para la recuperación (Tracy y Wallace, 2016). Tener como referencia el testimonio de personas que ya han tenido experiencias similares, que tienen un profundo conocimiento del problema y que han logrado una abstinencia estable y una mejor calidad de vida, es muy esperanzador para los usua-

rios que están empeñados en superar su adicción, aunque muchas veces esas personas no cuentan con la orientación adecuada para lograr tal propósito (Borkman, 1999). No obstante, si bien existe una amplia evidencia de la efectividad de los servicios de apoyo brindados por los pares en la recuperación, la literatura muestra limitaciones importantes a este respecto (Faces y Voices of Recovery, 2010).

En fin, es posible señalar que todos los elementos predictivos identificados en esta revisión sistemática fueron significativos. Empero, es pertinente proceder con cautela al momento de difundir su generalización, independientemente de que los hallazgos proporcionen evidencia de una calidad moderada y fuerte. Debe tenerse en cuenta que el presente análisis sólo identificó textos que abarcaron un periodo de diez años (2011-2020), redactados en inglés y español, descartándose así otros reportes redactados en otros idiomas y con fechas de publicación anteriores. Lo anterior da lugar a un sesgo metodológico en cuanto a un análisis más profundo de la temporalidad longitudinal. Además, siempre existe la posibilidad de un sesgo adicional por parte de los revisores al mo-

mento de analizar los estudios, no obstante haber efectuado una cuidadosa evaluación de la calidad de los artículos incorporados definitivamente.

Por consiguiente, se recomienda efectuar revisiones sistemáticas adicionales con procedimientos de metaanálisis estadístico para determinar su heterogeneidad y sensibilidad con base en consideraciones estadísticas, y no sólo clínicas y metodológicas. Así, será posible tener una mayor confianza de que hay un menor peligro de sesgos en cuanto a la consistencia de los resultados.

Además, sería recomendable utilizar criterios de elegibilidad de alta precisión, como incluir únicamente estudios que hayan utilizado la replicación de tratamientos similares (duración, dosis, frecuencia, intensidad, características del programa, etc.), con seguimientos a largo plazo donde se pueda observar la evolución real de los casos sin que haya una confusión de datos en una muestra amplia y homogénea de participantes, así como el control de variables foráneas mediante procedimientos de aleatorización y gestión de la pérdida de los mismos por desgaste en el tiempo mediante rigurosos procedimientos estadísticos.

Citación: Fernández-Flores, A.A., Ochoa-Meza, G. y Castro-Valles, A. (2024). Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas en usuarios drogodependientes: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 34(1), 37-47. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2842>

REFERENCIAS

- Abdullah, M., Khan, M.I., Mumtaz, F., Shah, F., Ximenes, R.C., Nikoui, V. y Wahab, A. (2020). Risk factors associated with relapse of drug dependence after treatment and rehabilitation in areas under the influence of war on terror. *Advancements in Life Sciences*, 7(3), 117-121.
- Afkar, A., Rezvani, S.M. y Sigaroudi, A.E. (2017). Measurement of factors influencing the relapse of addiction: a factor analysis. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 6(3), e32141. Doi: 10.5812/ijhrba.32141
- Armijo O., S., Stiles, C.R., Hagen, N.A., Biondo, P.D. y Cummings, G.G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane collaboration risk of bias tool and the effective public health practice project quality assessment tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12-18. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01516
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N., Margison, F., Evans, C. y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160-167. Doi:10.1037/0022-006X.74.1.160
- Bassuk, E.L., Hanson, J., Greene, R.N., Richard, M. y Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. Doi: 10.16/j.jsat.2016.01.003
- Blodgett, J.C., Maisel, N.C., Fuh, I.L., Wilbourne, P.L. y Finney, J.W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97. Doi: 10.16/j.jsat.2013.08.022
- Bobes, J., Bascarán M., T., Bobes B., M., Carballo J., L., Diaz M., E.M., Flores, G. y Saiz P., A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación al manejo clínico y seguimiento del tratamiento*. Madrid: PNSD/Cibersam. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/214.pdf>

- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Rutgers University Press.
- Byrt, T. (1996) How good is that agreement? *Epidemiology*, 7(5), 561. Doi: 10.97/00001648-199609000-00030
- Chie, Q.T., Tam, C.L., Bonn, G., Dang, H.M. y Khairuddin, R. (2016). Substance abuse, relapse, and treatment program evaluation in Malaysia: Perspective of rehabilitation of patients and staff using the mixed method approach. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 90. Doi: 10.3389/fpsy.2016.00090
- Coco, G.L., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M.R., Strauss, B., Schwartz, D., Rosendahl, J. y Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 104-116. Doi: 10.16/j.jsat.2019.01.016
- Crits-Christoph, P., Johnson, J.E., Connolly G., M.B. y Gallop, R. (2013). Process predictors of the outcome of group drug counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 23-34. Doi: 10.37/a0030101
- Etheridge, R.M., Craddock, S.G., Hubbard, R.L. y Rounds-Bryant, J.L. (1999). The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATA. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 99-12. Doi: 10.16/s0376-8716(99)00087
- Faces and Voices of Recovery (Ed.) (2010). *Addiction recovery peer service roles: Recovery management in health reform*. Washington, DC: Author.
- Finney, J.W., Hahn, A.C. y Moos, R.H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773-1796. Doi: 10.46/j.1360-0443.1996.91121773.x
- Florentine, R. y Hillhouse, M.P. (2000). Drug treatment and 12-step program participation: The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65-74. Doi: 10.16/s0740-5472(99)00020-3
- Friedmann, P.D., Alexander, J.A., Jin, L. y D'Aunno, T.A. (2000). Medical and psychosocial services in outpatient drug abuse treatment: Do stronger links promote client utilization? *Health Services Research*, 35(2), 443-465.
- García P., H.A. (2015). Fundamental concepts of systematic reviews/meta-analyses. *Colombian Urology*, 24(1), 28-34. Doi: 10.16/j.uuroco.2015.03.005
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. y Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343. Doi: 10.93/clipsy.9.3.329
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. Doi: 10.02/jclp.10167
- Iglesias E., B., Tomás M., C., Pérez E., J.P., Hermida J., R.F., Fernández L., C., González M., P.B., Secades, R. y Gradolí V., T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 113-125. Doi: 10.16/s0376-8716(99)00088-5
- Lenaerts, E., Matheï, C., Matheys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. y Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 9-21. Doi: 10.16/j.drugalcdep.2013.10.030
- Li, W., Howard, M.O., Garland, E.L., McGovern, P. y Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96. Doi: 10.16/j.jsat.2017.01.008
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J. y Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-e34. Doi: 10.16/j.jclinepi.2009.06006
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L. y Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118-128. Doi: 10.37/0022-006x.71.1.118
- Luengo M., M.Á., Romero T., E. y Gómez F., X.A. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas, análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo Proyecto hombre*. Universidad Santiago de Compostela.
- Majer, J.M., Droege, J.R. y Jason, L.A. (2010). A categorical assessment of twelve-step involvement in relation to recovery resources. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(2), 155-167. Doi: 10.80/1556035 1003766158
- Majer, J.M., Jason, L.A., Ferrari, J.R. y Miller, S.A. (2011). A longitudinal analysis of categorical twelve-step involvement among a U.S. national sample of recovering substance abusers in residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(1), 37-44. Doi: 10.16/j.jsat.2012.03.001
- McKellar, J., Stewart, E. y Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlate? A prospective two-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 302-308. Doi: 10.37/0022-006x.71.2.302
- Meier, P.S., Barrowclough, C. y Donmall, M.C. (2005). The role of therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- Menon, J. y Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 473-478.

- Moos, R.H y Moos, B.S. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 735-750. Doi: 10.02/jclp.20259
- Moos, R.H y Moos, B.S. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 46-54. Doi: 10.16/j.drugalcdep.2006.04.015
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción. DrugFacts*. Recuperado de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>
- Pereira E., M. (2017). *Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes cartageneros atendidos por ingreso y recaídas hospitalarias en la clínica de La Misericordia (2016-2021)*. Tesis inédita de Licenciatura. Cartagena (Colombia): Universidad de Cartagena.
- Ritsher, J.B., McKellar, J.D., Finney, J.W., Otilingam, P.G y Moos, R.H. (2002). Psychiatric comorbidity, continuing care and mutual help as predictors of five-year remission from substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(6), 709-715. Doi: 10.15288/jsa.2002.63.709
- Santos, C., Pimenta, C. y Nobre, M. (2007). PICO strategy for the construction of the research question and the search for evidence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. Doi: 10.1590/s0104-11692007000300023
- Schmidt, L.K., Bojesen, A.B., Nielsen, A.S y Andersen, K. (2018). Duration of therapy: Does it matter? A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 84, 57-67. Doi: 10.16/j.jsat.2017.11.002
- Shin, H.C., Marsh, J.C., Cao, D. y Andrews, C.M. (2011). Client-provider relationship in comprehensive substance abuse treatment: Differences in residential and non- residential settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 335-346. Doi: 10.16/j.jsat.2011.03.007
- Sinha, R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 398-405. Doi: 10.07/s11920-011-0224-0
- Sobell, L.C y Sobell, M.B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. The Guilford Press.
- Thomas, B.H., Ciliska, D., Dobbins, M. y Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-184. Doi: 10.11/j.1524-475x.2004.04006.x
- Tracy, K. y Wallace, S.P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143-154. Doi:10.2147/SAR.S81535
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018). *Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe Mundial sobre las Drogas 2018*. Recuperado de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_s.pdf
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Gallop, R.J., Najavits, L.M., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thasee, M., Blaine, J., Gastfriend, D., Daley, D. y Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 177-184. Doi: 10.16/j.drugalcdep.2004.08
- White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice and scientific evaluation*. Philadelphia, PA: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Philadelphia Department of Behavioral Health & Mental Retardation Services.
- Witbrodt, J., Mertens, J., Kaskutas, L.A., Bond, J., Chi, F. y Weisner, C. (2012). Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 30-43. Doi: 10.16/j.jsat.2011.10.004
- Witbrodt, J., Ye, Y., Bond, J., Chi, F., Weisner, C. y Mertens, J. (2014). Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence: 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 412-419. Doi: 10.16/j.jsat.2013.10.015

Análisis comparativo de la eficacia de dos terapias psicológicas para remitir la depresión en mujeres con fibromialgia

A comparative study on the efficacy of two psychological therapies for depression reduction in women with fibromyalgia

Gonzalo Sebastián Peña-Muñante

Universidad de Almería¹

Autor para correspondencia: Gonzalo Sebastián Peña-Muñante, gpm359@inlumine.ual.es.

RESUMEN

Introducción. La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica cuya principal característica es un dolor agudo y persistente en la mayor parte del cuerpo. Se ha demostrado que los síntomas de depresión en pacientes con fibromialgia puede empeorar el curso de la enfermedad y acentuar el dolor. El objetivo del presente estudio fue comparar el efecto de dos terapias psicológicas para reducir la sintomatología depresiva en 27 mujeres con fibromialgia. *Método.* Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a la terapia de compasión basada en los estilos de apego (ABCT) o a la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Se administró a las participantes la DASS-D, una escala que mide depresión en tres momentos temporales: antes, después y a los tres meses de concluido el tratamiento. Se llevó a cabo un análisis de varianza con medidas repetidas mediante el programa SPSS. *Resultados.* La reducción de la depresión después del tratamiento fue significativamente mayor en el grupo ABCT que en el grupo ACT, manteniéndose este efecto a los tres meses de seguimiento. *Discusión y conclusiones.* Al parecer, la ABCT es un tratamiento más eficaz que la ACT para reducir los síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia.

Palabras clave: Comparación; Terapias psicológicas; Reducción; Depresión; Fibromialgia.

ABSTRACT

Introduction. Fibromyalgia is a chronic rheumatic disease whose main characteristic is a persistent deep aching over most of the body. Several studies show that depressive symptoms in patients with fibromyalgia can worsen the disease's course, magnifying the pain's impact. The present study aimed to compare the effect of two psychological therapies on reducing depressive symptomatology in 27 women with fibromyalgia. *Method.* Female participants were randomly assigned to Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) or Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The DASS-D depression scale served to collect data at three-time points: pre-treatment, post-treatment, and three months after the end of the treatment. *Results.* A repeated measures analysis of variance revealed that the reduction in depression after treatment was significantly greater in the ABCT group compared to the ACT group, and this effect remained at the 3-month follow-up. *Discussion and*

¹ Departamento de Psicología, Carretera Sacramento s/n, 04120 Almería, España, <https://orcid.org/0000-0002-7990-4867>.



conclusions. *ABCT seems a more effective treatment than ACT for reducing depressive symptoms in fibromyalgia patients.*

Key words: Comparison; Psychological therapies; Reduction; Depression; Fibromyalgia.

Recibido: 09/01/2022

Aceptado: 16/02/2023

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica y debilitante (Wolfe *et al.*, 2010) cuya principal característica es un dolor crónico y generalizado, principalmente de tipo muscular, en localizaciones corporales específicas. Otros síntomas físicos o psicológicos relacionados con esta enfermedad son las sensaciones de rigidez en las extremidades, la hipersensibilidad al tacto, los problemas de sueño, la fatiga, el agotamiento físico y las dificultades cognitivas relacionadas con la atención y la memoria (Wolfe *et al.*, 2010). Además, la fibromialgia también muestra un alto grado de comorbilidad con ciertos trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión (Vincent *et al.*, 2015).

La tasa de prevalencia de esta afección se estima en 2.4% entre la población española, esto es, más de un millón de personas (Uclés *et al.*, 2020). Se considera que la fibromialgia es la causa más común de dolor musculoesquelético generalizado en mujeres de 20 a 55 años, con una proporción mujer/hombre de 9:1 (Cruz *et al.*, 2011). Por tanto, al parecer las mujeres de mediana edad tienen un mayor riesgo de padecer dicha afección (Cabo *et al.*, 2017).

La aparición de los síntomas de ansiedad y depresión está relacionada con un afrontamiento inadecuado del estrés (Amutio *et al.*, 2015); así, quienes padecen fibromialgia muestran una gran cantidad de estrategias desadaptadas de afrontamiento (van Ittersum *et al.*, 2009). Por consiguiente, en este padecimiento también están presentes algunas variables psicológicas relacionadas con la incapacidad de afrontar problemas, como

los pensamientos catastróficos, el locus de control externo, una baja sensación de autoeficacia y sentimientos de impotencia (Miró *et al.*, 2012). Asimismo, la ira hacia uno mismo es elevada en estos pacientes, quienes muestran una tendencia a interiorizar y reprimir el enfado (Sayar *et al.*, 2004). Estas emociones negativas pueden aumentar o amplificar el dolor (van Middendorp *et al.*, 2013) y, por tanto, la forma en que dichas personas procesan y regulan sus emociones puede ser relevante en la adaptación al dolor provocado por la fibromialgia (Geenen *et al.*, 2002).

En consecuencia, se han recomendado diferentes enfoques psicoterapéuticos que han mostrado resultados prometedores en dichos pacientes (Thieme *et al.*, 2017). Un enfoque de tercera generación, conocido como *terapia de aceptación y compromiso* (ACT en lo sucesivo) (Hayes *et al.*, 2006), ha demostrado que reduce el dolor, el catastrofismo, la aceptación, la ansiedad y la depresión, a la vez que aumenta el bienestar y la calidad de vida (Luciano *et al.*, 2014). La ACT parece conducir a que los pacientes se recuperen de la enfermedad mental a través del papel mediador de la flexibilidad psicológica, esto es, el “darse permiso” para tener contacto con aquellos eventos privados que crean malestar, que en este caso es la experiencia de dolor (Hayes *et al.*, 2006). Además, este enfoque incluye un componente de activación basado en valores, apoyado por la focalización en la experiencia del momento presente y en la orientación hacia la aceptación, ambas características de la atención plena (*mindfulness*) (Lindsay y Creswell, 2017).

Algunos estudios han demostrado que las cogniciones futuras positivas (p.ej., optimismo, esperanza, resiliencia) durante los momentos de malestar están asociadas a la gravedad del dolor en los pacientes con fibromialgia (Hellström *et al.*, 2000). Por tanto, para tales pacientes, creer que las cosas mejorarán en el futuro, incluso cuando se enfrenten a situaciones difíciles, podría ayudarlos a establecer una perspectiva positiva asociada con experimentar una menor intensidad del dolor (Morea *et al.*, 2008). Dicha asociación se explica por los comportamientos que los pacientes efectúan o utilizan cuando hacen frente a su situación estresante (Purdie y Morley, 2016). Por

consiguiente, la creciente investigación centrada en la importancia de la autocompasión como un importante mecanismo de afrontamiento podría ser útil para comprender la gravedad del dolor en los pacientes (Chang *et al.*, 2019).

Para comprender mejor lo que es la autocompasión, es útil considerar primero lo que significa “sentir compasión por los demás” (Neff y Dahm, 2015). Dentro del ámbito de la psicología, la compasión puede definirse como una *sensibilidad* hacia el sufrimiento o malestar ajeno, con un profundo *compromiso* para tratar de aliviarlo y prevenirlo (Gilbert, 2010). Como se aprecia, implica acercarse y comprender el sufrimiento o el malestar buscando sus causas y trabajando para aliviarlo y prevenirlo. La autocompasión es simplemente dirigir esa respuesta interiormente, es decir, hacia uno mismo (Germer y Neff, 2013). Se trata de ser testigo del propio dolor para responder con amabilidad y comprensión ante el que experimentan otros (Germer, 2009).

La autocompasión es un indicador clave del bienestar y la salud psicológica (Neff *et al.*, 2007; Phillips y Ferguson, 2013; Zessin *et al.*, 2015) ya que mejora la satisfacción con la vida (Wei *et al.*, 2011), fomenta estados mentales positivos, como la felicidad y el optimismo (Hollis-Walker y Colosimo, 2011), y aumenta la motivación intrínseca (Breines y Chen, 2012).

Es en este contexto que se ha desarrollado recientemente un nuevo protocolo denominado *terapia de compasión basada en los estilos de apego*, o ABCT (García-Campayo *et al.*, 2016), el cual consta de ocho sesiones de dos horas de duración cada una, e incluye ejercicios de *mindfulness* y compasión (Fearon y Roisman, 2017). El programa se basa en los estilos de apego, un concepto psicoanalítico que describe la relación que los niños establecen con sus padres y que influye en las relaciones interpersonales y en la imagen de sí mismos que desarrollarán posteriormente. A través de la toma de conciencia y la clarificación de valores en los ámbitos de la familia, la amistad, el amor, el trabajo, la espiritualidad y el bienestar general, la ABCT fomenta una reorientación de la vida de la persona mediante la aceptación de su situación específica, lo que mejora así la activación

y el funcionamiento en cada contexto concreto (García-Campayo *et al.*, 2016).

Ante todo lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo comparar el efecto de dos terapias (ACT y ABCT) para reducir los síntomas de depresión en un grupo de mujeres con fibromialgia. De este modo, la hipótesis que se plantea en este trabajo es que la ABCT producirá una reducción mayor en los síntomas depresivos de estas pacientes que la ACT.

MÉTODO

Participantes

La muestra se seleccionó a través de un muestreo incidental y se integró con 27 mujeres inscritas en la Asociación de Fibromialgia de Almería (AFIAL), con edades comprendidas entre 43 y 74 años. Los criterios de inclusión fueron, a saber: ser mujer, mayor de 18 años, y haber sido diagnosticada con fibromialgia, según los criterios ACR 2010-11. El uso de antidepresivos no se consideró un criterio de exclusión, siempre y cuando la participante se comprometiera a no modificar el tratamiento farmacológico que tuviera prescrito durante el período de estudio (se estableció que se podía disminuir la dosis, pero no aumentarla). Se asignaron aleatoriamente por sorteo doce participantes al grupo ACT, quedando las quince restantes en el grupo ABCT. Se eliminó a dos participantes del grupo ACT por no asistir a la primera sesión, razón por la cual este grupo tuvo menos participantes que el grupo ABCT. El resto de los datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes por grupo.

Características	GACT (n = 12)	GABCT (n = 15)
Edad [M (D.E.)]	54.46 (7.48)	55.22 (8.43)
Estado civil [n (%)]		
Soltera	2 (16.67%)	1 (6.67%)
Casada, Con pareja	4 (33.33%)	7 (46.67%)
Separada, Divorciada	5 (41.67%)	5 (33.33%)
Viuda	1 (8.33%)	2 (13.33%)

Continúa...

Características	GACT (n = 12)	GABCT (n = 15)
<i>Convivencia [n (%)]</i>		
Cónyuge, pareja	4 (33.33%)	5 (33.33%)
Hijos	3 (25%)	5 (33.33%)
Padres	1 (8.33%)	1 (6.67%)
Hermanos	1 (8.33%)	2 (13.33%)
Sola	3 (25%)	2 (13.33%)
<i>Nivel de estudios [n (%)]</i>		
Primarios	2 (16.67%)	2 (13.33%)
Secundarios	5 (41.67%)	8 (53.33%)
Universitarios	5 (41.67%)	5 (33.33%)
<i>Ocupación [n (%)]</i>		
Tareas del hogar	2 (16.67%)	4 (26.67%)
Trabajadora en activo	3 (25%)	4 (26.67%)
Desempleada	1 (8.33%)	2 (13.33%)
Baja laboral	4 (33.33%)	2 (13.33%)
Jubilada	2 (16.67%)	3 (20%)
<i>Tratamiento farmacológico [n (%)]</i>		
Sin tratamiento	3 (25%)	5 (33.33%)
Antidepresivos	9 (75%)	10 (66.67%)

Nota. GACT: Grupo de Terapia de Aceptación y Compromiso. GABCT: Grupo de Terapia de Compasión basada en los Estilos de Apego. Los datos se presentan como media (desviación típica), o bien [n (%)].

Procedimiento

Se estableció comunicación con la Asociación de Fibromialgia de Almería, la cual aceptó colaborar con el equipo de investigación facilitándole el acceso a la muestra. Gracias a dicha colaboración, se ofreció un paquete de ocho sesiones de terapia psicológica grupal y gratuita a las mujeres que formaban parte de la asociación para mejorar su bienestar y calidad de vida. De las 60 mujeres afiliadas a la asociación, 27 aceptaron participar voluntariamente. Todas las participantes firmaron una carta de consentimiento informado antes de las sesiones.

Instrumentos

Con base en el objetivo detallado anteriormente, se elaboró un cuestionario en papel en el que, además de preguntas de carácter sociodemográfico,

se incluyó una escala para la evaluación de la variable objeto de estudio.

Variables sociodemográficas

Recogen información sobre la edad, el estado civil, la forma de convivencia (vivir sola o acompañada), el nivel de estudios y la ocupación.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Brown *et al.*, 1997).

Se utilizó la versión en español de Bados *et al.* (2005). Se trata de una escala desarrollada para evaluar la gravedad o frecuencia de los síntomas emocionales negativos experimentados en los últimos siete días. Consta de 21 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: de 0, “Nada aplicable a mí”, a 3 “Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo”. Puntuaciones altas indican un mayor malestar psicológico. En el presente estudio solamente se utilizó la subescala de depresión (siete ítems). Para obtener la puntuación total de dicha subescala, que oscila entre 0 y 21, se suman las puntuaciones señaladas en cada ítem. Con la intención de saber en qué niveles de sintomatología depresiva se encontraban los grupos en cada una de las mediciones, se tomaron como referencia los puntos de corte comúnmente utilizados en la literatura para dicha subescala (Ruiz *et al.*, 2017): normal (0-4), depresión leve (5-6), depresión moderada (7-10), depresión severa (11-13), depresión extremadamente severa (14 o más). El coeficiente alfa de Cronbach de la mencionada subescala fue de .84.

Diseño

Se elaboró un diseño de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos: un factor intersujetos (con un grupo de sujetos en cada nivel y que puede denominarse *terapia*), con dos niveles (ACT y ABCT) y un factor intrasujetos (por cuyos niveles pasan todos los sujetos y que puede llamarse *evolución*), con tres niveles: “Antes de la terapia”, “Después de la terapia” y “Tres meses después de la terapia”. Como variable dependiente se utilizó el nivel de depresión.

Análisis de datos

Se efectuó un análisis univariado de la varianza (ANOVA) factorial mixto para estudiar el efecto de dos terapias para la depresión en momentos temporales diferentes. Además, se evaluaron previamente los supuestos de dicha prueba (normalidad e independencia de las observaciones) y se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para cada grupo o condición del diseño. Los análisis se llevaron a cabo mediante el programa estadístico SPSS, v. 26.

RESULTADOS

ANOVA factorial mixto

En primer lugar, se evaluó el supuesto de normalidad para la variable dependiente, esto es, la depresión. Dado que fue pequeño el tamaño muestral (quince o menos por grupo), la mejor prueba es la Shapiro-Wilk, que indica que la distribución de los datos de depresión de cada sujeto cumple con el supuesto de normalidad ($p > .05$). En segundo lugar, el supuesto de independencia de las puntuaciones mediante la prueba de esfericidad de Mauchly (1940). Como el valor de significación es menor a .05 ($p = .020$), es posible afirmar que no se cumple el supuesto de independencia de las puntuaciones, por lo que es preferible basar las decisiones en la aproximación univariante.

Respecto a los estadísticos univariados referidos a los efectos intrasujetos, se encontró que, en relación al efecto individual del factor *evolución*, este fue significativo ($p = .003$; $F = 151.09$), lo que indica que el nivel de depresión no fue el mismo en las tres mediciones efectuadas. El efecto de interacción *evolución*grupo* fue asimismo significativo ($p = .009$; $F = 5.22$), esto es, que hubo diferencias entre los dos grupos a lo largo de las diferentes mediciones.

En cuanto al factor intersujetos, el efecto individual del factor *grupo* fue también significativo ($p = .003$; $F = 31.85$), lo que muestra que el nivel de depresión no fue el mismo en los dos tipos de terapia aplicadas.

Para poder interpretar apropiadamente los resultados de un ANOVA factorial mixto es necesario efectuar comparaciones múltiples entre las medias de los efectos significativos. La Tabla 2 ofrece las comparaciones por pares entre los niveles del factor *evolución*. El resultado de estas comparaciones por pares indica que no hubo diferencias significativas entre el nivel 2 (*Después del tratamiento*) y el nivel 3 (*A tres meses del tratamiento*), pero sí entre el nivel 1 (*Antes del tratamiento*), el nivel 2 (*Después del tratamiento*) y el nivel 3 (*A tres meses del tratamiento*). En concreto, la puntuación media de depresión antes del tratamiento fue significativamente mayor que después del tratamiento y que a los tres meses de concluido este (Tabla 2).

Tabla 2. Comparaciones entre los niveles del factor evolución.

Variable	1. Pretratamiento	2. Postratamiento	3. A tres meses del tratamiento	Comparaciones por pares (p)
<i>Depresión</i> M (D.E.)	11.18 (3.27)	6.86 (2.81)	5.36 (2.57)	1 > 2 ($p < .001$) 1 > 3 ($p < .001$) 2 = 3 ($p = .062$)

La Tabla 3 muestra las comparaciones por pares entre los niveles del factor *grupo*. Los resultados obtenidos en estas comparaciones muestran que hubo diferencias significativas entre los dos tipos de terapia en cuanto a la reducción de los síntomas

depresivos. En concreto, la puntuación de depresión con la terapia de compasión basada en los estilos de apego fue significativamente menor que con la terapia de aceptación y compromiso.

Tabla 3. Comparaciones entre los niveles del factor grupo.

Variable	1. GACT	2. GABCT	Comparaciones por pares (<i>p</i>)
Depresión [M (D.E.)]	6.91 (2.83)	5.31 (2.11)	1 > 2 (<i>p</i> = .043)

Analizando el efecto de interacción, la Tabla 4 recoge el resultado de comparar por pares los niveles del factor *grupo* en cada nivel del factor *evolución*. Los resultados de estas comparaciones

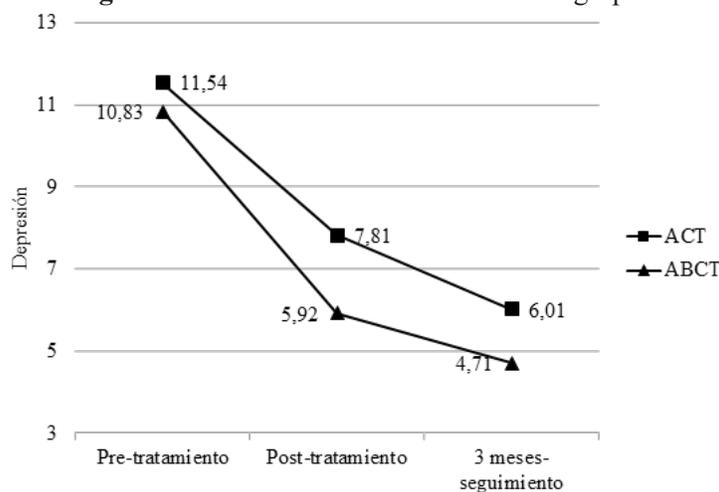
permiten concretar el significado del efecto de interacción. Como se puede apreciar, las diferencias significativas se encuentran en el momento temporal 2 (*Después del tratamiento*) y 3 (*A los tres meses del tratamiento*), siendo el nivel de depresión inferior con la terapia ABCT en ambos casos. Como es lógico, el grupo ACT y ABCT no difieren significativamente en el momento temporal 1 (*Antes del tratamiento*), puesto que todavía no habían empezado la terapia y, por ende, el nivel de depresión era similar en ambos grupos.

Tabla 4. Comparación de medias de depresión en las tres mediciones para los dos grupos [M (D.E.)].

Variable	1. GACT	2. GABCT	Comparaciones por pares (<i>p</i>)
Pretratamiento	11.54 (3.91)	10.83 (3.23)	1 = 2 (<i>p</i> = .126)
Posttratamiento	7.81 (2.93)	5.92 (2.61)	1 > 2 (<i>p</i> = .010)
A tres meses del tratamiento	6.01 (2.64)	4.71 (1.77)	1 > 2 (<i>p</i> = .037)

El gráfico de líneas sobre el efecto de interacción (Figura 1) puede ayudar a comprender mejor el significado de estas comparaciones, ya que permite ver el perfil de evolución de cada grupo a lo largo de las diferentes mediciones. El gráfico muestra con claridad que el nivel de depresión disminuye con el paso del tiempo hasta los tres meses después del

tratamiento. También puede observarse que la reducción de los síntomas depresivos no es igualmente intensa en las dos condiciones definidas por el factor *grupo*. Parece claro que con la terapia ABCT se produce una mejora sensiblemente mayor que con la terapia ACT.

Figura 1. Efecto de interacción evolución-grupo.

DISCUSIÓN

Una actitud crítica rigurosa hacia uno mismo es un predictor de la aparición de un síntomas de ma-

lestar psicológico (López *et al.*, 2016), y se ha observado que la depresión y el estado de ánimo negativo pueden empeorar el curso patológico de la fibromialgia (Vincent *et al.*, 2013) al magnificar el

impacto del dolor y perjudicar la recuperación de los pacientes (Davis *et al.*, 2014). Teniendo esto en cuenta, el objetivo fundamental del presente trabajo fue comparar el efecto de dos terapias (ACT y ABCT) para reducir los síntomas de depresión de un grupo de mujeres con fibromialgia.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis planteada, ya que la ABCT produjo una reducción en los síntomas depresivos de las participantes en mayor medida que la ACT. Tal dato es similar al reportado en los estudios de Montero *et al.* (2018, 2020), en los que la ABCT obtuvo resultados clínicamente relevantes en el estado funcional de la fibromialgia y en la ansiedad y depresión comórbidas, y también mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes que un grupo tratado con terapia de relajación. Del mismo modo, se pone de manifiesto lo propuesto por Santos *et al.* (2022), quienes demostraron que la ABCT es eficaz para disminuir la ansiedad y la sintomatología depresiva en pacientes con dicho padecimiento, así como para aumentar las habilidades de autocompasión y *descentramiento* (o sea, la capacidad de observar los propios pensamientos y sentimientos dolorosos de forma desapegada), manteniéndose estos cambios hasta tres meses y medio después de finalizado el programa.

Respecto a las limitaciones, es necesario ser prudentes con la generalización de estos resultados a la población de pacientes con fibromialgia, ya que la muestra utilizada en el presente estudio fue muy reducida. Por otro lado, el incumplimiento del supuesto de independencia de las observaciones (correlación entre las puntuaciones de los sujetos), asociado al diseño de medidas repetidas, puede afectar la validez de la conclusión estadística en virtud de que provoca un sesgo positivo, aumentando así la probabilidad de cometer errores del tipo I; es decir, aumentar la probabilidad de encontrar resultados estadísticamente significativos cuando en realidad no lo son. Asimismo, es importante señalar que la historia es un factor que puede afectar a la validez interna, dado que la depresión es una variable dependiente que suele

estar relacionada con los cambios de conductas y actitudes, y es muy susceptible de ser modificada por las circunstancias que rodean a la persona o por el efecto de los antidepresivos (como en el caso presente).

En futuras líneas de investigación sería valioso estudiar la dimensión afectiva de la fibromialgia a lo largo del tiempo y en diferentes etapas de la vida, dado que los adultos gestionan sus emociones de manera diferente a medida que envejecen (Charles y Carstensen, 2014). Es posible que este hecho tenga repercusiones al momento de identificar recursos y herramientas que hagan posible que las mujeres enfermas manejen de forma adaptativa sus experiencias emocionalmente difíciles relacionadas con el dolor crónico en distintas edades. También sería recomendable evaluar de forma separada los componentes principales de la ABCT (esto es, apego, compasión y *mindfulness*) en diferentes grupos de pacientes para ver si contribuyen de la misma manera en la ganancia terapéutica vinculada a la reducción de la depresión (Yim *et al.*, 2016). Por último, sería interesante comparar la intervención aquí propuesta con otros tratamientos psicológicos similares en cuanto a su duración, intensidad terapéutica y pronóstico, que a su vez hayan demostrado su eficacia en la fibromialgia, como la terapia cognitivo-conductual (Bernardy *et al.*, 2010).

Concluyendo, la principal aportación práctica de la ABCT en el tratamiento de la fibromialgia radica en la regulación que hace de los procesos atencionales para sustituir las tendencias autocríticas que parecen subyacer a la depresión por actitudes autocompasivas, produciendo así un cambio profundo en la forma en que los individuos se relacionan consigo mismos al promover una figura de apego más segura y fomentar virtudes interpersonales, como el perdón y la gratitud (Navarro *et al.*, 2020). Sobre la base de esta idea, es posible afirmar que la ABCT es un tratamiento más eficaz que la ACT para reducir los síntomas de depresión en la fibromialgia.

REFERENCIAS

- Amutio, A., Franco, C., Pérez F., M.C., Gázquez, J.J. y Mercader, I. (2015). Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients. *Frontiers in Psychology*, 5, 1572. Doi: 10.3389/fpsyg.2014.01572
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V. y Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005. Doi: 10.3899/jrheum.100104
- Breines, J.G. y Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143. Doi: 10.1177/0146167212445599
- Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W. y Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89. Doi: 10.1016/s0005-7967(96)00068-x
- Cabo M., A., Cerdá O., G. y Trillo M., J.L. (2017). Fibromialgia: Prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. Doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008
- Chang, E.C., Lucas, A.G., Chang, O.D., Angoff, H.D., Li, M., Duong, A.H., Huang, J., Perera, M.J., Sirois, F.M. y Hirsch, J.K. (2019). Relationship between future orientation and pain severity in fibromyalgia patients: Self-compassion as a coping mechanism. *Social Work*, 64(3), 253-258. Doi: 10.1093/sw/swz013
- Charles, S.T. y Carstensen, L.L. (2014). Emotion regulation and aging. En J. J. Gross (Ed.): *Handbook of emotion regulation* (pp. 203-218). The Guilford Press.
- Cruz A., C., Cuerda M., D.C., Sabadell M., D.E., García M., T.F., Ruiz V., G., López J., M., Mira M., Á.P., de Salazar B., R.O. y Amores R., S. (2011). *Fibromialgia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Davis, M.C., Thummala, K. y Zautra, A.J. (2014). Stress-related clinical pain and mood in women with chronic pain: Moderating effects of depression and positive mood induction. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(1), 61-70. Doi: 10.1007/s12160-013-9583-6
- Fearon, R.M.P. y Roisman, G.I. (2017). Attachment theory: Progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131-136. Doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.002
- García C., J., Navarro G., M. y Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74. Doi: 10.1016/j.mincom.2016.10.004
- Geenen, R., Jacobs, J.W.G. y Bijlsma, J.W.J. (2002). Evaluation and management of endocrine dysfunction in fibromyalgia. *Rheumatic Disease Clinics*, 28(2), 389-404. Doi: 10.1016/S0889-857X(01)00009-6
- Germer, C.K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. The Guilford Press.
- Germer, C.K. y Neff, K.D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. Doi: 10.1002/jclp.22021
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. Doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hellström, C., Jansson, B. y Carlsson, S.G. (2000). Perceived future in chronic pain: The relationship between outlook on future and empirically derived psychological patient profiles. *European Journal of Pain*, 4(3), 283-290. Doi: 10.1053/eujp.2000.0184
- Hollis-Walker, L. y Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. Doi: 10.1016/j.paid.2010.09.033
- Lindsay, E.K. y Creswell, J.D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48-59. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.011
- López, A., Sanderman, R. y Schroevers, M.J. (2016). Mindfulness and self-compassion as unique and common predictors of affect in the general population. *Mindfulness*, 7(6), 1289-1296. Doi: 10.1007/s12671-016-0568-y
- Luciano, J.V., Guallar, J.A., Aguado, J., López H., Y., Olivan, B., Magallón, R., Alda, M., Serrano B., A., Gili, M. y Garcia C., J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155(4), 693-702. Doi: 10.1016/j.pain.2013.12.029
- Mauchly, J.W. (1940). Significance test for sphericity of a normal n-variate distribution. *The Annals of Mathematical Statistics*, 11(2), 204-209. Doi: 10.1214/aoms/1177731915.JSTOR 2235878
- Miró, E., Diener F., N., Martínez M., P., Sánchez A., I. y Valenza M., C. (2012). La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*, 24(1), 10-15.

- Montero M., J., Navarro G., M., Puebla G., M., Luciano, J.V., Van Gordon, W., Shonin, E. y García C., J. (2018). Efficacy of “attachment-based compassion therapy” in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 307. Doi: 10.3389/fpsy.2017.00307
- Montero M., J., Van Gordon, W., Shonin, E., Navarro G., M., Gasió, V., López H., Y., Luciano J., V. y Garcia C., J. (2020). Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: Mediating role of mindfulness and self-compassion. *Mindfulness*, 11(3), 816-828. Doi: 10.1007/s12671-019-01302-8
- Morea, J.M., Friend, R. y Bennett, R.M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: A comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in Nursing & Health*, 31(6), 563-575. Doi: 10.1002/nur.20294
- Navarro G., M., Lopez H., Y., Modrego A., M., Montero M., J., Van Gordon, W., Shonin, E. y Garcia C., J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, 11(1), 51-62. Doi: 10.1007/s12671-018-0896-1
- Neff, K.D. y Dahm, K.A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. En B. D. Ostafin, M. D. Robinson y B. P. Meier (Eds.): *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-140). Springer. Doi: 10.1007/978-1-4939-2263-5_10
- Neff, K.D., Rude, S.S. y Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916. Doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Phillips, W.J. y Ferguson, S.J. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journal of Gerontology: Series B*, 68(4), 529-539. Doi: 10.1093/geronb/gbs091
- Purdie, F. y Morley, S. (2016). Compassion and chronic pain. *Pain*, 157(12), 2625-2627. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000000638
- Ruiz F., J., García M., M.B., Suárez F., J.C. y Odriozola G., P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of the Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.
- Santos, A., Crespo, I., Pérez A., A., Beltrán R., M., Puebla G., M. y García C., J. (2022). Attachment-based compassion therapy for reducing anxiety and depression in fibromyalgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8152. Doi: 10.3390/ijerph19138152
- Sayar, K., Gulec, H. y Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448. Doi: 10.1007/s10067-004-0918-3
- Thieme, K., Mathys, M. y Turk, D.C. (2017). Evidenced-based guidelines on the treatment of fibromyalgia patients: Are they consistent, and if not, why not? Have effective psychological treatments been overlooked? *The Journal of Pain*, 18(7), 747-756. Doi: 10.1016/j.jpain.2016.12.006
- Uclés J., R., Fernández C., D., Fernández M., S. y Díaz A., J.C. (2020). Conceptuación de la fibromialgia: ¿Consenso o discrepancia entre profesionales clínicos de España? *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202001006. Doi: 10.4321/s1135-57272020000100018
- van Ittersum, M.W., van Wilgen, C.P., Hilberdink, W.K.H.A., Groothoff, J.W. y van der Schans, C.P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 53-60. Doi: 10.1016/j.pec.2008.07.041
- van Middendorp, H., Lumley, M.A., Houtveen, J.H., Jacobs, J.W.G., Bijlsma, J.W.J. y Geenen, R. (2013). The impact of emotion-related autonomic nervous system responsiveness on pain sensitivity in female patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 75(8), 765-773. Doi: 10.1097/psy.0b013e3182a03973
- Vincent, A., Benzo, R.P., Whipple, M.O., McAllister, S.J., Erwin, P.J. y Saligan, L.N. (2013). Beyond pain in fibromyalgia: Insights into the symptom of fatigue. *Arthritis: Research & Therapy*, 15, 221. Doi: 10.1186/ar4395
- Vincent, A., Whipple, M.O., McAllister, S.J., Aleman, K.M. y Sauver, J.L.S. (2015). A cross-sectional assessment of the prevalence of multiple chronic conditions and medication use in a sample of community-dwelling adults with fibromyalgia in Olmsted County, Minnesota. *BMJ Open*, 5(3), e006681. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006681
- Wei, M., Liao, K. y -H., Ku, T.-Y. y Shaffer, P.A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191-221. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B. y Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. Doi: 10.1002/acr.20140
- Yim, Y.-R., Lee, K.-E., Park, D.-J., Kim, S.-H., Nah, S.-S., Lee, J.H., Kim, S.-K., Lee, Y.-A., Hong, S.-J., Kim, H.-S., Lee, H.-S., Kim, H.A., Joung, C.-I., Kim, S.-H. y Lee, S.-S. (2016). Identifying fibromyalgia subgroups using cluster analysis: Relationships with clinical variables. *European Journal of Pain*, 21(2), 374-384. Doi: 10.1002/ejp.935
- Zessin, U., Dickhäuser, O. y Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. Doi: 10.1111/aphw.12051

Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores

Descriptive analysis of mobility, emotions, and health in the verbal reference of older adults

Emma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte y Luis Silva-Castillo

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente¹

Autor para correspondencia: Everardo Camacho Gutiérrez, ecamacho@iteso.mx.

RESUMEN

En este artículo los autores proponen evaluar la correlación que existe entre la referencia verbal de la movilidad, el estado emocional y el estado de salud de los adultos mayores con el propósito de promover, mediante intervenciones planeadas, su calidad de vida. Algunos estudios han encontrado una relación entre la movilidad física de estas personas, el grado de salud y el bienestar emocional autorreferido. Así, se cuestiona si hay una correlación entre estas variables en una muestra de dieciocho adultos mayores de la zona urbana de Guadalajara (México). Los participantes se seleccionaron con base en una distribución socioeconómica similar a la del Estado y en un rango de entre 60 y 90 años, siendo los participantes siete hombres y once mujeres, a quienes se hizo una entrevista y se les aplicaron las escalas de Barthel, de Lawton y Brody, de Gijón y de Duke-UNC para evaluar su funcionalidad. Se analizaron las frecuencias de diferentes parámetros y se obtuvo el índice de bienestar emocional mediante el conjunto de puntajes previos integrados. Los resultados muestran una correlación moderada entre la actividad física y el bienestar emocional, así como también una correlación negativa entre la actividad física y la cantidad de enfermedades, la puntuación en la escala de apoyo social de Lawton y Brody (que evalúa el grado de dependencia) y el estrés social, evaluado mediante una pregunta específica durante la entrevista. Asimismo, se halló una relación positiva entre los logros personales y el capital social, al igual que entre la funcionalidad, medida por las escalas de Barthel y de Duke, con el uso del tiempo libre. Se discuten las implicaciones prácticas de estos datos para la elaboración de programas de intervención con esta población, y se concluye que se deben llevar a cabo nuevos estudios con muestras más amplias y representativas que incrementen la validez de los datos reportados.

Palabras clave: Actividad física; Emociones positivas; Emociones negativas; Bienestar; Calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the correlation between the verbal reference of mobility, emotional state, and health status of 18 older adults through planned interventions to increase participants' quality of life. Some studies report a relationship between the physical mobility of older adults and their degree of self-reported health and

¹ Departamento de Psicología, Educación y Salud y Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano, Periférico Sur Manuel Gómez Morín Núm. 8585, 45604 Tlaquepaque, Jal., México, tel. (33)36-69-34-42, correos electrónicos: urbina@iteso.mx, ecamacho@iteso.mx, apdf@iteso.mx y luissilva@iteso.mx.



emotional well-being. The present study explored the correlation between mobility, health, and emotional well-being in a sample of 18 older adults in the urban area of Guadalajara. Participants. Seven men and eleven women aged 60 to 90 were selected from the state's socioeconomic distribution. Participants responded to an interview, and the Barthel and the Lawton and Brody scales to evaluate primary and instrumental functionality. Additional data included the Gijón and Duke-UNK scales to measure functionality and social support or dependence. Frequencies of all parameters were analyzed, as was the emotional well-being index. The results show a good correlation between physical activity and emotional well-being, an inverse correlation between physical activity and several reported diseases, the Lawton and Brody social support scale, and social stress assessed by a specific question during the interview. Likewise, there are positive correlations between achievements and social capital, between functionality measured by Barthel and the Duke scales with free time. Results are relevant to the practical implications of these data for intervention programs with older adults. Future studies with larger and more representative samples would increase the validity of findings.

Key words: Physical activity; Positive emotions; Negative emotions; Well-being; Quality of life.

Recibido: 11/06/2022

Aceptado: 27/02/2023

Panorama epidemiológico de la población mundial, nacional y local

El envejecimiento demográfico, la disminución de la fertilidad y el aumento de la esperanza de vida han traído nuevos desafíos en el contexto de la globalización (Huenchuan, 2018). La población de más de 65 años constituye el grupo poblacional de mayor crecimiento (de 3 a 5% por año), mientras que la de la población general tiene un crecimiento de 1.3% anual. Este incremento, en el contexto de México, es razón suficiente para poder emprender estudios que generen un conocimiento útil para promover la calidad de vida para este grupo etario y desarrollar intervenciones basadas en evidencia.

Así, en el presente trabajo se efectúa un análisis exploratorio-descriptivo de la relación entre la movilidad, la salud y las emociones de los adultos mayores, considerando el bienestar percibido que manifiestan y su capacidad funcional autorreferida en dos escenarios: el interior y el exterior de su vivienda.

La funcionalidad en las personas mayores

En el proceso de envejecimiento es posible identificar una diversidad de cambios físicos, emocionales y mentales que afectan en la vida de las personas. Uno de los aspectos que se ven alterados por los cambios —principalmente por el deterioro físico— es la funcionalidad.

La funcionalidad, según Zavala (2011), es la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad disminuye gradualmente y difiere de persona a persona; en 5% de las personas mayores de 65 puede estar comprometida en cierto nivel, mientras que hasta en 50% de los mayores de 80 años muestra afecciones severas (Zavala, 2011).

Según Castellanos (2020), la funcionalidad puede definirse como la capacidad de los individuos para satisfacer sus necesidades de forma autónoma, independiente y satisfactoria. Dicho autor establece como medida del estado funcional las AVD, divididas en básicas, instrumentales y avanzadas. Mientras que las primeras involucran el funcionamiento, la movilidad para el autocuidado y la supervivencia (primordialmente en la vivienda), las segundas incluyen actividades que son necesarias para vivir en una comunidad, como la gestión del dinero, la cocina o la compra de alimentos; a su vez, las AVD avanzadas son aquellas que implican el rol social, como por ejemplo la colaboración altruista en voluntariados, la organización de colonos o clubes infantiles, juegos de mesa o actividades físicas.

Establecer un diagnóstico, una intervención o un plan de cuidado, según Zavala (2011), puede ser mucho más factible a partir de identificar la alteración de la funcionalidad en las tres categorías para su estudio: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

La alteración de la funcionalidad puede ocurrir a partir de la aparición de alguna enfermedad, aunque no es la única causa, pues el deterioro físico, en combinación con barreras físicas propias de la vivienda, pueden también ocasionar alteraciones que impidan la movilidad o el autocuidado. Zavala (2011) señala que la incapacidad para realizar al menos una de las ADV se define como *discapacidad*. Como ya se ha dicho, tal alteración de la funcionalidad se ve reflejada en una menor calidad de vida de las personas mayores.

Calidad de vida y su relación con la salud de las personas mayores

El concepto de *calidad de vida* es complejo y se le ha abordado en diversas ciencias y disciplinas; por ello mismo, su estudio involucra una aproximación multidisciplinar. La calidad de vida puede definirse como la percepción del individuo acerca de su vida dentro de un contexto que abarca los aspectos culturales y los valores, y se relaciona con sus metas, objetivos y expectativas (Durán *et al.*, 2008). Así, implica no solamente la salud física, sino los aspectos sociales, las relaciones, las características del entorno y los aspectos personales, como el estado psicológico y el nivel de independencia. Por tanto, se hace necesario distinguir la calidad de vida en general (CV) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVR).

Cuando la calidad de vida se valora a partir de la salud, incluye las dimensiones física, psicológica y social, que no están exentas de las vivencias personales, creencias y percepciones de los individuos, por lo que también se considera como multidimensional, pero teniendo como foco el funcionamiento físico adecuado, la percepción personal acerca del estado de salud y una apropiada dinámica psicosocial.

De acuerdo con Durán *et al.* (2008), aunque la calidad de vida tiene un alto nivel de subjetividad, es posible identificar algunos factores objetivos que permanecen constantes y que se pueden utilizar tanto como indicadores de resultados, como factores modificadores, o bien como factores a controlar en el diseño de las distintas intervenciones. Así pues, los determinantes en la cali-

dad de vida en el adulto mayor incluyen el soporte social –que por lo general tiene una connotación positiva–; la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia. Asimismo, los factores socioeconómicos y la escolaridad son factores que determinan la calidad de vida y el estado de salud, tanto en su dimensión física como mental.

De la definición de calidad de vida, Moreno (1996) destaca los aspectos objetivos y subjetivos, que se suman al ser valorados por el individuo. La calidad de vida objetiva, que incluye los bienes subjetivos, no será suficiente para realizar una valoración si no se tiene claro cuál es la perspectiva de la persona, es decir, el ángulo de vista subjetivo respecto a sus aspiraciones y deseos. Por consiguiente, es posible decir que la calidad de vida es la respuesta de un individuo al conjunto de situaciones de su vida.

Salud y el paradigma del envejecimiento exitoso

Desde la perspectiva de una definición más amplia de salud, como la presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948), como un estado completo de bienestar físico, mental y social, se vuelve importante conocer los modelos de conducta, actitudes y valores de las personas mayores hacia su salud, pero considerando su entorno social, cultural y económico. Es lo que Fernández (1994) denomina “estilos de vida”, mismos que pueden conocerse mediante la observación directa de las prácticas y costumbres de una comunidad, y también por la referencia verbal de los mismos actores que la conforman.

Los estilos de vida en el campo de la salud suelen reconocerse como un indicador de salud que es útil para identificar los factores de riesgo que desembocan en un deterioro funcional que conduce a la falta de autonomía. De ahí la importancia de distinguir las actividades que tienen un efecto significativo en la salud, tal como señalan Reyes *et al.* (2007) al referirse a los patrones diarios de vida integrados por un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, los que tienen efectos positivos o negativos en su salud. Dichos patrones se desarrollan a lo largo

de la vida y tienen como consecuencia diversas afectaciones. Algunos de los estilos de vida que más alteraciones producen son el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, café, té y fármacos), la falta de ejercicio físico, el mal uso del tiempo libre, la falta de revisiones médicas, los malos hábitos de sueño, el estrés, una pobre higiene personal, una mala nutrición, una deficiente salud bucal, relaciones interpersonales conflictivas y un comportamiento sexual inadecuado (Guerrero y León, 2010). Ante los desafíos de la nueva estructura demográfica, se requieren modelos que hagan posible la adopción de estilos de vida saludables que prolonguen la autonomía, la integración a los distintos ámbitos de la sociedad y el aumento de los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

Por su parte, el envejecimiento exitoso se considera un concepto multidimensional que integra varios factores biopsicosociales (Fernández, 1997). Petretto *et al.* (2016) resume como criterios generalmente aceptados de un envejecimiento exitoso los siguientes: las condiciones apropiadas de salud, el funcionamiento físico óptimo, un alto funcionamiento cognitivo, un afecto positivo y una participación social activa. La interrelación entre ellos y sus distintos niveles es lo que Fernández (1997) señala como criterios específicos, los que utiliza para evaluar la calidad del envejecimiento.

La correcta identificación de la etapa o el nivel en que se encuentre la persona mayor respecto al paradigma del envejecimiento exitoso dependerá en gran medida, tal como señala Brigeiro (2005), de la concepción individual y social que tengan de la calidad de vida, la salud y los hábitos saludables quienes viven el proceso de envejecimiento.

Relación entre movilidad, salud y emociones en los adultos mayores

La movilidad física es un elemento fundamental para los adultos mayores. Su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, desplazarse), así como las actividades instrumentales (limpiar su entorno, cocinar, comprar...), son los criterios para evaluar y mantener

su funcionalidad e independencia (Soberanes *et al.*, 2009). En cuanto a la actividad física, Wood *et al.* (2021) encontraron más bienestar en un grupo de adultos físicamente activos durante la pandemia de COVID-19, y menos ansiedad y depresión que en el grupo menos activo y que le daba menos importancia a la actividad física.

Los beneficios de mantenerse activo son múltiples, tanto en la dimensión biológica al posibilitar el mantenimiento de múltiples procesos corporales y una mejoría en la calidad del sueño y un aumento del umbral del dolor, como en la dimensión psicosocial debido al bienestar que produce la actividad en sí misma y el uso de diversas funciones cognoscitivas inherentes a dicha actividad que mantienen los procesos de memoria y coordinación psicomotriz (Belmonte *et al.*, 2021; Torres *et al.*, 2020).

Respecto al bienestar que produce el uso corporal, también es posible suponer que el deterioro físico causado por el proceso del envejecimiento puede producir malestar en el ámbito emocional de los adultos mayores, al decir de Ramos (2013). Dicho autor señala que la discapacidad comienza con una pérdida creciente de movilidad y flexibilidad. Con ello, en el proceso natural de aprender a aceptar las propias limitaciones de la edad, se generan emociones de tristeza que pueden desembocar en estados depresivos, los cuales se caracterizan en el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2015) por una disminución y enlentecimiento adicionales de la actividad física corporal (*cf.* Morrison, 2015), lo que genera así un círculo vicioso.

De esta forma, la movilidad tiene una relación clara y directa con el estado de salud de los adultos mayores, así como también con la dimensión emocional, que es parte de la salud misma al constituir un elemento fundamental del bienestar humano y que determina el grado de calidad de vida de las personas. El concepto de calidad de vida, como se ha señalado líneas atrás, implica el grado de adaptación que tiene una persona con su entorno, así como también el nivel de vinculación afectiva que tiene con otras personas (Fernández, 2017).

En un continuo en el que en los extremos se encuentran la total independencia y autonomía

de un adulto mayor respecto las demás personas, y en el otro la total dependencia para funcionar en las actividades cotidianas e instrumentales, es posible posicionar entre tales extremos una gradualidad de la magnitud del apoyo que requiere una persona para desarrollar sus actividades básicas. Con base en este planteamiento, es factible preguntarse si es posible identificar una relación entre la autorreferencia de los adultos mayores a su grado de movilidad y a su estado de salud e independencia, y si también existe alguna relación entre la autorreferencia a su estado emocional y su estado de salud general. Por ello, el objetivo de la presente investigación fue describir las referencias de los adultos mayores a su grado de movilidad, emociones y estado de salud, con el objetivo de explorar la interrelación entre estas diferentes variables vinculadas a la calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 18 participantes (once mujeres y siete varones). Dicha selección se llevó a cabo a través de una asociación civil de adultos mayores en una comunidad de la zona metropolitana en la que el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente lleva a cabo tareas de intervención social.

Las personas mayores que se incorporaron al estudio tenían que cumplir los siguientes criterios: tener una edad de entre 60 y 90 años, vivir en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (México) y tener distintos niveles socioeconómicos y de dependencia, según los criterios establecidos por la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión.

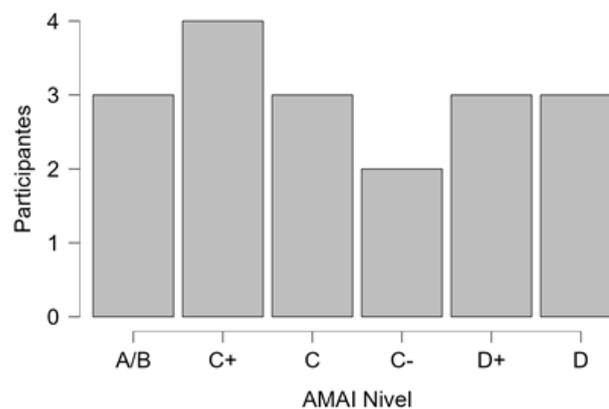
Se buscó la diversidad de niveles socioeconómicos con base en las proporciones de la población del estado de Jalisco, con representación en tres de los grupos según los criterios arriba mencionados. De este modo, siete participantes se ubicaron en el rango de edad de 65 años o menos, seis entre 66 y 74 años, y cinco participantes de 75 años y más. Las características de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes.

Rangos de edad	Masculino	Femenino
65 o menos	2 (11.11%)	5 (27.77%)
66-74	3 (16.66%)	3 (16.66%)
75 o más	2 (11.11%)	3 (16.66%)
Total	7 (38.88%)	11 (61.11%)

La distribución del nivel socioeconómico de los participantes emuló asimismo la proporción de los adultos mayores de la citada entidad. Es importante aclarar que la escala de estratificación socioeconómica en México se compone de seis niveles. El nivel más alto es A/B, seguido por C+, C, C-, D+ y D, siendo este último el nivel más bajo. Dichos niveles se determinan en función de los ingresos mensuales en los hogares, y cada nivel representa un rango de ingresos específico. La escala se utiliza para segmentar la población según su nivel de ingresos, y se utiliza ampliamente en la investigación de mercado y en otras áreas para identificar patrones de consumo y comportamiento en diferentes grupos socioeconómicos. En la Figura 1 se observa una distribución uniforme de los participantes en los citados niveles.

Figura 1. Distribución del nivel socioeconómico de los entrevistados de acuerdo a la clasificación de la AMAI 2020 (elaboración propia).



Instrumentos

Se aplicó una entrevista semiestructurada de 49 preguntas mediante la cual se evaluó el nivel educativo, datos generales, características de la vivienda, equipamiento tecnológico, masa corporal, acti-

vidades instrumentales de la vida diaria (pago de cuentas, cocinar, aseo personal, limpieza de ropa y del hogar), apoyo social, estrés social, estresores físicos en casa (accidentes y caídas), visión de autonomía a futuro, emociones, concepto de vejez, estado de salud, enfermedades y hábitos (alimentación, calidad del sueño, consumo alcohol y tabaco, recreación), lo que permitió aplicar posteriormente los siguientes cuatro índices gerontológicos para la medición multidimensional de la autonomía:

Escala o Índice de Barthel
(Mahoney y Barthel, 1965)

Esta escala es una herramienta que se utiliza para medir la capacidad funcional de una persona en actividades de la vida diaria. Se le ha empleado en la valoración de la independencia para realizar las actividades de los adultos mayores. Mide la funcionalidad en diez actividades. Se seleccionó este índice para la valoración funcional ya que aporta información respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), entre las que se incluyen aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (alimentación, aseo personal, vestido, control de esfínteres, movilidad, capacidad para realizar actividades, traslado de cama a silla, uso de transporte, marcha y uso de escaleras). Cada uno de estos ítems se puntúa en la escala de 0 a 10, según la capacidad funcional de la persona. Por lo tanto, la puntuación total de la Escala de Barthel es la suma de los puntos obtenidos en cada ítem, y oscila entre 0 y 100. Los resultados se han agrupado en cuatro categorías: Dependencia total (< 20), dependencia alta (21-60), dependencia moderada (61-90) y dependencia leve (90-99).

Gallud (2004) señala una consistencia interna adecuada, medida con el coeficiente alfa de Cronbach (α), de entre 0.86 y 0.92.

Escala de Lawton-Brody (Lawton y Brody, 1969). La escala de Lawton-Brody complementa el índice de Barthel e identifica la funcionalidad de la persona al usar el teléfono, efectuar compras, preparar alimentos, cuidar el hogar, lavar ropa, usar medios de transporte, mostrar responsabilidad res-

pecto a la medicación propia e independencia respecto a los asuntos económicos. Este índice se ha elegido para la valoración funcional ya que aporta información respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Los resultados se agrupan en tres categorías del grado de apoyo social: muestra máxima dependencia; precisa ayuda para la realización de las tareas, y es dependiente en las AIVD.

Escala Gijón (García *et al.*, 1999).

Este instrumento permite realizar una valoración inicial sociofamiliar de la persona mayor para detectar riesgo social, y recoge cinco áreas de valoración: situación familiar y económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. Una de las ventajas es que, además de los elementos sociales, proporciona información acerca del nivel de independencia en el entorno inmediato (vivienda), y en el entorno cercano a la misma, ya que para algunas de las tareas la persona mayor requiere salir de casa. Genera una puntuación que hace posible categorizar la situación social como buena/aceptable (de 5 a 9 puntos), con riesgo social (de 10 a 14) y con problemas sociales (mayor o igual a 15). Gallud (2004) señala que se ha estudiado su validez de criterio mediante el juicio de un profesional experto. La fiabilidad entre observadores reportada es alta (Índice Kappa de 0.957), aunque su consistencia interna es muy baja ($\alpha = 0.142$).

Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNC
(Broadhead *et al.*, 1988).

Validado por Cuéllar y Dresch (2012) en población española, este cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido en relación con personas a las que se pueden comunicar sentimientos íntimos (apoyo social confidencial) y personas que expresan sentimientos positivos de empatía (apoyos sociales efectivos). Se eligió este cuestionario para la valoración social de los participantes porque recoge valores referidos tanto al apoyo confidencial como al afectivo, lo que permite evaluar su red social. La escala cuenta con once ítems: seis de apoyo social confidencial y cinco de apoyo afectivo. Cada aspecto se evalúa

mediante una escala Likert, de manera que una persona puede obtener puntuaciones en el total de la escala que varían de 11 a 55. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo *percibido*, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación de < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que una menor de 32 indica un apoyo social percibido como bajo. Gallud y Guirao (2004) señalan que la consistencia interna obtenida mediante el coeficiente α es de 0.90 para el total de la escala, y de 0.88 y 0.79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente.

Diseño

En esta aproximación metodológica para la observación cualitativa del hábitat, se efectuó el presente estudio de carácter no experimental, transversal y descriptivo basado en el registro de respuestas verbales a una entrevista estructurada, así como en las respuestas a las cuatro escalas indicadas, con el propósito de conocer, ubicar y categorizar a un grupo de personas mayores, residentes en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara (México), de entre 60 y 90 años, respecto a su tipo de envejecimiento (ideal, activo, habitual o patológico), tomando como criterio sus niveles de dependencia, estado de salud percibido, deterioro cognitivo y presencia de enfermedades, con base en la tipología planteada por Reynoso y Becerra, (2021).

Procedimiento

Se realizaron las 18 entrevistas en un lapso de 13 meses, iniciando en el mes de noviembre de 2019 y terminando en diciembre de 2020. En este periodo ocurrió la contingencia sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, por lo que solo las tres primeras entrevistas se hicieron en los hogares. Ante la situación del grupo vulnerable de las personas mayores y la imposibilidad de visitarlos en casa, el proceso de levantamiento de datos se realizó a distancia, utilizando plataformas digitales. Las entrevistas se realizaron por videoconferencia. Las grabaciones y transcripciones de las

entrevistas realizadas se colocaron en una base de datos multisoporte en la plataforma FileMaker.

Se llevó a cabo una codificación en la plataforma Atlas-ti. En dicha plataforma se cuenta con 21 códigos que se enfocan principalmente a identificar las menciones a aspectos relacionados con la funcionalidad (si la persona es autónoma o no para vestirse, bañarse, cocinarse), enfermedades padecidas (crónicas o agudas), emociones positivas (alegría, sorpresa, ternura) y negativas (enojo, tristeza, frustración), actividad social (apoyo físico y emocional de familiares, amigos, vecinos y conocidos), estresores físicos (cansancio, caídas, dolor) y sociales (falta de apoyo, conflictos, disputas económicas y laborales), actividad física (caminar en el entorno inmediato) y ADV (compras, pagos), entre otras.

Por otra parte, se calculó un índice de bienestar de cada sujeto considerando las menciones a emociones positivas y negativas y restándolas entre ellas; es decir, se comparó la cantidad de expresiones emocionales positivas con las negativas, suponiendo que ello se traduce en un nivel de bienestar y calidad de vida diferente (Frederickson y Losada, 2005).

Una vez identificados los elementos mediante los códigos, se registraron sus frecuencias en las menciones de los entrevistados. Por ejemplo, en el caso de las enfermedades se cuantificaron el número de menciones de enfermedades y el número de enfermedades declaradas. Con esto se categorizó su tipo de envejecimiento conforme a las cuatro formas de envejecimiento planteados por Reynoso y Becerra (2021): ideal, activo, habitual y patológico.

RESULTADOS

El análisis de datos se realizó con base solamente en procedimientos descriptivos al considerar, por una parte, la naturaleza exploratoria del estudio y, por otra parte, las características heterogéneas y limitadas de la muestra. Inicialmente, se hizo una caracterización de la muestra mediante el cálculo de los valores medios de las variables de interés y de los valores de dispersión alrededor de ellos. Tales valores se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Valores medios de las variables estudiadas.

Índice de bienestar	Media (D.E.)	Mediana (RIC)	Min.	Max.
	2.8 (8.3)	2.5 (6.5)	-15	21
Movilidad				
Interior casa	4.5(2.4)	4(3.5)	1	9
Exterior casa	7.3 (4.7)	6 (2)	3	19
Actividad Física	3.5 (2.1)	3 (3)	1	8
Funcionalidad				
Autoeficacia (logros)	7(4.5)	7(8.0)	1	17
Escala de Barthel	91.1 (16.9)	100 (11.25)	45	100
Escala de Lawton-Brody	5.72 (2.2)	5.5 (4.0)	1	8
Escala de Duke	45.3 (9.3)	28.5 (8.7)	20	55
Escala Gijón	10.2 (2.8)	10 (3)	5	16
Actividad social				
Apoyo familiar	10.5(13.1)	6 (5)	3	60
Capital social	8.9(6.1)	7 (7)	1	22
Recreación (tiempo libre)	7.8 (2.7)	8 (5)	4	13
Enfermedad				
Enfermedades (número)	1.6(1.0)	1(1.0)	0	4
Enfermedades (Frecuencia)	6.4(4.8)	5 (4.75)	1	16
Deterioro físico	4.7(3.8)	3.5 (5.5)	1	13
Deterioro de la memoria	3.4 (2.6)	2 (3.5)	1	9
Estrés				
Físico	4.2(4.4)	2.5 (4)	1	15
Social	6.2(5.2)	4 (7)	1	19

En la Figura 2 se presentan el coeficiente de correlación de Spearman obtenido entre el índice del bienestar y los indicadores de movilidad, funcionalidad, actividad social, enfermedad física y estrés. Se obtuvieron correlaciones positivas entre bienestar emocional y actividad física (.44), recreación (tiempo libre) (.28), deterioro de la memoria (.27), capital social (.23), apoyo familiar (.20), autoeficacia (logros) (.13), estrés físico (.11) y deterioro mental (.10), lo que sugiere que a medida que aumentan estas variables, también lo hace el índice de bienestar percibido. Sin embargo, debido al tamaño de la muestra no se calcularon coeficientes de probabilidad asociados a cada una de las correlaciones, y estas únicamente se entienden en términos descriptivos. Por otra parte, no se halló correlación alguna entre el bienestar emocional y el exterior de la casa (.00) (Índice de Duke = .00). Por último, se obtuvieron correlaciones negativas

entre el bienestar emocional y la Escala de Gijón (-.08), Índice Barthel (-.26), enfermedades (frecuencia) (-.19), enfermedades (número) (-.35), interior de casa (-.39), Índice de Lawton-Brody (-.40) y estrés social (-.48).

A pesar de que se encontraron correlaciones positivas y negativas, en el presente estudio únicamente se consideraran aquellas que mostraron un valor intermedio en su magnitud (> 0.3).

En la Figura 3 se muestran las correlaciones superiores a 0.3 e inferiores a -0.3 entre los indicadores de funcionalidad y los indicadores de actividad social. De manera semejante, se muestran las correlaciones entre movilidad y salud. Se obtuvieron correlaciones positivas entre los logros y el capital social (.33), entre la puntuación en el Barthel y el tiempo libre (.5), entre el puntaje en la Escala de Gijón y el capital social (.36) y entre el Índice de Duke y el tiempo libre (.32).

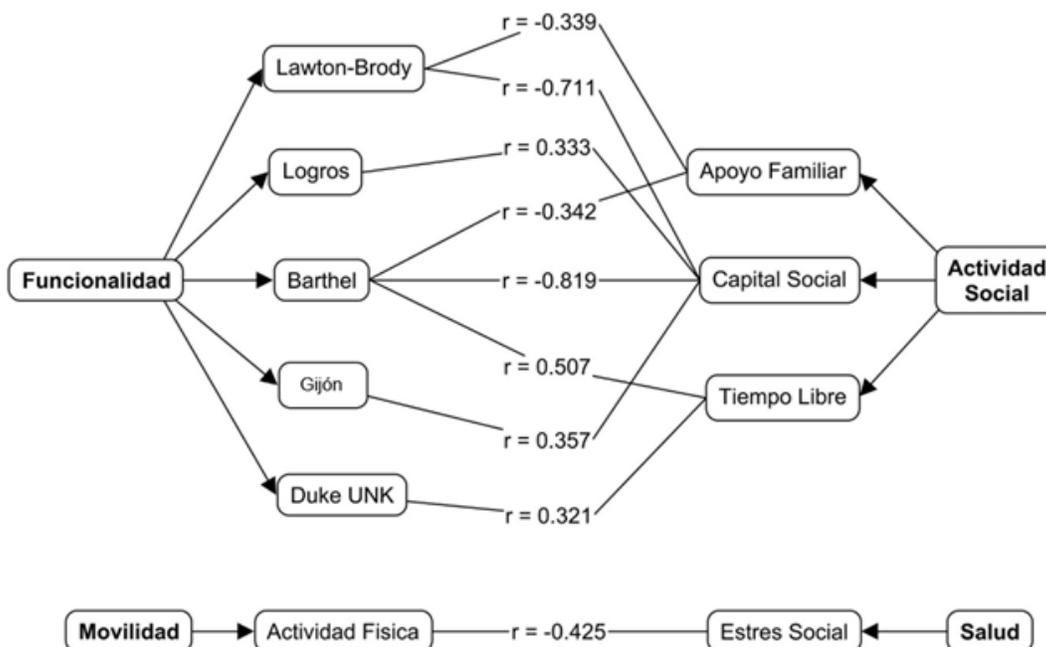
Figura 2. Correlación de Spearman entre los indicadores de actividad social, enfermedad, estrés movilidad y funcionalidad con el índice de bienestar emocional.



Por otra parte, se encontró una relación inversa entre el puntaje en el Índice de Lawton-Brody y el apoyo familiar (-.33), y entre esta misma escala y el capital social (-.71). Es también importante mencionar las relaciones negativas entre el Índice de Barthel tanto con apoyo familiar (-.34) como

con capital social (-.81). Por último, se encontró una relación inversa entre la actividad física y el estrés social (-.42) lo que indica que un aumento en la actividad física se asocia con una disminución del estrés social.

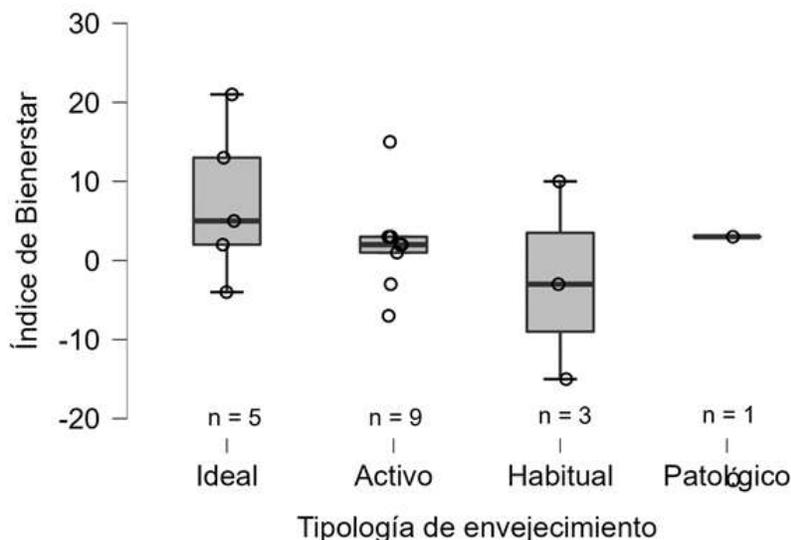
Figura 3. Esquema de correlaciones de las variables de funcionalidad respecto a las de actividad social y las de movilidad con el estrés social.



Por último, se efectuó una tipificación de la actividad con base en el tipo de envejecimiento de los adultos participantes. Según esta clasificación, cinco participantes tuvieron un nivel de tipo de envejecimiento ideal; ocho fueron clasificados como

“activos”; tres, niveles “habituales”, y uno estaba en estado “patológico”. Posteriormente, fue comparado su índice de bienestar subjetivo, y esta comparación se representa en la Figura 4.

Figura 4. Índice de bienestar en función del tipo de envejecimiento.



En la figura se aprecia el nivel de bienestar de cada uno de los participantes y su mediana. Es importante que el lector considere que la heterogeneidad de la muestra y la disparidad respecto al número de participantes por categorías hace difícil una comparación en función de la tipología. Es en este sentido que estos datos únicamente permiten conocer la muestra con una posible tendencia a una disminución en el índice de bienestar conforme la clasificación varía de un envejecimiento ideal a uno patológico.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito describir las referencias de los adultos mayores a su grado de movilidad, emociones y estado de salud, a fin de explorar la interrelación entre estas diferentes variables vinculadas a la calidad de vida. Sin embargo, los datos mostrados tienen la gran limitación de haber utilizado una muestra pequeña (dieciocho casos), y por ende tiene un carácter meramente descriptivo y exploratorio que puede, no obstante, orientar el desarrollo de un análisis

más robusto con una muestra mayor que haga posible dar más potencia a los datos de futuros estudios. Por otra parte, las correlaciones informan respecto a la covariación entre dos variables medidas, y nunca en una dimensión causal; por ello, las interpretaciones orientadas en este sentido de causalidad tendrán un mero carácter de hipótesis que deben ser comprobadas posteriormente.

Con base en estas consideraciones, se puede apuntar que el bienestar de los adultos mayores está directamente relacionado con su funcionalidad, medida con la escala Lawton-Brody, que evalúa la funcionalidad interna en casa y en el entorno externo inmediato. De igual forma, la movilidad dentro de casa y la actividad física en general son elementos presentes en las personas que reportan un buen nivel de bienestar emocional. De forma inversa, quienes sufren de estrés social, así como aquellos que sufren un mayor número de enfermedades, muestran un pobre bienestar emocional. Tales datos han sido corroborados en otras investigaciones, como la de Torres *et al.* (2020).

Las implicaciones prácticas que se pueden derivar de forma provisional de estos datos es que promover la actividad física y la funcionalidad de

los adultos mayores, así como la relajación como elemento contrario al estrés social, favorecerán que se goce de un mayor bienestar emocional.

Por otra parte, son indicadores específicos de funcionalidad los logros cotidianos, los que se correlacionan con el capital social que derivan de relacionarse significativamente con otras personas, lo que a su vez es un indicador más de su funcionalidad.

Sin embargo, los puntajes obtenidos con el Índice de Barthel correlacionaron de forma inversa con los puntajes obtenidos en las variables referidas al capital social y el apoyo familiar, probablemente porque el patrón de relación con la familia y los otros significativos muestra una dependencia que fomenta una pobre autonomía y una escasa funcionalidad, y depender de otros genera estrés social. Por otro lado, el uso del tiempo libre es un buen indicador de funcionalidad y autonomía. El que un adulto mayor pueda seleccionar actividades recreativas en función de su propio gusto e interés habla de una persona que sabe administrar su tiempo para descansar, divertirse y solazarse.

En otro ámbito, la autonomía evaluada mediante el Índice de Lawton-Brody muestra una correlación inversa con el capital social, precisamente porque el adulto mayor que es funcional y se atiende a sí mismo no invierte generalmente su tiempo en cultivar relaciones sociales significativas con otros ni hacen que esas relaciones se basen

en un patrón de total dependencia, lo que es una fuente de estrés. Finalmente, la Escala Gijón, que evalúa algunas competencias sociales, sí correlaciona de forma directa con el capital social de relaciones con los otros en términos gratificantes.

Las implicaciones prácticas, en el caso de que tales correlaciones fueran consistentes en otras muestras estudiadas, son que es importante equilibrar la funcionalidad y la autonomía del adulto mayor, de lo que puede derivar una riqueza generada por el contacto social significativo con los otros. Así, es importante promover el uso adecuado del tiempo libre en dicha población, de forma que sea un tiempo empleado con calidad.

Por último, se hallaron correlaciones medias entre el estrés social y la actividad física. Las personas adultas mayores que viven bajo amenazas percibidas tienden a la inmovilidad, y viceversa; en otras palabras, la activación física promueve que las personas no atiendan o se enfoquen en elaboraciones que promueven amenazas percibidas, que en muchas ocasiones no corresponden a situaciones reales. Lo que sí es evidente es que el deterioro natural del organismo de estas personas se expresa como un aumento en el número de enfermedades que los someten a un considerable estrés físico. Dotarlos de recursos para afrontarlo puede tener funciones preventivas que promuevan su calidad de vida.

Citación: Urbina-Aceves, E., Camacho-Gutiérrez, E., Pérez-Duarte, A. y Silva-Castillo, L. (2024). Análisis descriptivo de la movilidad, emociones y salud en la referencia verbal de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 34(1), 59-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2844>

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.
- Belmonte, S., González R., A.M., Arrebola, J. y Montoro A., C. (2021). Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 56(3), 136-143.
- Brigeiro, M. (2005). “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 102-109.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Castellanos P., N., Borda M., G., Fernández Q., Á., Aarsland, V., Soennesyn, H. y Cano G., C.A. (2020). Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomedica*, 40(3), 546-556. Doi: 10.7705/biomedica.5380

- Cuéllar F., I. y Dresch, V. (2012). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC 11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(34), 89-101.
- Durán A., L., Salinas E., G. y Gallegos C., K. (2008). *Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México*. Recuperado de www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC14C0-BF083717E1C477631D/0/CVLuisDuran.pdf
- Fernández B., R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández G., F.M., Pérez F., R. y Rodríguez V., R. (1994). Envejecimiento y estilos de vida saludables en España. *Estudios Geográficos*, 55(216), 455.
- Fredrickson, B.L. y Losada M., F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686. Doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678
- Gallud, J. y Guirao G., J.A. (2004) *Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria*. Valencia (España): Generalitat Valenciana, Secretaria Autonòmica per a la Agència Valenciana de la Salut. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/v.3785-2004.pdf>
- García G., J.V., Díaz P., E., Salamea, A., Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández S., A. y Acebal, V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23, 434-40.
- Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. *Educere*, 14(49), 287-295.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *The Maryland State Medical Society*, 13, 61-65.
- Moreno J., B. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela C. (Ed.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1079). Siglo XXI.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible en http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Petretto, D. Pili, R., Gaviano, L., Maatos, C. y Zuddas, C. (2016a). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241. Doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003 0211-139X/
- Ramos G., E. (2013). Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 368-376.
- Reyes A., V, Sotomayor S., S.M. y González J., L. (2007). Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F. *Revista de Enfermería del IMSS*. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18889>
- Reynoso E., L. y Becerra G., A.L. (2021). *Medicina conductual: Avances y perspectivas* (1ª ed.). Ciudad de México: Qartuppi. Doi: 10.29410/QTP.21.1
- Soberanes, S., González, A. y Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.
- Torres Á., F.R., Gaibor J., A.G. y Pozo D., I.L. (2020). Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Digital de Educación Física*, 63, 22-29.
- Wood, C., Barton, J. y Smith, N. (2021). A cross-sectional study of physical activity behaviour during the UK coronavirus lockdown. *Journal of Health Psychology*, 27(6), 1432-1444. Doi: 10.1177/1359105321999710
- Zavala G., M.A. y Domínguez S., G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(6), 585-590.

Predictores de la calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de jubilados de Cuernavaca, México

Predictors of quality of life and subjective well-being in a group of retirees from Cuernavaca, Mexico

Norma Betanzos-Díaz¹, Rubén Agustín González-Muciño²
y Francisco Paz-Rodríguez³

Universidad Autónoma del Estado de Morelos^{1, 2}
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía³

Autor para correspondencia: Francisco Paz Rodríguez, fpaz@innn.edu.mx.

RESUMEN

La investigación en el área de la psicología de las organizaciones se ha orientado a medir el efecto de la jubilación en las personas; así, este trabajo se enfocó en las variables que se relacionan con el bienestar subjetivo y la calidad de vida de un grupo de jubilados. Para ello, se construyó una batería de pruebas que se aplicó a 150 jubilados residentes en la ciudad de Cuernavaca, Mor. (México). Se efectuó un análisis de regresión múltiple para conocer los predictores de bienestar percibido y de calidad de vida, hallándose que los primeros estaban relacionados con un bajo puntaje en la escala de ansiedad, el puesto desarrollado, una baja puntuación en depresión y el acto de donar. En lo referente a la calidad de vida, los predictores fueron una valoración positiva y confianza, así como puntajes bajos en depresión y ansiedad. Se pudo observar que si no logra un ajuste y equilibrio en la jubilación, una persona puede desarrollar angustia e inadaptación a este cambio de vida, lo que repercute en su salud mental.

Palabras clave: Calidad de Vida; Bienestar subjetivo; Jubilados; Ansiedad; Depresión.

ABSTRACT

Research in the psychology of organizations on retirees has dealt mainly with measuring the impact of retirement itself on people. The present study focused on the variables related to a group of retirees' subjective well-being and quality of life. A test battery was constructed and applied to 150 retirees from Cuernavaca Morelos (Mexico). The multiple regression analysis showed that the predictors of perceived well-being were related to a low score on the anxiety scale, the position held during the working years, and a low score in depression and giving to charities. Regarding the quality of life, the predictors involved positive appraisal of situations, confidence, and low scores in depression and anxiety. The present results suggest that if adjustment and balance are not present during retirement, distress, and maladjustment to this change in life could develop, which tends to have repercussions on the retiree's mental health.

Key words: Quality of life; Subjective well-being; Retirees; Anxiety; Depression.

¹ Facultad de Psicología, correo electrónico: normabetanzos@uaem.mx <https://orcid.org/0000-0003-2125-7553>.

² Doctorado en Psicología, correo electrónico: gothik_gaia@hotmail.com.

³ Laboratorio de Neuropsicología Clínica. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, C.P. 14269 Ciudad de México, México, tel. 5255 5528-7878. fpaz@innn.edu.mx. <http://orcid.org/0000-0003-4424-7067>.



Recibido: 21/10/2022

Aceptado: 03/03/2023

Cuando se ha hecho investigación en jubilados, tradicionalmente se ha tratado de estudiar una serie de factores, entre los cuales se pueden encontrar diversos aspectos económicos, de salud y bienestar. En México, la población está envejeciendo, al igual que en la mayoría de los países industrializados. De hecho, los criterios de jubilación han sufrido modificaciones, tratando de estar en consonancia con las actuales condiciones sociales, económicas y organizacionales. La Ley Federal del Trabajo establece los 60 y 65 años como la edad de jubilación para mujeres y hombres, en cada caso. Particularmente en México, las condiciones económicas no son las más favorables para brindar una pensión adecuada, lo que tiene como resultado que 27% de las personas mayores mantengan niveles elevados de pobreza. En diferentes países de Europa, Latinoamérica y Asia se busca actualmente que se retrase la edad de jubilación para que la gente permanezca activa durante más tiempo.

La ciudad de Cuernavaca, capital del estado de Morelos (México), contaba en el año 2020 con 378,486 habitantes (47.2% hombres y 52.8% mujeres). De estos, 63.8% constituía una población económicamente activa (53.4% hombres y 46.6% mujeres), y 71.0% contaba con servicios de salud: 60.6 % con el Instituto Mexicano del Seguro Social; 22.5% con el Instituto de Salud y Bienestar y 13.2 % con el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. De la población con discapacidad, 18.6% tenía 60 años o más, y 17.3% de la población no activa económicamente eran pensionados o jubilados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017, 2020). En general, al trabajador no se le orienta sobre el cambio que le significará ser un jubilado y el modo en que tal cambio afectará diversos aspectos psicológicos (Fernández *et al.*, 2018), económicos y sociales de su vida, así como la relación con su entorno familiar (Bruno y Acevedo, 2016).

A la jubilación se puede acceder por elección; como apunta Osborne (2012), “Es una de las decisiones más importantes que las personas to-

man en sus vidas, especialmente si disfrutaban de su trabajo” (p. 54). La jubilación involuntaria se relaciona con la sensación de la persona de ser menos eficaz y de experimentar una escasa satisfacción con la vida (Dingemans y Henkens, 2015), así como también con aspectos propios de la salud, la decisión de la organización o las disposiciones familiares, y se lleva a cabo de manera planificada (Wang y Wanberg, 2017) o de manera abrupta, lo que puede afectar el proceso de ajuste a la nueva circunstancia (Mosca y Barret, 2016).

Existen diversos enfoques, posturas y teorías acerca de la jubilación, la que es vista como un proceso de ajuste de la persona (teoría de pérdida del rol), con sufrimiento psicológico por el menoscabo de su identidad, lo que le genera síntomas depresivos o los aumenta (Kim y Moen, 2002; Wang and Shi, 2014; Wang y Wanberg, 2017). La teoría de eventos de vida considera la historia personal, las habilidades y los recursos del individuo para afrontar los problemas que no tienen un efecto duradero (Luhmann *et al.*, 2012; Petretto *et al.*, 2016), aunque sus efectos dependen de la reacción inicial y de la velocidad de adaptación, por lo que es mucho más lenta cuando se trata de un evento negativo. Atchley (1975) estudió la adaptación a la jubilación como un proceso dinámico, caracterizado por la superación de fases como la prejubilación, la jubilación, el desencanto, la reorientación y la estabilidad, aunque Aymerich *et al.* (2010) han subrayado que puede haber diferentes patrones adaptativos configurados por una vivencia heterogénea de las fases propuestas.

Diversas investigaciones han hecho énfasis en los problemas psicosociales que presenta el jubilado, tales como soledad (de Ussel, 2001), depresión (Pabón *et al.*, 2020), pérdida de la autoestima (Bravo y Caro, 2002), aislamiento social (Santos *et al.*, 2008), disminución del bienestar (Kim y Moen, 2002) y parálisis en la toma de decisiones (Osborne, 2012). Dichos estudios no son sin embargo contundentes respecto a los efectos de la jubilación, pues estos dependen también de ciertas variables personales, como edad, sexo (PotoÄnic *et al.*, 2008), estado civil, salud personal, ingresos, número de hijos, tipo de personalidad, experiencias de vida y apoyo organizacional, social y familiar, entre muchos otros.

Uno de los aspectos importantes a considerar en la vejez es la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la percepción que tiene una persona de su posición en la vida, su contexto cultural y su sistema de valores respecto a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996). Subraya que la calidad de vida es una evaluación subjetiva de la vida de la persona que incluye su entorno social, ambiental y cultural, y que puede verse afectada por la salud física, el estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales y el entorno de la persona. Además, debe incluir también el bienestar subjetivo o felicidad, que se relaciona con el cómo las personas sienten y piensan acerca de sus vidas, y que se divide en dos componentes: bienestar afectivo o sentimientos de felicidad y ausencia de afecto desagradable, como un estado de ánimo depresivo. El otro componente es el bienestar cognitivo, que se refiere a la evaluación de la vida en general de la persona (Luhman *et al.*, 2012). Por ello, la percepción, perspectiva y valoración subjetiva personal al experimentar bienestar en la vida es una vivencia personal que afecta el estado de ánimo.

Para Petretto *et al.* (2016), el envejecimiento exitoso es un concepto multidimensional que abarca —y supera— la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales. Rowe y Khan (1988) lo definen con los siguientes componentes: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, funcionamiento físico y mental elevado y alta participación social. Sin embargo, algunos autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso, e incluso otros más consideran como elementos clave la actividad y la productividad social. En resumen, según Fernández-Ballesteros *et al.* (2011a, 2011b), las condiciones adecuadas de salud, un funcionamiento físico y cognitivo considerable, el afecto positivo y una activa participación social son los criterios generalmente aceptados.

Así pues, el envejecimiento exitoso depende de la cantidad de recursos fisiológicos, cognitivos, motivacionales y sociales disponibles que mantienen a un individuo saludable y satisfecho con su

vida (Sarabia *et al.*, 2020). Cuando se valoran el bienestar y la calidad de vida en este grupo de personas se obtienen resultados contradictorios, pues algunos relacionan la jubilación positivamente con el bienestar y la calidad de vida, mientras que otras la hallan negativa (Kim y Moen, 2002).

La literatura internacional evidencia que aún faltan conocimientos para explicar el resultado de la jubilación en los cambios, necesidades y expectativas de los trabajadores (van Solingue *et al.*, 2021; Wang y Wanberg, 2017), y asimismo en cómo ésta afecta su bienestar y salud (Mosca y Barrett, 2016). Por ello, el objetivo en este trabajo fue conocer las variables que se relacionan con el bienestar subjetivo y calidad de vida de un grupo de jubilados de la ciudad de Cuernavaca (México).

MÉTODO

Participantes

En este estudio transversal, descriptivo y con muestreo no probabilístico y por conveniencia se encuestó a 150 trabajadores oficialmente jubilados (108 hombres y 42 mujeres) del Ayuntamiento de dicha ciudad. De ellos, 46% tenía una edad de 65 a 74 años; 49.3% estaban casados; 64.6% contaba con educación básica; 92.6% había desempeñado puestos operativos; 68.0% tenía menos de diez años de haberse jubilado, y 66.7% percibía una pensión no mayor a \$3,000.00 pesos mensuales².

Instrumentos

Cuestionario de datos socio-demográficos

Este instrumento recabó información relacionada con el sexo, el estado civil, el monto de la pensión, la actividad desempeñada y los años de jubilación del participante. Se buscó conocer las causas de la jubilación con cuatro afirmaciones: perfil de salida organizacional, que incluye la jubilación voluntaria, la jubilación debida a condiciones negativas del trabajo, aquella por ser inevitable o por haber sido despedido el participante, y la debida a problemas de salud.

² Aproximadamente US \$150.00 (N. del E.).

Calidad de Vida en Personas Mayores (CASP-12) (Kim *et al.*, 2015).

En la versión española de Pérez-Rojo *et al.* (2018), la CASP-12 conceptúa la calidad de vida desde una perspectiva psicosocial. Originalmente, la CASP constaba de 19 ítems y cuatro factores: Control, Autonomía, Autorrealización y Satisfacción. Más tarde, se propuso una versión más corta (doce ítems y tres factores: Satisfacción, Autorrealización y Autonomía-Control), que muestra un buen ajuste y una adecuada consistencia interna (Pérez-Rojo *et al.*, 2017).

Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGC) (Lawton, 1975).

En la traducción adaptada al contexto mexicano por González-Celis y Sánchez-Sosa (2003), esta escala mide la satisfacción general con la vida. La escala consta de 19 ítems dicotómicos (Sí/No) distribuidos en tres subescalas: Agitación, Actitud hacia el propio envejecimiento y Soledad/insatisfacción. Es un instrumento muy confiable. En este trabajo tuvo una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach (α), de .583.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) (Goldberg y Hillier, 1979).

En la versión en español de Montón *et al.* (1993), está conformada por dos subescalas dicotómicas (Sí/No): una de ansiedad y otra de depresión, con nueve ítems cada una. En ambas, la puntuación máxima a alcanzar es de 9. Tiene un punto de corte de > 4 para posible ansiedad, y de > 2 para posible depresión. La versión original muestra 74% de sensibilidad y 93% de especificidad (Montón *et al.*, 1993). Al igual que otros instrumentos de tamizaje, está diseñado para detectar posibles casos y no para un diagnóstico.

Inventario de Actividades de Ocio del Adulto Mayor (INACOAM) (Acosta *et al.*, 2015).

Elaborado en el Instituto Tecnológico de Sonora, se divide en dos versiones: una masculina con 15 afirmaciones de actividades, y una femenina con 18. Cada una de las frases se acompaña de una imagen alusiva a la afirmación, y cada afirmación se califica asignando un valor a la frecuencia con la que se realiza dicha actividad (“Nunca”, “A veces”, “Moderadamente”, “Muy seguido” y “Todos

los días”). En la presente investigación, la versión masculina tuvo un α de .739, y la femenina uno de .807).

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003).

Esta escala mide la capacidad o habilidad que tiene la persona para afrontar el estrés. Originalmente constaba de 25 reactivos, aunque Crespo *et al.* (2014) propusieron una versión de 21 ítems con tres factores: Afrontamiento y persistencia, Capacidad de superación y logro de objetivos, y Valoración positiva y confianza. Tiene una elevada fiabilidad ($\alpha = .900$).

Escala de Comportamientos Generativos (McAdams y de St. Aubin, 1992).

Evalúa la frecuencia de comportamientos generativos en la población adulta. Se contesta en un formato de respuesta de tres puntos según la frecuencia con la que se realiza el comportamiento (0, “Nunca”, 1, “Ocasionalmente” y 2 “Muy a menudo”). La validación mostró cuatro dominios: Cuidado, Colaborar, Donar y Transmitir valores, que explican 38.5% de la varianza. En la presente investigación mostró un α de .613.

Procedimiento

Una vez evaluado y aprobado el proyecto de investigación por el Comité Tutorial de la Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, se acudió al Departamento de Recursos Humanos del Ayuntamiento de la ciudad de Cuernavaca, a cuyo director se le explicaron los objetivos de la investigación y los aspectos éticos considerados en el estudio. Una vez obtenida su autorización para la aplicación de las escalas en el área de Pensiones y Jubilaciones, se procedió a establecer contacto con los jubilados para invitarlos a participar. Previamente a la aplicación de los instrumentos, se explicó a cada participante los propósitos del estudio y se dio lectura a una carta de consentimiento informado en la que se resaltaba el carácter voluntario y anónimo de su participación, la cual debían firmar para participar.

Por otra parte, se capacitó a cuatro estudiantes de psicología en la aplicación de estos instrumentos, explicándoles cómo estaban conforma-

dos y cómo debían ser contestados. Por último, se les informaron las características de la población jubilada y las herramientas que debían poner en práctica al tratar con la misma, subrayando el trato sensible hacia el participante y cómo debían guiarle o responder a sus preguntas.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS, v.23.0 (IBM Corp. Armonk). Se consideró un $\alpha < .05$ como estadísticamente significativo. Se obtuvieron los supuestos de normalidad y colinealidad. Se asumió normalidad cuando la asimetría fuera menor de 3 y una curtosis menor de 10. Asimismo, que no había colinealidad cuando los valores de los factores de inflación de la varianza fueran menores de 4.0 y los de tolerancia menores de .2, y se observó un residual Durbin-Watson cercano a 2 para asumir que no ocurría autocorrelación (Hair *et al.*, 1999).

Se usaron estadísticas descriptivas para caracterizar la muestra, las variables de estudio y sus correlaciones; además, se calculó el coeficiente omega de los instrumentos. Luego se efectuó un análisis bivariado y, dependiendo de la normalidad de los datos, se aplicó la chi cuadrada o la prueba de Fisher para variables continuas, la pruebas T-test o Wilcoxon en el caso de variables con más de tres opciones de respuesta y un ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis con el fin de comparar las medias de las variables y sus diferencias. Por último, se aplicó un análisis de regresión lineal múltiple para conocer los predictores de *jubilación exitosa* (buena percepción de bienestar subjetivo y calidad de vida), incluyendo como variables independientes la ansiedad, la depresión, el ocio, la resiliencia y la generatividad, así como las características demográficas de los encuestados: edad, escolaridad, estado civil, sexo, puesto, tiempo de jubilación y monto de la pensión mensual recibida.

RESULTADOS

Como primer paso, se comparó el desempeño en las escalas de los participantes por las caracterís-

ticas demográficas y laborales. No se observaron diferencias por edad y sexo, pues tanto los hombres como las mujeres obtuvieron puntajes similares en cuanto a calidad de vida y bienestar subjetivo. En su mayoría, los participantes se habían jubilado voluntariamente (82%), por condiciones negativas en el trabajo (10.7%) o por sus condiciones de salud (6.7%). De ellos, 60.7% obtuvo una puntuación que los clasificó con probable ansiedad y 90% con probable depresión. Las variables no cumplieron los criterios de normalidad, por lo que se utilizó la estadística no paramétrica.

En lo referente a bienestar subjetivo, se observaron diferencias significativas en cuanto al estado civil; de hecho, las personas que enviudaron obtuvieron las puntuaciones más bajas ($M = 8.5$); en cuanto a los años de estudio, lo mismo se observó en quienes tenían de 0-6 años de escolaridad ($M = 9.53$); por el puesto desempeñado, quienes desarrollaban actividades operativas ($M = 9.69$), y quienes recibían entre tres mil y cuatro mil pesos de pensión ($M = 9.08$).

Respecto a la calidad de vida, se muestran diferencias significativas por estado civil: las personas viudas obtuvieron las puntuaciones más bajas ($M = 18.11$); por el puesto desempeñado, quienes desarrollaban actividades operativas ($M = 20.15$) y quienes recibían entre tres mil y cuatro mil pesos de pensión ($M = 19.73$) (Tabla 1).

En lo referente a las correlaciones (Tabla 2), se observa una relación estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional, entre calidad de vida y bienestar percibido. Además, correlaciones bajas y negativas entre ansiedad y depresión. Por último, relaciones bajas y directamente proporcionales entre afrontamiento y persistencia, valoración positiva, confianza y donar.

Por otra parte, el bienestar percibido muestra relaciones estadísticamente significativas, bajas y negativas con ansiedad y depresión. Además, relaciones bajas y directamente proporcionales con ocio, afrontamiento y persistencia, capacidad de superación y logro de objetivos, valoración positiva, confianza, transmitir valores y donar. En la diagonal se muestra el valor omega de cada una de las escalas medidas y su dimensión, observándose valores de confiabilidad adecuados en casi todas las escalas ($\alpha \leq .70$).

Tabla 1. Comparación por calidad de vida y bienestar subjetivo contra variables demográficas de los jubilados.

Variables	Categoría	Total n (%)	Bienestar Subjetivo M (D.E.)	X ² (p)	Calidad de vida M (D.E.)	X ² /p
Sexo	Hombre	108 (72.0)	10.14 (3.17)	2256.5* (.961)	20.36 (6.32)	1872.5* (.094)
	Mujer	42 (28.0)	10.02 (2.85)		22.14 (6.14)	
Edad (años)	45-54	12 (8.0)	11.75 (3.31)	3.662 (.300)	21.50 (7.22)	1.099 (.777)
	55-64	41 (27.3)	10.15 (2.41)		21.44 (5.60)	
	65-74	69 (46.0)	10.01 (3.18)		20.52 (5.86)	
	75 más	28 (18.7)	9.57 (3.48)		20.57 (7.99)	
Estado civil	Soltero/a	24 (16.0)	10.46 (2.95)	9.090 (.028)	22.88 (6.24)	8.143 (.043)
	Casado/a	74 (49.3)	10.53 (3.03)		21.04 (6.21)	
	Divorciado/a	24 (16.0)	10.33 (3.31)		21.50 (6.66)	
	Viudo	28 (18.7)	8.50 (2.72)		18.11 (5.63)	
Nivel educativo (años de estudio)	0 a 6	97 (64.6)	9.53 (2.76)	10.219 (.006)	19.95 (5.48)	4.193 (.123)
	7 a 9	27 (18.0)	10.63 (3.70)		21.89 (7.89)	
	10 o más	26 (17.3)	11.73 (2.91)		23.19 (6.82)	
Puesto desempeñado	Operativos	139 (92.6)	9.69 (2.85)	550.5* (.001)	20.15 (5.77)	742.0* (.004)
	Otro	11 (7.4)	13.00 (3.11)		25.74 (7.70)	
Tiempo como jubilados (años)	1-5	55 (36.7)	10.56 (3.35)	1.987 (.575)	21.44 (6.15)	2.976 (.395)
	6-10	47 (31.3)	9.81 (2.37)		20.49 (5.71)	
	11-15	24 (16.0)	10.04 (3.47)		21.88 (5.83)	
	16 o más	24 (16.0)	9.71 (3.29)		19.25 (8.01)	
Pensión	- \$3000	100 (60.7)	9.75 (2.74)	18.553 (.001)	19.95 (5.50)	11.145 (.004)
	\$3001 - \$4000	26 (17.3)	9.08 (2.94)		19.73 (5.45)	
	\$4001 o más	24 (9.3)	12.71 (3.28)		25.88 (7.95)	

Nota. *Coeficiente U de Mann-Whitney.

Tabla 2. Correlaciones de Spearman entre calidad de vida y bienestar subjetivo con ansiedad, depresión, ocio, resiliencia y generatividad de los trabajadores jubilados del Ayuntamiento de la ciudad de Cuernavaca (México).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Calidad de vida	.688												
2 Bienestar subjetivo	.380**	.671											
3 Ansiedad	-.363**	-.210**	.738										
4 Depresión	-.224**	-.305**	.192*	.705									
5 Ocio	.152	.263**	-.075	-.196*	.782								
6 Afrontamiento y persistencia (AF)	.295**	.386**	-.089	-.221**	.165*	.848							
7 Capacidad de superación y logro de objetivos (AF)	.147	.281**	.017	-.273**	.246**	.492**	.854						
8 Valoración positiva (AF)	.277**	.420**	-.213**	-.192*	.235**	.394**	.337**	.629					
9 Confianza (AF)	.318**	.444**	-.084	-.191*	.268**	.396**	.441**	.414**	.794				
10 Transmitir valores (GEN)	-.016	.245**	-.008	-.245**	.154	.121	.130	.179*	.190*	.816			
11 Donar (GEN)	.313**	.254**	-.238**	-.066	.132	.316**	.202*	.226**	.283**	.150	.785		
12 Colaborar (GEN)	-.029	-.134	-.207*	.030	-.023	-.250**	-.278**	-.187*	-.199*	.033	-.015	.908	
13 Cuidar (GEN)	-.011	-.028	-.172*	-.122	.114	.047	.123	.042	-.006	.183*	-.010	.166*	.776

Nota. ** Correlación significativa en el nivel 0.01 (dos colas); * Correlación significativa en el nivel 0.05 (dos colas).

Por último, en la Tabla 3 se muestra el análisis de regresión lineal múltiple, donde las variables que entraron en el modelo como predictores del bienestar percibido estaban relacionadas con un bajo puntaje en la escala de ansiedad, el puesto desarrollado, una baja puntuación en depresión y donar. El coeficiente de determinación R^2 indica que el modelo explica 40.2% de la varianza total del bienestar subjetivo. El ΔR muestra el cambio en el modelo al ingreso de cada variable, que explica 23.2% de incremento de la varianza. El valor F del análisis de varianza ($F(149) = 4.806, p = .001$) indica la existencia de una relación lineal signifi-

cativa entre ansiedad, depresión, puesto y donar como principales variables del modelo.

En lo referente a la calidad de vida, los predictores fueron una alta valoración positiva, confianza y puntuación baja en depresión y ansiedad. El coeficiente de determinación R^2 indica que el modelo explica 48.3% de la varianza total del bienestar subjetivo. El ΔR muestra el cambio en el modelo al ingreso de cada variable, explicando 35.1% de incremento de la varianza. El valor F del análisis de varianza ($F(149) = 8.388, p = .001$) indica la existencia de una relación lineal significativa entre valoración positiva, confianza, depresión y ansiedad como principales variables del modelo.

Tabla 3. Modelo de regresión múltiple para bienestar subjetivo y calidad de vida.

Variables	Bienestar subjetivo	Calidad de vida
(Constante)	10.704	14.251
Puesto	.170*	.055
Estado civil	-.169	-.117
Ansiedad	-.285***	-.143*
Depresión	-.163*	-.161*
Ocio	-.006	.099
Afrontamiento y persistencia	.046	.166
Capacidad de superación y logro de objetivos	-.092	-.031
Valoración positiva	.107	.191*
Confianza	.126	.173*
Transmisión de valores	-.084	.080
Donar	.153*	.046
Colaborar	-.046	-.022
Cuidar	-.038	-.044
F	4.806***	8.388***
R2	.402	.483
ΔR	.232	.351

Nota. N = 150 (hombres, n = 108; mujeres, n = 42), * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Con la finalidad de mostrar la interacción entre ansiedad y depresión con bienestar subjetivo y calidad de vida, en las Figuras 1 y 2 se muestra que las personas que se pueden clasificar con probable

ansiedad y depresión obtienen un menor puntaje en su bienestar personal percibido y calidad de vida, a diferencia de quienes no se perciben con ansiedad o depresión.

Figura 1. Interacción entre bienestar subjetivo y calidad de vida con ansiedad.

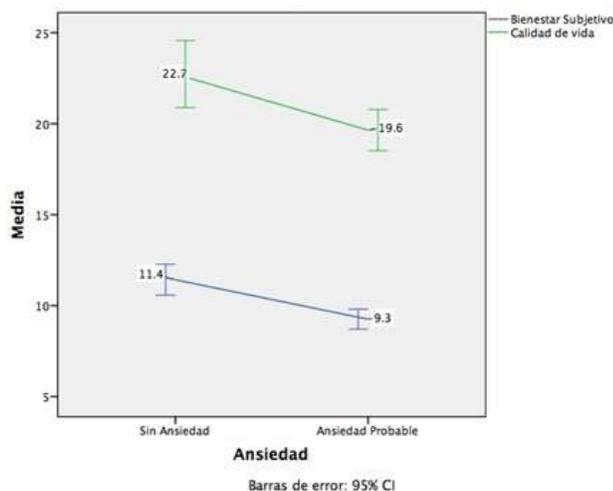
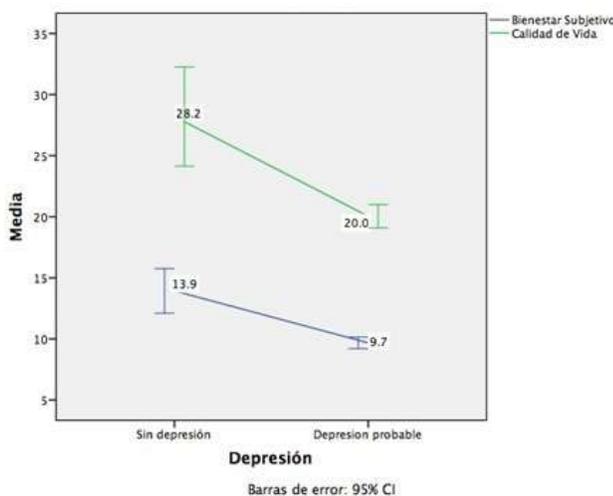


Figura 2. Interacción entre bienestar subjetivo y calidad de vida con depresión.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El proceso de jubilarse se basa en la decisión de retirarse del trabajo y en el ajuste de vida posterior, lo que es visto desde el campo de la gerontología como “salirse de de la carrera”. Otra manera de verlo está dada desde la psicología laboral, que se centra en la relación particular que se establece entre las personas y el trabajo, la evolución de las condiciones laborales y cómo dichos cambios afectan a los propios trabajadores. La jubilación es también considerada como una etapa que puede ofrecer a la persona una oportunidad de desarrollo

y crecimiento (Topa, 2012), o sea, que es como tener un nuevo empleo. Por su parte, la psicología organizacional considera la jubilación como la relación particular que se establece entre la persona, su actividad laboral, su comportamiento y ciertos aspectos de la organización como un sistema social complejo (Palaci, 2005), en el que el trabajador tiene que valorar si los aspectos organizacionales le llevan a posponer su decisión de retiro dada su liga con el compromiso organizacional o tomar la decisión de jubilación de forma anticipada.

En el presente trabajo, las características sociodemográficas y laborales mostraron diferencias en el bienestar y la calidad de vida; las personas con mayor escolaridad, que tuvieron un puesto de trabajo diferente al nivel operativo y con un mayor ingreso por su pensión, obtuvieron mejores puntuaciones en las escalas aplicadas. La jubilación puede llevar a un desajuste y desequilibrio, a desarrollar angustia y falta de adaptación a este cambio en la vida, lo que repercute en la salud mental del jubilado, deteriorando por consiguiente su bienestar subjetivo y calidad de vida. Lo anterior puede estar ocasionado por los cambios en el estilo de vida, como ya no tener como centro de atención el trabajo, disponer de más tiempo libre y gozar de una mayor flexibilidad en las actividades (Solingue, 2021).

La falta de ajuste a este cambio de vida puede provocar insatisfacción respecto a la forma de afrontar la jubilación y, por consiguiente, afectar el proceso de envejecimiento (Sarabia *et al.*, 2020). En este estudio, diez participantes (6.7%) señalaron como motivo de su jubilación padecer problemas de salud. Se sabe que el estatus en el trabajo puede ser un factor asociado a la depresión en adultos mayores, y que perder o renunciar a un trabajo es uno de los eventos más estresantes, sobre todo si no cuentan con el apoyo necesario para enfrentar ese cambio (Fernandez-Niño *et al.*, 2018).

De acuerdo a Jahoda (1987), la percepción de inutilidad y la inactividad son consecuencias de la pérdida del empleo que afectan el bienestar. En la muestra estudiada se halló una asociación inversa entre el bienestar subjetivo y la calidad de vida con la ansiedad y la depresión, ya reportada en otras investigaciones (Fernandez-Niño *et al.*,

2018; Solingue, 2021). Se ha propuesto que lo anterior ocurre cuando la jubilación 1) se produce antes de lo esperado, 2) es percibida como forzada y 3) es abrupta en vez de gradual (Leinonen *et al.*, 2017).

La generatividad no es el único concepto que involucra la participación y la contribución de la persona a la sociedad, pues el envejecimiento activo o productivo es similar; aun así, la generatividad favorece además el desarrollo, crecimiento y madurez, lo que da sentido y propósito a la vida de estas personas (Villar *et al.*, 2013) y genera bienestar y calidad de vida. El hecho de donar fue un predictor del bienestar subjetivo, lo que muestra que el mismo está relacionado con comportamientos eudaimónicos que dan sentido y que hacen posible una sensación de desarrollo. En cuanto a la calidad de vida, la valoración positiva y la confianza detectadas a través de la escala de resiliencia muestran que en los participantes había en general una percepción positiva para el control y manejo del estrés, lo que les daba fortaleza y auguraba el éxito para superar los imponderables que ocurriesen. Por otra parte, se halló que encontraban sentido en las actividades de la vida diaria y disposición para relacionarse con las personas, lo que implica, por lo tanto, confianza (*cf.* Crespo *et al.*, 2014).

Las limitaciones del estudio se relacionan con el diseño del estudio y el muestreo utilizado, el cual es poco representativo de las profesiones que en general se pueden encontrar en la citada ciudad. Por ello, no se pueden generalizar los resultados a la población jubilada de otras ciudades. Por otra parte, las variables estudiadas como predictores (generatividad, resiliencia, ocio), aunque relevantes, no han sido valoradas consistentemente en la literatura sobre los jubilados, por lo que se puede considerar una información innovadora que complementa los estudios acerca de la vida laboral en general.

Por otra parte, es también importante plantear acciones a tomar con los jubilados a fin de incidir favorablemente en su bienestar y calidad de vida, como el abordar las circunstancias propias de la jubilación antes de su egreso de la organización a fin de que tengan expectativas reales acerca del cambio de vida y establezcan redes de apoyo familiares y sociales. Igualmente, es fundamental tratar los problemas concernientes a los ajustes económicos y el manejo del tiempo libre, así como lo que implican los modelos de jubilación, como la jubilación progresiva, por suavización o por cambios de actividad (Barrera 2011).

Citación: Betanzos-Díaz, N., González-Muciño, R.A. y Paz-Rodríguez, F. (2024). Predictores de la calidad de vida y bienestar subjetivo en un grupo de jubilados de Cuernavaca, México. *Psicología y Salud*, 34(1), 71-81. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2845>

REFERENCIAS

- Acosta C., O., Vales J., J. y Palacio R., R. (2015). Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 316-325.
- Aymerich A., M., Planes P., M. y Gras P., M.E. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología*, 26(1), 80-88.
- Barrera A., E. (2011). La preparación a la jubilación a través del sistema público de servicios sociales: una alternativa posible. *Acciones E Investigaciones Sociales*, 1, 430-442. Doi: 10.26754/ojs_ais/ais.20061
- Bravo, C. y Caro, M. (2002). Efectos psicosociales de la jubilación por vejez en las variables de autoestima y apoyo social en el adulto mayor afiliado al Instituto de Normalización Previsional de la región metropolitana. *Psykhé*, 11(2), 89-108.
- Bruno, F. y Acevedo A., J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las ciencias sociales. *Forum Sociológico*, 29, 7-20.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. Doi: 10.1002/da.10113
- Crespo, M., Fernández L., V. y Soberón, C. (2014). Spanish version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) for chronic stress situations. *Behavioral Psychology*, 22(2), 219-238.

- de Ussel, J.I. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Dingemans, E. y Henkens, K. (2015). How do retirement dynamics in sequence mental well-being in later life? A 10-year panel study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(1), 16-23. Doi: 10.5271/sjweh.3464
- Fernández-Ballesteros G., R., Zamarrón C., M.D., López B., M.D., Molina M., M.Á., Díez N., J., Montero L., P. y Schettini del M., R. (2011a). Successful ageing: Criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-101.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011b). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30.
- Fernandez-Nino, J. A., Bonilla T., L.J., Manrique E., B.S., Romero M., M. y Sosa O., A.L. (2018). Work status, retirement, and depression in older adults: an analysis of six countries based on the study on global ageing and adult health (SAGE). *SSM Population Health*, 6, 1-8.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- González-Celis, A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.
- Hair Jr., J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante* (5ª ed.). Prentice-Hall Iberia.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad*. 28 de septiembre. Ciudad de México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Censos de población*. Ciudad de México: INEGI.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis sociopolítico*. Madrid: Morata.
- Kim, J.E. y Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology*, 57(3), 212-222.
- Kim, G.R., Netuveli, G., Blane, D., Peasey, A., Malyutina, S., Simonova, G. y Pikhart, H. (2015). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: The HAPIEE study. *Aging Mental and Health*, 19(7), 595-609. Doi: 10.1080/13607863.2014.938605
- Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89. Doi: 10.1093/geronj/30.1.85
- Leinonen, T., Mäki, N. y Martikainen, P. (2017). Trajectories of antidepressant medication before and after the onset of unemployment by subsequent employment experience. *PLoS One*, 12, 1-16.
- Luhman, M., Hofman, W., Eid, M. y Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592- 615.
- McAdams, D.P. y de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1003-1015. Doi: 10.1037/0022-3514.62.6.1003
- Montón, C., Pérez E., M.J. y Campos, R. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Mosca, I. y Barrett, A. (2016). The impact of voluntary and involuntary retirement on mental health: Evidence from older Irish adults. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 19(1), 33-44.
- Osborne, W.J. (2012). Psychological effects of the transition to retirement. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(1), 45-58.
- Pabón C., M., Ramirez B., L., López S., R., Rodríguez G., I., Suleiman M., N. y Gómez U., J. L. (2020). Prevalence of depression in retirees: a meta-analysis. *Healthcare*, 8(3), 321. Doi: 10.3390/healthcare8030321
- Pérez R., G., Martín, N., Noriega, C. y López, J. (2018). Psychometric properties of the CASP-12 in a Spanish older community dwelling sample. *Aging & Mental Health*, 22(5), 700-708. Doi: 10.1080/13607863.2017.1292208
- Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos L., C. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- PotoĀnic, K., Tordera, N. y Peiró, J.M. (2008). Ajuste al retiro laboral en función del tipo de retiro y su voluntariedad desde una perspectiva de género. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24, 347-364.
- Santos O., A.B., Ausín, B., Muñoz, M. y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 307-319.
- Sarabia C., C.M., Pérez, V., Hermosilla, C. y de Lorena, P. (2020). Retirement or no retirement? The decision's effects on cognitive functioning, well-being, and quality of life. *Behavioral Sciences*, 10(10), 151. Doi: 10.3390/bs10100151

- van Solingue, H., Damman, M. y Hershey, A.D. (2021). Adaptation or exploration? Understanding older workers' plans for post-retirement paid and volunteer work. *Work, Aging and Retirement*, 7(2), 129-142.
- Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906.
- Wang, M. y Shi, J. (2014). Psychological research on retirement. *Annual Review of Psychology*, 65, 209-233. Doi: 10.1146/an-nurev-psych-010213-115131
- Wang, M. y Wanberg, C.R. (2017). 100 years of applied psychology research on individual careers: From career management to retirement. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 546-563. Doi: 10.1037/apl0000143
- WHO Quality of Life Assessment Group (1996). ¿Qué es calidad de vida? *Memorias del Foro Mundial de la Salud 1996*, 17(4) 385-387 Recuperado de <https://apps.who.int/iris/>

Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de pulmón: una revisión de la literatura

Psychological interventions in patients with lung cancer: A review of the research literature

Joel Flores-Juárez^{1, 2}, Óscar Galindo-Vázquez², Ana Fresán-Orellana³,
Patricia Ortega-Andeane¹, Xolyanetzin Montero-Pardo⁴,
Tania Estapé⁵ y Óscar Arrieta⁶

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Instituto Nacional de Cancerología^{2, 6}

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”³

Universidad Autónoma de Sinaloa⁴

Universidad de Barcelona⁵

Autor para correspondencia: Óscar Galindo-Vázquez, psigalindo@yahoo.com.mx.

RESUMEN

Introducción. El cáncer de pulmón (CP) es una de las principales causas de mortalidad en México y representa un grave problema de salud pública. Los pacientes reportan diversas afectaciones psicosociales, entre las cuales los síntomas de ansiedad, depresión y estigma percibido son los que más repercuten en su calidad de vida. Se han desarrollado diversas intervenciones psicológicas para ayudar a mejorar el estado psicológico de los pacientes con cáncer; sin embargo, la evidencia es particularmente limitada en los pacientes con CP. *Objetivo.* Conocer la evidencia acerca de las intervenciones psicológicas para aminorar o eliminar los síntomas de ansiedad, depresión y estigma percibido, y para mejorar por consiguiente su calidad de vida. *Método.* Se realizó una búsqueda PIO en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Cochrane Library, sin restringir las fechas de publicación de los artículos. *Resultados.* Se obtuvo un total de 653 artículos, considerándose para esta revisión cuatro ensayos controlados aleatorizados y un cuasiexperimento. *Discusión.* Esta revisión proporciona evidencia respecto a la efectividad de diversas intervenciones psicológicas, siendo la terapia cognitivo-conductual el tipo de intervención más reportada y con mayores efectos positivos en la reducción de las variables mencionadas y la mejora de la calidad de vida, por lo que se recomienda llevar a cabo más análisis para demostrar su efectividad en pacientes con CP en población latina, y particularmente en México.

¹ Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Av. Insurgentes 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: joel.fj1991@gmail.com y patricia.andeane@gmail.com.

² Servicio de Psicooncología, Unidad para la Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx.

³ Subdirección de Investigaciones Clínicas, Calzada México-Xochimilco 101, Col. Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México, correo electrónico: a_fresan@yahoo.com.mx.

⁴ Facultad de Psicología, Calz de las Américas Nte. s/n, Cd Universitaria, 80080 Culiacán, Sin., correo electrónico: xolyanetzin.montero@uas.edu.mx.

⁵ Coordinación de Psicooncología de la Fundación FEFOC, Carrer de Marc Aureli, 14, 08006 Barcelona, España, correo electrónico: testape@fefoc.org.

⁶ Unidad Funcional de Oncología Torácica, Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: ogar@servidor.unam.mx.



Palabras clave: Cáncer de pulmón; Intervenciones psicológicas; Ansiedad; Depresión; Estigma percibido; Calidad de vida; Terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Introduction. Lung cancer (LC) is one of the leading causes of mortality in Mexico, representing a serious public health problem. Patients show various psychosocial disorders, among which symptoms of anxiety, depression, and higher levels of perceived stigma are the most prevalent, affecting their quality of life. Various psychological interventions help improve the psychological state of cancer patients; however, the evidence is not as abundant in patients with LC. **Objective.** To explore the evidence of successful psychological interventions for symptoms of anxiety, depression, perceived stigma, and quality of life in patients with PC. **Method.** An IOP search was carried out in PubMed, PsycINFO, and Cochrane Library databases. There was no restriction on the publication dates. **Results.** 653 articles appeared, from which four random control essays and one quasi-experiment were included for this review. **Discussion.** The results provide evidence regarding the effectiveness of various psychological interventions, behavioral-cognitive therapy is the most frequently reported type of intervention and with the most noticeable positive effects on reducing symptoms of anxiety, depression, and perceived stigma and improving the quality of life. More research would better demonstrate its effectiveness in patients with PC in the Latino population, particularly in Mexico.

Key words: Lung cancer; Psychological interventions; Anxiety; Depression; Perceived stigma; Quality of life; Behavioral-cognitive therapy.

Recibido: 04/02/2022

Aceptado: 05/01/2023

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón (CP en lo sucesivo) se forma en los tejidos pulmonares, generalmente en las células que recubren los conductos de aire. Hay dos tipos histopatológicos prin-

cipales: el cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) y el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP). El CPCNP es el tipo más común y representa 85% de los casos (American Cancer Society, 2020a; Subramanian *et al.*, 2013).

En el año 2020 se estimaron 2'206,771 casos de cáncer en todo el mundo y 1'796,144 muertes. Las proyecciones indican que para el año 2040 haya 3'610,896 casos y 3'104,704 muertes (International Agency for Research on Cancer, 2020a). En México, el CP representa 7,588 casos nuevos cada año y 7,100 muertes (International Agency for Research on Cancer, 2020b). El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, pues aproximadamente 80% de las muertes por CP se debe al hábito de fumar (American Cancer Society, 2020b).

Debido a los efectos adversos del tratamiento y de la misma enfermedad, este grupo de pacientes tiene un alto riesgo de experimentar un deterioro de la función física, la aparición de síntomas físicos y psicológicos y la disminución de su calidad de vida (Gopal *et al.*, 2003; Tanaka *et al.*, 2002; Wang *et al.*, 2006; Wu *et al.*, 2016). Diversos estudios han reportado que los pacientes con CP padecen elevados niveles de angustia (de 38.6 a 40.2%) (Tan *et al.*, 2019), depresión (de 25 a 26%) (McFarland *et al.*, 2020), ansiedad (de 13 a 43%) (Eggen *et al.*, 2020) y estigma percibido (Brown Johnson *et al.*, 2014; Cataldo y Brodsky, 2013; Cataldo *et al.*, 2011; Hamann *et al.*, 2014), lo que repercute en la adherencia al tratamiento, genera un mal pronóstico y reduce la calidad de vida de los enfermos (Arrieta *et al.*, 2013).

En los últimos años se han desarrollado diversos modelos de intervención psicológica para pacientes con cáncer con el propósito de disminuir sus síntomas físicos y psicológicos y mejorar su calidad de vida (Arden-Close *et al.*, 2020; Chen y Ahmad, 2018; Chong Guan *et al.*, 2016; Daniels, 2015; Grassi *et al.*, 2017; Guo *et al.*, 2013; Hodges *et al.*, 2011;

Okuyama *et al.*, 2017; Raingruber, 2011; Shennan *et al.*, 2011; Ye *et al.*, 2018). Sin embargo, la evidencia de su efectividad en los pacientes con CP sigue siendo limitada. Por ello, el objetivo

de esta revisión fue conocer la evidencia existente sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas para aliviar los síntomas de ansiedad, depresión y estigma percibido en los pacientes con CP y mejorar con ello su calidad de vida.

MÉTODO

Estrategia de búsqueda

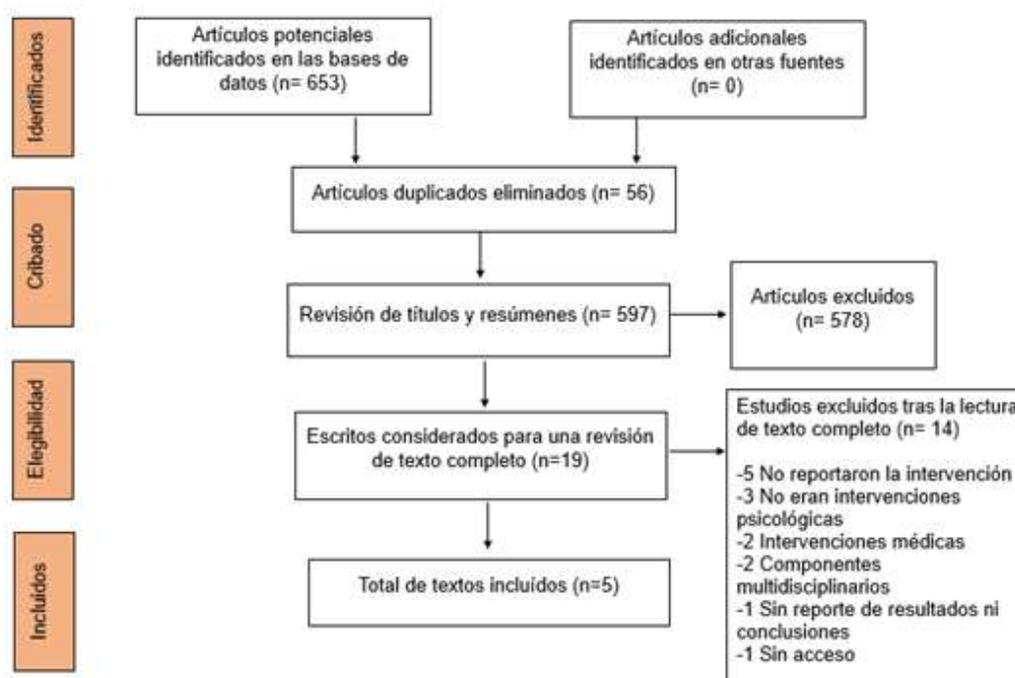
Se realizó una búsqueda PIO (*Periodical Index Online*) en las bases de datos PubMed, PsycINFO y Cochrane Library, sin restricción alguna en cuanto a las fechas de publicación. Se emplearon los siguientes términos booleanos de búsqueda en dichas bases de datos: Lung Neoplasms OR Pulmonary Neoplasms OR Lung Cancer OR Non-small cell cancer OR Small cell cancer AND Psychotherapy OR Psychological intervention OR Psychological treatment OR Psychological therapy OR Psychosocial intervention OR Cognitive behavior therapy OR CBT OR Behavior* therapies OR Brief

psychotherapy AND Anxiety OR Depression OR Quality of life OR Stigma. Adicionalmente, se efectuaron búsquedas en las listas de referencias de revisiones sistemáticas y metaanálisis anteriores relacionados con el tópico a fin de buscar textos adicionales que pudiesen incluirse en el presente análisis.

Participantes

Se incluyeron en la muestra estudios en inglés y en español que se ajustaran a los siguientes criterios de inclusión: *a)* Que fueran acerca de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón (CPCP y NP) de 18 años y más, que estuvieran en tratamiento médico o en periodo de seguimiento y en cualquier estadio clínico; *b)* Que dichos estudios dieran cuenta de intervenciones psicológicas, y *c)* Con diseño experimental o cuasiexperimental. Se excluyeron las opiniones de expertos y los estudios cualitativos. En la Figura 1 se muestra el diagrama de selección de los estudios.

Figura 1. Diagrama de selección de los estudios.



Medidas de resultados

Se reportan los cambios clínica o estadísticamente significativos mediante una escala válida y confiable para la población en cuanto a los síntomas de ansiedad, depresión, estigma percibido y calidad de vida.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 653 artículos, eliminándose 56 por estar duplicados. Se consideraron 19 artículos relevantes para su revisión, según la evaluación hecha de títulos y resúmenes. De los textos completos revisados, cinco se eliminaron porque no daban cuenta de la intervención efectuada; tres no reportaban intervenciones psicológicas; en dos, las intervenciones eran médicas; dos incluían componentes multidisciplinarios, como fisioterapia, nutrición y espiritualidad; en uno no se reportaban resultados ni conclusiones, y no se tuvo acceso a un artículo. Finalmente, solo se consideraron cinco artículos para su revisión.

Terapia cognitivo-conductual

En un estudio realizado por Porter *et al.* (2011) se evaluó la eficacia del entrenamiento en habilidades de afrontamiento comparada con la de educación y apoyo para pacientes con CP. Dicha intervención se centró en prácticas de relajación, imágenes guiadas, resolución de problemas, estrategias de mejora de la comunicación y mantenimiento, y consistió en catorce sesiones telefónicas de 45 minutos, hechas por enfermeras tituladas, con el paciente individual y con su cuidador primario durante un período de ocho meses.

Rodríguez *et al.* (2014) implementaron técnicas de activación conductual en 90 pacientes con CP. Todos los pacientes fueron atendidos individualmente durante 45 minutos. Las técnicas empleadas fueron la autoobservación y su registro, el ensayo y modelado de conductas, la elaboración de jerarquías de actividad, la programación de conductas, el manejo de contingencias, la resolución de problemas, el entrenamiento en habi-

lidades sociales, el uso de metáforas y ejercicios experienciales para facilitar la aceptación, y el distanciamiento de emociones y pensamientos.

Greer *et al.*, (2015) examinaron la viabilidad y utilidad de llevar a cabo una breve intervención conductual para controlar la ansiedad y la depresión y sus efectos en la calidad de vida. La intervención también incorporó el entrenamiento en estrategias de relajación y de meditación respiratoria. En el estudio hubo una tasa baja de deserción, y los hallazgos detallan una declinación de los síntomas de ansiedad y depresión y una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

Chambers *et al.* (2015) aplicaron métodos mixtos para probar la aceptabilidad de una intervención cognitivo-conductual centrada en la aceptación dirigida al estigma percibido. Los componentes utilizados de la intervención fueron la atención del insomnio y la disnea, un enfoque general de aceptación para abordar el estigma relacionado con la salud, la aceptación y algunas estrategias interrelacionadas, como la difusión, la atención plena y la acción guiada por valores, los pensamientos y sentimientos asociados a las señales situacionales del estigma, y las percepciones de culpa debidas al cáncer.

Psicoterapia de apoyo

Wu y Wang (2003) exploraron el efecto de la psicoterapia de apoyo en la depresión y la ansiedad en pacientes con CP que recibían quimioterapia y radioterapia combinadas. La intervención mediante una psicoterapia de apoyo fue diseñada por un psiquiatra y un oncólogo e incluyó una evaluación psicológica, terapia cognitiva, educación sobre el cáncer y su tratamiento, estimulación para comunicarse con otros pacientes a través de clubes, pasatiempos con otros pacientes en compañía de un médico, terapia de relajación y comunicación con los familiares. Los síntomas depresivos se evaluaron al mes de concluido el estudio. Los autores informaron haber obtenido resultados significativos en los participantes deprimidos que habían recibido la psicoterapia adicional, en comparación con quienes habían recibido solamente tratamientos médicos.

Tabla 1. Descripción de los estudios consultados.

Referencia/país	Población/ muestra	Diseño/ objetivo	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
Porter <i>et al.</i> (2011) Estados Unidos	n = 233 con CPCNP (GE: 117, GC: 116) en estadio I-III y etapa limitada.	ECA Evaluar la eficacia de un protocolo de entrenamiento de habilidades de afrontamiento (EHA) asistido por un cuidador.	BDI STAI FACT-L	Catorce sesiones telefónicas, diadas individuales de paciente-cuidador de 45 minutos. <i>Componentes:</i> Relajación muscular progresiva, miniprácticas de relajación, imágenes agradables, ciclo actividad-descanso, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, actividades agradables, comunicación, cese del fumar (opcional), estrategias de mejora del mantenimiento.	Efectos significativos en el bienestar físico y funcional y la depresión ($p < 0.05$).	Los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones psicosociales conducen a mejoras en una variedad de resultados para los pacientes con CP.
Rodríguez <i>et al.</i> (2014) España	n = 90 (GC = 40, GE = 50). -Estadios del GC: IV y III-B (ambos 33.3%) y III-A (30%). -Estadios del GE: 37, 8% estadio IV; 32,4% en III-B y 18,9% en III-A.	ECA Valorar el efecto en la calidad de vida y estado emocional de una intervención centrada en la activación conductual.	HADS EORTC QLQ C30	Cuatro sesiones presenciales individuales de 45 minutos. <i>Componentes:</i> Autoobservación y registro, ensayo y modelado de conducta, elaboración de jerarquías de actividad, programación de conductas, manejo de contingencias, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, uso de metáforas y ejercicios experienciales, y distanciamiento de emociones y pensamientos.	El GE presenta mejorías en ansiedad, depresión, CV global y subescalas de funcionamiento físico y emocional ($p < 0.05$).	Se sugiere implementar la activación conductual para mejorar la CV y el estado emocional durante el tratamiento oncológico.
Greer <i>et al.</i> , (2015) Estados Unidos	n = 32 con CP avanzado (CPCNP en estadio III o IV; CPCP en estadio extenso) que recibían tratamiento.	Cuasiexperimental Evaluar la viabilidad y la eficacia preliminar de una intervención conductual breve.	FACT L HADS	Dos sesiones individuales (presenciales o por teléfono) de 30 minutos. <i>Componentes:</i> Psicoeducación, técnicas de respiración y relajación (respiración diafragmática y guiada).	Mejoría en la CV ($p = 0.01$; d de Cohen = 0.51), y la depresión ($p < 0.001$; d de Cohen = 0.90), pero no de la ansiedad ($p = 0.12$; d de Cohen = 0.31).	Se informan mejoras en la calidad de vida y el estado de ánimo. Se necesitan ensayos controlados aleatorios de seguimiento para examinar la eficacia de las intervenciones conductuales breves.
Chambers <i>et al.</i> , (2015) Australia	n = 25 con CP (88% mujeres y 12% hombres) Estado actual de tabaquismo, 52% no fumaban actualmente en absoluto.	ECA (fase I) Probar la aceptabilidad de una intervención de bienestar psicológico que aborda el estigma relacionado con la salud.	HADS CESD CLCSS FACT L	Seis sesiones individuales por teléfono semanales de 50 a 55 minutos. <i>Componentes:</i> Psicoeducación, habilidades para reducir el estrés, resolución de problemas, desafíos cognitivos y mejora de la relación de apoyo.	Se identificaron tamaños del efecto de medianos a grandes. Ansiedad ($\eta^2 = 0.182$), depresión ($\eta^2 = 0.621$) y estigma: puntuación total ($\eta^2 = 0.139$). Por el contrario, la CV empeoró, aunque el tamaño del efecto fue pequeño ($\eta^2 = 0.023$).	La intervención para el bienestar psicológico indica mejoras en los resultados psicológicos y disminuciones en el estigma frente al deterioro de la CV.

Continúa...

Referencia/país	Población/ muestra	Diseño/ objetivo	Instrumentos	Intervención	Resultados	Conclusiones
Wu y Wang (2003) China	n = 120 con CP que recibieron quimioterapia combinada con radioterapia.	Explorar el efecto de la psicoterapia de apoyo sobre la depresión y la ansiedad.	EAD	Cuatro sesiones presenciales individuales (no se reporta la duración). <i>Componentes:</i> Psicoterapia de apoyo, incluida la terapia cognitiva, el grupo de autoayuda del paciente, la terapia conductual y la educación familiar.	Las puntuaciones del grupo de intervención psicológica en las primeras ocho semanas fueron significativamente más bajas que las del grupo control ($p < 0.05$).	La terapia psicológica integrada puede reducir significativamente la ansiedad y la depresión en los pacientes sometidos a quimioterapia.

Nota. Cáncer de pulmón (CP); Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP); Cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP); Grupo de experimental (GE); Grupo control (GC); Ensayo controlado aleatorizado (ECA); Calidad de vida (CV); Entrenamiento de habilidades de afrontamiento (EHA); Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la versión de ansiedad de rasgos del Inventario de Ansiedad de Rasgos del Estado (STAI); Evaluación funcional de la terapia del cáncer-cáncer de pulmón (FACT-L); Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30); Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD); Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); Escala de Estigma del Cáncer de Pulmón de Cataldo (CLCSS); η^2 = Tamaño del efecto; Terapia cognitivo-conductual (TCC).

Medidas de reporte

Para evaluar la calidad de vida, en tres estudios se usó la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer-Cáncer de Pulmón (FACT-L). Este instrumento tiene como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón, y es el módulo específico que se utiliza en pacientes con este diagnóstico (Cella *et al.*, 1995). Por otra parte, para la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión, en tres estudios se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), una herramienta conformada por catorce ítems que incorpora dimensiones cognitivas y afectivas, a la vez que omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) que pudieran atribuirse a la enfermedad (Zigmond y Snaith, 1983). Para valorar el estigma percibido relacionado con la salud, en un estudio se utilizó la Escala de Estigma del Cáncer de Pulmón de Cataldo (CLCSS) (Cataldo *et al.*, 2011). La escala contiene treinta ítems que se distribuyen en cuatro subescalas: Estigma y vergüenza, Aislamiento social, Discriminación y Tabaquismo.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que en muy pocos trabajos experimentales o cuasiexperimentales se analizan las intervenciones psicológicas en los pacientes con CP. Los resultados de los cinco artículos que cumplieron con los cri-

terios establecidos muestran que la terapia cognitivo-conductual (Chambers *et al.*, 2015; Greer *et al.*, 2015; Porter *et al.*, 2011; Rodríguez *et al.*, 2014) y la psicoterapia de apoyo (Wu y Wang, 2003) son las intervenciones psicológicas que más resultados benéficos tienen para disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y estigma percibido y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, se utilizaron distintos instrumentos para la evaluación de cada constructo, lo que dificulta generalizar los resultados.

Entre los componentes más reportados en cada una de las intervenciones se identificaron la resolución de problemas (Chambers *et al.*, 2015; Porter *et al.*, 2011; Rodríguez *et al.*, 2014), seguida de los de afrontamiento y comunicación (Porter *et al.*, 2011), psicoeducación (Chambers *et al.*, 2015; Porter *et al.*, 2011), relajación (Greer *et al.*, 2015; Porter *et al.*, 2011; Wu y Wang, 2003), reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (Porter *et al.*, 2011; Rodríguez *et al.*, 2014).

Se identificaron asimismo las intervenciones aplicadas de manera individual, presencial y por vía telefónica, en sesiones que variaban de dos, cuatro, seis y catorce. Respecto al tiempo, se identificaron sesiones de 30, 45, 50 y 55 minutos (Chambers *et al.*, 2015; Greer *et al.*, 2015; Porter *et al.*, 2011; Rodríguez *et al.*, 2014), lo que concuerda con estudios con características similares en cuanto a la modalidad, rango y tiempo establecido de la intervención (Ramírez *et al.*, 2018; Rivera *et al.*, 2014; Sun *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2017), hechos en pacientes con otros tipos de

diagnósticos, en los que se han reportado resultados benéficos en la calidad de vida.

La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones psicológicas más utilizadas en pacientes con cáncer con diversos diagnósticos, pues ha mostrado resultados consistentes en cuanto a sus efectos positivos al lograr un mayor bienestar psicológico y calidad de vida de esta población (Arden-Close *et al.*, 2020; Daniels, 2015; Galindo *et al.*, 2013; Hodges *et al.*, 2011; Raingruber, 2011; Ye *et al.*, 2018). En esta revisión, la aplicación de dicha terapia muestra datos de sus efectos positivos en la calidad de vida y en los síntomas psicológicos, específicamente en pacientes con CP.

Adicionalmente, en esta revisión solamente se identificó un estudio que evaluó el estigma percibido relacionado con la salud (Chambers *et al.*, 2015). Por lo tanto, hace falta obtener más evidencias acerca de esta variable de interés, ya que la literatura señala sus posibles resultados negativos en la calidad de vida, incluido un aumento de los síntomas físicos y psicosociales (Brown Johnson *et al.*, 2014; Cataldo y Brodsky, 2013; Cataldo *et al.*, 2011; Hamann *et al.*, 2014).

Finalmente, en cuanto a las limitaciones de esta revisión, la mayoría de las intervenciones im-

plementadas fueron efectuadas por médicos oncólogos, enfermeros o psiquiatras (Porter *et al.*, 2011; Wu y Wang, 2003), lo que dificulta identificar los efectos de las intervenciones hechas por profesionales de la psicología o la psicooncología. Otra de las limitaciones es no haber incluido otras bases de datos, como WEB of Science o CINAHL, entre muchas otras. Un aspecto a considerar es que hace falta adaptar las intervenciones a la población latina y realizar seguimientos más extensos de sus efectos.

En conclusión, la presente revisión de la literatura proporciona evidencias respecto a la efectividad de diversas intervenciones psicológicas dirigidas específicamente a pacientes con CP, entre las cuales la terapia cognitivo-conductual fue la más apropiada para disminuir los síntomas psicológicos y mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes. Se recomienda llevar a cabo más estudios sobre las posibles intervenciones en la población latina, y específicamente mexicana, analizando el estigma relacionado con la salud, difundir este tipo de intervenciones entre el personal médico de oncología y acrecentar el rigor de los diseños de investigación.

Citación: Flores-Juárez, J., Galindo-Vázquez, Ó., Fresán-Orellana, A., Ortega-Andeane, P., Montero-Pardo, X., Estapé, T. y Arrieta, Ó. (2024). Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de pulmón: una revisión de la literatura. *Psicología y Salud*, 34(1), 83-91. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2846>

REFERENCIAS

- American Cancer Society (2020a). *Cáncer de pulmón*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon.html>
- American Cancer Society (2020b). *Factores de riesgo para el cáncer de pulmón*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- Arden-Close, E., Mitchell, F., Davies, G., Bell, L., Fogg, C., Tarrant, R., Gibbs, R. y Yeoh, C.C. (2020). Mindfulness-based interventions in recurrent ovarian cancer: a mixed-methods feasibility study. *Integrative Cancer Therapies*, 19, 1534735420908341. Doi: 10.1177/1534735420908341
- Arrieta, O., Angulo L., P., Núñez V., C., Dorantes G., Y., Macedo E., O., Martínez L., D., Alvarado, S., Corona C., J.F. y Oñate O., L.F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 20(6), 1941-1948. Doi: 10.1245/s10434-012-2793-5
- Brown Johnson, C.G., Brodsky, J.L. y Cataldo, J.K. (2014). Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(1), 59-73. Doi: 10.1080/07347332.2013.855963
- Cataldo, J.K. y Brodsky, J.L. (2013). Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 85(1), 33-40. Doi: 10.1159/000350834
- Cataldo, J.K., Slaughter, R., Jahan, T.M., Pongquan, V.L. y Hwang, W.J. (2011). Measuring stigma in people with lung cancer: Psychometric testing of the Cataldo Lung Cancer Stigma Scale. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), E46-E54. Doi: 10.1188/11.ONF.E46-E54

- Cella, D.F., Bonomi, A.E., Lloyd, S.R., Tulsky, D.S., Kaplan, E. y Bonomi, P. (1995). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) quality of life instrument. *Lung Cancer*, 12(3), 199-220. Doi: 10.1016/0169-5002(95)00450-f
- Chambers, S.K., Morris, B.A., Clutton, S., Foley, E., Giles, L., Schofield, P., O'Connell, D. y Dunn, J. (2015). Psychological wellness and health-related stigma: A pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 60-70. Doi: 10.1111/ecc.12221
- Chen, Y. y Ahmad, M. (2018). Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: A review. *Future Oncology*, 14(15), 1487-1496. Doi: 10.2217/fon-2017-0671
- Chong Guan, N., Mohamed, S., Kian Tiah, L., Kar Mun, T., Sulaiman, A.H. y Zainal, N.Z. (2016). Psychotherapy for cancer patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(5), 414-430. Doi: 10.1177/0091217416680197
- Daniels, S. (2015). Cognitive behavior therapy for patients with cancer. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 6(1), 54-56. PMID: 26413374; PMCID: PMC4577033.
- Eggen, A.C., Reyners, A.K.L., Shen, G., Bosma, I., Jalving, M., Leighl, N.B., Liu, G., Richard, N.M., Mah, K., Shultz, D.B., Edelstein, K. y Rodin, G. (2020). Death anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer with and without brain metastases. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 422-429. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.02.023
- Galindo V., O., Pérez B., H., Alvarado A., S., Rojas C., E., Álvarez A., M.Á. y Aguilar P., J.L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: Una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.
- Gopal, R., Starkschall, G., Tucker, S.L., Cox, J.D., Liao, Z., Hanus, M., Kelly, J.F., Stevens, C.W. y Komaki, R. (2003). Effects of radiotherapy and chemotherapy on lung function in patients with non-small-cell lung cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 56(1), 114-120. Doi: 10.1016/s0360-3016(03)00077-4
- Grassi, L., Spiegel, D. y Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Research*, 6, 2083. Doi: 10.12688/f1000research.11902.1
- Greer, J.A., MacDonald, J.J., Vaughn, J., Viscosi, E., Traeger, L., McDonnell, T., Pirl, W.F. y Temel, J.S. (2015). Pilot study of a brief behavioral intervention for dyspnea in patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 854-860. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.06.010
- Guo, Z., Tang, H., Li, H., Tan, S., Feng, K., Huang, Y., Bu, Q. y Jiang, W. (2013). The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 121. Doi: 10.1186/1477-7525-11-121
- Hamann, H.A., Ostroff, J.S., Marks, E.G., Gerber, D.E., Schiller, J.H. y Lee, S.J.C. (2014). Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 23(1), 81-92. Doi: 10.1002/pon.3371
- Hodges, L.J., Walker, J., Kleiboer, A.M., Ramirez, A.J., Richardson, A., Velikova, G. y Sharpe, M. (2011). What is a psychological intervention? A metareview and practical proposal. *Psycho-Oncology*, 20(5), 470-478. Doi: 10.1002/pon.1780
- International Agency for Research on Cancer (2020a). *World Source: Globocan 2020*. file:///C:/Users/signu/Downloads/900-world-fact-sheets%20(1).pdf
- International Agency for Research on Cancer. (2020b). *Mexico Source: Globocan 2020*. file:///C:/Users/signu/Downloads/484-mexico-fact-sheets%20(1).pdf
- McFarland, D.C., Jutagir, D.R., Miller, A. y Nelson, C. (2020). Physical problem list accompanying the distress thermometer: Its associations with psychological symptoms and survival in patients with metastatic lung cancer. *Psycho-Oncology*, 29(5), 910-919. Doi: 10.1002/pon.5367
- Okuyama, T., Akechi, T., Mackenzie, L. y Furukawa, T.A. (2017). Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 56, 16-27. Doi: 10.1016/j.ctrv.2017.03.012
- Porter, L.S., Keefe, F.J., Garst, J., Baucom, D.H., McBride, C.M., McKee, D.C., Sutton, L., Carson, K., Knowles, V., Rumble, M. y Scipio, C. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 1-13. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.014
- Raingruber, B. (2011). The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: An integrative review of the literature (2006–2011). *ISRN Nursing*, 638218. Doi: 10.5402/2011/638218
- Ramírez O., M., Rojas R., M.E. y Landa R., E. (2018). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(1), 1-8.
- Rivera F., L.M.L., Ramírez E., L., Saldaña L., M.V. y Rosas A., R. (2014). Efectos de una intervención cognitivo conductual y actividad física sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre. *Psicooncología*, 11(2-3), 217-231. Doi: 10.5209/rev_Psic.2014.v11.n2-3.47384
- Rodríguez C., F., Fernández E., V., García P., F. y Fernández S., G. (2014). Efectos de la activación conductual en la calidad de vida y estado emocional de los pacientes con cáncer de pulmón. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 11(2-3), 199-215.

- Shennan, C., Payne, S. y Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-Oncology*, 20(7), 681-697. Doi: 10.1002/pon.1819
- Subramanian, J., Regenbogen, T., Nagaraj, G., Lane, A., Devarakonda, S., Zhou, G. y Govindan, R. (2013). Review of ongoing clinical trials in non-small-cell lung cancer: A status report for 2012 from the ClinicalTrials.gov Web site. *Journal of Thoracic Oncology*, 8(7), 860-865. Doi: 10.1097/JTO.0b013e318287c562
- Sun, H., Huang, H., Ji, S., Chen, X., Xu, Y., Zhu, F. y Wu, J. (2019). The efficacy of cognitive behavioral therapy to treat depression and anxiety and improve quality of life among early-stage breast cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1534735419829573. Doi: 10.1177/1534735419829573
- Tan, H., Chen, S., Ercolano, E., Lazenby, M., Davies, M., Chen, J. y McCorkle, R. (2019). The prevalence and related factors associated with psychosocial distress among 420 hospitalised lung cancer patients in China: A case study. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), e13046. Doi: 10.1111/ecc.13046
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y. y Uchitomi, Y. (2002). Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 417-423. Doi: 10.1016/s0885-3924(02)00376-7
- Wang, X.S., Fairclough, D.L., Liao, Z., Komaki, R., Chang, J.Y., Mobley, G.M. y Cleeland, C.S. (2006). Longitudinal study of the relationship between chemoradiation therapy for non-small-cell lung cancer and patient symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, 24(27), 4485-4491. Doi: 10.1200/jco.2006.07.1126
- Watson, M., White, C., Lynch, A. y Mohammed, K. (2017). Telephone-delivered individual cognitive behavioural therapy for cancer patients: An equivalence randomised trial. *Psycho-Oncology*, 26(3), 301-308. Doi: 10.1002/pon.4338
- Wu, G.X., Raz, D.J., Brown, L. y Sun, V. (2016). Psychological burden associated with lung cancer screening: A systematic review. *Clinical Lung Cancer*, 17(5), 315-324. Doi: 10.1016/j.clcc.2016.03.007
- Wu, L. y Wang, S.-J. (2003). Psychotherapy improving depression and anxiety of patients treated with chemotherapy combined with radiotherapy. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 7, 2462-2463.
- Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., Jiang, P., Dong, N., He, L., Liang, S., Yu, C., Zhang, J., Ding, Z. y Liu, Z. (2018). A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1695-1703. Doi: 10.1002/pon.4687
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición en técnicos en urgencias médicas

Work-stress, burnout and factors associated with its appearance in medical emergency technicians

Francisco Emmanuel Porras-Parral^{1,2},
María del Rocío Guzmán-Benavente¹,
Laura Ernestina Barragán-Ledesma¹,
Martha Angélica Quintanar-Escorza²,
Oliverio Leonel Linares-Olivas¹
y Lauren Soed Garza-Barragán²

Universidad Juárez del Estado de Durango^{1,2}

Autor para correspondencia: Francisco Emmanuel Porras-Parral, licfo.porras@gmail.com.

RESUMEN

Se define al estrés laboral como las reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales ante las exigencias profesionales, condición que puede generar la aparición del síndrome de *burnout*, un estado de agotamiento físico, mental y cognitivo. El objetivo de este trabajo fue determinar los niveles de ambas condiciones e identificar los factores asociados en una población de 29 técnicos en urgencias médicas, a los que se les aplicaron un cuestionario de datos sociodemográficos, la Escala de Estrés Laboral de la OIT-OMS y el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). De las variables analizadas, se identificó la calidad de sueño como la que mayor influencia tuvo sobre el componente de cansancio emocional. La exposición a un exceso de horas laborales y a condiciones de vida ligadas a la profesión (lesiones físicas, riesgo biológico, accidentes, riesgos psicosociales) pueden ser algunas de las causas del estrés laboral y el síndrome de burnout, lo que hace necesario generar programas e intervenciones para atender los determinantes laborales, sociales y personales y prevenir tales problemas en la vida de los citados técnicos.

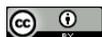
Palabras clave: Estrés laboral; Burnout; Parámetros sociodemográficos; Parámetros laborales; Factores de riesgo; Técnicos en urgencias médicas.

SUMMARY

Work-related stress involves the emotional, physiological, and behavioral reactions to professional demands. Work-related stress may contribute to developing burnout syndrome, a state of physical, mental, and cognitive exhaustion. The objective of the present study was to explore the levels of work-related stress and burnout syndrome in a population of 29 medical emergency technicians

¹ Facultad de Medicina y Nutrición, Av. Universidad y Fanny Anitúa s/n, 34000 Durango, Dgo., México, tel. (618)812-17-79 y 813-05-27, correo electrónico: famen@ujed.mx.

² Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana, Blvd. del Guadiana 501, Fracc. Ciudad Universitaria, 34120 Durango, Dgo., México, tel. (618)827-13-90, correo electrónico: direccion.fpytch@ujed.mx.



and to identify their associated factors. Participants responded to a questionnaire on socio-demographic data, the scale of ILO-WHO occupational stress, and the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). Results show that sleep quality had the most significant influence on the emotional fatigue component. Exposure to long working hours and living conditions linked to this profession, such as physical injuries, biological risks, accidents, and psycho-social risks, causes work-related burnout syndrome, so it becomes necessary to generate intervention programs for preventing and controlling such conditions. These social and personal factors probably contribute to these technicians' work-related stress and burnout syndrome.

Key words: Work stress; Burnout; Socio-demographic parameters; Work parameters; Risk factors; Medical emergency; Emergencies technicians.

Recibido: 24/12/2021

Aceptado: 20/12/2022

Se define el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (cf. Torrades, 2007, p. 105). El término *estrés* es una adaptación al español de la voz inglesa *stress*, introducida por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, quien lo definió como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante (Cruz *et al.*, p. 370). El estrés ha sido una cuestión de interés y de preocupación para los estudiosos de la conducta humana por sus efectos en la salud física y mental y en el rendimiento laboral o académico de quienes lo sufren (Naranjo, 2009). No es un trastorno de la salud propiamente dicho, sino el primer signo de una respuesta a un daño físico y emocional que puede ocurrir por diversas causas (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016).

Es bien conocido que los ambientes laborales pueden ocasionar mayores niveles de estrés en unas personas que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que se suelen emplear, o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a

dichas demandas. El *estrés laboral crónico* aparece como resultado de un proceso continuo de exposición a sucesos, circunstancias y vivencias que ponen en duda las habilidades del trabajador para hacer frente a los cambios dentro de su ámbito laboral (Quiceno y Vinaccia, 2007).

El trabajo es indispensable para una vida saludable por la retribución económica y el progreso social que implica la realización personal de los individuos en su comunidad. Sin embargo, la misma actividad que crea beneficios puede afectar en algún momento la salud del trabajador, lo que genera así una pérdida progresiva del ideal, la energía o el deseo de alcanzar objetivos, lo que a su vez trae consigo un estado de agotamiento mental, emocional y físico debido al estrés emocional crónico, que en los últimos años se ha convertido en un problema psicosocial significativo en el ámbito laboral debido a su inadecuado manejo (Dominguez *et al.*, 2012; Lozano, 2021).

En virtud de que el estrés y el burnout presentan matices diferentes, no se les debe confundir; el estrés (eustrés) puede incluso aumentar el rendimiento de una persona, ayudarla a afrontar las situaciones de la vida diaria y a resolverlas de forma adecuada, así como a desarrollar su máximo potencial; el burnout, a su vez, siempre tendrá consecuencias negativas. El estrés hace referencia a procesos breves, en tanto que el burnout es considerado como el resultado de una situación prolongada de desgaste (Flores y Ruiz, 2018). El burnout va más allá de una mera actitud, pues afecta la conducta y la condición orgánica, y surge como una respuesta al estrés laboral crónico que padece el trabajador y que involucra un estado de agotamiento físico, emocional y cognitivo (Flores y Ruíz, 2018).

Diversos autores han teorizado sobre las causas y manifestaciones del burnout. Fue en 1976 cuando Christina Maslach se convirtió en la principal referente de esta cuestión al llevar el concepto del modelo médico-clínico de Selye a uno psicosocial (cf. Juárez *et al.*, 2014). En 1981, dicha autora, en conjunto con Susan Jackson, propusieron una clasificación de tres dimensiones o componentes del síndrome de burnout: *despersonalización*, que se caracteriza por actitudes nega-

tivas, irritabilidad, pérdida de motivación, falta de empatía, incompetencia, insensibilidad y antipatía, entre otras; *cansancio emocional*, que se define como una pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga física o psicológica, y *falta de realización personal en el trabajo*, caracterizada como respuestas negativas, falta de interés, desmotivación, disminución de la autoestima, inseguridad para alcanzar metas u objetivos, o simplemente su anulación (Flores y Ruiz, 2018).

Con la aparición del virus SARS-CoV-2, diversas profesiones experimentaron un aumento del estrés laboral y el síndrome de burnout. En el contexto de la pandemia, los profesionales de la salud que trabajaban en la primera línea estaban expuestos a diversas condiciones generadoras de estrés, por lo que tenían un alto riesgo de desarrollar el síndrome de burnout (Lozano, 2021). Este factor implicó un gran reto para la salud mental de estos trabajadores debido a la considerable carga de trabajo y a las demandas psicoemocionales a las que se vieron expuestos, lo que produjo en Latinoamérica uno de los mayores desafíos en el área de los factores de riesgo psicosocial en el sector de salud (Juárez, 2020).

Los estudios sobre los daños que el burnout causa a la salud no son algo reciente. En Alemania, Baier *et al.* (2018) evaluaron la prevalencia del burnout en los trabajadores de los servicios de emergencia, así como la asociación entre el nivel de burnout y el trabajo en los pacientes de estos profesionales. Sus resultados indican que 25.3% de los participantes sufrían desgaste emocional, 40.2% despersonalización y 19.9% baja realización profesional.

En Francia, Moukarzel *et al.* (2019) analizaron la prevalencia del burnout y sus factores asociados en una población que laboraba en las áreas de emergencia de tres hospitales. Sus resultados muestran que 34.6% de los trabajadores reportaron altos niveles de desgaste emocional y despersonalización, y que 15.8, 26.6 y 41.4% de los respondientes exhibían un alto desgaste emocional, un elevado grado de despersonalización y escasos sentimientos de realización profesional, respectivamente.

En México, el problema del estrés laboral y el burnout ha cobrado una creciente importancia.

Se ha reportado que 75% de los mexicanos padece fatiga por estrés laboral, superando así a países industrializados como China y Estados Unidos (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.). Esta circunstancia representa un grave problema social y económico: por una parte, perjudica la salud del trabajador, y por otra, disminuye la productividad de las empresas, haciéndolas menos rentables y competitivas en un mercado cada vez más globalizado.

El estrés laboral, según un estudio elaborado por la OIT (2016), podría suponer pérdidas de entre 0.5 y 3.5% del producto interno bruto de los países. Si bien no existen datos estadísticos sobre las pérdidas económicas que el estrés laboral produce en México, dichas estimaciones supondrían una pérdida aproximada de entre 5 mil y 40 mil millones de dólares, esto es, unos tres billones de pesos mexicanos al año.

Una revisión sistémica hecha en el país y llevada a cabo por Juárez *et al.* (2014) tuvo como propósito caracterizar y definir el impacto del síndrome de burnout entre la población mexicana. Entre los resultados obtenidos se halló que las ocupaciones más afectadas eran las de los profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras, los que representan 19.3 y 17.9% del total, respectivamente. Fuera de lo esperado, la proporción de docentes fue baja (11.25%), en comparación con las de los profesionales de la salud encontradas en dicho estudio.

Análisis como el efectuado por Flores y Ruiz (2018), enfocado en comparar el síndrome en dos grupos de trabajadores del personal de salud (enfermeras y médicos) y el personal administrativo de una unidad médica de primer nivel, reportó un bajo nivel de burnout en este último, seguido por los niveles medios y altos; además, que los factores asociados al síndrome pueden variar de acuerdo a los contextos laborales o geográficos, por lo que proponen realizar estudios transculturales para identificar dichas variables y otras más asociadas a este problema.

En un trabajo reciente realizado en México, Osorio *et al.* (2021) analizaron la correlación entre los niveles de burnout y los tipos de afrontamiento en una muestra de profesionales de la salud. A

partir de los datos recopilados, se observó que los participantes exhibían niveles bajos de cansancio emocional y despersonalización, en tanto que puntuaban alto en el área de realización profesional.

De los profesionales del área prehospitalaria, los técnicos en urgencias médicas (paramédicos) constituyen una de las poblaciones que pueden verse más afectadas por lesiones físicas, riesgo biológico y factores psicosociales estresantes, como el sufrimiento propio o ajeno, el exceso de trabajo y una tensión constante en el ambiente laboral (González-Martínez, 2016).

De lo anterior se desprenden las siguientes preguntas: ¿Cuál es el nivel de estrés laboral y síndrome de burnout en los técnicos en urgencias médicas? ¿Qué factores se encuentran asociados a estos problemas en dicho personal? A partir de las mismas se trató de determinar los niveles de estrés laboral y síndrome de burnout entre dichos técnicos, e identificar sus factores asociados.

MÉTODO

Sujetos

Participaron 29 técnicos en urgencias médicas de la Cruz Roja Mexicana, Delegación Durango, que recibían una remuneración económica por su trabajo. Los voluntarios fueron descartados del estudio. El diseño utilizado fue de tipo transversal, descriptivo y observacional.

Instrumentos

Se recolectaron los datos de los técnicos mediante la aplicación de una serie de entrevistas para obtener una información general relativa a los factores sociodemográficos y laborales pertinentes.

Cuestionario de Estrés Laboral OIT-OMS (Ivancevich y Matteson, 1989).

Compuesto de 25 ítems, mide la estructura y el clima organizacional, tecnología, influencia del líder, territorio y cohesión del grupo de trabajo. Cada ítem de la encuesta cuenta con siete opciones de respuesta presentadas en una escala que evalúa la frecuencia de la situación estresante. En México,

Medina *et al.* (2007) usaron esta prueba para analizar si su adaptación y uso era factible en la población, obteniendo 0.64 de validez relevante y 0.92 de confiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach.

Inventario de Burnout de Maslach (Human Service Survey) (MBI-HSS) (Maslach y Jackson, 1981).

Consta de 22 ítems que miden las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Se debe invertir la calificación para obtener la “falta de realización personal” (*cf.* Flores y Ruiz, 2018). Esta prueba se ha estudiado y aplicado en población mexicana por Aranda *et al.* (2016), Flores y Ruiz (2018), Meda *et al.*, 2008, y Rivera *et al.* (2017), entre otros.

Procedimiento

Previamente, se solicitó el permiso a las autoridades de la institución para aplicar los instrumentos, y se elaboraron las cartas de consentimiento informado, que se entregaron a los participantes para su firma. De manera individual, se aplicaron los cuestionarios de datos sociodemográficos, el cuestionario de estrés laboral y la MBI-HSS en espacios apropiados de la institución.

Análisis de datos

Se creó una base de datos en el programa Excel, v. 2012, procediéndose a su procesamiento mediante el programa estadístico SPSS, v. 21. Se utilizó estadística descriptiva para evaluar frecuencias absolutas y medias, así como estadística inferencial mediante el análisis de varianza.

RESULTADOS

Respecto a las variables sociodemográficas, se obtuvo que 76% de los participantes fueron varones. El rango de edad fue de 20 y 60 años. Respecto al nivel de estudios, 14% de los participantes reportó tener secundaria, 45% preparatoria y 41% estudios profesionales; se halló además que 52% tenía una antigüedad de más de nueve años en la institución.

La Tabla 1 muestra las características de la muestra. El análisis de varianza de un factor no mostró correlaciones significativas con ninguna de las variables descritas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes.

VARIABLES	f	%
Hombres	22	76
Mujeres	7	24
<i>Edad</i>		
19 – 29 años	9	31
30 – 39 años	10	34
40 – 49 años	4	14
50 – 59 años	6	21
<i>Nivel de estudios</i>		
Secundaria	4	14
Preparatoria	13	45
Profesional	12	41
<i>Estado civil</i>		
Soltero(a)	14	48
Casado(a)	10	35
Unión libre	3	11
Divorciado(a)	1	3
Viudo(a)	1	3

Se identificó que 41% de los participantes dijeron estar descontentos con el salario que percibían por su trabajo; con todo, no se encontraron correlaciones significativas de este factor en cuanto a los niveles de estrés o de las áreas que evalúa el MBI-HSS. De igual manera, las variables que dan cuenta del tiempo dentro de la institución no correlacionaron con los niveles de estrés y de síndrome de burnout.

En cuanto a las variables laborales, la Tabla 2 da cuenta de los resultados. No se encontraron correlaciones positivas entre el puesto de trabajo y los valores de estrés y las áreas de la prueba MBI-HSS.

Respecto a las horas de sueño, 37.9% de trabajadores dormía menos de 6 horas; 31%, entre 6 y 8 horas, y el resto (31%) descansaba 8 horas o más. Se halló una correlación significativa entre las horas de sueño y el área del cansancio emocional ($p = .002$). Las áreas de despersonalización y realización profesional no arrojaron correlaciones estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 2. Variables laborales.

VARIABLES LABORALES	f	%
<i>Satisfacción salarial</i>		
Totalmente satisfecho	3	10.0
Satisfecho	8	28.0
Insatisfecho	12	41.0
Totalmente insatisfecho	6	21.0
<i>Puesto de trabajo</i>		
Operador de ambulancia	12	41.0
Operador de radio	4	14.0
Paramédico	10	35.0
Administrador o coordinador	3	10.0
<i>Tiempo en la institución</i>		
Menos de 2 años	6	21.0
De 2 a 9 años	8	28.0
Más de 9 años	15	52.0
<i>Turno laboral</i>		
Mixto	21	72.4
Diurno	8	27.6

Tabla 3. Análisis de varianza de un factor.

VARIABLES	Nivel general de estrés	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Edad	0.976	0.319	0.046	0.747
Sexo	0.183	0.872	0.664	0.634
Nivel de estudios	0.848	0.377	0.368	0.202
Estado civil	0.497	0.361	0.802	0.951
Salario	0.081	0.229	0.069	0.629
Puesto de trabajo	0.844	0.593	0.316	0.093
Tiempo dentro de la institución	0.502	0.830	0.209	0.581
Jornada laboral	0.553	0.975	0.282	0.204
Horas de sueño	0.091	0.002	0.129	0.938

* $p = 0.005$.

En la estratificación de los datos se encontró que la población femenina manifestó niveles bajos de estrés, al contrario de los varones, quienes exhibieron niveles medios (18.2%) y altos (9.1%). Asimismo, se observó que la mayoría de los trabajadores mostraba niveles bajos de burnout en los tres componentes que conforman la prueba; sin embargo, hubo trabajadores con puntajes altos y medios. Un nivel medio en cualquiera de las tres

áreas significa que los trabajadores manifiestan algunas afecciones de índole conductual, emocional, social y cognitiva, elementos a considerar en la disminución de la calidad de vida y la calidad laboral. Valores altos aparecen en dos de las tres áreas: de 31.0% en cansancio emocional y 27.6% en despersonalización. Respecto a la resultado arrojado en el parámetro de realización profesional, se obtuvo un puntaje más bien bajo (51.7%).

Tabla 4. Resultados de la Escala de Estrés Laboral y el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (MBI-HSS).

		f	%	M (D.E.)
Nivel de estrés	Bajo	23	79	
	Intermedio	4	14	1.2 (.59)
	Alto	2	7	
Cansancio emocional	Bajo	14	48	
	Medio	6	21	1.8 (.88)
	Alto	9	31	
Despersonalización	Bajo	16	55	
	Medio	5	17	1.7 (.88)
	Alto	8	28	
Realización profesional	Bajo	15	52	
	Medio	8	27	1.6 (.80)
	Alto	6	21	

DISCUSIÓN

En la actualidad, prácticamente no existe profesión u oficio que no haya sido investigado con relación al síndrome de burnout, desarrollándose numerosos instrumentos para medirlo (Quiceno y Vinaccia, 2007), lo que demuestra que el fenómeno del estrés laboral es un problema que ha despertado un interés recurrente entre los profesionales de salud (González-González, 2012; Joffre *et al.*, 2008; Martín, 2007; Serrano e Ibáñez, 2015), sobre todo por su alta incidencia en el personal de salud (Baier *et al.*, 2018; Juárez, 2020), lo que ha generado la necesidad de gestionar y desarrollar planes y efectuar investigaciones para analizar las variables que precipitan su aparición.

Un punto que ha generado discusión es que tales estudios están enfocados principalmente en el personal de las áreas de medicina y enfermería (Aranda *et al.*, 2005; Domínguez *et al.*, 2012; Flores y Ruiz, 2018), dejando de lado otras profesio-

nes, un punto que puede oscurecer el impacto del estrés y el burnout en los técnicos en urgencias médicas. Derivados de esta circunstancia, muchos de los puntos de contraste se hacen mediante estudios que toman en cuenta poblaciones con características similares a la estudiada en este trabajo (médicos y enfermeras en las áreas de emergencia).

Los datos recabados revelan una media de edad de 36.1 años en la muestra utilizada, lo que coincide con trabajos como el de Flores y Ruiz (2018), quienes obtuvieron una media en el personal de enfermería y medicina de 38.8; en el estudio de Baier (2018), la mayoría de la población fluctuó alrededor de los 40 años de edad (73.2%). Por su parte, el presente estudio arrojó una mayor cantidad de varones (76%), dato similar al de Baier *et al.* (2018): 86.2%. Otros estudios muestran una mayor población femenina (Osorio *et al.*, 2021; Pustułka-Piwnik *et al.*, 2014).

Respecto a los niveles encontrados de burnout, se encontró un nivel alto (31%) de cansan-

cio emocional. Este dato no debe ignorarse debido a que el cansancio es uno de los primeros signos de la aparición del síndrome en los trabajadores, lo que podría indicar que, de no tomarse medidas preventivas y de detección de los elementos que generan desgaste profesional, el problema podría incrementarse en un futuro inmediato. En conjunto con estos elementos, los datos arrojaron una prevalencia de nivel moderado de 21%, y 52% de nivel elevado. Es necesario tomar en cuenta estos marcadores dado que un nivel moderado en cualesquiera de los tres componentes del síndrome de burnout significa que los trabajadores manifiestan algunas afectaciones conductuales, emocionales, sociales o cognitivas, lo que puede disminuir su calidad de vida y tener un efecto negativo en el desarrollo de sus actividades laborales (Flores y Ruiz, 2018).

Los presentes resultados coinciden asimismo con los de Aranda *et al.* (2005), que muestran una prevalencia de 31.2% de los niveles de desgaste emocional. La teoría indica que entre menores sean los puntajes en las áreas de cansancio emocional y despersonalización, se esperaría una mayor prevalencia del componente de realización profesional. El estudio no arrojó tales datos; de hecho, se observó que 52% de la muestra manifestó una baja realización profesional. En un primer acercamiento, dicho dato podría indicar un sesgo respecto a la manera en que el trabajador respondió la prueba, y por otra parte, es un elemento que indicaría la posible dificultad que el técnico en urgencias médicas tiene al evocar y evaluar los recursos anímicos para la ejecución de su trabajo.

A partir de lo anterior, se efectuó un análisis de varianza cuyo resultados no arrojaron relaciones significativas en la mayoría de las variables seleccionadas, lo que coincide con los resultados de Domínguez *et al.* (2012) y Osorio *et al.* (2021) quienes no encontraron correlaciones significativas entre las escalas que componen el MBI-HSS y las variables sociodemográficas que analizaron. Los datos del estudio no coinciden con los presentados por Aranda *et al.* (2005), Juárez *et al.* (2014), Flores y Ruiz (2018), Kupcewicz y Józwick (2020) y Osorio *et al.* (2021), quienes sí hallaron correlaciones e influencias entre las variables de edad, sexo, escolaridad, satisfacción laboral y estado civil, y los niveles de cansancio emocional y desper-

sonalización, resultado posiblemente influido por el tamaño de la muestra y los tipos de población y de enfoque metodológico utilizados por los diversos equipos de trabajo.

Aun cuando las variables identificadas aparecen con poca significancia estadística (véase Tabla 3), en este estudio las horas de sueño constituyen un factor de riesgo significativo respecto al componente de cansancio emocional. En efecto, el sueño representa un elemento imprescindible para una buena salud física y mental de las personas; de ahí que instituciones como la Organización Mundial de la Salud y el National Heart, Lung, and Blood Institute de Estados Unidos expresen que la mayoría de los adultos, incluidos los de edad avanzada, necesitan entre 7 y 8 horas de sueño cada noche (Department of Health and Human Services, 2013). Al tiempo que el sueño cumple un rol fundamental para el mantenimiento del cuerpo y las funciones cerebrales, su privación se ha asociado con trastornos fisiológicos y psicológicos (Atrooz y Salim, 2020).

La homeostasis natural del cuerpo durante las horas sueño puede verse afectadas por varios factores, como la condición médica, la medicación prescrita, los problemas en el ambiente de reposo e incluso el estrés. La vivencia recurrente de un pobre descanso puede ser así un factor de riesgo de problemas no solo anímicos sino físicos en razón del papel fundamental que desempeña el sueño en la capacidad de regulación. Es por ello que dicho factor genera la necesidad de analizar las afecciones de corto y mediano plazo del rendimiento, el estado de ánimo y la salud en general de los trabajadores debido a que los efectos del desgaste pueden surgir en escenarios en los que no se preste la necesaria atención a esa urgencia, provocando en consecuencia un daño a los usuarios.

En conclusión, la exposición del personal paramédico a largas jornadas laborales y la vivencia cotidiana de las condiciones de vida vinculadas a esta actividad pueden ser algunas de las causas del estrés laboral y provocar con ello el síndrome de burnout. Lo anterior sugiere que los factores asociados a tal resultado pueden variar de acuerdo a los contextos laborales o geográficos, por lo que se requerirán más estudios transculturales (Flores y Ruiz, 2018).

De igual manera, el análisis del estrés laboral y el síndrome de burnout involucra no solamente la aplicación de instrumentos que los midan, sino la observación de sus efectos en las áreas cognoscitiva, emocional y conductual, en conjunto con la de variables del propio ambiente laboral, como la inflexibilidad de los horarios, la pobre o escasa comunicación con el grupo de trabajo o una remuneración insuficiente, variables que provocan, todas ellas, la sensación de satisfacción en los trabajadores.

Se sugiere, pues, una intervención a profundidad para detectar algunos elementos propios del trabajador que contribuyan a dilucidar las relaciones entre los resultados obtenidos en las pruebas y la experiencia subjetiva del técnico en urgencias médicas. Desde una perspectiva institucional, se propone obtener mayor información acerca de las

condiciones y circunstancias que pudieran detonar el estrés laboral.

La formación profesional del técnico involucra no sólo el desarrollo de su habilidad en el propio puesto de trabajo, sino también la capacidad de manejar y controlar las variables afectivas que desempeñan un importante papel en el ejercicio de sus actividades.

Es importante tener en cuenta que algunas de las limitaciones de la presente investigación están asociadas al tamaño de la muestra empleada y la conducción de las entrevistas a profundidad con cada uno de los trabajadores. A pesar de haberse trabajado con el total de trabajadores de la institución, es posible que una muestra mayor obtendría otros resultados en los análisis estadísticos y en las posibilidades de relacionar las variables analizadas y los resultados obtenidos en las escalas.

Citación: Porras-Parra, F.E., Guzmán-Benavente, M.R., Barragán-Ledesma, L.E., Quintanar-Escorza, M.A., Linares-Olivas, O.L. y Garza-Barragán, L.S. (2024). Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición en técnicos en urgencias médicas. *Psicología y Salud*, 34(1), 93-101. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2847>

REFERENCIAS

- Aranda B., C., Pando M., M. y Salazar E., J.G. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (HSS) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361005>
- Aranda B., C., Pando M., M., Torres L., T., Salazar E., J. y Franco C., S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 225-231.
- Atrooz, F. y Salim, S. (2020). Sleep deprivation, oxidative stress and inflammation. *Advances in Protein Chemistry and Structural Biology*, 119, 309-336. Doi: 10.1016/bs.apcsb.2019.03.001
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S. y Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *Bmc Emergency Medicine*, 18(24), 1-9. Doi: 10.1186/s12873-018-0177-2
- Cruz M., M., López, E., Cruz, R. y Lanillo, M.E. (s/f). *El estrés laboral en México*. Recuperado de https://www.eorfan.org/actas/A_1/32.pdf
- Department of Health and Human Services (2013). *Información general: sueño saludable* (13-74265), 2.
- Domínguez F., J.M., Herrera C., F., Villaverde G., M.C., Padilla S., I., Martínez B., M.L. y Domínguez F., J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1), 30-35. Doi: 10.1016/j.aprim.2011.01.004
- Flores T., S.Y. y Ruiz M., A.O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72. Doi: 10.25009/pys.v28i1.2539
- González-González, N. (2012). Estrés en el ámbito laboral de las instituciones de salud: un acercamiento a narrativas cotidianas. *Argumentos*, 25(70), 171-192.
- González-Martínez, A. (2016). *Prevención de riesgos laborales en servicios de urgencias prehospitalaria*. Tesis inédita de Master. Murcia (España): Universidad Miguel Hernández. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3276/1/gonzalez%20martinez,%20ana%20tfm.pdf%20hecho.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f). *Estrés laboral*. México: IMSS. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>

- Ivancevich, J.M. y Matteson, M.T. (1984). A type A-B person-work environment interaction model for examining occupational stress and consequences. *Human Relations*, 37, 491-513.
- Joffre V., M., Saldívar G., A. y García M., G. (2008). Síndrome de burnout y estrés laboral: una revisión. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(2), 65-72.
- Juárez G., A.J. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de Covid-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4), 432-439. Doi: 0.18273/revsal.v52n4-2020010
- Juárez G., A.J., Idrovo, Á., Camacho Á, A. y Placencia R., O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159-176.
- Kupcewicz, E. y Józwick, M. (2020). Role of global self-esteem, professional burnout and selected socio-demographic variables in the prediction of Polish nurses quality of life: A cross-sectional study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 671-684. Doi: 10.2147/rmhp.s252270
- Lozano V., A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por Covid-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2. Doi: 10.20453/rmp.v84i1.3930
- Martín A., M.C. (2007). Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 168-181. Doi: 10.1016/s1130-2399(07)74400-0
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Meda L., R.M., Moreno J., B., Rodríguez M., A., Morante B., M.E. y Ortiz V., G.R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116.
- Medina A., S., Preciado S., M.D.L. y Pando M., M. (2007). Adaptación de la escala de Estrés Laboral Organizacional para Trabajadores Mexicanos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 8(4), 7-10.
- Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A.C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C. y Gentile, S. (2019). Burnout syndrome among emergency department staff: prevalence and associated factors. *Biomed Research International*, 2019(4), 1-10. Doi: 10.1155/2019/6462472
- Naranjo P., M.L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista de Educación*, 33(2), 171-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés laboral: un reto colectivo*. París: OIT.
- Osorio G., M., Prado R., C. y Bazán R., G.E. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(2), 267-274. Doi: 10.25009/pys.v31i2.2695
- Pustulka-Piwnik, U., Ryn, Z.J., Krzywoszański, Ł. y Stożek, J. (2014). Burnout syndrome in physical therapists: demographic and organizational factors. *Medycyna Pracy*, 65(4), 453-462. Doi: 10.13075/mp.5893.00038
- Quiceno J., M. y Vinaccia A., S. (2007). Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.
- Rivera Á., D.A., Rivera H., J.C. y González G., C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en Educación Médica*, 6(21), 25-34. Doi: 10.1016/j.riem.2016.05.010
- Serrano A., M. e Ibáñez G., M. (2015). La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi, España. *Trabajo y Sociedad*, 25, 463-492.
- Torrades, S. (2007). Estrés y burnout: definición y prevención. *Divulgación Sanitaria*, 26(10), 104-107.

Carga de trabajo, síndrome de burnout y síntomas psicósomáticos en trabajadoras de atención a usuarios

Workload, burnout syndrome, and psychosomatic symptoms in customer service female workers

*Emmanuel Martínez-Mejía, Magdalena Fonseca-Castro,
Ana Laura Cortes-Hernández y Jesús Felipe Uribe-Prado*

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Emmanuel Martínez-Mejía, emmanuel.martinez.mejia@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación entre la carga de trabajo y el síndrome de desgaste ocupacional (*burnout*), así como las manifestaciones psicósomáticas en trabajadoras para la atención de usuarios de un organismo público de Ciudad de México. Dicho estudio fue de tipo no experimental, con diseño de dos grupos extremos: 45 participantes con alta carga de trabajo y 48 con carga de trabajo baja. La comparación paramétrica arrojó diferencias significativas en el nivel de *burnout* entre los grupos; además, se encontraron seis manifestaciones psicósomáticas superiores al promedio en el primero de estos grupos. Se concluye que una alta carga de trabajo está relacionada con el desarrollo del referido síndrome y de manifestaciones psicósomáticas en trabajadoras que atienden a usuarios.

Palabras clave: Factores de riesgo psicosocial; Riesgos psicosociales; Síndrome de desgaste ocupacional; Carga de trabajo; Servicio al cliente.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the relationship between workload and burnout syndrome and psychosomatic symptoms in female customer service workers in a government organization in Mexico City. A non-experimental investigation explored two extreme workload groups: 1) 45 participants with a high workload level; and 2) 48 participants with a low workload level. A parametric comparison showed significant differences in the level of occupational burnout between groups; six above-average psychosomatic manifestations resulted in the high workload group. In conclusion, a high workload relates to developing burnout syndrome and psychosomatic manifestations in female customer service workers.

Key words: Psychosocial risk factors; Psycho-social risk; Burnout syndrome; Workload; Customer service.

¹ Facultad de Psicología, Avenida Universidad 3004, Coyoacán, Col. Copilco Universidad, Cd. Universitaria, 04510 Ciudad de México, correos electrónicos: emmanuel.martinez.mejia@comunidad.unam.mx, magda_lena_mfc@hotmail.com, ana.laura.cortes89@gmail.com y uribe.pjf@hotmail.com.



Recibido: 13/01/2022

Aceptado: 05/01/2023

En la actualidad, el estrés en el trabajo es un tema preocupante por sus efectos en la salud, lo que provoca su deterioro, incluidos los trastornos mentales y de comportamiento. De hecho, el síndrome de desgaste ocupacional se ubica como uno de los más relevantes, y su estudio ha revelado que afecta severamente el bienestar físico y mental de las personas (Gil-Monte, 2005). La incidencia del síndrome de desgaste ocupacional y las formas de reconocerlo han aumentado de forma importante durante los últimos años, por lo que se han hecho muy diversos estudios en numerosos países para examinar sus causas, siendo dicho estrés la más significativa de todas (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016).

Maslach y Jackson (1981) definen el síndrome de desgaste ocupacional (*burnout syndrome*) como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (p. 31). Es decir, este síndrome alude a un conjunto de signos y síntomas relacionados con el trabajo y el estrés que afecta a los profesionales que tienen contacto directo y constante con otras personas (trabajador-paciente, trabajador-cliente, trabajador-usuario) (Amigo *et al.*, 2014). A este respecto, se ha investigado su incidencia en diferentes ocupaciones, hallándose que puede ocurrir en cualquier profesión y nivel, por lo que ninguna persona es inmune de padecerlo (Díaz y Gómez, 2016). Recientemente, el estudio de este síndrome se ha ampliado a todo tipo de grupos ocupacionales debido a que se trata de una necesidad orientada a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas (Salanova y Llorens, 2008). En cuanto a las principales variables asociadas al desarrollo del burnout, se ha encontrado que entre los factores de riesgo se hallan la sobrecarga de trabajo, las demandas emocionales y las demandas físicas del trabajo, así como el conflicto entre éste y el hogar (Bakker y Demerouti, 2017).

En México, la investigación del síndrome de burnout se ha efectuado en trabajadores de la salud, en docentes y en trabajadores penitenciarios,

principalmente; sin embargo, aún hay muchas áreas en las que se requiere conocer su prevalencia y desarrollo. Por ejemplo, Uribe (2010) estudiaron la prevalencia del desgaste ocupacional y su efecto en las manifestaciones psicosomáticas de funcionarios públicos que impartían justicia en Ciudad de México. Hay estudios recientes sobre diversas características sociodemográficas, laborales y organizacionales, como el reportado por Martínez-Mejía *et al.* (2020) en una muestra de 1,110 trabajadores, en los que se encontró una prevalencia del 15.9% con una fase muy alta del síndrome de desgaste ocupacional.

Según Maslach y Leiter (1997), el burnout es resultado de una respuesta prolongada a los estresores crónicos en el trabajo, así como a las condiciones, la estructura y el funcionamiento del lugar en que se labora (Díaz y Gómez, 2016). En gran medida, el desarrollo de este síndrome se debe a la naturaleza del trabajo más que a las características de los empleados (Maslach, 2009). Así, entre los principales aspectos del trabajo que pueden generar el síndrome de desgaste ocupacional están la carga y el control sobre el trabajo, las recompensas, la comunidad, la equidad y los valores (Maslach y Leiter, 1997). Al ser uno de los factores psicosociales del trabajo más importantes, este estudio se centró en la carga de trabajo.

Carga de trabajo se refiere al conjunto de exigencias físicas y no físicas de la propia tarea y de las condiciones de trabajo, las cuales un trabajador debe afrontar para que aquél sea rentable, sin superar sus límites y conservando niveles adecuados de salud (Álvarez, 2009). Según el modelo de recursos y demandas de trabajo de Bakker y Demerouti (2017), las demandas laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos del trabajo que requieren un esfuerzo prolongado o habilidades físicas o psicológicas (cognitivas y emocionales), sostenidos y asociados, por lo tanto, a ciertos costos fisiológicos y psicológicos.

Universo

El puesto (objeto de estudio) tiene como característica principal la atención directa a usuarios cuando ingresan a un organismo público que cuenta con

195 centros de trabajo en Ciudad de México, de los cuales se identificaron 20 con una alta afluencia de usuarios y 20 con baja afluencia. Para este estudio, el nivel de carga de trabajo se puede identificar por el porcentaje de usuarios que se atienden

al día en dichos centros; así, los centros con baja afluencia atienden en promedio a 2.17% de los usuarios, mientras que aquellos con alta afluencia reciben a 31.6% de usuarios al día, por lo que requieren un mayor número de trabajadoras (Tabla 1).

Tabla 1. Centros de trabajo por nivel de carga de trabajo, población de trabajadores y participantes en el estudio.

		% Promedio de atención	Centros de trabajo	Población de trabajadoras	Participantes en el estudio
Carga de trabajo	Baja	2.17	20	90	45 (50%)
	Alta	31.6	20	150	48 (32%)

Nota. El porcentaje de participantes está calculado según la población de trabajadoras en cada nivel de carga de trabajo.

El puesto se ubica en un nivel operativo y tiene asignadas las funciones de atender en ventanilla a los usuarios, cuidar valores, proporcionar orientación y llevar a cabo trámites administrativos con un sólido conocimiento de la infraestructura técnica y las funciones del citado organismo público, por lo que es posible identificar las exigencias mentales y emocionales del trabajo, principalmente. Entre más usuarios utilicen los servicios del centro de trabajo, la carga de trabajo puede llegar a ser excesiva (Álvarez, 2009; Demerouti y Bakker, 2011), la que está asociada al desarrollo de burnout, fenómeno que se observa de manera consistente (Demerouti *et al.*, 2001; Bakker y Demerouti, 2017).

Así, con base en la revisión de la literatura y las características de la carga de trabajo del puesto analizado, y con el objetivo de conocer la relación entre la carga de trabajo, el síndrome de desgaste ocupacional y las manifestaciones psicossomáticas en trabajadoras que atendían en ventanilla en un organismo público de Ciudad de México, se formularon las siguientes preguntas de investigación: ¿La carga de trabajo está relacionada con el síndrome de desgaste ocupacional en estas trabajadoras? y ¿La carga de trabajo está relacionada con la presencia de manifestaciones psicossomáticas en ellas?

MÉTODOS

Se realizó una investigación transversal, no experimental, con un diseño de dos grupos, en los que la variable independiente se manifiesta de manera

extrema: el Grupo 1, con una carga de trabajo alta, y el Grupo 2, con una carga de trabajo baja; dicho estudio se diseñó para conocer la relación entre dicha carga y el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional. Una investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que no se tiene un control directo de las variables independientes, por lo que solo se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables independiente y dependiente (Kerlinger y Lee, 2002).

Participantes

Participaron 93 trabajadoras que atendían en ventanilla en el citado organismo, con una media de edad de 39 años (D.E. = 10 años), 69% de ellas con pareja y 70.7% con al menos un hijo; 55% de las participantes tenían estudios de bachillerato, seguidas por aquellas con licenciatura (34%); con una antigüedad media en dicho organismo de 12 años (D.E. = 9 años) (*cf.* Garduño y Márquez, 1993). El muestreo fue no probabilístico, intencional y por grupos extremos, el cual hace referencia a las manifestaciones sumamente inusuales de los fenómenos de interés (Hudelson, 1994). Dichos grupos se definieron según la mayor y menor carga de trabajo en su puesto (véase Tabla 1).

Hipótesis de trabajo

H1: Las trabajadoras del grupo con alta carga de trabajo manifestarán un desarrollo mayor del síndrome de desgaste ocupacional que las trabajadoras del grupo con baja carga de trabajo.

H2: Las trabajadoras del grupo con alta carga de trabajo obtendrán un puntaje mayor de manifestaciones psicossomáticas que las trabajadoras del grupo con baja carga de trabajo.

Variables

Variable dependiente: Síndrome de desgaste ocupacional (*burnout*), definido operacionalmente como la calificación de las tres dimensiones que componen el síndrome (agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro), y un diagnóstico del nivel de desarrollo del síndrome (“sano”, “normal”, “en peligro” y “quemado”), calculado con base en el modelo de Leiter y abordado extensamente en el manual de aplicación de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) de Uribe (2010).

Variable independiente: Centros de trabajo con distinta carga de trabajo, definida operacionalmente como el porcentaje de usuarios que se atiende al día (véase Tabla 1).

Instrumento

Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) (Uribe, 2010).

Esta escala cuenta con evidencias de validez, confiabilidad y normalización para la población mexicana. Consta de treinta reactivos que miden las tres principales dimensiones del síndrome de desgaste ocupacional: 1) Cansancio emocional (Agotamiento), que hace referencia a la pérdida progresiva de energía (cansancio, desgaste y fatiga) (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Consta de nueve reactivos (p. ej., “Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar”), y cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach (α) de .794); 2) Despersonalización, que se refiere al desarrollo de sentimientos negativos y cínicos hacia las personas destinatarias del trabajo (p. ej., “Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo”). Contiene nueve ítems y un coeficiente α de .733), y 3) Falta de realización personal (Insatisfacción de logro), que se refiere a las respuestas negativas de la persona hacia sí misma y a su trabajo, con doce ítems (p. ej., “Todos los días me levanto y pienso que

debo buscar otro empleo en el que pueda ser eficiente”), que tiene un coeficiente α de Cronbach de .866. De manera complementaria, este instrumento también evalúa a través de cuarenta reactivos un conjunto de trastornos psicossomáticos (trastornos de sueño, psicosexuales, gastrointestinales y psiconeuróticos), así como dolor, ansiedad y depresión.

La evaluación del desarrollo del síndrome y de las variables psicossomáticas se efectúa con base en los cálculos señalados en el citado manual de la EDO. En cuanto al nivel del síndrome de desgaste ocupacional, a partir de un puntaje de entre 1 y 7 se puede ubicar a cada participante en una de las ya citadas cuatro fases: “Sano”, “En desarrollo”, “En peligro” y “Quemado”. Respecto a los factores psicossomáticos, estos se identifican con valores de calificación t , que van de 0 a 100 en las tablas normativas del manual y que se distribuyen en seis niveles, que van de 1 (Muy bajo) a 6 (Muy alto) (Uribe, 2010).

Procedimiento

Se solicitó la participación de las trabajadoras para que respondieran el instrumento. Una vez que aceptaban participar, se les entregaba el cuadernillo con las preguntas, la hoja de respuestas y un bolígrafo o lápiz, tras de lo cual se les leían y explicaban las instrucciones de la escala.

Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS, v. 23, mediante el cual se efectuaron análisis descriptivos y análisis paramétricos con la t de Student para detectar la relación y las diferencias entre las variables bajo estudio. En cuanto a las consideraciones éticas, la prueba se aplicó con el consentimiento informado de las participantes y protegiendo sus datos personales; asimismo, los datos fueron calificados e interpretados por profesionales de la psicología con propósitos de investigación académica.

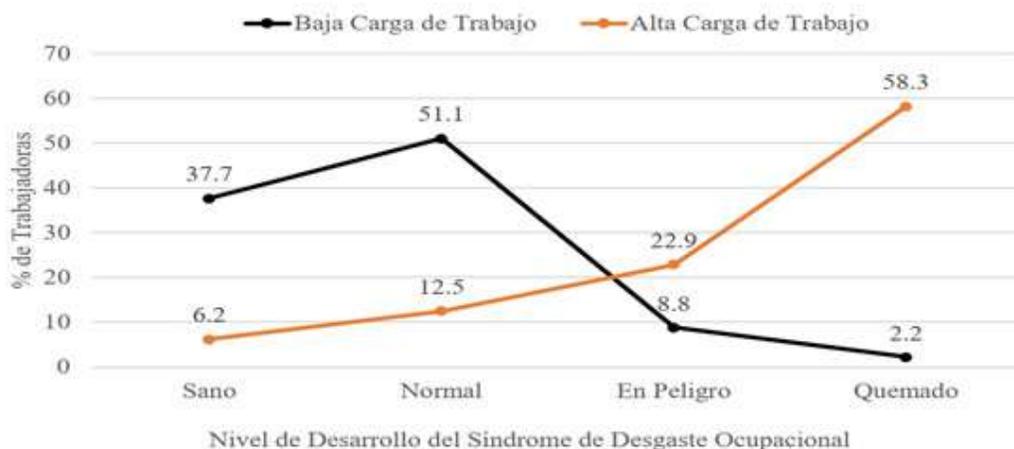
RESULTADOS

En el análisis descriptivo, las trabajadoras de los centros de trabajo con una alta carga de trabajo mos-

traron un nivel muy alto del síndrome (58.3%), en comparación con aquellas con baja carga de trabajo (2.2%). Tales resultados descriptivos propor-

cionan información acerca del comportamiento de las variables de investigación (Figura 1).

Figura 1. Desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional en grupos de trabajadoras en condiciones de alta y baja carga de trabajo.



Para poner a prueba la H1, se hizo un análisis paramétrico *t* de Student, comparando los puntajes de desgaste ocupacional, que van de 1 a 7, entre los grupos extremos de carga de trabajo (baja vs. alta)

(Hudelson, 1994), en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -9.478$, $p < .000$), lo que aporta evidencia a favor de dicha hipótesis (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de grupos extremos con prueba *t* de Student para identificar diferencias en los puntajes promedio del síndrome de desgaste ocupacional entre trabajadoras con carga de trabajo baja y alta.

Carga de trabajo	N	M	D.E.	Diagnóstico modelo de Leiter	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
Baja	45	3.8	0.842	“Sano o “Normal”	9.478	79.39	.000
Alta	48	6	1.353	“En peligro”			

Nota. Los puntajes van de 1 a 7 con base en el manual de la Escala de Desgaste Ocupacional (Uribe, 2010).

El grupo de baja carga de trabajo obtuvo un puntaje que, de acuerdo con el modelo de Leiter, se ubica entre las fase 1 y 2, lo que implica un diagnóstico de “sano” o “normal”. Por su parte, el grupo de alta carga de trabajo se ubica en la fase 3, esto es, con un desgaste ocupacional de “en peligro”.

Para poner a prueba la H2, se llevó a cabo otro análisis con la *t* de Student para comparar los valores promedio de los trastornos psicossomáticos (Tabla 3) entre los grupos extremos de carga de trabajo (Hudelson, 1994), en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que aporta evidencia en favor de la hipótesis H2.

Tabla 3. Comparación de grupos extremos con prueba *t* de Student para identificar diferencias en los puntajes promedio de trastornos psicossomáticos entre trabajadoras con carga de trabajo baja y alta.

Afluencia	N	M	D.E.	Diagnóstico modelo Leiter	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
Baja	45	40.02	6.040	Abajo de término medio	-5.985	91	.000
Alta	48	55.40	16.203	Arriba de término medio			

Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de los principales trastornos psicosomáticos reportados por las trabajadoras de los centros de trabajo

de alta afluencia. Se encontró que los trastornos psicosexuales, los trastornos de dolor y los del sueño obtuvieron los puntajes más altos (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis descriptivo de los puntajes promedio de los valores *t* de los trastornos psicosomáticos de trabajadoras de centros de trabajo de alta afluencia.

Trastornos psicosomáticos	M	D.E.	Evaluación
Trastornos psicosexuales	63.52	16.509	Alto
Trastornos de dolor	54.92	14.878	Arriba del término medio
Trastornos de sueño	54.90	15.107	Arriba del término medio
Trastornos gastrointestinales	53.73	13.088	Arriba del término medio
Indicador ansiedad	53.88	16.280	Arriba del término medio
Trastornos psiconeuróticos	53.50	13.283	Arriba del término medio

Nota. Los puntajes de los trastornos psicosomáticos corresponden a valores *t* obtenidos del procedimiento de calificación del manual de la EDO (Uribe, 2010).

DISCUSIÓN

El síndrome de desgaste ocupacional es en la actualidad un importante problema psicosocial debido al deterioro que provoca en la salud física, mental y social de los trabajadores, así como a las repercusiones negativas que acarrea a las organizaciones. Tanta es su relevancia que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) lo incluyeron en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, QD85). Debido al contacto continuo con usuarios del servicio que prestan, este síndrome se desarrolla en los trabajadores por estar expuestos a un gran número de quejas, reclamaciones o peticiones, lo que afecta su desempeño y su salud, los de los usuarios o clientes del servicio y los de la sociedad en general (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Se ha identificado que este síndrome aparece con mayor frecuencia en personas que ocupan puestos de trabajo relacionados con la atención de terceros, como docentes, personal sanitario o que trabaja en la atención a clientes, ya que frecuentemente el ocupante del puesto se encuentra física y mentalmente incapacitado para desarrollar su trabajo (Gil-Monte, 2005). Aunado a ello, los trabajos monótonos, repetitivos, carentes de incentivos, con exceso o escasez de trabajo y horarios inflexibles, ocasiona que los trabajadores encuentren una motivación muy escasa en su actividad,

lo que les causa frustración, tensión y desgaste (Leka *et al.*, 2004).

Leiter (1991) considera que la cantidad de trabajo (carga cuantitativa) está vinculada a la aparición del síndrome de desgaste ocupacional ya que está asociado con el cansancio físico, mental y emocional, y que la sobrecarga laboral aparece como un predictor significativo del agotamiento emocional, en el cual la percepción de dicha sobrecarga genera preferentemente una respuesta de carácter emocional. En este sentido, Flynn *et al.* (2009) demostraron que altas cargas de trabajo y falta de apoyo en el ambiente de trabajo se traducen en un deterioro de la calidad de la atención y la satisfacción del usuario, lo que se asocia a un aumento significativo de desgaste ocupacional. Patlán (2013), a su vez, reporta que el incremento en la carga de trabajo que llegue a niveles de sobrecarga produce un claro incremento en los niveles de desgaste.

Fernández *et al.* (2010) apuntan que, en México, una característica de los estudios sobre el síndrome de desgaste ocupacional y la carga de trabajo es la ausencia de información sobre los escenarios y las variables institucionales que objetivamente determinen la carga de trabajo, y no solamente su percepción. A este respecto, en el presente estudio, al utilizar la estrategia de muestreo de grupos extremos respecto de la carga de trabajo que se registra en los centros de trabajo, se aportan resultados que cuentan con este criterio y su

relación significativa con el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional.

El presente estudio es consistente con las investigaciones revisadas, toda vez que se encontró que la carga de trabajo –entendida como el número de usuarios que pueden atender las trabajadoras de manera continua y con ritmos acelerados– es un factor significativo para el desarrollo del síndrome de desgaste en virtud de que las trabajadoras que laboraban en centros de trabajo con baja carga de trabajo obtuvieron un diagnóstico de “sano” o “normal”, mientras que el diagnóstico aquellas que lo hacían en centros de trabajo con alta carga fue de “en peligro” o “quemado”. Los resultados son asimismo congruentes con los de otros estudios, como el de Carvalho *et al.* (2019), quienes encontraron relaciones significativas entre las cargas de trabajo y el síndrome de desgaste ocupacional en enfermeras, e identificaron además otros síntomas psicossomáticos asociados con dolor, cansancio mental, cefalea, nerviosismo y olvidos frecuentes.

Los trabajos monótonos, repetitivos, carentes de incentivos, con exceso o escasez de trabajo y horarios de trabajo inflexibles ocasionan que el trabajador encuentre escasa motivación en lo que hace y vea por ello afectada su salud (Leka, 2004). Por ejemplo, una variable asociada es el *presentismo*, un fenómeno emergente en el área de la salud laboral, que se refiere a aquellos empleados que no obstante estar enfermos o lesionados, se presentan a trabajar (Aronsson *et al.*, 2000).

Llevar a cabo investigaciones experimentales en las organizaciones resulta sumamente complejo debido a la imposibilidad de controlar todas las posibles variables; sin embargo, ello no impide que la presente investigación no experimental sea sistemática en cuanto a identificar la presencia de la variable independiente en condiciones de alta y baja carga de trabajo para poner a prueba su relación con el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional como variable dependiente. Así, a través de las inferencias que es posible formular, se puede concluir que una alta carga de trabajo contribuye de manera significativa al surgimiento del síndrome de desgaste ocupacional en la muestra de trabajadoras del referido organismo público.

Respecto a las limitaciones de este trabajo, se puede señalar que se trata de un estudio trans-

versal, con un tamaño muestral que puede ser ampliado, y que únicamente se contó con la colaboración de las trabajadoras que quisieron responder los instrumentos voluntariamente. Por lo anterior, se sugiere hacer estudios con muestras más amplias que tomen en cuenta todos las variantes de los centros de trabajo, así como proponer estudios longitudinales para contribuir al proceso de análisis del puesto e identificar los elementos que logren prevenir el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional u otras afectaciones en la salud psicossocial de las trabajadoras. En el caso de que no sean viables tales estudios longitudinales, se recomienda emprender estudios más extensos y variados con un enfoque metodológico mixto para así disponer de diversas fuentes de información que hagan posible un diagnóstico más preciso y una toma de decisiones más sólidas (Creswell, 2014; Martínez-Mejía y Cruz, 2019).

Como recomendaciones prácticas, se recomienda que las intervenciones en salud ocupacional se efectúen en los siguientes tres niveles a fin de reducir los factores de riesgo psicossocial en el trabajo como causa del desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional (Gil-Monte, 2001, 2005): 1) prevención primaria para evitar que se desarrolle el estrés laboral; 2) prevención secundaria como medida de contención para disminuir el impacto del estrés laboral sostenido y detectar el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional en etapas tempranas, y 3) prevención terciaria para intervenir en casos de desarrollo de desgaste ocupacional o, incluso, de trastornos psicopatológicos debidos al trabajo.

Cada país debe tener una regulación laboral sobre la seguridad y la salud en el trabajo considerando los factores de riesgo psicossocial (OIT, 2016). Específicamente en México, la NOM-035-STPS-2018 (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018) es la norma que obliga a los centros de trabajo a prevenir y controlar los factores de riesgo psicossocial en el trabajo, como las cargas de trabajo. Entre las obligaciones que ahí se indican, es obligatorio diagnosticar los referidos factores de riesgo y, en caso de que los niveles de exposición a estos sean elevados, se deben efectuar evaluaciones específicas, como el desarrollo del síndrome de desgaste ocupacional, entre otros

posibles trastornos mentales, para determinar el grado de afectación a la salud y determinar las in-

tervenciones preventivas de tipo organizacional, grupal e individual.

Citación: Martínez-Mejía, E., Fonseca-Castro, M., Cortes-Hernández, A.L. y Uribe-Prado, J.F. (2024). Carga de trabajo, síndrome de burnout y síntomas psicosomáticos en trabajadoras de atención a usuarios. *Psicología y Salud*, 34(1), 103-111. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2848>

REFERENCIAS

- Álvarez F., J.L. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*. Lex Nova.
- Amigo, I., Asencio, E., Menéndez, I., Redondo, S. y Ledesma, J.A. (2014). Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema*, 26(22), 222-226.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. y Dallner, M. (2000). Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 502-509.
- Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273. Doi: 10.1037/ocp0000056
- Carvalho, D.P.D., Rocha, L.P., Pinho, E.C.D., Tomaschewski-Barlem, J.G., Barlem, E.L.D. y Goulart, L.S. (2019). Workloads and burnout of nursing workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1435-1441. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0659
- Creswell, J.W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE.
- Demerouti, E. y Bakker, A.B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 1-9. Doi: 10.4102/sajip.v37i2.974
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499. Doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Díaz, F. y Gómez I., C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131. Doi: 10.14482/psdc.33.1.8065
- Fernández, V., Zárate R., A. y Lartigue, T. (2010). ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México?: Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Enfermería Universitaria*, 7(1), 23-35. Doi: 10.22201/eneo.23958421e.2010.1.310
- Flynn, L., Thomas-Hawkins, C. y Clarke, S.P. (2009). Organizational traits, care processes, and burnout among chronic hemodialysis nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31(5), 569-582. Doi: 10.1177/2F0193945909331430
- Garduño, M.A. y Márquez, M. (1993). La salud laboral femenina. Apuntes para su investigación. En C. Laurell (Comp.): *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp. 85-93). OPS/OMS.
- Gil-Monte, P.R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.com*, 3(5). Recuperado de [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M., (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 6(2), 135-149.
- Hudelson, P.M. (1994). Sampling issues in qualitative research. En P. M. Hudelson (Ed.): *Qualitative research for health programmes* (pp. 39-46). OMS.
- Kerlinger, F. y Lee, N. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.
- Leiter, M.P. (1991) The dream denied. Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales*. OMS.
- Martínez-Mejía, E. y Cruz A., F. (2019). Utilidad de los métodos mixtos para el diagnóstico de la violencia laboral (mobbing) en México. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 9(17), 13-18.
- Martínez-Mejía, E., Villa F., I. y Martínez G., J.I. (2020). Prevalence of burnout syndrome in Mexican employees in Mexico City. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 2(3), 23-33. Doi: 10.29057/jbapr.v2i3.5912
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11, 37-43.

- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2018). NOM-035-STPS-2018: Factores de riesgo psicossocial en el trabajo. Identificación, análisis y prevención. *Diario Oficial de la Federación*, 23 de octubre de 2018. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. OPS/OMS.
- Patlán, P.J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29, 445-455. Doi: 10.1016/j.estger.2013.11.010
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Uribe, J.F. (2010). *EDO: Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout)*. El Manual Moderno.

Efecto de un tratamiento basado en la activación conductual. Sintomatología depresiva y ansiosa y sueño en universitarios: un estudio piloto

Effect of a behavioral activation-based treatment. Depressive-anxious symptomatology and sleep in university students: A pilot study

Elsa Abigail Vázquez-Aguilar, José Luis Barrera-Gutiérrez y Ana Beatriz Moreno-Coutiño

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: José Luis Barrera-Gutiérrez, bgjtkd@gmail.com.

RESUMEN

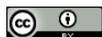
Los trastornos por depresión y ansiedad son un problema mundial porque reducen la calidad de vida de las personas que los padecen. La pandemia de COVID 19 trajo consigo el aumento de estas sintomatologías, lo que tuvo efectos en poblaciones específicas, en lo que la terapia de activación conductual ha dado muestras de su efectividad para eliminar o reducir dichos trastornos. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de un tratamiento psicológico proporcionado vía remota, basado en el citado modelo, en la sintomatología ansiosa-depresiva y la calidad de sueño en estudiantes universitarios, para lo cual se utilizó un diseño intrasujetos con mediciones pre, post y seguimiento a un mes. Los participantes fueron cuatro estudiantes de sexo femenino con sintomatología ansiosa y depresiva clasificada de moderada a grave, quienes fueron expuestas a una intervención grupal de nueve sesiones. Los resultados se obtuvieron calculándose el tamaño del efecto clínico de las variables estudiadas mediante el coeficiente de cambio clínico objetivo de Cardiel (1994), concluyéndose que la mencionada intervención fue eficaz para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva y aumentar la calidad de sueño, cambios que se mantuvieron durante el seguimiento.

Palabras clave: Activación conductual; Sintomatología ansiosa-depresiva; Calidad del sueño; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Depression and anxiety disorders are a worldwide problem reducing the quality of life of people suffering from them; the COVID-19 pandemic increased these symptoms, affecting specific populations. Behavioral Activation Therapy has evidence of its efficacy in these disorders. This study aimed to evaluate the effects of a psychological treatment based on Behavioral Activation on anxiety

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: elsa.vaag.psi@gmail.com, bgjtkd@gmail.com, moca99_99@yahoo.com.



and depressive symptoms and sleep quality in university students. The study used an intrasubject design with pre-post measurements and a one-month follow-up. The participants were four female university students with anxiety and depressive symptoms classified from moderate to severe and received a group intervention of nine sessions. The results analyses included calculating the size of the clinical effect of the variables studied using Cardiel's Objective Clinical Change Coefficient, concluding that the Behavioral Activation intervention was effective in reducing anxiety and depressive symptoms, increasing the quality of sleep, and maintaining the results at follow-up.

Key words: Behavioral activation; Depressive-anxious symptoms; Sleep quality; University students.

Recibido: 24/01/2022

Aceptado: 05/01/2023

INTRODUCCIÓN

Los trastornos por depresión y ansiedad afectan la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, y más de 260 millones trastornos de ansiedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En México, la prevalencia de estos trastornos es de casi cinco millones de personas, es decir, alrededor del 4% de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Estos trastornos se desarrollan a partir de un conjunto complejo de factores de riesgo, los cuales incluyen la genética, la química cerebral, la personalidad y los eventos de vida (OMS, 2017). Si bien la pandemia del COVID-19 trajo consigo el incremento de la prevalencia de distintas enfermedades mentales, hubo grupos más vulnerables que otros, como los estudiantes universitarios, muchos de los cuales sufrieron niveles elevados de ansiedad y depresión, así como trastornos del sueño, particularmente como resultado de las clases en línea, pues se sabe que el uso de las tecnologías de información y comunicación puede llegar a generar sentimientos de tensión, ansiedad, agotamiento y disminución de la satisfacción que se experimenta al trabajar (García *et al.*, 2019). Por

lo anterior, atender a la población específica que exhibe dichas sintomatologías mediante tratamientos psicológicos basados en evidencia es una necesidad creciente para prevenir su aumento y el desarrollo de diversos problemas asociados a las mismas, reduciendo con ello los riesgos a la salud.

Intervenciones cognitivo-conductuales (TCC), déficits y nuevas opciones de tratamiento

La terapia cognitivo-conductual (TCC en lo sucesivo) posee un extenso apoyo empírico que sustenta su eficacia clínica en el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos, entre estos la depresión y la ansiedad (Hayes y Hofmann, 2017). En este enfoque terapéutico se han identificado tres generaciones u “olas”, la primera de las cuales se caracteriza por la intervención mediante estrategias conductuales basadas en los principios del aprendizaje; la segunda ola considera el aspecto cognitivo y se centra en el papel de los patrones de pensamiento desadaptativos y su impacto en las emociones y el comportamiento, por lo que se emplean estrategias para modificar dichos patrones. Cabe mencionar que son los tratamientos de estas dos generaciones los más utilizados para tratar diversos trastornos mentales, y aunque en la última década numerosos estudios sustentan su eficacia para reducir la depresión y la ansiedad, hay algunas limitaciones, como la sostenibilidad temporal de los efectos positivos de las intervenciones, lo que implica que sus resultados no permanezcan en el largo plazo (Biel *et al.*, 2021; Moreno, 2012).

Debido a lo anterior, ha sido necesario continuar desarrollando nuevas y más eficaces aproximaciones para el tratamiento de las sintomatologías ansiosa y depresiva, por lo que a partir de la década de los 90 surgió la “tercera ola” de TCC, que considera el contexto y se centra más en la función de los procesos psicológicos que en su contenido o forma (Hayes y Hofmann, 2017; Moreno, 2012) con el propósito de ayudar a los pacientes a ser conscientes de sus pensamientos y a aceptarlos de una manera acrítica (Churchill *et al.*, 2013). Los métodos de esta tercera ola subrayan aspectos tales como la atención plena (*mindfulness*), las emociones, la aceptación, la relación, los valores, las metas y la metacognición. Dentro

de estos modelos, se encuentra la llamada *activación conductual*.

Activación conductual

La activación conductual (TAC en lo sucesivo) se utiliza principalmente como tratamiento para la depresión y tiene los siguientes objetivos: aumentar la participación en actividades adaptativas, disminuir la participación en actividades que mantienen la depresión o aumentan su riesgo, y resolver problemas que limitan el acceso a recompensas, o que mantienen o aumentan el control aversivo (Dimidjian, Barrera *et al.*, 2011).

El tratamiento se centra directamente en estos objetivos o en los procesos que afectan su logro (evitación). Para ello, los terapeutas pueden emplear una amplia variedad de estrategias conductuales, como el automonitoreo, la programación y estructuración de actividades y del estado de ánimo, la solución de problemas, el entrenamiento de habilidades sociales, la construcción de jerarquías, el modelamiento, la recompensa y la persuasión (Dimidjian, Barrera *et al.*, 2011).

La diferencia con la terapia cognitiva para la depresión (que incluye técnicas conductuales primarias de monitoreo y programación de actividades en su paquete de tratamiento) es que estas técnicas se emplean en el marco de un modelo de cambio cognitivo, en lugar de un modelo basado en el refuerzo; así, en tanto que la TCC se centra en el contenido cognitivo negativo, la TAC se aboca a identificar los pensamientos de rumiación y activar conductas saludables alternativas cuando una persona rumia (Kanter *et al.*, 2012).

Además, se ha demostrado que la TAC obtiene buenos resultados en el tratamiento de la depresión. En un ensayo clínico aleatorizado, se comparó el efecto de la TAC con una terapia cognitiva, un fármaco antidepresivo (paroxetina) y un

placebo. Los resultados indican que, en el caso de la depresión leve, los tres tratamientos funcionan; en el de la depresión de moderada a grave, la TAC y la paroxetina supera los resultados de la terapia cognitiva. Finalmente, se encontró que los efectos de la TAC son equivalentes a los de la paroxetina tras un seguimiento de dos años, por lo que se sugiere que la TAC es un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, que su eficacia es equivalente al de la paroxetina, y que resulta ser un tratamiento eficiente y rentable (Dimidjian, Hollon *et al.*, 2006).

Por último, se ha demostrado que las intervenciones administradas por vía remota o de tele-salud en la TAC como formas de tratamiento para la depresión generan buenos resultados respecto al tratamiento en persona, además de un significativo costo-beneficio en el uso de este tipo de intervención (Egede *et al.*, 2018).

Dados los antecedentes documentados sobre los beneficios registrados de las intervenciones basadas en la terapia de activación conductual (Dimidjian, Barrera *et al.*, 2011), en el presente estudio con diseño preexperimental intrasujetos ($N = 1$), prospectivo, con línea base, medición posterior a la intervención y seguimiento a un mes (A-B-C), se efectuó una intervención piloto por vía remota basada en dicho modelo para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva y mejorar la calidad del sueño en estudiantes universitarios.

MÉTODO

Participantes

Participaron cuatro estudiantes de sexo femenino, mayores de edad, cuyas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Caso	Edad	Sexo	Estado civil	Carrera	Grado
1	20	Mujer	Soltera	Psicología	6°
2	20	Mujer	Soltera	Ingeniería Civil	5°
3	27	Mujer	Soltera	Psicología	6°
4	21	Mujer	Soltera	Psicología	6°

Los criterios de inclusión fueron, a saber, ser estudiantes universitarias activas, con edad de 20 a 30 años, y con una puntuación de depresión y ansiedad de moderada a grave en los inventarios GAD-7 y PHQ. A su vez, los criterios de exclusión fueron desertar del estudio o llenar de forma incompleta los instrumentos de evaluación.

Instrumentos

Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Mendoza *et al.*, s.f.).

Validada en población mexicana, consta de siete reactivos. Tiene una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0.88 y una varianza explicada de 57.72%.

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Mendoza *et al.*, s.f.).

Con doce ítems, fue validado en la población mexicana, obteniendo una consistencia interna (α) de 0.86, y una varianza explicada de 47%.

Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs) (Villanueva *et al.*, 2020).

Consta de doce ítems y tiene un coeficiente α de .81.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) (cf. Jiménez *et al.*, 2008). Compuesto de 19 preguntas autoaplicadas y de cinco que son evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero, miden la calidad subjetiva de sueño, su latencia, la duración del sueño y su eficiencia habitual. Su versión en español tiene un coeficiente α de Cronbach de 0.81, con una sensibilidad de 88.63%, una especificidad de 74.99% y un valor predictivo positivo de 80.66%.

Procedimiento clínico

La intervención se llevó a cabo de manera grupal en dos sesiones semanales, las cuales fueron llevadas a cabo por una psicóloga entrenada en la TAC. El programa de intervención consistió en un módulo individual y ocho módulos grupales, con una duración aproximada de 60 a 90 minutos (Tabla 2). Cada sesión se llevó a cabo por vía remota, para lo cual se dispuso de un equipo de cómputo y una plataforma virtual de conferencias.

Tabla 2. Programa de activación conductual.

Módulo	Nombre	Objetivo
1	Evaluación conductual	Realizar el análisis funcional de la conducta de las participantes de manera individual mediante el modelo ABC del análisis conductual.
2	Áreas de vida, valores y actividades	Dar a conocer a las participantes la estrategia de trabajo durante la terapia (modificar su actividad). Hacer que las participantes identifiquen actividades acordes con sus valores de vida.
3	Programación y estructuración de actividades	Dar a conocer a las participantes cómo iniciar la activación conductual. Escoger una de las actividades identificadas en el módulo anterior y dar los pasos que se requieren para realizarla, además de especificar el horario, lugar, duración, etc. de la actividad. Finalmente, programar el primer paso en la agenda de actividades.
4	Relajación	Enseñar a las participantes a identificar factores que les generen ansiedad o tensión. Hacer que las participantes aprendan estrategias de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación guiada) para usarlas en las situaciones anteriormente identificadas y como parte de sus hábitos.
5	Higiene del sueño	Psicoeducar a las participantes sobre la importancia de una buena calidad de sueño, las consecuencias de no dormir bien, así como conductas específicas que pueden implementar como hábitos para mejorar su calidad del sueño.
6	Solución de problemas y contrarrestar la evitación	Hacer que las participantes identifiquen sus conductas evitativas e implementen estrategias para solucionarlas, para lo cual se emplea el modelo de solución de problemas.

Continúa...

Módulo	Nombre	Objetivo
7	Los pensamientos como una conducta problemática	Hacer que las participantes conozcan e identifiquen el contexto y antecedentes de sus pensamientos de rumiación; además, aprender estrategias para detener esos pensamientos y regresar a la activación conductual.
8	Habilidades sociales	Enseñar a las participantes las principales habilidades de comunicación (iniciar conversaciones, escuchar, dar y recibir críticas, y dar y recibir cumplidos).
9	Prevención de recaídas	Hacer que las participantes identifiquen las estrategias utilizadas para usarlas en otras áreas, así como generar otras en situaciones de alto riesgo.

Análisis estadísticos

Para este análisis se calculó la significancia clínica con el coeficiente de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO) (Cardiel, 1994) para evaluar el cambio logrado en la sintomatología depresiva y ansiosa, la calidad de sueño y la activación conductual. Este cálculo se considera como el mejor análisis en los diseños de caso único. A los cambios superiores a .2 y $-.2$ se les considera clínicamente significativos ($CCO = \text{Postest} - \text{Pretest} / \text{pretest}$). Se obtuvieron los puntajes de los inventarios a lo largo de tres mediciones (pre, post y seguimiento a un mes).

RESULTADOS

En la Tabla 3 se muestran los puntajes brutos de las evaluaciones en tres momentos, y en la Tabla 4 el cambio clínico entre las mediciones. Se encontraron cambios clínicamente significativos posteriores al tratamiento en la reducción de sintomatología depresiva y la activación conductual en las cuatro participantes. La sintomatología ansiosa y la calidad del sueño tuvieron un incremento clínicamente significativo en tres de las participantes, y durante el seguimiento se observó que se mantenían los cambios producidos por la intervención en las variables medidas.

Tabla 3. Puntajes brutos.

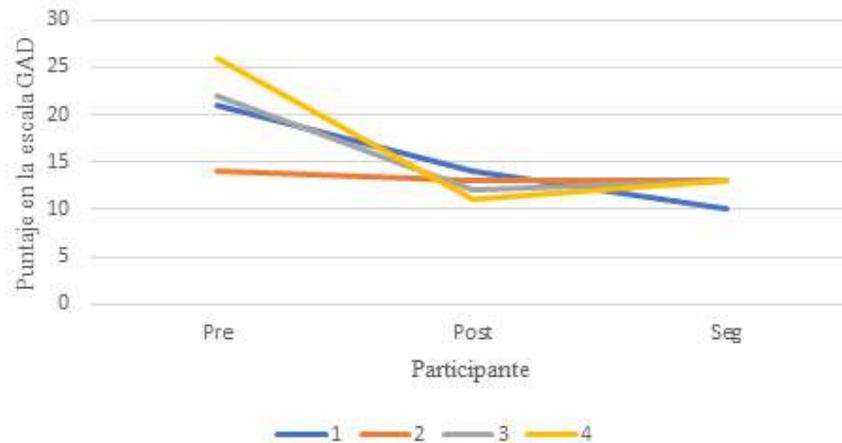
Participante	GAD			PHQ			Calidad de sueño			AC		
	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg	Pre	Post	Seg
1	21	14	10	26	18	15	8	7	5	25	45	48
2	14	13	13	30	15	12	11	5	2	18	47	54
3	22	12	13	30	15	15	15	8	9	31	49	42
4	26	11	13	25	14	14	9	4	10	28	48	40

Tabla 4. Cambio clínico en las variables psicométricas.

Participante	GAD		PHQ		Calidad de sueño		AC	
	Post	Seg	Post	Seg	Post	Seg	Post	Seg
1	-0.33*	-0.28*	-0.30*	-0.16	-0.12	-0.28*	0.80*	0.06
2	-0.07	0.00	-0.5*	-0.20*	-0.54*	-0.6*	1.61*	0.14
3	-0.45*	0.08	-0.5*	0.00	-0.46*	0.12	0.58*	-0.14
4	-0.57*	0.18	-0.44*	0.00	-0.55*	1.50	0.71*	-0.16

En cuanto a los resultados en la sintomatología ansiosa, se observó una disminución en la evalua-

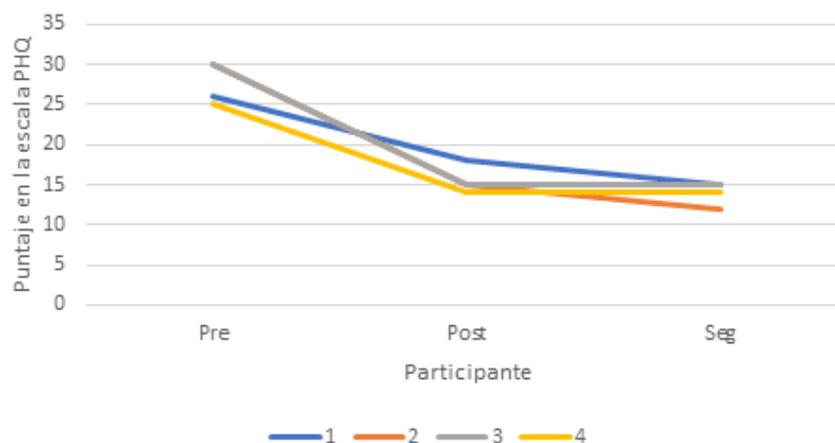
ción posterior y en el seguimiento a un mes que en la evaluación previa.

Gráfica 1. Sintomatología ansiosa.

En el caso de la primera participante, se apreció que dicha sintomatología continuó disminuyendo un mes después de la intervención, en comparación con la evaluación al finalizar la intervención; este cambio resultó clínicamente significativo, como se observa en la Tabla 4 y la Gráfica 1. En cuanto a la segunda participante, el puntaje obtenido en la escala GAD en el seguimiento fue el mismo que en la evaluación posterior, por lo que los cambios se mantuvieron. Respecto a las otras dos participantes, hubo un leve incremento en la puntuación de

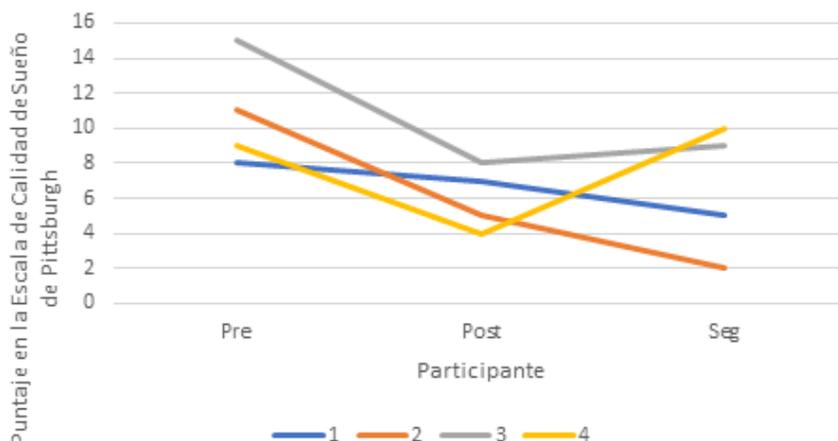
la escala en la etapa de seguimiento, comparada con la evaluación posterior.

Los resultados obtenidos en la escala PHQ disminuyeron en todas las participantes cuando se comparan la evaluación previa con la posterior y con el seguimiento (Gráfica 2). Se observa que en la participante 2 hubo una disminución también significativa entre el término del tratamiento y un mes posterior a este. En cuanto a las participantes 2 y 4, el mantenimiento de los cambios se conservó un mes después de finalizar el tratamiento.

Gráfica 2. Sintomatología depresiva.

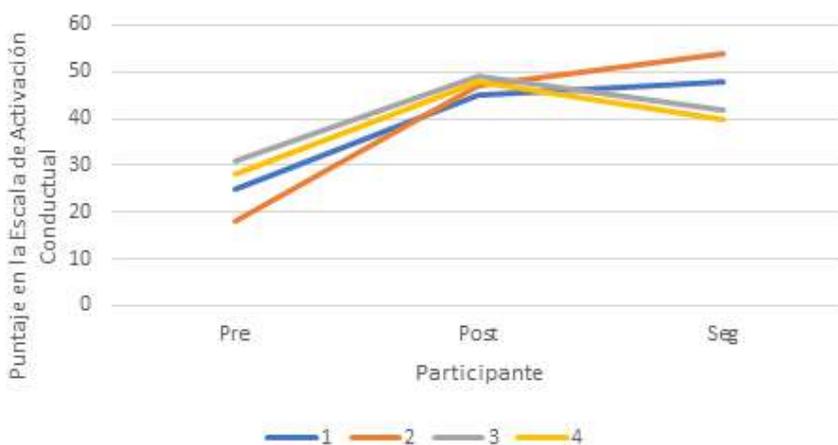
Sobre los resultados de la calidad de sueño (Gráfica 3), hubo una disminución en la puntuación obtenida en la evaluación posterior al tratamiento respecto a los puntajes obtenidos en la evaluación inicial. Este cambio se preservó un mes después en las participantes 1 y 2. Sin embargo, en el caso

de la participante 3 hubo un aumento en la etapa de seguimiento. Finalmente, en la participante 4 se observó un incremento de la puntuación un mes después, incluso mayor que el obtenido al iniciar el tratamiento.

Gráfica 3. Calidad de sueño.

La activación conductual aumentó en todos los casos al finalizar el tratamiento, en comparación con las puntuaciones previas a este (Gráfica 4). En cuanto al seguimiento, se observó un incremento

de la activación en dos participantes y un decremento en las otras dos, pero no menor al puntaje previo a la intervención.

Gráfica 4. Activación Conductual.

DISCUSIÓN

En todo el orbe, la sintomatología depresiva y ansiosa suelen aparecer de manera comórbida hasta en 25% de las personas; aproximadamente 85% de quienes sufren depresión tienen ansiedad significativa, y 90% de quienes padecen trastornos de ansiedad experimentan depresión (Tiller, 2013). Dichas sintomatologías suelen acompañarse también de alteraciones del sueño que pueden causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en los ámbitos social, laboral y otras áreas importantes (Nyer *et al.*, 2013).

Lo anterior afecta particularmente a los estudiantes universitarios debido a que puede deteriorar su rendimiento académico, generar el uso de sustancias ilegales y provocar un mayor número de ausencias escolares, entre otros factores, que pueden afectar los logros académicos y laborales posteriores (Lukowski y Milojevich, 2017; Suar-diaz *et al.*, 2020).

Los tratamientos basados en la activación conductual para reducir dichas sintomatologías han resultado muy eficaces en todo el mundo, aunque en México aún no se han hecho suficientes estudios que aporten evidencias sobre su eficacia en la

población y en la modalidad indicada, por lo que el presente es un estudio que puede considerarse pionero.

En efecto, en esta investigación se pudo observar que la terapia de activación conductual es un tratamiento eficaz para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, así como para desarrollar las habilidades de activación conductual y mejorar la calidad del sueño, para lo cual se documentan los resultados clínicamente significativos en cuatro estudiantes universitarias que concluyeron la intervención y de acuerdo a mediciones pre-post. Por otra parte, en el seguimiento a un mes se apreció que los cambios logrados en las variables estudiadas se mantenían, sobre todo en la calidad de sueño, en dos de las cuatro participantes.

Los resultados del presente estudio coinciden con los de diversas investigaciones hechas en otros países (Chu *et al.*, 2009; Fereidooni *et al.*, 2015; Takagaki *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2018), en las que se sugiere una relación negativa entre el tratamiento en activación conductual y la sintomatología depresiva. Cabe resaltar que en este estudio, además de refrendar los resultados que sustentan dicha eficacia en la sintomatología mencionada, se

añadieron los componentes que se consideraron relevantes, dados los antecedentes de comorbilidad, como la sintomatología ansiosa y la calidad del sueño.

En conclusión, la terapia de activación conductual resultó ser eficaz para reducir la sintomatología ansiosa y la depresiva, así como para aumentar la higiene de sueño.

Entre las limitaciones del presente trabajo se puede señalar el tamaño de la muestra, muy reducido debido a las dificultades presentadas por los participantes durante la pandemia de COVID-19. Por consiguiente, se sugiere aumentar el número de participantes, así como disponer de un grupo control en los estudios que a este efecto se diseñen; incorporar el monitoreo de variables fisiológicas en las mediciones basales y durante el tratamiento que apoyen las técnicas en las que se entrena durante el tratamiento, toda vez que son datos objetivos que apoyarían las mediciones de autorreporte, y por último ampliar el seguimiento a tres y seis meses, lo que permitiría evaluar la adherencia al tratamiento y el mantenimiento en los resultados en el largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento al protocolo de maestría del primer autor a través del CVU: 1084392 del cual se desprende este estudio.

Citación: Vázquez-Aguilar, E.A., Barrera-Gutiérrez, J.L. y Moreno-Coutiño, A.B. (2024). Efecto de un tratamiento basado en la activación conductual. Sintomatología depresiva y ansiosa y sueño en universitarios: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 34(1), 113-121. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2849>

REFERENCIAS

- Biel S., D., Carrobles I., J.A. y Antón G., M. (2021). Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 29(2), 237-257.
- 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.
- Chu, B.C., Colognori D., Weissman, A.S. y Bannon, K. (2009). An initial description and pilot of group behavioral activation therapy for anxious and depressed youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 408-419. Doi: 10.1016/j.cbpra.2009.04.003
- Churchill, R., Moore, T.H.M., Furukawa, T.A., Caldwell, D.M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G. y Hunot, V. (2013). Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. Núm. CD008705. Doi: 10.1002/14651858.cd008705.pub2

- Dimidjian, S., Barrera Jr., M., Martell, C., Muñoz R., F. y Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalzing, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. Doi: 10.1037/0022-006x.74.4.658
- Egede, L.E., Dismuke, C.E., Walker, R.J., Acierno, R. y Frueh, B.C. (2018). Cost-effectiveness of behavioral activation for depression in older adult veterans: in-person care versus telehealth. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 17m11888. Doi: 10.4088/JCP.17m11888
- Fereidooni, S., Gharaei, B., Birashk, B., Sahraeian, A. y Hoseini, S.M.D. (2015). Efficacy of group behavioral activation treatment as supplemental treatment to pharmacotherapy in inpatients with depressive disorders. *Journal of Mood Disorders*, 5, 104-112. Doi: 10.5455/JMOOD.20140913061428
- García E., A., Castillo J., D.A., Cepeda, I., Pacheco J., L. y López R., P. (2019). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con el rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1).
- Hayes, S.C. y Hofmann, S.G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245-246. Doi: 10.1002/wps.20442
- Jiménez G., A., Monteverde M., E., Nenclares P., A., Esquivel A., G. y De la Vega P., A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica Mexicana*, 144(6), 491-496.
- Kanter, J.W., Puspitasari, A.J., Santos, M.M. y Nagy, G.A. (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 361-363. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.103390
- Lukowski, A.F. y Milojevich, H.M. (2017). Sleep problems and temperament in young children with Down syndrome and typically developing controls. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(3), 221-232. Doi: 10.1111/jir.12321
- Mendoza C., L., Flores J., J., Núñez H., J., Guzmán S., R., Lerma, A. y Galindo V., O. (s.f.). *Propiedades psicométricas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y de la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en población general mexicana*. Documento inédito. Ciudad de México: Instituto Nacional de Cancerología.
- Moreno C., A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena (*Mindfulness*). *Revista Internacional de Psicología*, 12(1). Doi: 10.33670/18181023.v12i01.66
- Nyer, M., Farabaugh, A., Fehling, K., Soskin, D., Holt, D., Papakostas, G.I., Pedrelli, P., Fava, M., Pisoni, A., Vitolo, O. y Mischoulon, D. (2013). Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depression and Anxiety*, 30(9), 873-880. Doi: 10.1002/da.22064
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud mental*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *OPS/OMS México: DMS 2017*. OPS.
- Suardiaz M., M., Morante R., M., Ortega M., M.A., Ruiz, P., Martín P., A. y Vela, B. (2020). Sueño y rendimiento académico en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 71, 43-53. Doi: 10.33588/rn.7102.2020015
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T. y Yamawaki, S. (2016). Mechanisms of behavioral activation for late adolescents: Positive reinforcement mediate the relationship between activation and depressive symptoms from pre-treatment to post-treatment. *Journal of Affective Disorders*, 204, 70-73. Doi: 10.1007/s00787-016-0842-5
- Tiller J.W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(S6), S28-S31. Doi: 10.5694/mja12.10628 j
- Villanueva T., Y.M., Jurado C., S. y Ramírez R., A. (2020). Adaptación de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADS) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 17(1), 25-39. Doi: 10.5209/psic.68239
- Wong, S., Sun, Y.Y., Chan, A., Leung, M., Chao, D., Li, C., Chan, K., Tang, W.K., Mazzucchelli, T., Au, A. y Yip, B. (2018). Treating subthreshold depression in primary care: A randomized controlled trial of behavioral activation with mindfulness. *Annals of Family Medicine*, 16(2), 111-119. Doi: 10.1370/afm.2206

Usos de las tecnologías de la información y la comunicación y tecnoestrés en docentes y estudiantes de una universidad privada

Use of information and communication technologies and technostress in teachers and students of a private university

Norma Coppari, Laura Bagnoli, Lourdes González,
Claudia Marecos y María Laura Romero-Lévera

Universidad del Norte¹

Autor para correspondencia: Norma Coppari, revistacientificaeureka@gmail.com.

RESUMEN

Introducción. Las dos caras de la moneda permiten disociar la utilización positiva de la negativa de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Su empleo tiene objetivos benéficos, pero la forma de su uso puede generar tecnoestrés. Por ello, cobra importancia la investigación con instrumentos válidos y confiables que evalúen el tiempo de exposición y los diversos usos de las TIC por los grupos etarios que hoy las emplean. *Objetivo.* Describir y correlacionar los usos de las TIC y los niveles de los comportamientos de tecnoestrés en docentes y estudiantes de diferentes carreras universitarias. *Método.* El diseño utilizado fue descriptivo y correlacional. La muestra se conformó con 535 participantes: 501 estudiantes y 34 docentes. Se utilizó el cuestionario Uso de las TIC y Comportamientos de Tecnoestrés. *Resultados.* Se reporta que un poco más de la mitad de los participantes utilizaba más de cinco horas al día las TIC, especialmente para la comunicación, la educación y el ocio, en ese orden. Sin embargo, se reportan puntajes bajos de tecnoestrés. En el presente estudio se halló una correlación positiva débil entre el tecnoestrés y dos de los tres factores de uso de las TIC. *Conclusiones.* Es necesario mejorar el muestreo y las propiedades psicométricas del instrumento, así como promover la educación acerca del uso autorregulado de TIC que prevenga el tecnoestrés.

Palabras clave: Docentes; Estudiantes; Paraguay; Tecnoestrés; Usos de TIC.

ABSTRACT

Introduction. The two sides of the coin allow for dissociating the positive from the harmful use of ICT. Their use has beneficial objectives, but how they get used can generate technostress. Therefore, research with valid and reliable instruments that evaluate the time of exposure and the diverse use of ICT by the age groups that use them becomes relevant. *Objective.* To describe and correlate the uses of ICT and the levels of technostress behaviors in teachers and students of different university careers. *Method.* The design was descriptive and correlational. The sample consisted of 535 participants, 501 students, and 34 professors. Participants responded to a questionnaire on ICT

¹ Av. España N° 676 c/ Boquerón, Asunción, Paraguay, tel. 595[981]43-31-32), correos electrónicos: laurabagnoli22@gmail.com, lourdes.gonzalez.751@docentes.uninorte.edu.py, claudia.marecos@gmail.com y romeromlaura@gmail.com.



and Technostress Behaviors. Results. More than half of the participants use ICT for more than 5 hours, especially for communication, education, and leisure, leading to low technostress scores. Results showed a weak positive correlation between technostress and two of the 3 ICT use factors. Conclusions. Results point toward promoting education for the self-regulated use of ICT as a preventive measure. We suggest equalizing the sample between teachers and students and improving the instrument's psychometric properties.

Key words: Teachers; Students; Paraguay; Technostress; ICT.

Recibido: 31/01/2022

Aceptado: 05/01/2023

El llamado *tecnoestrés* se refiere al “estrés derivado de la introducción y el uso de las nuevas tecnologías en el trabajo (Brod, 1984; cf. Gañán, Correa *et al.*, 2020; Gañán, Gómez *et al.*, 2020; Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de España, s.f.), fenómeno que aumentó considerablemente a partir del confinamiento por COVID-19, especialmente en el sector educativo, ya que los docentes universitarios y los estudiantes debieron utilizar de forma continua su dispositivo celular o computadora para desempeñar las actividades académicas, lo que se conoce como “virtualidad obligatoria”. Tal uso implica, además, una dificultad para establecer una frontera clara entre el horario laboral y no laboral, pues muchos docentes continúan recibiendo correos electrónicos y mensajes vía *whatsapp* de sus estudiantes o de sus jefes en horarios extralaborales. Si bien se han experimentado crecientes libertades tras el levantamiento sostenido de las restricciones, el retorno escolar y las vacunaciones masivas, la mayoría de las universidades han permanecido no obstante en una modalidad virtual o híbrida (Estrada y Gallegos, 2021), lo que demanda que se analicen constantemente las consecuencias o secuelas de ese contexto emergente.

Se han hecho diversas investigaciones de la población universitaria sobre su percepción del tecnoestrés desde el inicio de la pandemia, pero es necesario mantener actualizado ese conocimiento.

En el caso de Paraguay, hay una línea de investigación relacionada al tecnoestrés que ha generado instrumentos y datos sobre la ocurrencia de ese fenómeno en docentes y estudiantes de colegios y universidades (Coppari *et al.*, 2018a), destacándose la pertinencia de evaluar los nuevos datos aportados y las consecuencias que afectan al sector académico a fin de sugerir las medidas apropiadas para prevenir el tecnoestrés y el uso autorregulado de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC en lo sucesivo) por parte de docentes y estudiantes.

Brod (1984) definió el término *tecnoestrés* relacionándolo con las consecuencias psicosociales negativas que surgen por el uso de tecnologías como un modo de enfermedad adaptativa, la cual es la causa de la falta de capacidad para lidiar saludablemente con los nuevos equipos y tecnologías. Para Weil y Rosen (1997), este trastorno se define como el efecto negativo presente en pensamientos, actitudes, conductas o fisiología causados directa o indirecta por las tecnologías. Salanova (2003) precisa el término como la consecuencia de un desajuste entre las demandas y los recursos, lo que se traduce en un daño psicológico derivado del uso de ese conjunto de técnicas, lo que conduce al individuo a experimentar condiciones psicofisiológicas desagradables y a repudiar tales recursos (Jiménez, 2010), por lo que destaca la necesidad de educar tempranamente en el uso autorregulado para evitar comportamientos de tecnoestrés a cualquier edad (Coppari, 2018a).

Este fenómeno comenzó a investigarse en el lugar de trabajo, pero en los últimos años se ha estudiado en la población general dado que el uso de las TIC es común a prácticamente todos los ámbitos de la vida cotidiana, de ahí la pertinencia y los aportes de interés para el contexto académico del presente estudio.

Autores como Ragu-Nathan *et al.* (2008) hablan de tecnoestrés como el estrés que manifiesta un usuario de las tecnologías, y Martínez y Solano (2011) lo definen como el “impacto negativo en el bienestar físico y mental de la implantación casi obligatoria de las nuevas tecnologías en todos los ámbitos: trabajo, ocio y vida privada” (p. 16). Ávila y González (2020), a su vez, plantean que el

tecnoestrés es una modalidad del estrés y una “enfermedad” de adaptación ante el impacto negativo en el usuario de la tecnología, quien por ello manifiesta fatiga psicológica y física, episodios de ira y fobia al uso de las computadoras y a los cambios repentinos de esta tecnología.

Las definiciones anteriores del tecnoestrés se pueden sintetizar como el efecto desfavorable en las actitudes, pensamientos, conductas o fisiología experimentadas por el usuario de las tecnologías, el cual afecta a las personas en los ámbitos laboral, educativo, familiar y social.

Se han propuesto como un “antídoto” del tecnoestrés las llamadas *competencias digitales*. Delgado y Bautista (2020) y Delgado *et al.* (2020) consideran que tales competencias son el resultado de una conjugación de conocimientos, habilidades y actitudes que posibilitan un uso consciente, seguro, creativo y crítico de las TIC para el trabajo, el ocio, la comunicación y la participación social, y que las mismas involucran aspectos cognitivos, procedimentales, éticos, legales y actitudinales; en esa línea, se les considera como competencias transversales fundamentales en virtud de que contribuyen al desarrollo de otras competencias requeridas para el aprendizaje continuo, el desarrollo profesional, la ciudadanía activa, la inclusión social, el desarrollo profesional, el empleo y la productividad personal. Cabe aclarar que el concepto de competencia digital no es unidimensional y estático, sino que implica la articulación de múltiples variables (López y García, 2020).

Además de las competencias digitales, otro aspecto a considerar es la llamada *alfabetización digital*, definida como la apropiación de destrezas para el uso funcional de las TIC, así como la capacidad de utilizar sus aplicaciones más importantes (Morales, 2014). Coppari y Bagnoli (2020) caracterizan dicho término como la adquisición de las competencias intelectuales requeridas para vincularse con la cultura existente y recrearla de un modo crítico y emancipador; consecuentemente, como un derecho y una necesidad de las personas en la sociedad informacional.

Aunque el tecnoestrés ya formaba parte del contexto debido al auge de la cuarta revolución industrial, en la academia surgieron importantes

dificultades por la carencia de estudiantes y docentes de las habilidades necesarias para su dominio, lo que generó un importante malestar subjetivo y diversas dificultades emocionales que hicieron que los estudiantes pensarán en desertar de sus estudios universitarios, por lo que los docentes se vieron obligados a aumentar su carga laboral y a llevar a cabo funciones distintas a las inherentes a su trabajo, lo que dio como resultado el aumento del tecnoestrés, la desmotivación laboral y el aumento del síndrome de burnout (Gañán, Gómez *et al.*, 2020).

En cuanto al estado del arte, el tecnoestrés en la población universitaria fue estudiado antes y durante la pandemia de COVID-19 tanto en Paraguay (Coppari *et al.*, 2017; Coppari *et al.*, 2018a, 2018b; Coppari *et al.*, 2020) como en otros países de Latinoamérica (Alcas *et al.*, 2019; Galarza, 2018), México entre ellos (Villavicencio *et al.*, 2020), encontrándose evidencias de que una de las consecuencias del creciente empleo de las TIC son la falta de adaptación entre las habilidades tecnológicas y las exigencias de la organización. También se ha apreciado una desadaptación entre las necesidades tecnológicas y la tecnología ofrecida por la organización, así como la falta de apoyo entre las personas al momento de utilizarla, todo lo cual afecta el desempeño laboral (Ríos *et al.*, 2020).

Araya y Ormeño (2020) analizaron los efectos del tecnoestrés en estudiantes y docentes respecto a la satisfacción con la vida universitaria, el rendimiento y el compromiso de aprendizaje mejorados por la tecnología, hallando que la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad de roles y el conflicto trabajo-hogar eran detonantes de tecnoestrés.

En general, se ha identificado la relación que hay entre el tecnoestrés y el uso de las TIC (Sánchez *et al.*, 2021), reportándose estrés y sentimientos de frustración, impotencia y desesperación ante el uso de la computadora y los avances tecnológicos (Ávila y González, 2020; Cahuaza y Silva, 2020; Estrada y Gallegos, 2021; Gañán, Gómez *et al.*, 2020; Montes de Oca *et al.*, 2021).

Conforme al marco referencial y al estado del arte presentado, el objetivo general del presente trabajo no experimental, cuantitativo, descriptivo

vo-exploratorio y correlacional de corte transversal (Hernández *et al.*, 2014), fue describir las características sociodemográficas de estudiantes y docentes de distintas carreras de una universidad privada y correlacionar los resultados obtenidos con los Cuestionarios de Uso de las TIC y Comportamientos de Tecnoestrés (Coppari *et al.*, 2017), y teniendo como objetivos específicos describir las características sociodemográficas de las muestras evaluadas, el consumo de las TIC en sus diversos usos y los comportamientos asociados a las áreas de impacto de tecnoestrés conforme a esas características sociodemográficas, y asimismo determinar la correlación entre los niveles de comportamiento de tecnoestrés y los usos de TIC en las muestras de participantes.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron estudiantes y docentes seleccionados mediante un muestreo intencional (Cohen y Manion, 2002), teniendo como único criterio de inclusión el ser estudiantes o docentes de las universidades privadas consideradas.

Se obtuvo una muestra de 535 participantes: 501 estudiantes y 34 docentes, residentes locales, con diversos perfiles sociodemográficos y profesionales, quienes firmaron previamente una carta de consentimiento informado.

Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos de la muestra se muestran en las Tablas 1 y 2

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

		Hombre	Mujer	Prefiero no decirlo	Media
Rol en la universidad	Docente	4	30	0	44
	Estudiante	123	363	15	24

Tabla 2. Carrera de los participantes.

Carrera	Frec.	%	% válido	% acumulado
Administración de Empresas	34	6.4	6.4	6.4
Administración Rural	2	0.4	0.4	6.7
Bioquímica	32	6.0	6.0	12.7
Ciencias Contables	17	3.2	3.2	15.9
Comercio Exterior y R.I.	8	1.5	1.5	17.4
Derecho	33	6.2	6.2	23.6
Enfermería	21	3.9	3.9	27.5
Escribanía Pública	1	0.2	0.2	27.7
Fisioterapia y Kinesiología	63	11.8	11.8	39.4
Ingeniería Comercial	36	6.7	6.7	46.2
Ingeniería Electromecánica	4	0.7	0.7	46.9
Ingeniería en Informática	13	2.4	2.4	49.3
Ingeniería de Telecomunicaciones	2	0.4	0.4	49.7
Medicina	29	5.4	5.4	55.1
Mercadotecnia	5	0.9	0.9	56.1
Nutrición	43	8.0	8.0	64.1
Odontología	13	2.4	2.4	66.5
Otras	24	4.5	4.5	71.0
Psicología	155	29.0	29.0	100.0
Total	535	100.0	100.0	

Destaca en los datos la escasa participación de los docentes de las diversas carreras, al igual que los del sexo masculino, lo que dificultó contar con el número necesario para efectuar análisis comparativos en cuanto al uso de las tecnologías en sus tres formas más empleadas, como también, en los diversos comportamientos de tecnoestrés evaluados.

Instrumento

Cuestionario de Uso de TIC (Coppari *et al.*, 2017) Es un instrumento que se administra tanto individual como colectivamente a jóvenes o adultos de ambos sexos. Consta de 23 ítems distribuidos en forma diferencial en tres subescalas cuyo propósito es recabar información acerca de la frecuencia con la que se emplean las nuevas tecnologías en sus tres modalidades de uso: lúdico-ocio, comunicación-información y educativo. El cuestionario permite determinar el nivel de uso total de las nuevas tecnologías, dando la posibilidad de diferenciar los puntajes parciales de cada modalidad de uso.

Los tres usos mencionados son, a saber:

Uso lúdico-ocio: Utilización que se hace de las TIC como pasatiempo y otras actividades de ocio, como juegos, reproducción de películas y música, etc. Los ítems correspondientes a esta escala son los numerados del 1 al 9. Este instrumento posee un coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0.73, que indica una alta confiabilidad en las muestras paraguayas.

Uso de comunicación e información: Usos de tipo social, como la comunicación con parientes y amigos e información de noticias y novedades. Se enfoca en el uso de las redes sociales en general, la comunicación por medio de llamadas y mensajes y la información a través de periódicos y revistas *online*, etc. Los ítems correspondientes a esta escala son los numerados del 10 al 16.

Uso educativo: Se refiere a la utilización de las TIC para el aprendizaje de contenidos académicos o para la realización de trabajos curriculares. Los ítems correspondientes a esta escala son los numerados del 17 al 23.

Los reactivos en estas subescalas se califican mediante respuestas de selección múltiple en un

formato tipo Likert. Los puntajes de cada subescala y el puntaje total se calculan mediante la suma de los puntos obtenidos en cada ítem. En todos los casos, los puntajes asignados por respuesta son “Nunca” (un punto), “Poco” (dos puntos), “Frecuentemente” (tres puntos) y “Siempre” (cuatro puntos).

Cuestionario de Comportamientos de Tecnoestrés (Coppari *et al.*, 2018b)

Este cuestionario tiene como fin evaluar el nivel de los comportamientos de tecnoestrés y la manera en cómo afectan los ámbitos laboral y educacional, las relaciones (familiares, de pareja, filiales y de amistades), las funciones vitales (dormir, comer, etc.) y las emociones de adultos y adolescentes.

El instrumento es autoadministrable y está compuesto por 35 ítems con opciones de respuesta tipo Likert en una escala de frecuencias que va de “Nunca” a “Siempre”. Tiene un coeficiente α de .90, lo cual indica que es muy fiable y satisfactorio. En cuanto a su validez concurrente, se halló, mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), un índice de .35 ($p < .001$), valor que indica que es un instrumento que cumple con los requisitos básicos de validez de criterio (Coppari *et al.*, 2018b).

El instrumento está compuesto por cuatro subescalas que miden el impacto del tecnoestrés en cada uno de los citados ámbitos: 1) Impacto en el estudio-trabajo, con cuatro ítems: 1, 13, 14 y 35, en los que la puntuación mínima a lograr es 4 y la máxima 16; de 0 a 2 puntos significa un nivel bajo de impacto de comportamiento de tecnoestrés; de 3 a 9, un nivel medio de impacto, y de 10 a 12, un nivel alto. 2) Impacto en las relaciones familiares, de pareja, de hijos y de amistades, con seis ítems: 5, 12, 15, 17, 31 y 34, en los que la puntuación mínima a lograr es 6 y la máxima 24; de 0 a 5 implica un bajo impacto, de 6 a 18 un nivel medio y de 19 a 24 un nivel alto. 3) Impacto en las funciones vitales (comer, dormir, etc.), con seis ítems: 23, 24, 25, 26, 27 y 28, en los que la puntuación mínima a lograr es 6 y la máxima 24; de 0 a 5 significa un bajo impacto de comportamiento de tecnoestrés;

de 6 a 18. un nivel medio, y de 19 a 24 un nivel alto. 4) Impacto en el ánimo y las emociones (ansiedad, obsesión, irritabilidad, etc.), con 19 ítems: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 29, 30, 32, 33, en los que la puntuación mínima a lograr es 19 y la máxima 76; un puntaje de 0 a 18 significa un nivel bajo, de 19 a 57 un nivel medio, y de 58 a 76 un nivel alto.

Definición operacional de variables

Variable correlacionada 1: Percepción de uso de las TIC: puntuaciones obtenidas a través del cuestionario Uso de las TIC (Coppari *et al.*, 2017) por estudiantes y docentes, en las que un punto significa una frecuencia de uso nula; dos, una frecuencia de uso baja; tres, una frecuencia de uso media, y cuatro, una frecuencia de uso alta.

A cada uso (lúdica-ocio, comunicación-información y educación) se le da una puntuación parcial; se suman los puntos de los reactivos propios de cada modalidad y una puntuación total de uso de tecnologías, y finalmente se suma el puntaje de todos los reactivos.

Variable correlacionada 2: Percepción de tecnoestrés: puntuaciones obtenidas a través del Cuestionario de Comportamientos de Tecnoestrés (Coppari *et al.*, 2018b) por estudiantes y docentes, donde la escala establece que: un puntaje igual a 1 significa una frecuencia nula de conductas de tecnoestrés; 2, una ocurrencia baja de conductas de tecnoestrés; 3, una presencia media de conductas de tecnoestrés, y 4 expresa una presencia elevada de conductas de tecnoestrés.

Se obtiene una puntuación parcial por escala, y otra del total de los comportamientos de tecnoestrés, sumándose el puntaje de los reactivos específicos y la totalidad de los mismos.

Procedimiento

Se elaboró un cronograma de actividades delimitando las fases, las tareas del equipo de investigación y su duración. Se digitalizaron los instrumen-

tos dirigidos a docentes y estudiantes en el formato Google Forms. Se invitó a los interesados a participar en el estudio a través de correos electrónicos, redes sociales (Whatsapp y Facebook), siendo la tarea principal difundir masivamente el proyecto y motivar la participación. En los cuestionarios se proveyó a los interesados la información sobre los objetivos de la investigación, las instrucciones para la participación y el formato de una carta de consentimiento informado. Para el análisis de los datos, se utilizaron como herramientas los programas Excel y SPSS, versión 25.0. Al concluir el estudio, se proporcionaron los resultados a los participantes interesados en la retroalimentación mediante un informe de evidencias presentado a la universidad con el propósito de publicarlo como artículo.

RESULTADOS

Se identificaron y describieron los datos sociodemográficos de la muestra, calculando las frecuencias y los porcentajes de distribución según los datos aportados por los participantes en las variables evaluadas. Para determinar la correlación entre variables, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 3). Como el valor de p fue de 0.000, es decir, menor que 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para pensar que la muestra no mostraba una distribución normal, con un nivel de significación de 5%. Al evidenciarse que la muestra no cumplía el supuesto de normalidad, se consideró pertinente el uso de la prueba no paramétrica Spearman.

Se identificó un elevado uso de las TIC en todas las dimensiones, especialmente de comunicación, seguido de educación y ocio, en ese orden (Tablas 4 y 5).

Según el rol desempeñado en la universidad, se alcanzaron promedios similares en los docentes y los estudiantes de sexo masculino y femenino en los tres tipos de uso, así como en los puntajes de tecnoestrés (Tablas 6 y 7).

Tabla 3. Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra.

		Uso Educación virtual	Uso Comunicación	Uso Ocio	Total Tecnoestrés
N		535	535	535	534
Parámetros normales ^{a,b}	M	25.2393	14.2561	20.346	63.1296
	D.E.	4.41214	2.34238	3.981	14.51
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.056	.103	.062	.057
	Positiva	.051	.065	.062	.057
	Negativa	-.056	-.103	-.048	-.034
Estadístico de prueba		.056	.103	.062	.057
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c	.000 ^c

a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors. M, Media; D.E., Desviación estándar.

Tabla 4. Frecuencia de horas de uso de TIC.

Número de horas	Frec.	%	% válido	% acumulado
Más de 5 horas al día	219	40.9	40.9	40.9
Menos de 5 horas al día	316	59.1	59.1	100.0
Total	535	100.0	100.0	

Tabla 5. Usos de TIC.

Usos	Mín.	Máx.	M	D.E.
Educación virtual	9.00	36.00	25.2393	4.41214
Comunicación	5.00	20.00	14.2561	2.34238
Ocio	9.00	36.00	20.3458	3.98053

M, Media; D.E., Desviación estándar.

Tabla 6. Usos de TIC y tecnoestrés según sexo y rol en la universidad.

			Uso Educación virtual	Uso Comunicación	Uso Ocio	Total Tecnoestrés
			Media	Media	Media	Media
Docente	Sexo	Hombre	26.00	12.50	18.00	53.50
		Mujer	28.40	14.63	18.57	55.70
Estudiante	Género	Hombre	24.25	13.76	21.36	64.18
		Mujer	25.31	14.40	20.14	63.38
		Prefiero no decirlo	25.00	14.67	21.20	

Tabla 7. Puntajes de tecnoestrés (estadísticos descriptivos).

	N	Mín.	Máx.	M.	D.E.
Total tecnoestrés	534	35.00	115.00	63.1292	14.50704
N válido (según lista)	534				

M, Media; D.E., Desviación estándar.

Como se observa, se encontró una correlación positiva débil entre el tecnoestrés y dos de los tres

usos de las TIC: comunicación y ocio (Tabla 8).

Tabla 8. Correlación entre puntajes totales de tecnoestrés y uso de TIC.

		Uso Educación virtual	Uso Comunicación	Uso Ocio
Total tecnoestrés	Coefficiente de correlación	0.013	.303**	.294**
	Sig. (bilateral)	0.769	0	0
	N	534	534	534

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (dos colas).

Tales resultados muestran que la edad se correlaciona positivamente con todos los usos de las TIC

y con el tecnoestrés: a mayor edad, más uso de las TIC y mayor puntaje de tecnoestrés (Tabla 9).

Tabla 9. Correlación entre tecnoestrés, uso de las TIC y edad y tiempo dedicado a las mismas.

		Uso Educación virtual	Uso Comunicación	Uso Ocio	Total Tecnoestrés
Edad de los participantes	Coefficiente de correlación	.165**	-0.042	-.192**	-.189**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.336	0	0
	N	.535	535	535	534
Tiempo aproximado dedicado al uso de las TIC	Coefficiente de correlación	.300**	.209**	.158**	.090*
	Sig. (bilateral)	0.000	0	0	0.037
	N	.535	535	535	534

** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (dos colas).

* La correlación es significativa al nivel de 0.05 (dos colas).

DISCUSIÓN

La escasa cantidad de docentes y estudiantes del sexo masculino implicó la imposibilidad de comparar las variables y categorías sociodemográficas. Tales valores se alcanzaron con anterioridad en otros estudios aplicados en muestras de docentes y estudiantes de diferentes niveles educativos (Coppari *et al.*, 2018b).

La descripción de los niveles de participación por carrera (véase Tabla 2) muestra el interés de mayor a menor de docentes y estudiantes. Se debió extender el calendario de recolección de datos y motivar a los destinatarios por su escasa participación e interés. Este comportamiento podría estar asociado al agotamiento que se apreció durante el segundo año de la pandemia de COVID-19, según se percibe en el incremento de estudios que emplearon las aplicaciones en línea.

Apenas un poco más de la mitad de los participantes utilizaba las TIC más de cinco horas al día. Desde la revolución digital (*cf.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2018), la mayoría de los trabajos están haciendo un gran uso de tales tecnologías. De igual manera, es probable que este resultado se relacione con el constructo de *virtualidad obligatoria*, que concede una mayor importancia a las herramientas tecnológicas; de hecho, se utilizan más para la comunicación, luego para la educación y por último para el ocio.

Los presentes resultados coinciden parcialmente con el estudio ya citado de Coppari *et al.*, (2018a), en el que se reporta que los juegos de ocio y la socialización ocupaban los primeros lugares, y al final el uso educativo. Esta nueva jerarquía muestra la virtualización forzosa de las tareas educativas por parte de docentes y estudiantes,

quienes se vieron en la necesidad de emplearlas más frecuentemente (Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado [INTEF], 2017). El aislamiento social, establecido como medida preventiva, condujo también a que las TIC fueran el medio más empleado para vincularse con familia, amistades y compañeros de estudio y de trabajo.

A diferencia de otros estudios previos a la pandemia (Alcas *et al.*, 2019) y durante la misma (Araya y Ormeño, 2020; Ávila y González, 2020; Gañán, Correa *et al.* 2020; Ríos *et al.*, 2020), los participantes en el presente estudio obtuvieron puntajes bajos de tecnoestrés. Montes de Oca *et al.* (2021) y Sánchez *et al.* (2021) han reportado niveles bajos de tecnoestrés en universitarios, Cahuaza *et al.* (2020) niveles medios y Montes de Oca *et al.* (2021) niveles altos.

Los resultados de esta investigación se obtuvieron durante el segundo año de la pandemia de COVID-19, tiempo que podría haber entrañado un proceso de adaptación de los docentes y estudiantes a las necesidades emergentes generadas por la misma, como fue la virtualidad obligatoria (Arredondo y Caldera, 2022), que produjo en los participantes las habilidades necesarias para satisfacer las crecientes demandas tecnológicas del contexto, o bien la subvaloración del efecto en los niveles de tecnoestrés por el fenómeno de habituación.

Los promedios de tecnoestrés y uso de TIC según el sexo fueron semejantes, distinto a lo reportado por Galarza (2018), quien halló que eran las mujeres quienes utilizaban más las TIC, sobre todo para su uso académico, pero también para la socialización. Sin embargo, dos años después se evidenció que el sexo no es un factor que influya en la percepción del tecnoestrés (Sánchez *et al.*, 2021).

Se encontró asimismo que la edad correlacionó positivamente con todos los usos de las TIC y con el tecnoestrés; es decir, a mayor edad, más frecuente es el uso que se hace de las TIC, y también mayor es el puntaje de tecnoestrés. Este hallazgo confirma los resultados de otros estudios (Coppari *et al.*, 2017; Galarza, 2018), lo que sugiere que esta característica generacional se mantuvo aun durante la pandemia. A pesar de estos significativos

hallazgos, es importante resaltar, por un lado, que la correlación encontrada en todos los casos fue muy débil (> 0.50) y que la muestra en general había alcanzado solamente niveles medios de tecnoestrés. Tal subestimación en la percepción del nivel de este fenómeno podría tener que ver con la habituación y con la dificultad para valorar objetivamente su influencia en los diferentes ámbitos de la vida de los participantes.

La correlación encontrada entre el tecnoestrés y el uso de TIC (comunicación y ocio, respectivamente), podría ser indicador de que entre más se utilizan las TIC para la comunicación o el ocio, mayor es el puntaje reportado de tecnoestrés. Es interesante que tales asociaciones aparezcan en ciertos análisis (Coppari *et al.* 2017; Galarza (2018), pero no en otros (Villavicencio *et al.*, 2020), teniendo en cuenta que esos estudios fueron efectuados antes de la pandemia. Sin embargo, los resultados coinciden con los de Ríos *et al.* (2020) y Domínguez *et al.* (2022), que se efectuaron ya durante la misma.

Area y Guarro (2012) afirman que las competencias digitales deben enfocarse también en el aspecto emocional, que se refiere a “saber disfrutar y controlar las emociones de forma equilibrada con las TIC desarrollando conductas socialmente positivas” (p. 66). Tal equilibrio es lo que se vio afectado durante la pandemia, cuando el uso de las TIC se utilizó para el trabajo, la comunicación y el ocio; en efecto, en esa circunstancia se produjo una invasión de estas herramientas en la vida laboral y personal, evitando así una adecuada desconexión digital (Estrada y Gallegos, 2021; Martín, 2020).

A partir de tales resultados, es posible concluir, con un optimismo moderado, que se lograron los objetivos propuestos, considerando las condiciones de aislamiento y virtualización en las que se llevó a cabo el presente estudio.

Es posible afirmar que el tecnoestrés sigue produciendo efectos negativos en estudiantes y docentes, aunque —según la percepción de los participantes— en una menor medida. Si bien la pandemia dejó de serlo para transformarse en una epidemia, se pueden valorar sus efectos en los procesos de adaptación o habituación a los contextos emergentes, que podrían generar una subestimación de

los puntajes al momento de que los participantes se autocalifican, y por lo mismo no lograr una valoración objetiva del verdadero efecto del tecnoestrés en sus comportamientos cotidianos.

Para disminuir el malestar generado por el tecnoestrés se podrían emplear estrategias de defensa individuales y colectivas (Gañán, Correa *et al.*, 2020) para evitar su patologización en los docentes y estudiantes universitarios. El rol de la universidad debería ser más protagónico para adoptar algunas medidas preventivas o correctivas que disminuyan los niveles de tecnoestrés. De igual manera, sería útil incentivar la desconexión digital mediante el fomento de diversas actividades físicas y familiares y de la socialización (Estrada y Guarro, 2021).

Algunas limitaciones del estudio tienen que ver con la distribución no normal de la muestra, así como con la disparidad numérica entre docentes y estudiantes, lo cual impidió llevar a cabo las necesarias comparaciones. Por consiguiente, se sugiere continuar esta línea de investigación sobre la adaptación del ser humano a las constantes innovaciones tecnológicas y su uso cada vez más naturalizado en todas las actividades cotidianas; más específicamente, la interacción del tecnoestrés con variables tales como las competencias digitales, la autorregulación y demás, y complementando lo anterior con una metodología cualitativa de grupos focales y mediciones intrasujeto.

Citación: Coppari, N., Bagnoli, L., González, L., Marecos, C. y Romero-Lévera, M.L. (2024). Usos de las tecnologías de la información y la comunicación y tecnoestrés en docentes y estudiantes de una universidad privada. *Psicología y Salud*, 34(1), 123-133. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2850>

REFERENCIAS

- Alcas Z., N., Alarcón D., H.H., Venturo O., C.O., Alarcón D., M.A., Fuentes E., A. y López E., T.I. (2019). Tecnoestrés docente y percepción de la calidad de servicio en una universidad privada de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 231-239. Doi: 10.20511/pyr2019.v7n3.388
- Araya H., P. y Ormeño G., V. (2020). *Efectos del tecnoestrés causado por la transformación a clases online en instituciones de educación superior*. Tesis de grado. Talca (Chile): Repositorio de la Universidad de Talca. Recuperado de <http://dspace.utalca.cl/handle/1950/12455>
- Area, M. y Guarro, A. (2012). La alfabetización informacional y digital: fundamentos pedagógicos para la enseñanza y el aprendizaje competente. *Revista Española de Documentación Científica*, 35(Monográfico), 46-74. Doi: 10.3989/redc.2012.mono
- Arredondo H., M.G. y Caldera G., D. (2022). Tecnoestrés en estudiantes universitarios. Diagnóstico en el marco del COVID-19 en México. *Educación y Humanismo*, 24(42). Doi: 10.17081/eduhum.24.42.4491
- Ávila J., M.D. y González R., S.M. (2020). El tecnoestrés y la salud en trabajadoras administrativas de un centro universitario de la Universidad de Guadalajara. *PIENSO en Latinoamérica*, 3(7), 44-53.
- Brod, C. (1984). *Technostress: The human cost of the computer revolution*. Addison- Wesley.
- Cahuaza C., M. y Silva C., A.E. (2020). *Análisis del tecnoestrés en los docentes de una universidad privada de la zona nororiental del Perú*. Tesis de grado. Repositorio de la Universidad Peruana Unión. Ñaña (Perú). Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4685>
- Cohen, L. y Manion, L. (2002). *Métodos de investigación educativa*. La Muralla.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2018). *La nueva revolución digital. La revolución digital. De la Internet del consumo a la Internet de la producción*. Santiago de Chile: Autor. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38604/S1600780_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Coppari N., B., Bagnoli, L., Cudas, G., Montaña, M., Martínez, U. y López H., H. (2017). Uso de tecnologías de la comunicación e información y tecnoestrés en estudiantes paraguayos: Su relación con la edad. *Cuadernos de Neuropsicología Panamericana*, 11(3), 176.
- Coppari N., B., Bagnoli, L., Cudas, G., López, H., Martínez, U. y Vera, M. (2018a). *Tecnoestrés, entre lo deífico y lo demoníco: las TIC y su impacto en los jóvenes*. Asunción (Paraguay): Imprenta Salesiana.
- Coppari N., B., Bagnoli, L., Cudas, G., Martínez, U. y Martínez, L. (2018b). Validez y confiabilidad del Cuestionario de Tecnoestrés en estudiantes paraguayos. *Perspectivas en Psicología*, 15(2), 40-15.

- Coppari N., B. y Bagnoli, L. (2020). Alfabetización digital de docentes: análisis teórico y propuesta de evaluación piloto. *Eureka*, 17(1), 9-11.
- Delgado J., A.M., Alonso F., J.M., Boquet E., M., De Tomás J., F.Á. y Díez J., M.C. (2020). Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica*, 21(5), 338-344. Doi: 10.1016/j.edumed.2019.02.010
- Delgado, W. y Bautista, G. (2020). *La competencia digital del profesorado y el empoderamiento digital a estudiantes: estudio de caso de asignaturas semipresenciales*. Tesis de grado. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/344433143_La_Competencia_digital_del_profesorado_y_empoderamiento_digital_a_estudiantes_estudio_de_caso_de_asignaturas_semipresenciales
- Domínguez T., L., Totolhua R., B.A., RodríguezV., D.J., Figueroa O., M.E., Frago L., R. y Rojas S., J.L. (2022). Tecnoestrés en docentes de educación media superior en el contexto de confinamiento por COVID-19: un estudio exploratorio. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(4), 2022, 1-25. Doi: 10.46377/dilemas.v9i.2950
- Estrada A., E.G. y Gallegos R., N. (2021). Tecnoestrés en el contexto educativo: un problema emergente durante la pandemia COVID-19. *Apuntes Universitarios*, 12(1), 447-451. Doi: 10.17162/au.v12i1.992
- Galarza, F. (2018). *Las nuevas tecnologías de la comunicación (TIC): su relación con el tecnoestrés en estudiantes universitarios*. (Tesis de grado). Repositorio de la Universidad Siglo XXI, Buenos Aires. Recuperado de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/16463>
- Gañán M., A., Correa, J.J., Ochoa, S.A. y Orejuela, J.J (2020). Tecnoestrés laboral derivado de la virtualidad obligatoria por prevención del Covid-19 en docentes universitarios de Medellín (Colombia). *Trabalho (En)Cena*. Doi: 10.20873/2526-1487e021003
- Gañán M., A., Gómez, J. Pérez, J. y Duque, S. (2020). Tecnoestrés laboral derivado de la virtualidad obligatoria por prevención del Covid-19 en docentes universitarios de Medellín (Colombia). *Trabalho (En)Cena*, 6, 23. Doi: 10.20873/2526-1487e021003
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014), *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (s.f.). *NTP 730: Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicossocial*. Madrid: Autor.
- Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (2017). *Marco Común de Competencia Digital Docente*. Madrid: INTEF.
- Jiménez J., A.L. (2010). Tecnología como fuente de estrés: una revisión teórica al concepto de tecnoestrés. *Temas de Comunicación*, 21, 157-180. <http://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/temas/index.php/temas/article/view/433>
- López G., K.S., y García M., L.S. (2020). Desarrollo de competencias digitales de estudiantes universitarios en contextos informales de aprendizaje. *Educatio Siglo XXI*, 38(1), 53-78.
- Martín R., O. (2020). El tecnoestrés como factor de riesgo para la seguridad y salud del trabajador. *Lan Harremanak*, 44, 164-183. Doi: 10.1387/lan-harremanak.22239
- Martínez S., F. y Solano F., I. (2011). *Comunicación y relaciones sociales de los jóvenes en la red*. Alcoy.
- Montes de Oca L., J.C. Alcántara R., S.M. y Domínguez B., A. (2021). Tecnoestrés en docentes y alumnos universitarios: medición en tiempos de COVID-19. *Revista de Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*, 3(16). Recuperado de <https://www.eumed.net/es/revistas/rilcoDS/16-febrero21/tecnoestres-docentes-alumnos>
- Morales, M. (2014). *Percepción del profesorado y del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada acerca de la utilización de las TIC por parte del profesorado universitario y de su integración en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. Tesis de Doctorado. Universidad de Jaén.
- Ragu-Nathan T.S., Tarafdar M., Ragu-Nathan B.S. y Tu Q. (2008). The consequences of technostress for end users in organizations: conceptual development and empirical validation. *Information Systems Research*, 19(4), 417-433. Doi: 10.1287/isre.1070.0165
- Ríos-de Deus, M.P., Penado A., M., Rodicio G., M.L., Mosquera G., M.J. y Rego A., L. (2020, septiembre). Tecnoestrés en estudiantes de la UDC durante el confinamiento COVID-19. *CIVINEDU. Memorias de la 4ª International Virtual Conference on Educational Research and Innovation*, 654-655. Recuperado de <https://iris.unimore.it/retrieve/handle/11380/1224199/307468/CIVINEDU2020.pdf#page=683>
- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(3), 225-246.
- Sánchez M., A., Flores R., I.C, Veytia B., M.G y Azuara P., V. (2021). Tecnoestrés y adicción a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en universitarios mexicanos: diagnóstico y validación de instrumento. *Formación Universitaria*, 14(4), 123-132. Doi: 10.4067/S0718-50062021000400123
- Villavicencio A., E., Ibarra A., D.G. y Calleja, N. (2020). Tecnoestrés en población mexicana y su relación con variables socio-demográficas y laborales. *Psicogente*, 23(44), 27-53. Doi: 10.17081/psico.23.44.3473
- Weil, M.M., y Rosen, L.D. (1997). *Technostress: Coping with technology @work, @home, @play*. John Wiley & Sons.

Comparación de características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos

Comparison of video game addiction between Mexican male and female students

Jorge Luis Arellanez Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra y Fernando Iván Lima Zárate

Universidad Veracruzana¹

Autor para correspondencia: Jorge Luis Arellanez Hernández, jarellanez@uv.mx.

RESUMEN

Los videojuegos se consideran hoy día como un pasatiempo que en ciertos casos puede generar problemas de comportamiento. Con el objetivo de explorar diferencias en el posible comportamiento adictivo a los videojuegos en estudiantes mexicanos, se diseñó un estudio no experimental, transversal, *ex post facto*. A través de un muestreo no probabilístico, por cuotas, se obtuvo la participación de 520 estudiantes de escuelas públicas del estado de Veracruz (México), a razón de 130 por cada nivel escolar: primaria, secundaria, bachillerato y universidad, a quienes se les aplicó la versión corta de la Escala de Adicción al Videojuego para Adolescentes (GASA, por sus siglas en inglés). Las niñas de primaria presentaron un porcentaje significativamente mayor de síntomas relacionados con la conducta adictiva a los videojuegos, en comparación con sus pares varones. En contraparte, los estudiantes varones de secundaria, bachillerato y universidad registraron porcentajes significativamente más altos de adicción que sus pares mujeres. Este hallazgo permite hipotetizar que el uso de los videojuegos está matizado por la construcción propia de la identidad y otros aspectos relacionados con el tránsito de la adolescencia a la juventud.

Palabras clave: Comportamiento adictivo; Adicción a videojuegos; Estudiantes; Sexo; GASA.

ABSTRACT

Currently, video games are considered a hobby that in some cases can become a behavioral problem. The aim of this research was to explore the differences to video games addictive behavior in students according to their educational level and gender. A non-experimental, cross-sectional, ex post facto was design. Through a non-probabilistic sampling, by quotas, a questionnaire was applied to 520 public schools students of the State of Veracruz, Mexico (130 students at each school level: elementary, middle, high school and associate's degree). The Game Addiction Scale for Adolescents (GASA) Short version made of seven items was used. Girls in elementary school presented a significantly higher percentage of symptoms related to addictive behavior to video games in comparison to male students. In contrast, male middle school, high school, and associate's degree students registered significantly higher percentages of addiction to video games compared

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Agrícola Ánimas, 91190, Xalapa, Ver., México, tel. 52(228)841-89-13, correos electrónicos: jarellanez@uv.mx, eromero@uv.mx, lebeltran@uv.mx y cursat3@gmail.com.



to females. The findings obtained allow us to understand that at a higher level of studies the way in which men and women relate to video games changes; at elementary school women presented higher percentages of probable addiction to video games, which decreased in those who presented a higher scholar level. In men, an inverse situation was observed, which allows us to identify that the use of video games is colored by the construction of identity and aspects related to a change when passing from adolescence to youth.

Key words: Addictive behavior; Video game addiction; Students; Gender; GASA.

Recibido: 26/02/2023

Aceptado: 22/05/2023

El juego forma parte de la expresión emocional y física de la vida cotidiana en virtud de que hace posible la interacción y el fortalecimiento de vínculos en los grupos sociales (Huizinga, 1972). En efecto, el juego es una acción libre y espontánea que genera motivación y placer por sí misma, y aunque está acotada en un espacio y tiempo determinados, es una de las formas más populares de pasar el tiempo libre (Marcano, 2008). Pese a lo anterior, los videojuegos, a diferencia de los juegos tradicionales, contienen elementos que los hacen potencialmente atractivos para niños y jóvenes, pues el desarrollo tecnológico ha modificado de manera sustantiva esta actividad lúdica, lo que ha restringido en cierta forma la interacción humana a través de una interfaz en la que la interacción personal y la retroalimentación se limitan a un dispositivo de audio y video (Jelínek y Květon, 2017; Muros *et al.*, 2013; Thorens *et al.*, 2016).

Para los niños, los videojuegos representan todo un reto ya que están diseñados para superar diferentes grados de dificultad conforme se avanza en el juego, no obstante lo cual los consideran divertidos no sólo por los elementos fantásticos que incluyen en sus contenidos, lo que logra atraerlos y generar en ellos curiosidad, sino también porque intrínsecamente les “permite” sentirse competentes al superar los desafíos que se les van presentando con un creciente nivel de dificultad que el juego retroalimenta, lo que hace que se potencie la

resiliencia y la tolerancia a éste. Asimismo, resultan atractivas a los usuarios las recompensas que ofrecen de manera intrínseca o extrínseca. Para la población joven, los videojuegos pueden utilizarse como una forma de ocio, como una actividad divertida, como un recurso para distraerse de lo cotidiano e incluso para simular ser otra persona (Martínez-Lanz *et al.*, 2013). En comparación con otros pasatiempos, ofrecen una experiencia de juego casi infinita y constantemente mudable, lo que modifica por consiguiente las preferencias para el ocio y la recreación (King y Delfabbro, 2020; World Health Organization, 2019). Y es que las recompensas constantes e inmediatas, las narraciones complejas, los entornos virtuales inmersivos y el refuerzo social hacen a los jugadores vulnerables, y junto con otros factores pueden influir en la aparición, progresión y recurrencia de ciertos síntomas que pueden propiciar un trastorno psicológico (Jordán, 2018; King *et al.*, 2019; Plante *et al.*, 2019).

Tal vulnerabilidad puede favorecer el desarrollo de conductas adictivas, reflejadas en una necesidad incontrolable de jugar, la falta de control sobre el videojuego, la prioridad de jugar por sobre otras actividades y la persistencia en esta actividad a pesar de las consecuencias negativas que acarrea, o bien generar un patrón de comportamiento de juego recurrente en contextos virtuales, ya sea que se esté conectado o no a internet, lo que prioriza el juego sobre otros intereses y actividades de la vida diaria y afecta significativamente otras áreas, como la personal, la familiar, la escolar y la social (King y Delfabbro, 2020; Velázquez *et al.*, 2018).

Griffiths y Meredith (2009) consideran la adicción a estas formas de entretenimiento como uno de los principales problemas generados por el uso desadaptativo de las denominadas nuevas tecnologías, y para investigadores como Salas *et al.* (2017) y Saunders *et al.* (2017) los videojuegos tienen un sustancial potencial adictivo en el segmento joven debido a la interacción social, la cooperación y la competitividad características de esta etapa, así como la satisfacción de una necesidad de afiliación que proporciona la sensación de apoyo emocional. De hecho, el tiempo que los jóvenes destinan al videojuego representa un sín-

toma en ese complejo entramado conceptual, por lo que se reportan tiempos de exposición que van desde una hora y media hasta ocho horas diarias (Chappell *et al.*, 2006; Lloret *et al.*, 2017).

Dada la creciente magnitud del fenómeno, algunos investigadores han diseñado algunos instrumentos orientados a identificar y evaluar la probable adicción al videojuego, mismos que se han validado en distintos países para identificar diferencias culturales y establecer comparaciones que permitan una mejor comprensión del problema (Bernaldo *et al.*, 2019; King y Delfabbro, 2020).

Una de las escalas más utilizadas para explorar el comportamiento adictivo al videojuego es la Escala de Adicción al Videojuego para Adolescentes (GASA, por sus siglas en inglés). En su versión al español, dicha escala ha conservado su considerable calidad de medición, lo que ha hecho posible la comparación de los resultados obtenidos en distintos países (Lloret *et al.*, 2017); asimismo, ha servido como base para el desarrollo de otros instrumentos orientados a medir otros trastornos ocasionados por los juegos en internet, como la escala Internet Gaming Disorder 20 (IGD-20) (Pontes *et al.*, 2014), la Internet Gaming Disorder 9 (IGDS-9) (Pontes y Griffiths, 2016) y la Internet Gaming Disorder 10 (IGD-10) (Király *et al.*, 2017).

Uno de los tópicos que en años recientes ha cobrado interés es poder identificar cuándo el uso del videojuego es excesivo y se convierte en un comportamiento problemático, así como valorar si es diferente en hombres y mujeres y en niños y adolescentes. A este respecto, Martínez-Lanz *et al.* (2013) encontraron que los varones adolescentes utilizan los videojuegos para pasar el tiempo, como una actividad divertida y para distraerse de lo cotidiano, mientras que entre las mujeres sobresale el que pueden simular ser otra persona. Por su parte, Finseras *et al.* (2019) hallaron que los síntomas de ansiedad, depresión, agresión y soledad tienen diferencias significativas según el sexo, y que pueden servir de predictores para, en este caso, desarrollar una adicción al videojuego.

Con base en lo anterior es que se estableció como objetivo del presente estudio explorar las diferencias en el comportamiento adictivo a los videojuegos entre hombres y mujeres mexicanos de distintos niveles educativos.

MÉTODO

Diseño

A través de un diseño no experimental, transversal, *ex post facto*, se conformaron ocho grupos de comparación considerando el nivel escolar (cuatro niveles) y el sexo de los estudiantes (hombres y mujeres).

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico, por cuotas, se obtuvo la participación de 520 estudiantes (130 por cada nivel escolar evaluado), de los cuales 52.9% fueron varones y 47.1% mujeres, con una edad promedio de 14.8 años (D.E. =3.11), en un rango de 11 a 23 años.

Instrumentos

Game Addiction Scale for Adolescents (GASA) (Lemmens *et al.*, 2009).

Se utilizó la versión corta de este instrumento, adaptada al español en población mexicana por Arellano *et al.* (en revisión). La escala consta de siete reactivos que, a través de una medición en una escala Likert en cinco puntos, donde 1 es “Nunca” y 5 “Siempre”, explora la frecuencia con la que se presentan los siguientes eventos asociados con el comportamiento adictivo a los videojuegos:

- *Saliencia*. Importancia preponderante del videojuego en la vida de la persona y en sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- *Tolerancia*. Incremento de la frecuencia y el tiempo de juego.
- *Emoción*. Estado de ánimo eufórico o relajante que se obtiene como consecuencia de la conducta de juego.
- *Recaída*. Tendencia a volver a jugar tras un periodo de abandono o de reducción de su frecuencia.
- *Abstinencia*. Emociones desagradables o efectos físicos al reducir súbitamente el tiempo de juego.
- *Conflictividad*. Deterioro de las relaciones interpersonales como resultado del exceso de juego, incluyendo negligencia y mentiras.

- *Problemas.* Perjuicio de la actividad social, académica o laboral, así como trastornos psicológicos relacionados con la pérdida de control de la conducta de juego.

En el presente estudio se hizo un análisis de esta escala para corroborar su calidad de medición, obteniéndose una confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de .89) y una validez aceptables (en el análisis factorial exploratorio se obtuvo un factor que explicó 60.78% de varianza).

Procedimiento

Se estableció contacto con las autoridades escolares de distintas escuelas públicas de primaria, secundaria, bachillerato y universidad del estado de Veracruz (México) a las que, en una reunión de trabajo, se les explicó el objetivo del estudio y las medidas para reservar la información que proporcionarían los estudiantes respecto a la confidencialidad de sus respuestas y de su anonimato, respetando así lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012 (Secretaría de Salud, 2013). Asimismo, se les explicó que, de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de México, la aplicación del instrumento no generaría ningún riesgo para la estabilidad emocional de los estudiantes (Secretaría de Salud, 1983).

A los padres de familia de los alumnos menores de 18 años se les hizo llegar un formato de consentimiento informado para que autorizaran la participación de sus hijos en la investigación. Frente a cada grupo, además de explicarles el objetivo del estudio, a todos los estudiantes se les entregó un formato de asentimiento informado en el que se detallaba el manejo confidencial de sus respuestas y su anonimato.

Por su parte, a los estudiantes universitarios se les explicó el objetivo del proyecto y se les invitó a responder una versión en línea del mencionado cuestionario. Los estudiantes mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio firmaron igualmente un formato de consentimiento informado.

Plan de análisis

Como se señaló líneas atrás, se efectuó un análisis mediante el coeficiente alfa de Cronbach y un análisis factorial para corroborar la calidad psicométrica de la escala, hecho lo cual se clasificaron los grupos por nivel escolar y sexo. Se efectuó asimismo un análisis para conocer la distribución de los datos y examinar su normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, así como el estadístico de Levene para indagar la homogeneidad de la varianza de cada reactivo de la escala GASA. Los resultados mostraron que las variables no tenían una distribución normal en los grupos de estudio y que las varianzas no eran homogéneas.

Así, se compararon las calificaciones de cada reactivo mediante una prueba Kruskal-Wallis, y luego se utilizó el método politético para calificar el comportamiento adictivo a los videojuegos, el cual consiste en identificar tres o más puntos en al menos cuatro de las siete preguntas del instrumento para determinar la ocurrencia de un comportamiento adictivo al videojuego (Lemmens *et al.*, 2009). De igual manera, se analizaron las diferencias en el comportamiento adictivo al videojuego según el nivel escolar y el sexo por medio de la prueba Ji cuadrada. Todos los análisis se efectuaron con el software IBM SPSS, v. 24 (IBM, 2016).

Finalmente, a fin de corroborar la fortaleza estadística de las diferencias encontradas en los grupos de estudio con las variables implicadas, se estimó el tamaño del efecto con el software G*Power, v. 3.1 (Faul *et al.*, 2007; Faul *et al.*, 2009).

RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos del estudio, se procedió a clasificar en ocho grupos a los participantes hombres y mujeres según su nivel escolar. La mitad de los participantes de primaria, bachillerato y universidad fueron varones y la mitad mujeres, con excepción de los estudiantes de secundaria, donde predominaron los primeros (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de estudiantes por sexo y nivel escolar (n = 520).

	Primaria (n = 130)		Secundaria (n = 130)		Bachillerato (n = 130)		Universidad (n = 130)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
H	65	50.0	80	61.5	65	50.0	65	50.0
M	65	50.0	50	38.5	65	50.0	65	50.0

Nota. H = Hombres; M = Mujeres; Frec. = frecuencias; % = porcentajes.

Como cabía esperar, la edad promedio de los alumnos varió de acuerdo con su nivel escolar, encontrándose una mayor desviación entre los estudiantes universitarios y los de bachillerato.

Al analizar cada reactivo de la escala se encontró que en el grupo de primaria se reportaron las calificaciones promedio significativamente más altas, especialmente las de las mujeres (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias de las calificaciones de los ítems de la escala GASA por grupos de estudio.

Reactivos	Primaria (n = 130)		Secundaria (n = 130)		Bachillerato (n = 130)		Universidad (n = 130)		H	E ²
	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 80)	M (n = 50)	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 65)	M (n = 65)		
	M (DE) Rango	M (DE) Rango	M (DE) Rango	M (DE) Rango						
¿Con qué frecuencia piensas en jugar durante el día?	2.46 (1.22) 234.32	3.14 (1.05) 328.97	3.16 (1.02) 329.58	2.60 (0.94) 257.43	2.82 (1.18) 279.78	1.83 (0.84) 153.54	2.97 (0.98) 306.35	2.02 (0.78) 177.38	99.42*	0.192
¿Con qué frecuencia consideras que has aumentado el tiempo que dedicas a jugar?	3.31 (1.21) 355.23	3.55 (1.18) 381.15	2.88 (1.09) 314.78	1.84 (1.01) 183.98	2.15 (1.18) 222.31	1.52 (0.85) 142.61	2.46 (1.00) 268.80	1.80 (0.81) 184.97	161.74*	0.312
¿Con qué frecuencia juegas para olvidarte de la vida real?	3.49 (1.33) 361.12	3.68 (1.26) 378.68	2.93 (1.22) 312.41	2.06 (1.21) 214.92	2.09 (1.42) 211.55	1.52 (0.90) 153.35	2.29 (1.23) 243.23	1.75 (0.88) 186.23	148.98*	0.287
¿Con qué frecuencia otras personas han intentado que reduzcas el tiempo que dedicas al juego?	2.72 (1.46) 305.19	3.05 (1.48) 337.32	3.06 (1.23) 349.48	1.90 (1.01) 226.39	2.29 (1.22) 267.96	1.55 (1.06) 175.78	2.02 (1.08) 240.38	1.35 (0.79) 153.09	118.48*	0.228
¿Con qué frecuencia te has sentido mal cuando no has podido jugar?	3.65 (1.26) 411.78	3.91 (1.04) 432.09	2.13 (1.12) 275.89	1.40 (0.63) 191.44	1.58 (0.95) 208.14	1.22 (0.64) 156.38	1.62 (0.70) 224.83	1.23 (0.52) 163.06	266.31*	0.513
¿Con qué frecuencia te has peleado con otros (amigos, hermanos, padres...) por el tiempo que dedicas al juego?	4.06 (1.06) 425.10	4.31 (1.04) 439.92	2.06 (1.19) 257.67	1.42 (0.83) 184.69	1.60 (0.86) 211.66	1.34 (0.75) 176.94	1.65 (0.89) 219.41	1.12 (0.37) 151.78	289.47*	0.558
¿Con qué frecuencia te has desatendido actividades importantes (estudios, familia, deportes) por jugar?	3.75 (1.26) 400.44	4.25 (1.07) 436.01	2.20 (1.16) 257.88	1.42 (0.60) 171.14	1.63 (0.91) 192.68	1.37 (0.69) 159.32	2.29 (1.05) 277.76	1.40 (0.58) 168.76	251.91*	0.485

Nota. H = Hombres; M = Mujeres; M= calificación promedio; DE= Desviación estándar; H = H de Kruskal-Wallis; E² = Tamaño del efecto; * p = significancia de .001.

En contraparte, los varones de secundaria, bachillerato y de universidad fueron los que reportaron calificaciones promedio significativamente más altas.

Las calificaciones obtenidas en los siete ítems de los distintos grupos de estudio evidencian diferencias estadísticamente significativas. Los reactivos “Pensar en jugar durante el día”, “Otras personas han intentado reducir el tiempo dedicado al juego”, “Jugar para olvidarse de la vida real” y “Aumentar el tiempo dedicado a jugar” registraron un tamaño del efecto moderado (valor \mathcal{E}^2 mayor a 0.15 y menor a 0.35). En cambio, las diferencias en las calificaciones obtenidas en los reactivos “Desatender actividades importantes (estudios, familia, deportes) por jugar”, “Sentirse mal cuando no se ha podido jugar”, y “Pelear con otros (amigos, hermanos, padres) por el tiempo dedicado al juego” registraron un tamaño del efecto grande (valor \mathcal{E}^2 mayor a 0.35 (véase Tabla 2).

Considerando el método politético de calificación establecido por Lemmens *et al.* (2009), hubo un alto porcentaje de estudiantes que calificó con un valor de tres o más puntos en cada una de las preguntas de la escala, lo que indicó una presencia considerable de criterios sintomáticos relacionados con una posible adicción al videojuego.

Los alumnos de primaria fueron los que alcanzaron un alto porcentaje de síntomas relacio-

nados con el comportamiento adictivo a los videojuegos, siendo las mujeres las que mostraron una ocurrencia significativamente mayor de síntomas. En contraparte, los varones de secundaria, bachillerato y universitarios fueron quienes obtuvieron porcentajes significativamente más altos de síntomas asociados con el comportamiento adictivo a los videojuegos.

Al considerar los siete criterios evaluados, los varones de primaria manifestaron un mayor deterioro en sus relaciones interpersonales como resultado del uso excesivo a los videojuegos, incluyendo negligencia y mentira (conflictividad) y perjuicio de la actividad social y académica, así como la ocurrencia de ciertos trastornos relacionados con la pérdida de control de la conducta de juego (problemas). A su vez, en sus pares mujeres sobresalieron la conflictividad y la ocurrencia de emociones desagradables o efectos físicos al reducir súbitamente el juego (abstinencia).

Tanto en hombres como en mujeres de secundaria, bachillerato y universidad se apreciaron porcentajes significativamente más altos de saliencia; esto es, reconocían que los videojuegos habían adquirido una importancia preponderante en su vida, y que de cierta forma dominaban sus pensamientos, sentimientos y comportamiento (Tabla 3).

Tabla 3. Calificación de los criterios para determinar el comportamiento adictivo a los videojuegos por grupos de estudio (porcentajes).

Criterios diagnósticos	Primaria (n = 130)		Secundaria (n = 130)		Bachillerato (n = 130)		Universidad (n = 130)		X^2	w
	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 80)	M (n = 50)	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 65)	M (n = 65)		
Saliencia	46.2	75.4	75.0	52.0	56.9	21.5	67.7	24.6	82.763*	0.465
Tolerancia	69.2	81.5	61.3	20.0	32.3	12.3	46.2	24.6	115.046*	0.599
Emoción	75.4	80.0	61.3	32.0	32.3	13.8	36.9	15.4	123.123*	0.615
Recaídas	55.4	63.1	67.5	28.0	41.5	9.2	26.2	6.2	123.811*	0.687
Abstinencia	76.9	92.3	33.8	4.0	13.8	4.6	12.3	4.6	271.165*	1.210
Conflictividad	90.8	92.3	31.3	14.0	18.5	9.2	16.9	1.5	285.312*	1.464
Problemas	80.0	89.2	41.3	6.0	18.5	6.2	35.4	4.6	238.842*	1.084

Nota. H = Hombres; M = Mujeres; X^2 ; w = Tamaño del efecto; * p = significancia a .001.

Como puede apreciarse en la tabla anterior, en todos los criterios diagnósticos se registraron diferencias estadísticamente significativas con un tamaño grande del efecto (valor de w mayor de

0.50), excepto el criterio de saliencia, que registró un tamaño del efecto moderado (valor de w mayor a 0.30 y menor a 0.50).

Asimismo, en los varones de secundaria y bachillerato sobresale la tendencia a volver a jugar tras un periodo de abandono o reducción (recaída), mientras que las mujeres de estos niveles escolares alcanzaron porcentajes altos de un estado de ánimo eufórico o relajante que se obtiene como consecuencia de la conducta de juego (emoción). Para el caso de los estudiantes universitarios, además de la saliencia, se registró una alta tolerancia (incremento de la frecuencia y el tiempo de juego) (ver Tabla 3).

Finalmente, los alumnos que calificaron con cuatro puntos o más en los siete reactivos fueron

considerados como personas con un probable comportamiento adictivo a los videojuegos, siendo las mujeres de primaria quienes se hallaron en esta condición, no así las mujeres de niveles superiores; más bien, en estas últimas el uso cambia radicalmente al tener porcentajes mínimos (de 10% o menos). En el caso de los varones, conforme aumenta su nivel de estudios disminuye su probable comportamiento adictivo a los videojuegos, aunque en los universitarios aumenta ligeramente (Tabla 4). Las estadísticas obtenidas también muestran un tamaño del efecto grande (valor w mayor a 0.50).

Tabla 4. Comportamiento adictivo a los videojuegos por grupos de estudio (porcentajes).

	Primaria (n = 130)		Secundaria (n = 130)		Bachillerato (n = 130)		Universidad (n = 130)		X^2	w
	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 80)	M (n = 50)	H (n = 65)	M (n = 65)	H (n = 65)	M (n = 65)		
Comportamiento adictivo a videojuegos	78.5	92.3	55.0	10.0	21.5	4.6	30.8	4.6	250.734*	1.186

Nota. H = Hombres; M = Mujeres; * p = significancia a .001; w = Tamaño del efecto.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio dejan entrever que si bien el juego continúa siendo un espacio y un mecanismo de interacción entre las personas en distintas etapas de la vida, al explorar el uso de los videojuegos se identifican diversos comportamientos que no sólo modifican las relaciones interpersonales, sino que también alteran de alguna manera el estado emocional de quienes juegan (George *et al.*, 2020).

En la actualidad, el uso de videojuegos resulta cada vez más frecuente entre los distintos grupos etarios, pues el fácil acceso a los dispositivos móviles y sus aplicaciones ha contribuido a que sean considerados como una manera aceptable de emplear el tiempo libre, por lo cual ha aumentado significativamente la exposición a ellos de una forma desmedida, lo que ha contribuido asimismo a un mayor sedentarismo, como el agudizado hace tres años por el distanciamiento social provocado por la pandemia de Covid-19 (Han *et al.*, 2022). De allí la importancia de llevar a cabo estudios que exploren el uso de los videojuegos para que sus resultados hagan posible visibilizar

los comportamientos riesgosos, las consecuencias potenciales del exceso de este tipo de práctica y sus probables repercusiones en la salud física y emocional (Oblitas, 2017).

En el presente análisis se encontró que los alumnos de primaria (en especial las mujeres) mostraban la mayor ocurrencia de síntomas relacionados con el comportamiento adictivo a los videojuegos. Tal comportamiento puede verse potenciado por los numerosos cambios experimentados por las personas en su tránsito de la niñez a la adolescencia. Otro hallazgo que llamó la atención fue que conforme se pasa de una etapa escolar a la siguiente parece disminuir significativamente este comportamiento, más marcado en los varones.

Si bien los resultados muestran claramente una mayor frecuencia del abuso e incluso dependencia a los videojuegos en los varones, llama la atención que en edades más tempranas este tipo de comportamiento sea ligeramente mayor en las mujeres, lo que lleva a cuestionar si este tipo de característica está relacionada con el inicio de la pubertad o con los actuales cambios en los roles de género.

Asimismo, el género puede también marcar el nivel de involucramiento que se tiene a los videojuegos tanto en los hombres como en las mujeres conforme se satisfacen más demandas sociales derivadas ya sea de la etapa de vida o de las responsabilidades asignadas al rol e identidad de género (Papalia y Martorrel, 2017). Lo anterior se puede observar particularmente en los estudiantes de bachillerato; si bien en los varones hay un mayor involucramiento en el abuso de los videojuegos, es sin embargo menor a lo reportado en etapas anteriores, lo que implica un probable alejamiento de este tipo de espacios mientras se pone una mayor atención a la construcción de la propia identidad y a la interacción con sus propias redes sociales.

Por otra parte, cabe señalar que el instrumento utilizado en los distintos grupos poblacionales del estudio (niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes), esto es, la versión corta de la escala GASA, adaptada a población mexicana y en proceso de publicación (Arellanez *et al.*, en revisión), mostró una alta confiabilidad y validez, por lo que los resultados ofrecen un alto nivel de certidumbre.

Al considerar proseguir el estudio de este fenómeno, es necesario efectuar investigaciones longitudinales para comprender si efectivamente si hay cambios en la transición generacional en el uso de videojuegos que puedan traer como consecuencia un comportamiento adictivo, y analizarlo desde la construcción del género. Así también, analizar si este tipo de práctica, considerada en un primer momento como el mero uso del tiempo libre, pue-

de llegar a convertirse en un riesgo para detonar problemas en el comportamiento de las personas, pues de alguna manera el videojuego puede utilizarse como una forma de afrontamiento evitativo de malestares emocionales que no puedan ser adecuadamente manejados por aquéllas (Han *et al.*, 2022).

Debe reconocerse que la pandemia de Covid-19 propició un mayor uso de los dispositivos tecnológicos, y con ello de los videojuegos y redes sociales digitales en niños, adolescentes y jóvenes, lo que está marcando una pauta de “interacción social” que estará presente de hoy en adelante, pues se están fomentando prácticas sociales digitales en contextos como la educación, el trabajo y el mismo ocio. En este sentido, dado que el videojuego está empezando a ser otra forma de interacción social, habría que promover y fomentar la práctica de los denominados “juegos saludables”, así como regular los tiempos de exposición, los contenidos y el control parental de manera proactiva, pues no es posible ya evitar el empleo de esta tecnología como parte del desarrollo social del individuo.

Los citados hallazgos ofrecen evidencias de que el uso de los videojuegos es cada vez más habitual en los grupos poblacionales de menor edad, lo que puede favorecer la aparición de comportamientos adictivos no sólo en este rubro; de allí la necesidad de diseñar intervenciones que permitan el acompañamiento en la toma de conciencia sobre el uso de tales dispositivos y de otras plataformas digitales a fin de minimizar riesgos potenciales para su salud física, emocional y social.

Citación: Arellanez-Hernández, J.L., Romero-Pedraza, E., Beltrán-Guerra, L.F. y Lima-Zárate, F.I. (2024). Comparación de características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos. *Psicología y Salud*, 34(1), 135-144. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2851>

REFERENCIAS

- Arellanez H., J.L., Beltrán G., L.F., Romero P., E. y Córdova A., A.J. (en revisión). *Validación de la Escala Adicción al Juego en Adolescentes (GASA, versión corta): adaptación para niños, adolescentes y jóvenes mexicanos.*
- Bernaldo Q., M., Labrador M., M., Sánchez I., I. y Labrador F., J. (2019). Instrumentos de medida del trastorno de juego en internet en adolescentes y jóvenes según criterios DSM-5: Una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(4), 291-302. Doi: 10.20882/adicciones.1277
- Chappell, D., Eatough, V.E., Davies, M.N.O. y Griffiths, M.D. (2006). EverQuest: It's just a computer game right? An interpretative phenomenological analysis of online game addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 205-216. Doi: 10.1007/s11469-006-9028-6

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. y Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. y Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Finseras, T.R., Pallesen, S., Mentzoni, R.A., Krossbakken, E., King, D.L. y Molde, H. (2019). Evaluating an internet gaming disorder scale using Mokken scaling analysis. *Frontiers on Psychology*, 10(911), 1-8. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00911
- George, M., Jensen, M., Russell, M., Gassman-Pines, A., Copeland, W., Hoyle, R. y Odgers, C. (2020). Young adolescents' digital technology use, perceived impairments, and well-being in a representative sample. *The Journal of Pediatrics*, 219, 180-187. Doi: 10.1016/j.jpeds.2019.12.002
- Griffiths, M.D. y Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247-253. Doi: 10.1007/s10879-009-9118-4
- Han, T., Cho, H., Sung, D. y Park, M. (2022). A systematic review of the impact of COVID-19 on the game addiction of children and adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.976601
- Huizinga, J. (1972). *Homo ludens*. Alianza Editorial.
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jelínek, M. y Květon, P. (2017). Ověření Psychometrických Vlastností České Adaptace Škály Závislosti Na Hraní Videoher Pro Adolescenty. *Československá Psychologie*, 61(5), 448-459.
- Jordán M., F.M. (2018). Revisión de la literatura científica sobre la adicción a los videojuegos y otras variables estudiadas en su relación. *Revista PSocial*, 4(2), 32-46.
- King, D. L. y Delfabbro, P.H. (2020). Video game addiction. En C.A. Essau, P.H. y Delfabbro (Eds.): *Practical resources for the mental health professional, adolescent addiction* (2nd ed.) (Chapter 7: 185-213), Academic Press. Doi: 10.1016/b978-0-12-818626-8.00007-4.
- King, D., Koster, E. y Billieux, J. (2019). Study what makes games addictive. *Nature*, 573(7774), 346. Doi: 10.1038/d41586-019-02776-1
- Király, O., Slecza, P., Pontes, H.M., Urbán, R., Griffiths, M.D. y Demetrovics, Z. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 internet gaming disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253-260. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.005
- Lemmens, J.S., Valkenburg, P.M. y Peter, J. (2009). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77-95. Doi: 10.1080/15213260802669458
- Lloret, D., Morell-Gomis, R., Marzo, J.C. y Tirado, S. (2017). Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes – GASA. *Atención Primaria*, 50(6) 350-358. Doi: 10.1016/j.aprim.2017.03.015
- Marcano, B. (2008). Juegos serios y entrenamiento en la sociedad digital. *Education in the Knowledge Society (EKS)*, 9(3), 93-107. Doi: 10.14201/eks.16791
- Martínez-Lanz, P., Betancourt O., D. y González G., A. (2013). Uso de videojuegos, agresión, sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 167-180.
- Muros R., B., Aragón C., Y., y Bustos J., A. (2013). Youth's usage of leisure time with video games and social networks. [La ocupación del tiempo libre de jóvenes en el uso de videojuegos y redes]. *Comunicar*, 40, 31-39. Doi: 10.3916/C40-2013-02-03
- Oblitas, L.A. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida* (4ª ed.). Cengage Learning Editores.
- Papalia, D. y Martorel, G. (2017). *Desarrollo humano* (13ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Plante, C.N., Gentile, D.A., Groves, C.L., Modlin, A. y Blanco H., J. (2019). Video games as coping mechanisms in the etiology of video game addiction. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 385-394. Doi: 10.1037/ppm0000186
- Pontes, H.M. y Griffiths, M.D. (2016). Portuguese validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 19(4), 288-293. Doi: 10.1089/cyber.2015.0605
- Pontes, H.M., Kiraly, O., Demetrovics, Z. y Griffiths, M.D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: the development of the IGD-20 test. *PLoS ONE*, 9(10), e110137. Doi: 10.1371/journal.pone.0110137
- Salas, E., Merino, C., Chóliz, M. y Marco, C. (2017). Análisis psicométrico del test de dependencia de videojuegos (TDV) en población peruana. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.aptd
- Saunders, J.B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., Rumpf, H.-J., Bowden-Jones, H., Rahimi-Movaghar, A., Chung, T., Chan, E., Bahar, N., Achab, S., Lee, H.K., Potenza, M., Petry, N., Spritzer, D., Ambekar, A., Derevensky, J., Griffiths, M.D., Pontes, H M., Kuss, D., Higuchi, S., Mihara, S., Assangangkornchai, S., Sharma, M., Kashef, A.E., Ip, P., Farrell, M., Scafato, E., Carragher, N. y Poznyak, V. (2017). Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 271-279. Doi: 10.1556/2006.6.2017.039
- Secretaría de Salud (1983). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

- Secretaría de Salud (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148y_fecha=04/01/2013
- Thorens, D.G., Achab, S., Rothen, S., Khazaal, Y. y Zullino, D. (2016). Addiction aux jeux vidéo, que du virtuel? *Revue Médicale Suisse*, 2(531), 1554-1556.
- Velázquez J., A.V., Escobar E., R., Gamiño M., N.B., Salazar A., R.M., Icaza M., E.M., Martínez V., C., Hernández I., S.S., Bautista C., F. y Martínez M., R. (2018). Magnitude and extent of gambling disorder in the Mexican population. *Salud Mental*, 41(4), 157-167. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2018.024
- World Health Organization (2019). Sharpening the focus on gaming disorder. *Bulletin of the WHO*, 97(6), 382-383. Doi: 10.2471/BLT.19.020619

Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos

Psychometric properties of EPIC-Sexual Function in Mexican men

Marcos Espinoza-Bello¹, Óscar Galindo-Vázquez², Frank J. Penedo³,
Miguel Ángel Jiménez-Ríos², Patricia Ortega-Andeane¹,
Anna Scavuzzo², Mirna García-Méndez¹ y Abelardo Meneses-García²

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Instituto Nacional de Cancerología²

University of Miami³

Autor para correspondencia: Marcos Espinoza-Bello, psic.espinoza.bello@gmail.com.

RESUMEN

Antecedentes. La función sexual masculina es una interacción compleja de diversos factores psicológicos, neurogénicos y vasculares. Una interrupción en cualquier parte de este proceso conduce a una disfunción sexual. En México, la disfunción sexual afecta a entre 30 y 35% de los varones, por lo que es necesario contar con un instrumento válido y confiable que mida la funcionalidad sexual en esta población. *Objetivo.* Determinar las propiedades psicométricas del Índice Compuesto para el Cáncer de Próstata (EPIC) para la valoración sexual en hombres mexicanos. *Método.* Estudio transversal, instrumental y no experimental en el que participaron 206 hombres. *Instrumentos.* Índice Compuesto Expandido para Función Sexual y la Evaluación Funcional de Enfermedades Crónicas en Población General. *Resultados.* Se obtuvo para el instrumento una consistencia interna de .93 y una varianza explicada de 67.6%. El análisis factorial confirmatorio arrojó un modelo de dos factores (Funcionalidad sexual y Malestar sexual), con índices que sugieren estabilidad y ajuste. *Discusión.* La versión mexicana del EPIC tiene confiabilidad y validez adecuadas, siendo su estructura factorial similar a la de la escala original, por lo que se recomienda para la práctica clínica y la investigación, a la vez que se sugiere emplearlo en varones con diversas afectaciones sexuales.

Palabras clave: Estudio de validación; Sexualidad; Disfunción sexual; Hombres mexicanos; Psicometría.

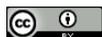
ABSTRACT

Background. Male sexual function results from a complex interaction of psychological, neurogenic, and vascular factors; an interruption in any part of this process leads to sexual dysfunction. Since sexual dysfunction in Mexico seems prevalent between 30% to 35%, it is necessary to have a valid and reliable scale to measure sexual functionality in the male population. *Objective.* To determine the psychometric properties of the scale of the Composite Index for Prostate Cancer for sexual evaluation (EPIC) in Mexican men. *Method.* Study design: cross-sectional, non-experimental instrumental. *Participants* were 206 men aged 20 to 73 years. *Instruments.* The Expanded Composite

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 06510 Ciudad de México, México.

² Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

³ Sylvester Comprehensive Cancer Center, 1550 NW 10th Ave Miami, FL., Estados Unidos.



Index for Sexual Function and the Functional Assessment of Chronic Diseases-General Population. Results. An internal consistency of .93 resulted, including an explained variance of 67.6%. The confirmatory factor analysis yielded a two-factor model (Sexual function and Sexual distress) with indexes suggesting stability and adjustment. Discussion. The Mexican version of the EPIC has reliability and validity and has a factorial structure like the original one. Results lead to recommendations for clinical practice and research, including using the scale in men with different sexual affectations.

Key words: Validation study; Sexuality; Sexual dysfunction; Mexican men; Psychometrics.

Recibido: 15/03/2022

Aceptado: 09/01/2023

La función sexual masculina es una interacción compleja de factores psicológicos, neurológicos, vasculares y hormonales que conduce a la erección y que culmina en el transporte de espermatozoides fuera de la uretra mediante la eyaculación (Rambhatla y Rajfer, 2018).

La satisfacción sexual, por otro lado, puede definirse como una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas a la relación sexual (Lawrance y Byers, 1995). Tal satisfacción se logra cuando las ganancias exceden las expectativas sobre lo que la persona considera que merece recibir, cuando la ganancia es aproximadamente igual para las personas que intervienen en la relación, o cuando estas consideran que fueron tratadas de forma justa (Sprecher y Cate, 2004).

Una interrupción en cualquier parte de este proceso conduce a que el varón padezca una disfunción sexual (Rambhatla y Rajfer, 2018). La disfunción sexual (DS en lo sucesivo) puede definirse como la dificultad en cualquier etapa del encuentro sexual que impide al individuo o a su pareja disfrutar la actividad sexual (Boeri *et al.*, 2020).

Otro de los procesos involucrados es la excitación sexual masculina, un proceso complejo que involucra cerebro, hormonas, emociones, nervios, músculos y vasos sanguíneos. Tal disfunción

puede ser el resultado de un problema en alguno de esos elementos. Del mismo modo, el estrés y las inquietudes relacionadas con la salud mental pueden provocar o empeorar la disfunción (Mayo Clinic, 2018).

En el mundo, entre 20 y 30% de los hombres adultos muestra algún tipo de DS, lo cual afecta la función reproductiva y la calidad de vida de las parejas (Boeri *et al.*, 2020). Se ha reportado que 33.4% de los varones manifiesta haber tenido problemas sexuales en el último año, 6.6% algún grado de disfunción eréctil y 4.5% eyaculación precoz (Briken *et al.*, 2020), de los cuales cerca de 52% se hallan entre los 40 y 70 años de edad. En cuanto a la eyaculación, aproximadamente 20% de la población masculina alrededor del mundo sufre algún trastorno, lo que implica un efecto dañino en su calidad de vida (Alzweri y Burnett, 2018).

En México, los datos de la Secretaría de Salud (2017) señalan que la disfunción eréctil afecta a 55% de los hombres mayores de 40 años en una forma leve, moderada en 35% y severa en 10%. Además, González *et al.* (2012) hallaron que 80% de los casos se asociaba a aspectos orgánicos y 20% a factores psicológicos, y que entre 30 y 35% mostraba una prevalencia de 33.8% con diferentes grados de afectación: leve (17.9%), leve moderada (7.9%), moderada (5.8%) y severa (1.9%).

Se han identificado diversos factores asociados, entre los que se encuentran el estado de salud, la diabetes mellitus, las enfermedades metabólicas y las genitourinarias concurrentes. Tales condiciones de salud pueden afectar el deseo sexual, la disfunción orgásmica y la disfunción eréctil (Boeri *et al.*, 2020).

Así, la DS en el hombre se considera como una expresión de la incapacidad de satisfacer el modelo de lo que se considera “normal” en el varón durante el coito, en el que erección, penetración, eyaculación y orgasmo constituyen pruebas de su masculinidad (Molina y Tapia, 2020), entre otros aspectos.

Es por ello que se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la función sexual del hombre, entre los que se encuentran los siguientes:

Inventario Breve de Funciones Sexuales (BSFI, por sus siglas en inglés) (O'Leary *et al.*, 1995). Consta de once reactivos que se agrupan en cinco dimensiones: Impulso sexual, Función eréctil, Eyacuación, Problemas y Satisfacción global. El test-retest con una semana de intervalo fluctuó entre 0.79 y 0.89.

Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF, por sus siglas en inglés) (Rosen *et al.*, 1997). Cuenta con quince reactivos en cinco dimensiones: Función eréctil, Función orgásmica, Deseo sexual, Satisfacción con la relación sexual y Satisfacción global. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach (α) que va de 0.73 a 0.91.

Cuestionario de Salud Sexual Masculina (MSHQ, por sus siglas en inglés) (Rosen, Catania *et al.*, 2004). Compuesto por 25 reactivos en tres dimensiones o dominios: Erección, Eyacuación y Satisfacción. Cuenta con coeficientes α que van de 0.81 a 0.90, con una confiabilidad test-retest de 0.86 a 0.88.

Dichos instrumentos tienen diversas ventajas, como su brevedad y su utilidad para medir también ciertas alteraciones sexuales (Kim *et al.*, 2010; Mykletun *et al.*, 2006; Neijenhuis *et al.*, 2019); sin embargo, no han sido validados ni se han determinado sus propiedades psicométricas en población general mexicana, lo que impide su aplicación, toda vez que es necesario considerar ciertos aspectos lingüísticos e idiosincrásicos de la población que se pretende evaluar (Nunnally y Velázquez, 1995).

En por ello que el Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC por sus siglas en inglés) (Wei *et al.*, 2000) se diseñó para evaluar la función sexual del varón y sus molestias después del tratamiento del cáncer de próstata. Ampliamente utilizado en otras investigaciones (Chang *et al.*, 2011; Robertson *et al.*, 2016), este instrumento ha sido recomendado además, dada la evidencia psicométrica acumulada, por el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) (*cf.* Morgans *et al.*, 2015); así, dicho grupo de trabajo ha aportado lineamientos para la adopción de estándares globales cuyo fin sea la medición variables que afectan la salud de las personas.

El EPIC fue desarrollado utilizando pacientes con cáncer de próstata y un panel de expertos a partir de los veinte reactivos del Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (UCLA-PCI, por sus siglas en inglés) (Litwin *et al.*, 1998). Otro aspecto relevante es que se ha empleado para valorar ciertas intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual para valorar la función sexual y la satisfacción sexual de los pacientes (Penedo *et al.*, 2007, Penedo *et al.*, 2018).

Hasta el momento no se dispone de datos acerca de la validez y confiabilidad de este instrumento en hombres de la población general mexicana, por lo que, el objetivo de este estudio fue obtener las propiedades psicométricas del EPIC a fin de contar así con un instrumento que mida la función y satisfacción sexuales en dicha población.

MÉTODO

Se utilizó un diseño transversal, instrumental, no experimental (Carretero y Pérez, 2005). Se incluyeron 206 participantes hombres de nacionalidad mexicana, seleccionados por un muestreo no probabilístico, mediante aplicación en línea.

Criterios de participación

De inclusión. Ser varones, mexicanos, de 18 o más años de edad, que supieran leer y escribir, con actividad sexual en el último año, y que hubiesen aceptado participar mediante la firma de una carta de consentimiento informado.

De exclusión: Sufrir trastornos psiquiátricos actuales reportados por el participante.

De eliminación: No completar en su totalidad el llenado del cuestionario.

Procedimiento

Adaptación cultural

Inicialmente, un traductor independiente tradujo el instrumento del idioma original inglés al español, tras de lo cual se realizó un jueceo con ocho psicólogos con grado de pre y posgrado, quienes propusieron redactar las instrucciones y las opciones de respuesta para hacerlas más comprensibles

para la población destinataria, y eliminar todo indicio de lenguaje ofensivo en las instrucciones de cada reactivo y en las opciones de respuesta (cf. Mora *et al.*, 2013). Luego, se efectuó una prueba piloto con cinco hombres con el objetivo de evaluar la dificultad y la comprensión del instrumento resultante.

Dicha versión se envió a un segundo traductor para ser retraducida al inglés. Una vez concluido este proceso, la escala se remitió a uno de los investigadores principales de la escala EPIC en pacientes de habla inglesa, el cual no tuvo objeciones para esta versión.

Cada uno de los participantes estuvo de acuerdo en formar parte del estudio, previa lectura y comprensión del consentimiento informado. Se cumplieron las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos.

Instrumentos

Cédula de identificación

Se aplicó una cédula para la obtención de datos sociodemográficos, como edad, lugar de residencia, escolaridad, estado civil y datos clínicos (por ejemplo, diagnóstico de enfermedades o trastornos) y si habían recibido atención psiquiátrica o psicológica.

Índice Compuesto Expandido para Cáncer de Próstata (EPIC) (Apartado de función sexual) (Wei *et al.*, 2000).

Este índice fue desarrollado por un panel de expertos para aplicarse a pacientes con cáncer de próstata tomando los veinte reactivos del Índice de Cáncer de Próstata de la Universidad de California (UCLA-PCI, por sus siglas en inglés) (Litwin *et al.*, 1998), tras de lo cual se elaboraron los cincuenta reactivos que contiene, derivando las sumatorias y subescalas de un análisis factorial. Así, el apartado de Sexualidad consta de nueve preguntas con valores de 1 a 5 y dos factores: Funcionalidad sexual y Malestar sexual. Los primeros siete reactivos se relacionan con el primer factor, que im-

plica la ausencia de dificultades para atravesar las etapas de deseo sexual, excitación y orgasmo, así como la satisfacción subjetiva con la frecuencia y el resultado del comportamiento sexual individual y de pareja (Fielder, 2013). Los dos últimos ítems tienen que ver con el segundo factor, esto es, cuando la disfunción sexual se percibe como un problema, provoca vergüenza y reduce la capacidad para su disfrute (Nelson *et al.*, 2010).

El EPIC fue validado como un cuestionario de salud sexual independiente o como parte de un instrumento con varias dimensiones, con coeficientes α que van de .95 a .93 y correlaciones test-retest de .89 y .91; se puntúa de 0 a 100, y una puntuación más alta significa una mejor salud sexual (Wei *et al.*, 2000).

Evaluación Funcional de Enfermedades Crónicas-Población General (FACIT-GP) (Cella *et al.*, 1993).

El FACIT-GP fue desarrollado considerando 33 reactivos para evaluar la calidad de vida en cuatro dimensiones: Estado físico, Social/familiar, Emocional y Funcional. Contiene 21 reactivos que se puntúan de 0 (“Nada”) a 4 (“Muchísimo”). Traducido al español por Cella *et al.* (1998) y validado por Galindo *et al.* (2022), evalúa algunos aspectos culturales. Se considera que a mayor puntaje, mejor es la calidad de vida. De esta versión es importante señalar que se emplea para la validez convergente, ya que originalmente se empleó para la validez del EPIC cuando fue construido (Wei *et al.*, 2000).

Análisis de datos

Se efectuó un análisis descriptivo de cada reactivo para descartar los datos extremos e identificar los faltantes, obteniéndose así un coeficiente de consistencia interna con α de 0.60 (cf. Hair *et al.*, 1999), a la vez que se identificó la varianza explicada de la escala empleándose la versión 24 del software IBM SPSS®.

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El AFC evaluó el ajuste del modelo de dos factores de la escala: Funcionalidad sexual y Malestar sexual mediante el método de máxima verosimili-

tud y el programa estadístico AMOS® (v. 24), para estimar los datos través de los índices de ajuste global, el valor de χ^2 al cuadrado absoluto (CMIN) y la razón χ^2 al cuadrado entre los grados de libertad (CMIN/gl), y confirmar si había errores en las varianzas y covarianzas nulos (Manzano, 2017).

Se estimó el ajuste global contra un modelo nulo por medio del índice de ajuste comparativo (CFI); la parsimonia y el equilibrio del modelo con el índice de Tucker-Lewis (TLI), y finalmente la ratificación de la bondad de ajuste mediante el

cálculo del índice de error residual medio estandarizado (SRMR) (Byrne, 2010; Kline, 2011).

Para obtener la validez convergente entre el EPIC y el FACT-GP se empleó la correlación de Pearson dado el nivel de intervalo de las variables con $p < 0.05$.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de quienes participaron en el estudio.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

	f	%		f	%
N	206	100	Paternidad		
Edad (rango)			Sí	140	68.0
20-73			No	66	32.0
$\bar{X} = 45.4, \sigma = 13.2$			Número de hijos		
Lugar de residencia			Rango (1-11)		
Ciudad de México	58	28.2	$\bar{X} = 2.84, \sigma = 1.35$		
Estado de México	24	11.7	Con pareja		
Interior de la República	124	60.2	Sí	108	52.4
Estado civil			No	98	47.6
Soltero	56	27.2	Estado de salud actual		
Casado	71	34.5	Muy bueno	28	13.6
Unión libre	40	19.4	Bueno	119	57.8
Divorciado/separado	33	16.0	Regular	51	24.8
Viudo	6	2.9	Malo	8	3.9
Escolaridad			Recibió atención en salud mental		
Ninguna	2	1.0	Sí	45	21.8
Primaria	9	4.4	No	161	78.2
Secundaria	30	14.6	Tipo de atención (salud mental)		
Bachillerato	55	26.7	Psicología	33	16.0
Licenciatura	84	40.8	Psicología/psiquiatría	6	2.9
Posgrado	26	12.6	Psiquiatría	3	1.5
Comorbilidades			Ninguna	161	78.2
Ninguna	109	52.9	Ocupación		
Hipertensión	23	11.2	Estudiante	16	7.8
Diabetes	20	9.7	Empleado	76	36.9
Obesidad	19	9.2	Desempleado	13	6.3
Otros	11	5.2	Autoempleo	38	18.4
Combinación	24	11.4	Profesionista	49	23.8
			Jubilado	10	4.9
			Otros	4	2.0

En cuanto a la escala EPIC, se obtuvo una consistencia interna global de .93 (coeficiente α de Cronbach estandarizado) y una varianza explicada de 67.6% con dos factores: Funcionalidad sexual y Malestar sexual, habiéndose eliminado el reactivo 6 del análisis debido a que su carga factorial fue menor a .40.

Análisis factorial confirmatorio

En la Figura 1 se observa el modelo de dos factores, los estimadores calculados para cada factor,

las correlaciones entre ellos y la varianza explicada de cada reactivo. Los índices de ajuste comparativo (.936), y de Tucker-Lewis (.912) muestran un ajuste a los datos (≥ 0.90), una bondad de ajuste o χ normada (CMIN/gl) de 3.3, y finalmente un SRMR de .047 ($< .080$) (Manzano, 2017). Así, el modelo mostró niveles de ajuste a los datos que apoyan la estructura factorial confirmatoria.

Se evaluó asimismo validez concurrente del EPIC con el FACIT-GP, hallándose correlaciones de moderadas a altas y estadísticamente significativas (Tabla 2).

Figura 1. Modelo de escala EPIC.

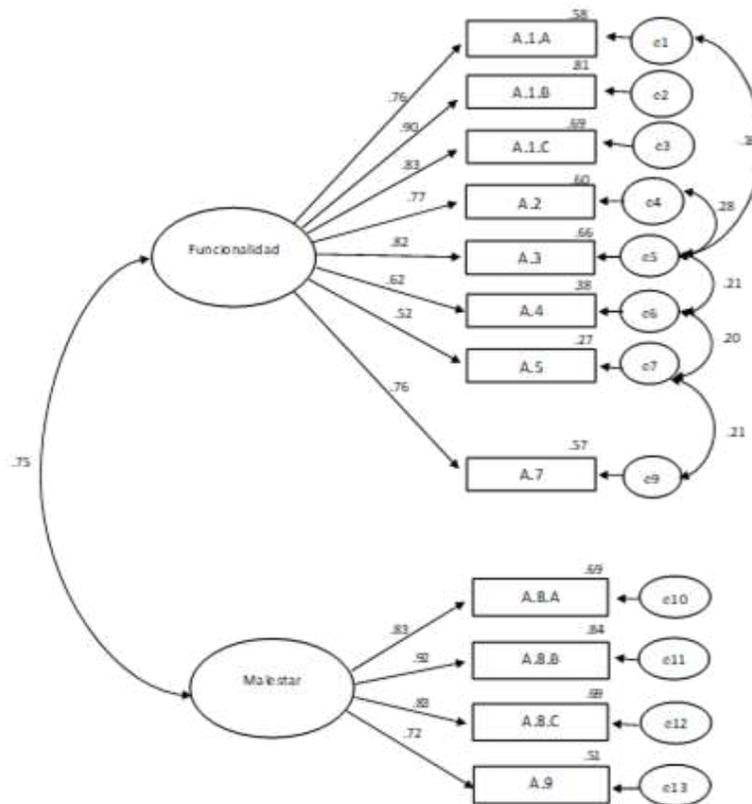


Tabla 2. Correlaciones entre las escalas EPIC y FACIT-GP.

Subescalas EPIC	FACIT-GP				Puntaje total FACIT-GP
	Estado físico	Social-familiar	Emocional	Funcionalidad	
Función sexual	.530**	.480**	.506**	.429**	.596**
Malestar sexual	.523**	.565**	.514**	.483**	.645**
EPIC-Puntaje total	.571**	.564**	.553**	.492**	.671**

Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Es esta la primera vez que se reportan las propiedades psicométricas del EPIC en varones de la población general mexicana, mostrando que esta escala es útil para medir la función sexual mediante los componentes de funcionalidad sexual y malestar sexual.

La consistencia interna y la varianza explicada del EPIC fueron adecuadas y semejantes a las de la versión original (Wei *et al.*, 2000). El instrumento en general tiene atributos favorables. En el AFC, los resultados sugieren una estructura factorial semejante a la original; sin embargo, se eliminó el reactivo 6 (“Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido relaciones sexuales (penetración, coito?”) debido a que no se ajustaba al modelo y podía calificarse como defectuoso (Blum *et al.*, 2013). De los participantes, 47.6% manifestaron no tener pareja pero sí actividad sexual, lo que sin embargo puede haber afectado la carga factorial del reactivo (por tener un interés clínico, aunque no se le considere en la sumatoria total de la escala, se sugiere mantener esta pregunta en las aplicaciones a los participantes).

La validez convergente del instrumento resultó tener correlaciones positivas y significativas de medias a altas, lo que lleva a plantear que los factores de calidad de vida de la escala EPIC se relacionan con los del FACIT-GP, lo que implica que hay una relación entre la calidad de vida y la función sexual (Rosen, Seidman *et al.*, 2004; Teixeira *et al.*, 2018), específicamente entre el estado físico con la función y el malestar sexuales, lo que implica que si los hombres están físicamente bien, su función sexual será normal. También el aspecto sociofamiliar desempeña un papel importante en la función sexual, lo que supone una adecuada comunicación y redes de apoyo positivas. En otro punto, los aspectos emocionales están muy relacionados con la función sexual; en efecto, sentir emociones positivas parece ser necesario para gozar de una adecuada función sexual, por lo que se sugiere que tales emociones ayudan a disminuir las molestias sexuales de los hombres evaluados, aunque hacen falta más análisis para corroborar tales resultados.

En un estudio hecho por vía electrónica, Agaba *et al.* (2017) aplicaron la escala EPIC a un grupo de hombres latinos en Estados Unidos, identificando barreras potenciales para su aplicación debido a la adaptación idiomática realizada. Berry *et al.*, (2015) ya habían reportado que era necesario llevar a cabo una redefinición del uso lingüístico y cultural para una correcta apropiación del español empleado en los estudios; no obstante, esa situación no se observó en la aplicación de la versión propuesta del instrumento en varones mexicanos; de hecho, en el jueceo realizado para esta investigación se hicieron algunos ajustes en los reactivos sin considerar una traducción literal; antes bien, se revisó la forma en que los reactivos tuvieran coherencia y fueran comprensibles para una persona hispanohablante.

La escala EPIC, al tener pocos reactivos para evaluar la función sexual, puede resultar de utilidad en el área clínica, donde se requieren instrumentos breves y sencillos que puedan ser respondidos por el mismo paciente, y puede emplearse para generar líneas de investigación sobre determinados aspectos sexuales en la población general o en pacientes con enfermedades crónicas (Alemozaffar *et al.*, 2012; Vertosick *et al.*, 2017).

Se preguntó a los participantes acerca de su salud mental de a fin de excluir los casos con afectaciones graves, como algún trastorno de la personalidad que pudiera alterar las puntuaciones (*cf.* Oakland y Merino, 2006). Se ellos, 21.8% manifestó haber recibido alguna vez atención para su salud mental, y 4.4% señaló haber recibido algún tipo de atención psiquiátrica para una alteración no grave, por lo que no fueron excluidos del estudio.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo, se considera que, debido a que originalmente se elaboró dicho instrumento para pacientes con cáncer de próstata, es importante valorar por medio del análisis de invarianza (Hair *et al.*, 1999) las semejanzas o discrepancias que podría tener en personas con cáncer de próstata y sin este, pues dicho análisis permitiría comparar la equivalencia de la estructura de los instrumentos de medida entre esos grupos (Caycho, 2017). Se sugiere además emplearlo en hombres con distintas dis-

funciones sexuales y en posibles tratamientos sexuales, como la psicoeducación, la modificación de hábitos, el uso de medicamentos o las cirugías (Wespes *et al.*, 2010) por su utilidad para identificar las áreas donde existan dificultades (Wei *et al.*, 2000).

CONCLUSIONES

La aplicación de la escala EPIC a población mexicana muestra una estructura factorial similar a la de la versión original, así como propiedades psi-

cométricas aceptables, como validez concurrente con correlaciones de moderadas a altas con indicadores de calidad de vida e indicadores de ajuste confirmatorio que se adaptan a los estándares actuales. Con los resultados obtenidos, es posible afirmar que se dispone de una versión válida para varones mexicanos, con lo cual se podrá valorar su nivel de funcionalidad y satisfacción sexual; asimismo, la citada escala puede emplearse de un modo rutinario en los sistemas de salud del país y así servir como un valioso auxiliar en las investigaciones sobre la sexualidad.

AGRADECIMIENTOS

El presente proyecto de investigación fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), apoyo 720632/beca 697234 para estudios doctorales.

Citación: Espinoza-Bello, M., Galindo-Vázquez, Ó., Penedo, F.J., Jiménez-Ríos, M.Á., Ortega-Andeane, P., Scavuzzo, A., García-Méndez, M. y Meneses-García, A. (2024). Propiedades psicométricas del EPIC-Función Sexual en hombres mexicanos. *Psicología y Salud*, 34(1), 145-154. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2852>

REFERENCIAS

- Agaba, P.A., Ocheke, A.N., Akanbi, M.O., Gimba, Z.M., Ukeagbu, J., Mallum, B.D. y Agaba, E.I. (2017). Sexual functioning and health-related quality of life in men. *Nigerian Medical Journal*, 58(3), 96. Doi: 10.4103/NMJ.NMJ_225_16
- Alemezaffar, M., Duclos, A., Hevelone, N.D., Lipsitz, S.R., Borza, T., Yu, H.-Y., Kowalczyk, K.J. y Hu, J.C. (2012). Technical refinement and learning curve for attenuating neurapraxia during robotic-assisted radical prostatectomy to improve sexual function. *European Urology*, 61(6), 1222-1228. Doi: 10.1016/j.eururo.2012.02.053
- Alzweri, L. y Burnett, A.L. (2018). Components of erection and ejaculation as the potential target systems for environmental toxicants. *Bioenvironmental Issues Affecting Men's Reproductive and Sexual Health*, 391-400. Doi: 10.1016/B978-0-12-801299-4.00024-4
- Berry, D.L., Halpenny, B., Bosco, J.L.F., Bruyere, J. y Sanda, M.G. (2015). Usability evaluation and adaptation of the e-Health Personal Patient Profile-Prostate decision aid for Spanish-speaking Latino men. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 56. Doi: 10.1186/s12911-015-0180-4
- Blum, D., Auné, S., Galibert, M.S. y Attorresi, H. (2013). Criterios para la eliminación de ítems de un test de analogías figurales. *Summa Psicológica*, 10(2), 49-56. Doi: 10.18774/448x.2013.10.140
- Boeri, L., Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Schifano, N., Montanari, E., Montorsi, F. y Salonia, A. (2020). Sexual dysfunction in men with prediabetes. *Sexual Medicine Reviews*, 8(4), 622-634. Doi: 10.1016/J.SXMR.2018.11.008
- Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G.M. y Dekker, A. (2020). Estimating the prevalence of sexual dysfunction using the new ICD-11 Guidelines: Results of the First Representative, Population-Based German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(39), 653. Doi: 10.3238/ARZTEBL.2020.0653
- Byrne, B.M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf>
- Caycho, T. (2017). Importancia del análisis de invarianza factorial en estudios comparativos en Ciencias de la Salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(2), 1-3. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

- Cella, D., Hernandez, L., Bonomi, A.E., Corona, M., Vaquero, M., Shiimoto, G. y Baez, L. (1998). Spanish language translation and initial validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy Quality-of-Life Instrument. *Medical Care*, 36(9), 1407-1418. Doi: 10.1097/00005650-199809000-00012
- Cella, D., Tulskey, D., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S.B., Winicour, P., Brannon, J., Eckberg, K., Lloyd, S., Purl, S., Blendowski, C., Goodman, M., Barnicle, M., Stewart, I., McHale, M., Bonomi, P., ... Harris, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579. Doi: 10.1200/JCO.1993.11.3.570
- Chang, P., Szymanski, K.M., Dunn, R.L., Chipman, J.J., Litwin, M.S., Nguyen, P.L., Sweeney, C.J., Cook, R., Wagner, A.A., Dewolf, W.C., Bubley, G.J., Funches, R., Aronovitz, J.A., Wei, J.T. y Sanda, M.G. (2011). Expanded prostate cancer index composite for clinical practice: Development and validation of a practical health related quality of life instrument for use in the routine clinical care of patients with prostate cancer. *Journal of Urology*, 186(3), 865-872. Doi: 10.1016/j.juro.2011.04.085
- Fielder, R. (2013). Sexual functioning. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1774-1777. Doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_668
- Galindo V., Ó., Mendoza C., L.A., Flores J., J., Núñez H., J., Calderillo R., G., Meneses G., A. y Lerma, A. (2022). Propiedades psicométricas do instrumento de avaliação de funcionalidade no tratamento para doenças crônicas (FACT-GP) en población general mexicana. *Ciencia Psicológica*, 16(2). ve2732. Doi: 10.22235/cp.v16i2.2732
- González C., E., Villeda S., C.I., Sotomayor Z., M., Ibarra S., R., Calao P., M.B., Quijada C., H., Feria B., G. y Castillejos M., R.A. (2012). Prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven en México. *Revista Mexicana de Urología*, 72(5), 245-249.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante* (5th ed.). Prentice-Hall.
- Kim, M.K., Cheon, J., Lee, K.S., Chung, M.K., Lee, J. y., Lee, S.W., Kim, S.W., Chung, B.H., Park, K. y Park, J.K. (2010). An open, non-comparative, multicentre study on the impact of alfuzosin on sexual function using the Male Sexual Health Questionnaire in patients with benign prostate hyperplasia. *International Journal of Clinical Practice*, 64(3), 345-350. Doi: 10.1111/J.1742-1241.2009.02247.x
- Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Lawrance, K.-A. y Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. Doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x
- Litwin, M.S., Hays, R.D., Fink, A., Ganz, P.A., Leake, B. y Brook, R.H. (1998). The UCLA Prostate Cancer Index: development, reliability, and validity of a health-related quality of life measure. *Medical Care*, 36, 1002-1012. Doi: 10.2307/3767360
- Manzano P., A.P. (2017). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. *Investigación en Educación Médica*, 7(25), 67-72. Recuperado de <http://riem.facmed.unam.mx/node/729>
- Mayo Clinic (2018). *Disfunción eréctil. Síntomas y causas*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/erectile-dysfunction/symptoms-causes/syc-20355776>
- Molina, D.M. y Tapia, J.P. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 53-63. Doi: 10.18537/RFCM.38.01.08
- Mora, J., Bautista, N., Natera, G. y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9-18. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000100002yscript=sci_arttext
- Morgans, A.K., Van Bommel, A.C.M., Stowell, C., Abrahm, J.L., Basch, E., Bekelman, J.E., Berry, D.L., Bossi, A., Davis, I.D., De Reijke, T.M., Denis, L.J., Evans, S.M., Fleshner, N.E., George, D.J., Kiefert, J., Lin, D.W., Matthew, A.G., McDermott, R., Payne, H., ... Penson, D.F. (2015). Development of a standardized set of patient-centered outcomes for advanced prostate cancer: An international effort for a unified approach. *European Urology*, 68(5), 891-898. Doi: 10.1016/j.euro.2015.06.007
- Mykletun, A., Dahl, A.A., O'leary, M.P. y Fosså, S.D. (2006). Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory. *BJU International*, 97(2), 316-323. Doi: 10.1111/j.1464-410x.2005.05904.x
- Neijenhuijs, K.I., Holtmaat, K., Aaronson, N.K., Holzner, B., Terwee, C.B., Cuijpers, P. y Leeuw, I.M.V. (2019). The International Index of Erectile Function (IIEF): A systematic review of measurement properties. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 1078-1091. Doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.010
- Nelson, C.J., Deveci, S., Stasi, J., Scardino, P.T. y Mulhall, J.P. (2010). Sexual bother following radical prostatectomy. *Journal of Sexual Medicine*, 7(PART 1), 129-135. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01546.x
- Nunnally, J.C. y Velázquez, J.A. (1995). *Teoría psicométrica*. McGraw-Hill.
- Oakland, T. y Merino S., C. (2006). Aspectos individuales que influyen en el desempeño durante el examen psicológico. *Psicopedagogía*, 23(71), 152-157.

- O'Leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R., Barber, B., Sagnier, P.P., Guess, H.A. y Barry, M.J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology*, *46*(5), 697-706. Doi: 10.1016/s0090-4295(99)80304-5
- Penedo, F.J., Antoni, M.H., Moreno I, P., Traeger, L., Perdomo, D., Dahn, J., Miller, G.E., Cole, S., Orjuela, J., Pizarro, E. y Yanez, B. (2018). Study design and protocol for a culturally adapted cognitive behavioral stress and self-management intervention for localized prostate cancer: The Encuentros de Salud study. *Contemporary Clinical Trials*, *71*, 173-180. Doi: 10.1016/j.cct.2018.06.010
- Penedo, F.J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J.S., Schneiderman, N. y Antoni, M.H. (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, *14*(3), 164-172. Doi: 10.1007/BF03000188
- Rambhatla, A. y Rajfer, J. (2018). Male sexual dysfunction. *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, 767-774. Doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.65376-x
- Robertson, J., McNamee, P., Molloy, G., Hubbard, G., McNeill, A., Bollina, P., Kelly, D. y Forbat, L. (2016). Couple-based psychosexual support following prostate cancer surgery: Results of a feasibility pilot randomized control trial. *Journal of Sexual Medicine*, *13*(8), 1233-1242. Doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.013
- Rosen, R.C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O'Leary, M. y Seftel, A.D. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale development and psychometric validation. *Urology*, *64*(4), 777-782. Doi: 10.1016/j.urology.2004.04.056
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J. y Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, *49*(6), 822-830. Doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0
- Rosen, R.C., Seidman, S.N., Menza, M.A., Shabsigh, R., Roose, S.P., Tseng, L.J., Orazem, J. y Siegel, R.L. (2004). Quality of life, mood, and sexual function: A path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms. *International Journal of Impotence Research*, *16*(4), 334-340. Doi: 10.1038/sj.ijir.3901197
- Secretaría de Salud (2017). 119. *La disfunción eréctil afecta al menos a la mitad de mayores de 40 años*. Gobierno de México: Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/119-la-disfuncion-erectil-afecta-al-menos-a-la-mitad-de-mayores-de-40-anos>
- Sprecher, S. y Cate, R.M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. En J. H. Harvey, A. Wenzel y S. Sprecher (Eds.): *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235-256). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Teixeira, T., Nazima, M. y Hallak, J. (2018). Male sexual quality of life is maintained satisfactorily throughout life in the Amazon rainforest. *Sexual Medicine*, *6*(2), 90-96. Doi: 10.1016/j.esxm.2017.11.002
- Vertosick, E.A., Vickers, A.J., Cowan, J.E., Broering, J.M., Carroll, P.R. y Cooperberg, M.R. (2017). Interpreting patient reported urinary and sexual function outcomes across multiple validated instruments. *Journal of Urology*, *198*(3), 671-677. Doi: 10.1016/j.juro.2017.03.121
- Wei, J.T., Dunn, R.L., Litwin, M.S., Sandler, H.M. y Sanda, M.G. (2000). Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, *56*(6), 899-905. Doi: 10.1016/s0090-4295(00)00858-x
- Wespes, E., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F. y Vardi, Y. (2010). *Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina, disfunción eréctil y eyaculación precoz*. European Association of Urology.

Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios

Sexual practices, skills to negotiate the use of condoms, and infatuation in university students

Diana Patricia Aguirre-Ojeda¹, J. Isaac Uribe-Alvarado²,
Cecilia del Carmen Rojas-Montoya¹ y Mayra Consuelo Pérez-Pimienta¹

Universidad Autónoma de Nayarit¹
Universidad de Colima²

Autor para correspondencia: J. Isaac Uribe-Alvarado, iuribe@uacol.mx.

RESUMEN

Las relaciones sexuales desprotegidas en jóvenes representan un problema de salud pública por su asociación con infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. El objetivo del presente estudio predictivo y cuantitativo fue describir las prácticas sexuales de una muestra de 412 estudiantes universitarios sexualmente activos, de los cuales 271 fueron mujeres y 141 varones, y determinar la medida en que las habilidades para negociar el uso del condón y el enamoramiento predicen la frecuencia del uso de este dispositivo. Se da cuenta de los resultados en términos de edad en la primera relación sexual, edad de la primera pareja, uso del condón en la primera relación sexual y frecuencia posterior. De igual manera, se reportan los puntajes de la habilidad para negociar el citado uso y su relación con el enamoramiento. Los autores concluyen que es necesario crear estrategias dirigidas al fomento de las habilidades de negociación para el uso del condón y la promoción del enamoramiento con responsabilidad sexual.

Palabras clave: Uso del condón; Enamoramiento; Estudiantes universitarios; Habilidades de negociación.

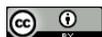
ABSTRACT

Unprotected sexual relationships are a public health problem because of their association with sexual infections and undesired pregnancies. The objective of this predictive and quantitative study was to describe the sexual practices of a sample of 412 sexually-active university students (271 females and 141 males), as well as to analyze their skills to negotiate condom use and how infatuation predicts the use of condom frequency. The results include age at the first intercourse, the age of the first sexual couple, the use of a condom in the first intercourse, and later usage frequency—the scores of the negotiation skills to promote condom use and its relation with the infatuation. The authors conclude that it is necessary to design strategies to foster such skills and to promote infatuation with sexual responsibility.

Key words: Condom use; Infatuation; University students; Negotiation skills.

¹ Ciudad de la Cultura “Amado Nervo”, 63000 Tepic, Nay., México, correos electrónicos: diana.aguirre@uan.edu.mx, cecilia.rojas@uan.edu.mx y mayra.perez@uan.edu.mx.

² Avenida Universidad 333, El Porvenir II, 28040 Colima, Col., México.



Recibido: 21/01/2022

Aceptado: 16/01/2023

Los adolescentes y jóvenes constituyen un importante grupo poblacional. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2015 había más de 1,200 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad, lo que representaba en ese momento 16% de todos los habitantes del globo, y se estima que para 2030 y en los siguientes años su cantidad aumentará 7% en promedio (ONU, 2016).

En México viven alrededor de 38.6 millones de personas de 12 a 29 años, lo que posiciona a este país como el segundo lugar en Iberoamérica con la mayor cantidad de jóvenes (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE], 2017). Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020), los grupos de edad en los que se hallan los jóvenes de 10 a 14 años, de 15 a 19, de 20 a 24 y de 25 a 29, constituyen 4.9, 4.4, 4.2 y 3.8, respectivamente, esto es, 14% de la población mexicana.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), en el transcurso de la juventud muchos jóvenes exhiben comportamientos de riesgo, como el consumo dañino de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo, comportamientos que pueden ser negativos para su bienestar físico y mental.

Adicionalmente, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2021) indica que algunos cambios que viven los jóvenes en el tránsito de su infancia a la adultez están influidos por la sexualidad y el inicio de la vida reproductiva. En cuanto a sus prácticas sexuales, tal como se apuntó línea atrás, la OMS (2020) resalta que tales prácticas sexuales tienden a ser riesgosas para los jóvenes. De acuerdo con Spencer (2019), una conducta o práctica sexual de riesgo es aquella que a través de la exposición sexual se pueden ocasionar daños a la salud propia o a la de los demás, y un ejemplo de lo anterior son las relaciones coitales sin condón.

Las prácticas sexuales de riesgo están asociadas a factores físicos, cognitivos, psicosociales, afectivo-motivacionales, educativos, familiares, de

amistad y comunicativos (Alfonso y Figueroa, 2017), así como a otros relacionados con el desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, la exploración de las necesidades sexuales, los cambios en las características de la personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales, el establecimiento de un sistema propio de valores sexuales y la presión ejercida por el grupo de pares (García *et al.*, 2012).

Además, la sexualidad juvenil está marcada por factores de género. Rojas y Castrejón (2011) señalan que la iniciación sexual en los varones tiene por lo general un carácter ritual, a diferencia de las mujeres, de quienes se espera recato y virginidad hasta el matrimonio; Menkes *et al.* (2019) encontraron que los hombres se inician sexualmente a una edad más temprana por curiosidad y con conocidas, mientras que las mujeres lo hacen normalmente por amor y con sus parejas. Saeteros *et al.* (2013) apunta que los jóvenes tienen dificultades para asimilar el significado de la sexualidad, por lo que frecuentemente ignoran los derechos sexuales y reproductivos de sí mismos y de los demás, así como las medidas adecuadas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las prácticas sexuales de riesgo, tales como la iniciación sexual a temprana edad, las relaciones sexuales sin protección o las relaciones sexuales con múltiples parejas son una importante área de preocupación para la salud pública, pues pueden tener consecuencias negativas, como embarazos no deseados, abortos inseguros e ITS, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Spencer, 2019). Además, ONUSIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] y la OMS (2015) también reconocen que la prevención del VIH y otras ITS, así como de los embarazos no deseados, se consideran como una prioridad de la salud pública en virtud de que tales fenómenos muestran una frecuencia alarmante.

De acuerdo con la OMS, en el año 2019 más de un millón de personas contrajeron ITS cada día, y se estima que año con año unos 376 millones de personas contraen alguna de estas ITS: clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis; más de 500 millones de personas son portadoras del VIH, y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), que es la princi-

pal causa del cáncer cervicouterino (OMS, 2019). En 2020, 1.7 millones de niños de hasta 14 años vivían con VIH, y la mitad de todas las nuevas infecciones atacaron a mujeres y niñas (ONUSIDA, 2021).

Es muy probable que tales estadísticas sean una consecuencia de los comportamientos o prácticas sexuales de riesgo, las que podrían haberse evitado mediante el uso correcto del condón, pues como lo refieren Triana *et al.* (2017), su uso implica una de las habilidades que favorecen prácticas sexuales seguras, y que por lo tanto disminuyen las conductas sexuales de riesgo. Pese a lo anterior, Bolaños (2019), a partir de una perspectiva de género, subraya las barreras socioculturales (tabúes y actitudes machistas entre los hombres), infraestructurales (puntos de venta o abastecimiento de condones exclusivamente en farmacias, insuficiente preparación de los vendedores, escasa comercialización del condón femenino, falta de dispensadores de estos artículos en lugares públicos, etc.), religiosas, psicológicas y económicas para el acceso y el uso de estos dispositivos.

Asimismo, la ONUSIDA (2015) refiere que muchos adolescentes y jóvenes no tienen la habilidad ni el poder necesario para negociar el uso del condón en una relación sexual, y que son numerosos los que se resisten a utilizarlo al considerar que constituye una falta de confianza hacia la pareja o una violación a la intimidad. La OMS (2016) afirma que, aunque los preservativos masculinos y femeninos son eficaces para prevenir las ITS y los embarazos no deseados, su uso incorrecto o discontinuo y su poca aceptación dificultan el logro de beneficios mayores, por lo que llama a los gobiernos a desarrollar estrategias, programas y herramientas dirigidos a ayudar a esta capa poblacional a dar respuesta a sus necesidades de salud (*cf.* OMS, 2020).

De acuerdo con Román (2009), el hecho de compartir experiencias y negociar experiencias sexuales con otra persona es una de las tareas a las que se enfrentan los jóvenes. La negociación sexual “es una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las dos personas involucradas” (Crawford *et al.*, 1994, p. 2) (*cf.*, Naboia y

Serrano, 2006). Así, las habilidades de negociación y la asertividad sexual tienen efectos directos en la utilización del condón en las relaciones sexuales de los jóvenes (Uribe *et al.*, 2017).

Algunos estudios acerca de la negociación para el uso del condón indican que mientras más conocimientos se tienen de las estrategias de negociación, más frecuente es su empleo (Holland y French, 2011; Triana *et al.*, 2017). Casique (2016) reporta que el hecho de que los jóvenes pidan a su pareja utilizar del condón se asocia significativamente con su utilización en su última relación sexual y aumenta la probabilidad de usarlo más adelante.

Uribe *et al.* (2018), a su vez, reportan que tanto mujeres como hombres reconocen la importancia de negociar con su pareja sexual el uso del condón en las relaciones sexuales, y que la habilidad para hacerlo depende de los roles de género. En efecto, Palacios y Ortega (2020) compararon los niveles de negociación sexual y la autoeficacia en dicho uso del condón, reportando algunas diferencias entre hombres y mujeres en los estilos de negociación sexual.

Rinaldi-Miles *et al.* (2013) examinaron las influencias para tomar decisiones sobre el uso del condón, hallando que la autoridad, la coherencia y la prueba social influyen en ese proceso, destacando también ciertas diferencias de género. Solís y Martínez (2015) indican que las relaciones de poder son un reflejo del contexto sociocultural en el que la sexualidad es un constructo social determinado por los roles de género, en los que la mujer, por el mero hecho de serlo, es quien tiene el menor poder para negociar, a diferencia del varón, quien reafirma además su masculinidad buscando el placer mediante el sexo sin condón.

Ruark *et al.* (2017) hacen énfasis en que el amor es fundamental en las relaciones sexuales íntimas, y que las concepciones positivas del mismo pueden fomentar formas y expresiones positivas que prevengan las ITS. Ewing y Bryan (2015), a su vez, exponen que la actividad sexual en los adolescentes ocurre comúnmente en el contexto de una relación romántica, y asimismo que hay una menor probabilidad de usar condones cuando hay confianza o amor en la pareja y una alta frecuencia en sus relaciones sexuales.

El modelo de asociaciones conductuales afectivas las define como aquellos sentimientos que se asocian a la representación mental de una conducta de salud y que tienen una influencia directa en las prácticas conductuales. Este modelo muestra la relación existente entre el área cognitiva y la relación de afecto en las decisiones sobre el uso del condón por los adolescentes y adultos jóvenes; las asociaciones afectivas son así un predictor proximal y específico del comportamiento de tal uso que media el efecto de las creencias cognitivas (Ellis *et al.*, 2018); Agnew *et al.*, 2018) aseveran que a medida que aumenta el compromiso en la relación, hay una menor vulnerabilidad percibida por parte de la pareja, por lo que disminuye el empleo de este dispositivo.

Para finalizar, no solo el enamoramiento en la relación da lugar a un uso inconsistente, pues también la confianza en la pareja –según Ajayi *et al.* (2019)– genera una baja frecuencia en el uso del condón. De acuerdo con Uribe *et al.* (2015), la asertividad sexual tiene un efecto directo positivo y el enamoramiento un efecto directo negativo en su utilización.

Por lo anterior, atendiendo a las indicaciones de las distintas organizaciones, reflexionando sobre las preocupantes estadísticas de las ITS y reconociendo que aún existen muchos vacíos respecto al uso apropiado del condón, el presente estudio descriptivo, correlacional y predictivo, con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo analizar la medida en que las habilidades de negociación para el uso del condón y el enamoramiento predicen la frecuencia de dicho uso en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Tepic, Nay. (México), y sugerir algunas medidas pertinentes para promover su uso, contribuyendo a la prevención de embarazos no deseados e ITS y al fomento del enamoramiento con responsabilidad sexual.

MÉTODO

Participantes

Mediante un muestreo intencional por conveniencia, en este estudio participó un total de 412 es-

tudiantes universitarios: 158 de primero a octavo semestres de la carrera de Medicina. y 254 de segundo a noveno semestres de Psicología, de los cuales 141 fueron varones (40 %) y 271 mujeres (60%).

El promedio de edad de los hombres fue de 20.4 años, y de 20.1 años de las mujeres. Todos los participantes fueron estudiantes inscritos en la Universidad Autónoma de Nayarit al momento de la aplicación del instrumento. El total de participantes vivía en familias nucleares o reestructuradas.

La participación fue voluntaria, previa firma de una carta de consentimiento informado en la que se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos reportados. Se excluyó a quienes tuvieran alguna irregularidad administrativa en la carrera, una edad superior a 28 años o decidieran abandonar el proceso ya iniciado.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario construido y validado para su aplicación a una muestra de estudiantes universitarios antes de su empleo en el presente estudio. Dicho cuestionario es resultado de un estudio exploratorio con grupos focales, a partir de los cuales se obtuvieron expresiones de los participantes que se redactaron técnicamente como ítems.

La primera parte del instrumento se conforma con preguntas relativas a sus datos sociodemográficos, así como otras relacionadas a las prácticas sexuales: tipo de pareja, edad de inicio sexual, tipo de relaciones sexuales, uso del condón y frecuencia de su uso.

La segunda parte consta de siete dimensiones, de las cuales sólo se utilizaron dos en el presente estudio.

Para evaluar los indicadores psicométricos del instrumento se efectuó un análisis factorial exploratorio y se determinaron en su caso los coeficientes alfa de Cronbach (α). Los factores usados en el presente estudio fueron los siguientes: el primero, denominado “Habilidad en el uso del condón”, contó con cinco reactivos y alcanzó un valor α de .964; el segundo, “Enamoramiento con la pareja sexual”, consta de tres reactivos y un valor α de .916. La frecuencia del uso de condón se midió

a través de tres preguntas de tipo ordinal, con valores de 1 = “Nunca”, a 5 = “Siempre”, referidas al uso del condón en los últimos tres meses y en los últimos cinco encuentros sexuales, así como su uso en la vida sexual en general.

Procedimiento

Una vez seleccionados los participantes, estos acudían en compañía de un docente a los centros de cómputo de los citados programas académicos, donde contestaban el cuestionario mediante la plataforma Google Forms. El tiempo promedio de respuesta fue de 20 minutos, durante los cuales se aclararon sus dudas sobre la forma de contestar el instrumento, garantizándoles la confidencialidad de sus respuestas.

Análisis estadísticos

Se hicieron pruebas estadísticas descriptivas y se obtuvieron las medidas de tendencia central necesarias para conocer las características generales de la muestra, así como comparaciones entre grupos, pruebas de correlación entre variables y análisis de regresión logística múltiple para satisfacer los objetivos del estudio.

RESULTADOS

De la muestra total de participantes, 90.1% declaró que el tipo de relaciones sexuales que habían tenido, en el caso de los hombres, eran heterosexuales; 7.1% homosexuales y 2.8% bisexuales. En el

grupo de mujeres, 92.9% tenía relaciones heterosexuales, 3.8% homosexuales y 3.3% bisexuales. Todos los participantes declararon ser solteros y 58.5% refirió tener pareja (novia, novio) al momento de la aplicación del cuestionario.

El grupo de hombres tuvo su primera relación sexual a los 16.9 años en promedio, y el grupo de mujeres a los 17.4 años; la edad de la primera pareja sexual en el caso de los hombres fue de 17.4, y de 19 años en el de las mujeres.

Del grupo de hombres, 90% reportó haber utilizado condón en su primera relación sexual, y 82.7% en el caso de las mujeres.

Con el propósito de conocer las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la frecuencia del uso del condón, los niveles de enamoramiento y la habilidad para negociar el uso de este dispositivo, se hizo una prueba *t* de Student para muestras independientes, cuyos resultados indicaron diferencias significativas en la frecuencia de uso; así, las mujeres reportaron promedios menores que los hombres en dicha frecuencia en los últimos cinco encuentros sexuales, en los últimos tres meses y en la vida sexual en general.

Además, se observó una diferencia significativa en la habilidad para negociar el uso del condón, en lo que los hombres alcanzaron promedios más altos que las mujeres, mostrando así una mayor habilidad de negociación.

En la Tabla 1 se muestran los resultados. El grupo de hombres, a diferencia del grupo de mujeres, obtuvo promedios significativamente mayores en la consistencia del uso del condón, y asimismo en la habilidad para negociar el uso del condón.

Tabla 1. Comparación de la frecuencia del uso del condón entre hombres y mujeres.

Variable	Sexo	Prom.	Valor F	<i>p</i>
Uso del condón en los últimos tres meses	Mujeres	3.93	.829	.054
	Hombres	4.21		
Uso del condón en los últimos cinco encuentros sexuales	Mujeres	4.1	23.377	.001
	Hombres	4.5		
Uso del condón en la vida sexual en general	Mujeres	4.2	9.464	.004
	Hombres	4.5		
Enamoramiento	Mujeres	5.6	.000	.387
	Hombres	5.3		
Habilidades de negociación	Mujeres	18.2	.672	.018
	Hombres	18.8		

Con el propósito de analizar la relación entre la frecuencia del uso del condón, la habilidad de negociación y el enamoramiento, se hicieron pruebas de correlación de Pearson en ambos grupos. Los resultados descritos en la Tabla 2 muestran que

en los dos hubo una correlación negativa media entre la frecuencia del uso del condón y el enamoramiento, y además correlaciones positivas entre la habilidad de negociación y la frecuencia del uso del condón.

Tabla 2. Correlación entre frecuencia del uso del condón, el enamoramiento y la habilidad de negociación (Hombres, n = 141; Mujeres, n = 211).

	Frecuencia del uso del condón	Enamoramiento	Habilidad de negociación del uso del condón
Frecuencia del uso del condón		-.509**	.291**
Enamoramiento	.556**		-.254**
Habilidad de negociación del uso del condón	.333**		

* La esquina inferior izquierda corresponde al grupo de hombres, y la esquina superior derecha al grupo de mujeres.

** La correlación es significativa al 0.01 (bilateral).

Tomando como referencia el hecho de que hubo correlaciones significativas entre las variables de estudio, y con el fin de determinar si la habilidad de negociación del uso del condón y el enamoramiento predecían su frecuencia de uso, se llevó a cabo una prueba de regresión logística múltiple. En el grupo de hombres, el enamoramiento predice la frecuencia del uso del condón; se asume que siendo variables que correlacionan negativamente, el nivel de predicción del uso del condón va en

un sentido también negativo; es decir, el enamoramiento predice la inconsistencia del uso del condón en 29.8% del grupo de hombres y en 27.4% del grupo de mujeres.

En un segundo modelo para hombres, la habilidad de negociación, sumada a la variable enamoramiento, tienen un poder predictivo de 39% en los hombres y de 31.1% en las mujeres; esto es, ambas variables predicen la consistencia en el uso del condón (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis por sexo de variables predictoras de la frecuencia del uso del condón.

Sexo	Variables independientes	R ²	F	β	P
Hombres	Enamoramiento.	.31.0	62.306	-.546	.000
	Enamoramiento y habilidades de negociación.	.38.0	42.338	-.511 .305	.000
Mujeres	Enamoramiento.	.25.6	73.063	-.523	.000
	Enamoramiento y habilidades de negociación.	.31.3	47.411	-.476 .198	.000

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la correlación entre la habilidad de negociación del uso del condón, el enamoramiento y la frecuencia de dicho uso en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Tepic, Nay. (México).

Los principales hallazgos muestran que los hombres tienen su primera relación sexual a una menor edad que las mujeres. Las relaciones sexua-

les de los hombres son normalmente con parejas de su misma edad, mientras que las relaciones sexuales de las mujeres suelen ocurrir con parejas mayores. Los hombres utilizan más el condón que las mujeres. Existe una correlación negativa entre el enamoramiento y la frecuencia del uso del condón: a mayor enamoramiento, menor uso del mismo. Hay una correlación directa entre la habilidad de negociación y la frecuencia del uso del condón: a mayor habilidad de negociación, mayor uso.

De acuerdo con los resultados referentes a la edad del debut sexual en hombres y en mujeres, se puede deducir que los aspectos socioculturales de género influyen en las diferencias sexuales, tal como lo señalan Rojas y Castrejón (2011), quienes apoyan la idea de que el comienzo de la sexualidad en el hombre es considerado como un ritual de iniciación que reafirma su masculinidad, en oposición a las mujeres, de quienes se espera recato y virginidad hasta el matrimonio. Esta cuestión también la sostienen Menkes *et al.* (2019), quienes hallaron que los varones se inician sexualmente a una edad más temprana por curiosidad y con amigas, mientras que las mujeres declaran haberse iniciado principalmente por amor y con el novio. García *et al.* (2012), a su vez, consideran la presión ejercida por el grupo de pares como una importante razón de que los hombres comiencen a tener relaciones sexuales antes que las mujeres.

A diferencia de los varones, de las mujeres se espera que sean vírgenes hasta el matrimonio, como se señala antes, lo que representa un factor sociocultural por el que hay más permisividad social para aquellos respecto a las relaciones sexuales, lo que también determina la frecuencia de uso del condón, puesto que los resultados indican que los hombres hacen más uso del mismo.

Casique (2016) afirma que más mujeres que varones piensan que si un hombre solicita usar el condón es porque la relación es casual, o que si la mujer lo hace es porque desconfía de su pareja, concluyendo que las mujeres son las que más se resisten al uso del condón. Otros autores (Rinaldi-Miles *et al.*, 2013) indican que en la pareja las relaciones de autoridad o de poder (normalmente determinados por el status social, que la mayoría de las veces es un elemento del rol masculino) se asocian con negociar o no el uso del condón, ya que quien tiene el poder en la relación determina las conductas que se llevan a cabo en la misma, aspecto este que también sostienen Solís y Martínez (2015) al explicar las relaciones como un reflejo del contexto sociocultural, en que la sexualidad es un constructo social determinada por los roles de género, y en los que la mujer, por el hecho de ser mujer, es quien tiene un menor poder de negociación, a diferencia de los hombres, quienes asumen

la responsabilidad de utilizar el condón como una reafirmación de su masculinidad.

Bolaños (2019) agrega a las barreras socioculturales las de infraestructura, religiosas y económicas que dificultan el acceso de las mujeres a la compra o disposición de preservativos. En contraste, Uribe *et al.* (2018) reportan que mientras las mujeres tienden a ser más conscientes de la necesidad de negociar el uso del condón, los hombres consideran que la cotidianidad y la formalidad en la relación de pareja dispensa tal uso. Así, la habilidad de negociación muestra una asociación con la frecuencia de su uso.

A este respecto, Holland y French (2011) afirman que mientras más conocimiento tengan los jóvenes acerca de las estrategias de negociación, un mayor uso del condón se practicará. Casique (2016) observó que el hecho de que los jóvenes consideren solicitar a su pareja que use condón se asocia con su empleo en la última relación sexual, tanto en las mujeres como en los hombres, y afirma que requerir tal uso aumenta la probabilidad de emplearlo. Cabe mencionar que en este estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de los participantes y las habilidades de negociación, tal y como las han hallado otros autores (Palacios *et al.*, 2020; Rinaldi-Miles *et al.*, 2013; Solís *et al.*, 2015).

Otra de las variables estudiadas fue el enamoramiento. Los resultados indican que las mujeres tienen su primera relación sexual con parejas mayores que ellas, a diferencia de los hombres, quienes tienen su primera relación sexual con parejas de edad similar o menor a la suya. Esto no necesariamente indica que haya enamoramiento en la primera relación sexual, pero sí se asocia con el uso del condón en las relaciones sexuales en general, pues el enamoramiento funge como un predictor para no utilizar el condón en las mujeres y hombres, pero con un mayor poder de predicción en el caso de las mujeres.

Ewing y Bryan (2015) afirman que la mayor parte de la actividad sexual en los adolescentes toma lugar en el contexto de una relación romántica, y de que es menos probable usar preservativos cuando hay confianza o amor o una alta frecuencia de relaciones sexuales. Este hecho puede deberse

a que a medida que aumenta el amor y el compromiso en la pareja, hay una menor vulnerabilidad percibida por la pareja, lo que puede conducir a una disminución de las intenciones de usar el condón, tal y como lo refieren Agnew *et al.* (2018).

De la misma manera, Ruark *et al.* (2017) indican que el amor es fundamental en las relaciones sexuales íntimas, y que algunas personas consideran el amor como una fuerza negativa, poderosa, irracional y peligrosa que puede hacer que se ignoren los riesgos para la salud y el bienestar, como sería no utilizar el condón.

Una de las limitaciones del presente estudio en términos de la frecuencia del uso del condón es que sólo se analizaron dos variables, por lo que se tendrían que evaluar otras más, como la comunicación entre la pareja, por ejemplo.

En lo referente al enamoramiento, se propone analizar otras variables, como las barreras socioculturales y situacionales; es decir, lo que sucede en el momento o en situaciones no planeadas al tener relaciones sexuales, y de igual manera considerar variables metodológicas, como el tipo de muestra, o la utilización de una muestra no aleatoria que permita una mayor generalización. También se sugiere la creación de una línea de investigación sobre este tópico.

Los datos aquí reportados indican que el enamoramiento, como una forma de expresar afecto en la pareja, en realidad tiene efectos negativos en la vida sexual de las personas; de hecho, como constructo social que une a la pareja en el ámbito de la salud sexual, es negativo, de modo que hay que tener cuidado con el amor romántico por sus implicaciones en la salud.

El enamoramiento es una variable que afecta más que la falta de habilidad para negociar. Las personas saben cómo se usa el condón y cómo nego-

ciar ese uso, pero esa habilidad se pierde cuando la persona se encuentra enamorada. Así, el enamoramiento puede abatir la habilidad para negociar la utilización del preservativo.

Es posible que los alcances de esta investigación contribuyan al desarrollo de nuevas análisis del problema, así como para dar una mayor importancia, con un sólido sustento teórico, a las variables socioculturales en el uso del condón, pues tal variable puede ser esencial para aumentar la frecuencia del uso de este dispositivo.

Además, se espera que los resultados de esta investigación lleguen a manos de los actores educativos sociales y políticos a fin de que diseñen programas más pertinentes y más enfocados en la promoción de las prácticas sexuales protegidas a partir de estrategias que fomenten las habilidades de negociación y un enamoramiento responsable en el que se resigne el uso del condón como una prueba de amor y no como un sinónimo de desconfianza o de insulto.

En conclusión, las prácticas sexuales en los jóvenes tienden a ser diferentes en función del sexo, específicamente en el debut sexual, el cual está altamente influido por los mandatos socioculturales de género que otorgan a los hombres una mayor permisividad sexual que a las mujeres. El enamoramiento tiende a ser más agudo en las mujeres que en los hombres, por lo que tienen por lo general una menor habilidad para negociar el uso del condón, lo cual las pone en una situación de vulnerabilidad respecto a su salud sexual. Por lo anterior, es importante establecer estrategias para la promoción y desarrollo de habilidades de negociación del uso del condón en las relaciones sexuales juveniles con enfoques de género y poniendo un particular énfasis en el grupo de mujeres jóvenes.

Citación: Aguirre-Ojeda, D.P., Uribe-Alvarado J.I., Rojas-Montoya, C.C. y Pérez-Pimienta, M.C. (2024). Prácticas sexuales, habilidades de negociación del uso del condón y enamoramiento en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 34(1), 155-164. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2853>

REFERENCIAS

- Agnew, C.R., Harvey, S.M., VanderDrift, L.E. y Warren, J. (2018). Relational underpinnings of condom use: findings from the project of Partner Dynamics. *Health Psychology, 36*(7), 713-720. Doi: 10.1037 / hea0000488
- Ajayi, A., Ismail, K. y Akpan, W. (2019). Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health, 19*(1). Doi: 10.1186 / s12889-019-7543-1
- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río, 21*(2), 193-301. Recuperado de <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2843/pdf>
- Bolaños, M. (2019). Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horizonte Sanitario, 18*(1), 67-74. Doi: 10.19136/hs.a18n1.2306
- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población, 10*(19), 149-168.
- Ellis, E., Rajagopal, R. y Kiviniemi, M. (2018). La interacción entre los sentimientos y las creencias sobre los condones como predictores de su uso. *Psychology & Health, 33*(2), 176-192. Doi: 10.1080 / 08870446.2017.1320797
- Ewing, S.W. y Bryan, A.D. (2015). A question of love and trust? The role of relationship factors in adolescent sexual decision making. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 36*(8), 628-634. Doi: 10.1097/DBP.000000000000190
- García, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research, 5*(1), 79-87.
- Holland, K. y French, S. (2011). Condom negotiation strategy use and effectiveness among college students. *Journal of Ssex Research, 49*, 443-53. Doi: 10.1080/00224499.2011.568128
- Instituto Mexicano de la Juventud (2017). *¿Qué es ser joven?* México: IMJUVE. Recuperado de <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/que-es-ser-joven>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*. México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Menkes B., C., David de J., R. y Sosa S., I.A. (2019). Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de población, 25*(100), 183-215. Doi: 10.22185/24487147.2019.100.17
- Naboa, P., Serrano G., I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(1), 21-43.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2015). *Juventud*. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/youth-0/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021: Hacia el Fin de las ITS*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=77CCE3357D9D670515CA79F7a8BDD27EF?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Palacios, J. y Ortega, N. (2020). Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 71*(1), 219-230. Doi: 10.18597/rcog.3327
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2021). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado*. Recuperado de https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- Rinaldi-Miles, A., Quick, B.L. y LaVoie, N.R. (2013). Un examen de los principios de influencia en la toma de decisiones sobre el uso del condón durante encuentros sexuales casuales. *Comunicación de Salud, 29*(6), 531-541. Doi: 10.1080/10410236.2013.765295
- Rojas, O. y Castrejón, J. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios Demográficos y Urbanos, 26*(1), 75-111.
- Román, P. (2009). *Motivaciones y estrategias de negociación sexual en la adolescencia*. Tesis doctoral inédita. Salamanca (España): Universidad de Salamanca. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/76344/DPEE_RomanCastilloP_EstrategiaSexualAdolescencia.pdf?sequence=1

- Ruark, A., Stern, E., Dlamini-Simelane, T. y Kakuze, M.F. (2017). El amor importa: exploración de las concepciones del amor en Ruanda y Swazilandia y la relación con el VIH y la violencia de pareja íntima. *Revista Africana de Investigación sobre el Sida*, 16(4), 271-282. Doi: 10.2989/16085906.2017.1343740
- Saeteros, R., Pérez, J. y Sanabria, G. (2013). Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(Supl. 1), 915-928.
- Solis, D. y Martínez, C. (2015) Género, sexualidad y cuerpo. Campo juvenil y jóvenes universitarios indígenas de San Luis Potosí, México. *Cuicuilco*, 22(62), 121-148.
- Spencer, K. (2019) *Relación entre monitoreo parental y conductas de riesgo sexuales y reproductivas en adolescentes escolares de Chile*. Tesis inédita de maestría, Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de http://campusp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/572/Tesis_Karleen%20Spencer%20Patterson.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Introducci%C3%B3n%20Una%20conducta%20sexual%20de,o%20a%20la%20de%20otras%20personas
- Triana A., Z., Flores F., R. y Sánchez A., M. (2017). Negociación en el uso del condón en estudiantes universitarios. *Waxapa*, 9(17), 19-23. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88794>
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X. y Aguilar, A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915. Doi: 10.1016/s2007-4719(15)30010-7
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X. y Aguilar, A., (2017). Efectos de la habilidad de negociación, asertividad sexual y autoeficacia en las relaciones sexuales protegidas de jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 19(1-2) 173-189.
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X. y Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Internacional de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Uribe, J., Carrillo, S., Riaño G., M., Zacarías, X. y Bautista S., M. (2018). Expresiones de la sexualidad y del uso del condón en las relaciones sexuales en jóvenes universitarios de Colombia. *Aportes a la Clínica Psicológica*, 37(5), 456-462.

Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión

Psychodynamic family psychotherapy aimed at a young adult patient with depression diagnosis

Arual Omar Vázquez-Marfil y Eréndira Estrella Vázquez-Vargas

Universidad Autónoma de Yucatán¹

Autor para correspondencia: Arual Omar Vázquez-Marfil, A20219021@alumnos.uady.mx.

RESUMEN

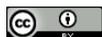
Ante la creciente preocupación global por la salud mental, la población en su conjunto ha comenzado a acercarse a la psicoterapia para tratar sus síntomas y trastornos y así mejorar su calidad de vida. Acorde con esta preocupación e interés es que ha surgido la motivación para generar un programa de intervención para trabajar no solamente con el paciente que sufre los síntomas o que recibe un diagnóstico, sino también con su familia, la que es vista comúnmente como un personaje externo a su vida y que en muchas ocasiones sólo complementa, acompaña o supervisa el proceso, pero que pocas veces se ve incluida como parte esencial del propio paciente, a excepción de que algún conflicto la afecte particularmente. A partir de la investigación circular propuesta por González (1997), en la que se aborda el trastorno depresivo en su modalidad distímica, el presente trabajo es un estudio de caso desde la terapia psicodinámica, enfoque que trata como paciente a la familia en conjunto y no únicamente al solicitante, respetando sus procesos individuales, dándole la importancia y escuchando a cada uno de sus miembros. Mediante esta intervención, se analizó el impacto psicoemocional que padecían los familiares de un paciente con diagnóstico de depresión, para lo cual se diseñó y aplicó una intervención psicodinámica familiar a través cuatro fases: diagnóstico, intervención, consolidación de objetivos y cierre, observándose que tal intervención favoreció un afrontamiento positivo en la dinámica de la familia, en beneficio de la estabilidad emocional del paciente.

Palabras clave: Depresión; Estudio de caso; Psicoterapia familiar; Intervención psicodinámica.

ABSTRACT

Given the growing global concern for mental health, the general population has begun to approach psychotherapy to treat symptoms and disorders and improve their quality of life; it is by this concern and interest that the motivation arises to generate an intervention program that joins efforts to work not only with the patient who presents the symptoms or who receives the diagnosis but also with the family, commonly seen as external to the patient's life and who sometimes comes to complement, accompany or supervise the process. Family, however, is rarely included as part of the process, except when the conflict affects the family directly or in a support group. The present work

¹ Facultad de Psicología, Km 1 de la carretera Mérida-Tizimín, 97305 Cholul, Yuc., México, tel. (999)943-20-98, correos: A20219021@alumnos.uady.mx y estrella.vazquez@correo.uady.mx.



is a case study from the "circular investigation" proposed by González (1997), in which depressive disorder involves its dysthymic modality from psychodynamic therapy. This approach treats the family as a whole, respecting their processes, giving importance, and listening to each member, not just the applicant. Through this intervention, we examined the psycho-emotional impact experienced by relatives of patients diagnosed with depression. Subsequently, a psychodynamic family intervention was designed and applied through four phases: diagnosis, intervention, consolidation of objectives, and closure. The intervention favored improved coping in family dynamics and benefitted the patient's emotional stability.

Key words: Depression; Case study; Family psychotherapy; Psychodynamic intervention.

Recibido: 15/07/2022

Aceptado: 17/02/2023

La depresión es una enfermedad mental que aqueja cada vez más a los adultos jóvenes de todo el mundo, siendo una de sus características principales lo discapacitante que resulta si no es diagnosticada y tratada a tiempo por un especialista. Sin embargo, los síntomas y causas de la depresión suelen pasar desapercibidos por los familiares, amistades y redes sociales cotidianas del paciente. Es precisamente por ello que resulta importante poner especial atención en la familia, ya que sus miembros suelen ser quienes conviven de forma más cercana con dicho paciente, y quienes generalmente son los primeros que advierten los síntomas iniciales de la enfermedad, a pesar de ignorar el diagnóstico; a la vez, son quienes, además del paciente, padecen más de cerca las consecuencias de tales síntomas.

En México, las estadísticas indican que 9.2% de la población mexicana ha tenido al menos un episodio de depresión en su vida (Cerecero *et al.*, 2020), lo que contrasta con el promedio mundial de 4.4% (Organización Mundial de la Salud, 2017). La población más afectada por la depresión son los adultos de 20 años o más (Secretaría de Salud, 2016), que es justamente la de mayor productividad económica. Resulta, pues, importante encaminar los esfuerzos hacia esta población que enfrenta retos cada vez mayores, al tiempo que se ve afecta-

da más frecuente y tempranamente por esta enfermedad mental. Tales datos dejan entrever que en el futuro cercano se diagnosticarán cada vez más casos de depresión asociados o detonados por nuevas pandemias, como la reciente de COVID-19, tanto en quienes hayan perdido a un ser querido como en el personal sanitario de adultos jóvenes, que se ha visto obligado a trabajar incansablemente. En el largo plazo, muchos de los niños y adolescentes que sufrieron los efectos de la mencionada pandemia se vieron afectados de manera profunda por sus consecuencias, y corren el riesgo de padecer depresión en el futuro.

La depresión no solamente incide en el paciente, en quien puede generar discapacidad o incluso la muerte, lo cual es preocupante por sí mismo, sino que también tiene efectos colaterales en los vínculos sociales de quienes la padecen —especialmente la pareja y familia— debido a que, al igual que otras enfermedades mentales, implica una considerable carga psicológica, física y económica para quienes conviven con tales personas (Durán, 2002). Ante una enfermedad mental como la depresión la familia establece mecanismos autorregulatorios para poder seguir funcionando, lo que provoca cambios conscientes e inconscientes en las interacciones entre sus miembros, lo que puede conducir al equilibrio o al desequilibrio; este último, pone en riesgo el bienestar de la familia y del paciente, así como la operación y funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2004).

Inevitablemente, todo lo anterior lleva a considerar a la familia como una víctima colateral de la depresión, cualquiera que sea el desenlace de la enfermedad. Es imperativo, pues, fijar la mirada en las familias de los pacientes con depresión a través de la siguiente pregunta: ¿Qué efecto producirá la psicoterapia psicodinámica familiar en pacientes adultos jóvenes con depresión y en sus familias? Atender las repercusiones que tiene la depresión en la familia y en el rol que cada integrante de esta asume en función del afrontamiento, debe ser tarea del psicólogo.

Los esfuerzos que lleva a cabo el sistema familiar son vitales para cumplir con los objetivos del tratamiento (Blanco, 2013). Para poder atender este padecimiento se suele trabajar a partir de un modelo individual o grupal; sin embargo, es también posible efectuar una intervención familiar que

pueda abordar las aristas previamente mencionadas. Nolasco (1988) señala lo siguiente: “La psicoterapia familiar es un método especial de tratamiento de los desórdenes emocionales. Utiliza un grupo natural, primario: la familia. Su ámbito de intervención no es el paciente individual aislado sino la familia, vista como un todo orgánico. Su objetivo no es sólo eliminar síntomas o adecuar personalidades al ambiente en que deben actuar, sino más bien crear una nueva manera de vivir”. (p. 294).

Es bajo esta premisa que se decidió abordar el estudio de caso de la paciente “Danna” (seudónimo) a partir de un enfoque familiar encuadrado en el modelo psicodinámico, mismo que ha demostrado ser significativamente eficaz en el tratamiento de la depresión en diversos metaanálisis; en general, los resultados han mostrado mejoras significativas desde el pretratamiento hasta el postratamiento; asimismo, se ha probado que no hay una diferencia significativa entre la terapia psicodinámica y otras psicoterapias para tratar la depresión. Sin embargo, en el tratamiento de la ansiedad relacionada con la depresión la terapia psicodinámica resulta ser significativamente más eficaz que otros tratamientos (Driessen *et al.* 2015).

Un aspecto a considerar el uso y la eficacia del modelo psicodinámico en el caso de Danna es el tratamiento farmacológico indicado para dicha paciente. Por ejemplo, el estudio de Barber y Solomonov (2016) indica que la mencionada psicoterapia, combinada con medicación, resulta más efectiva que solo el tratamiento médico. Tomando como base el éxito en el tratamiento y la comprensión del modelo psicodinámico, se utilizaron como referencias para la intervención los trabajos de Nathan Ackerman (*cf.* Sánchez, 2000), quien, a raíz de su trabajo en consultorio, pudo observar la manera en que la dinámica familiar influía en los problemas emocionales; por lo tanto, la solución consistía en atender a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico, de modo que pudiera ser atendida como si se tratara de un paciente, al tiempo que los miembros de la misma eran atendidos individualmente. De igual manera, Berenstein (1983) acuña el término “estructura familiar inconsciente”, que implica analizar los vínculos que se generan entre el Yo y el Otro, o

sea, la forma de relación del individuo dentro de la familia, así como el “lugar” que ocupa determinado individuo dentro de esa estructura familiar inconsciente. De igual forma, la frase “Acuerdos, pactos y reglas inconscientes” deja entrever cómo se forman los sistemas relacionales entre la familia completa, las alianzas entre miembros y el carácter de las reglas y valores que permean en la familia, generalmente de los padres a los hijos. Otra característica de una familia que genera los trastornos, pero que puede ser redirigida y analizada en beneficio del paciente, es lo que el mismo Berenstein describe como “ansiedades y defensas primitivas familiares”.

A este respecto, se puede hablar de dos ansiedades: “ansiedad aniquilante” y “ansiedad claustrofóbica”. La primera describe el factor protector de la familia contra la estructura de la misma que se puede ver amenazada por un Otro externo. La segunda es descrita como aquella que surge de la rigidez del lazo familiar, lo que lleva al sujeto a quedar encerrado en los vínculos paternos, generando así la idea de que siempre estarán ahí dando completud y amparando al sujeto. En muchas ocasiones, lo anterior propicia un nivel de ansiedad tan elevado que el sujeto tiende a huir de alguna forma del sistema familiar. Por lo tanto, resulta coherente abordar el caso desde la perspectiva psicodinámica familiar, misma que permite entender al individuo al analizar sus relaciones e interacciones con el grupo social con el que más ha convivido a lo largo del tiempo.

Por lo antes dicho, el objetivo del presente estudio fue diseñar e implementar una intervención psicodinámica familiar en una paciente con diagnóstico de depresión.

MÉTODO

Participantes

El grupo de participantes estuvo conformado por la paciente, identificada aquí con el seudónimo “Danna”, una mujer de 36 años, divorciada tras 18 años de relación en pareja, quien trabajaba en una oficina como parte del personal administrativo. Vivía sola, era económicamente independien-

te y había sido diagnosticada dos años atrás con trastorno depresivo persistente (distimia) de inicio tardío en grado moderado; asimismo, presentaba comorbilidad con el consumo de alcohol.

“Manuel” (seudónimo), varón de 29 años, hermano de la paciente, soltero, vivía en otra entidad, trabajaba en una oficina y tenía un grupo musical; era económicamente independiente y se hallaba en remisión de lo que él consideraba un abuso del consumo de alcohol sostenido a lo largo de un año.

“Luis”, varón de 24 años, hermano de la paciente, soltero, desempleado, dependía económicamente de sus padres.

“Dana”, mujer de 54 años, madre de la paciente, jubilada, había trabajado en la misma oficina que su hija; vivía con su esposo y no llevaba a cabo ninguna actividad económica.

Instrumentos

Test de Persona bajo la Lluvia (Querol y Chaves, 2004).

Este instrumento es un test proyectivo gráfico que se utiliza para evaluar y establecer los recursos de cada participante ante las adversidades, así como sus formas de afrontarlas. Se basa en la idea de que el paciente puede volcar sus recursos mediante el dibujo de una persona bajo la lluvia, donde esta última representa esas adversidades.

Test Phillipson de relaciones objetales (Phillipson, 1954).

Prueba proyectiva que consta de tres series de cuatro láminas con figuras y una lámina en blanco. Las series reciben los nombres de A, B y C. En las láminas se presentan situaciones relacionales de una, dos y tres personas, y también una situación grupal. En las láminas hay variaciones en cuanto al contenido y el contexto de realidad. Fue diseñado como una alternativa a las pruebas de Apercepción Temática y de Rorschach (cf. Rodríguez, 2019).

Test de la Figura Humana de Machover (Machover, 1963).

El Dibujo de la Figura Humana está considerado como una técnica proyectiva (es decir, su interpre-

tación ha estado a cargo de las corrientes psicoanalíticas) y forma parte de las pruebas de lápiz y papel. En ella, se le pide al examinado que dibuje a una persona. Cuando termina de hacer el dibujo, se le solicita que dibuje en otra hoja a una persona del sexo opuesto al que hizo en primera instancia. Para finalizar, se le dice que haga una historia de cada una de esas personas (cf. Escamilla y Guzmán, 2015; Sánchez y Pirela, 2012).

Técnicas utilizadas

Entrevista clínica

La entrevista es, principalmente, una situación de comunicación vocal en un grupo de al menos dos individuos, con una pauta previa cimentada sobre una base desarrollada progresivamente de experto-cliente, cuyo propósito es elucidar las pautas características de vida del sujeto, paciente o cliente entrevistado, y las pautas o normas que experimenta como particularmente productoras de dificultades o de experiencias especialmente valiosas, de cuya revelación se espera obtener algún beneficio (Sullivan, 1970).

Intervención familiar psicodinámica

La intervención familiar psicodinámica permite trabajar sobre lo que se denomina “estructura familiar inconsciente”; es decir, los vínculos que se establecen dentro de la familia, que a su vez generan un espacio virtual extraterritorial de los individuos. Por ello, se puede decir que el paciente a tratar en este tipo de terapia es la familia (Berenstein, 1983).

Observación

La observación en el método clínico, especialmente en el psicoanálisis y en sus variantes, procede del ámbito de la medicina, aunque ha sufrido modificaciones con la integración de los conocimientos aportados por distintas aproximaciones teóricas y técnicas. Sin embargo, se mantiene la concepción del ser humano como una unidad biopsicosocial, y depende del marco teórico que utilice el psicólogo la interpretación que dará al proceso de conocimiento de lo que la persona o paciente “es”, “agrega” o “comunica”, ya sea de forma verbal o no verbal, lo que permite que el analista parta de

lo general o conocido a lo particular o desconocido, de lo consciente a lo inconsciente. Adicionalmente, la observación abarca también una posible descripción física particularizada del sujeto que haga posible identificarle y diferenciarle, aportando además un conocimiento detallado y minucioso (Díaz, 2011).

Procedimiento

Tras las entrevistas iniciales, se efectuó una sesión familiar con el objetivo de lograr un encuadre terapéutico mediante el cual se acordaron los horarios, el número de sesiones y la firma de una carta de consentimiento informado. De igual manera, se informó a la paciente y a sus familiares el uso de seudónimos, haciéndoles saber que estaba censurada la difusión de todo tipo de dato o de informaciones sobre ellos u otras personas que pudieran facilitar su identificación por parte de familiares, conocidos o público en general. En esa misma carta se les informaron sus derechos, tales como su retiro voluntario, la devolución y destrucción de la información en caso de rechazar o negarse al tratamiento o su publicación, y también se les comunicaron las bases del código ético del psicólogo sobre las cuales se llevaba a cabo la intervención, la cual se dividió en cuatro etapas:

I. Fase diagnóstica

A partir de la primera sesión se efectuaron seis sesiones diagnósticas familiares más y ocho individuales para corroborar el diagnóstico de la paciente, comprender la problemática familiar y plantear y construir objetivos grupales e individuales específicos. Durante esta etapa se aplicaron los siguientes instrumentos proyectivos que permitieron confirmar el diagnóstico: Test de la Figura Humana de Machover, Test Phillipson de Relaciones Objetales y Test de Persona bajo la Lluvia. Adicionalmente, se llevaron a cabo la entrevista clínica, la observación, el llenado de la historia clínica y la intervención familiar psicodinámica.

II. Fase de Intervención

A lo largo de cuatro sesiones familiares y tres individuales se comenzaron a cimentar los cambios que dieran lugar al objetivo planteado. Cabe sub-

rayar que la corta duración de esta etapa se debió a los progresos iniciados durante la fase diagnóstica. Durante esta fase se hizo uso de los mismos elementos de la fase anterior.

III. Fase de Consolidación de Objetivos

Durante cuatro sesiones familiares y cuatro individuales se reforzaron los cambios logrados durante la intervención; se abrieron espacios de diálogo y convivencia para reforzar la confianza entre los miembros, así como la revisión y resolución de las situaciones y conflictos que pudieran afectar los logros adquiridos durante las etapas anteriores. Para la consolidación de objetivos se utilizaron la entrevista clínica, la observación y la intervención familiar psicodinámica.

IV. Fase de Cierre

Durante esta etapa, se dio fin a la intervención re-orientando a la familia individual y grupalmente, así como contrastando los cambios generados durante el proceso completo. Las técnicas usadas en esta fase fueron la entrevista clínica y la intervención familiar psicodinámica.

RESULTADOS

Tras la fase diagnóstica, se pudo concluir que la paciente cumplía los criterios de un trastorno depresivo persistente (distimia) debido a la persistencia de sus síntomas; asimismo, se confirmó la comorbilidad con el trastorno por consumo de alcohol. Se encontraron conductas que habrían podido desembocar en un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pero dichas conductas pudieron ser abordadas durante la intervención, previniendo así dicho trastorno. En los otros miembros de la familia no se hallaron evidencias clínicamente significativas que pudieran sugerir algún trastorno mental o conductual; sin embargo, se observaron conductas ansiosas en todos ellos, especialmente sobre la salud física o la seguridad de los padres e hijos. Se apreció también una marcada tendencia a evitar el conflicto aun cuando este tuviese consecuencias positivas, así como un lenguaje de amor tanto físico como verbal dispar entre los deseos expresados en el consultorio y las conductas cotidianas.

La familia, como figura de apoyo y soporte de sus miembros, estaba disponible en los ámbitos económico y el de cuidados generales, e incluso destacaba en ellos una ansiedad base significativamente mayor a la esperada cuando se referían a los demás; es decir, los hijos se preocupaban de manera ansiosa por la salud mental y física de sus padres y hermanos, así como de los padres hacia los hijos. Lo anterior incluso se hizo evidente en la cantidad de tiempo y energía psíquica invertida por aquellos para anticipar los riesgos físicos a los cuales podrían verse expuestos sus hijos en situaciones externas al ámbito familiar o laboral. Adicionalmente, ese rol de apoyo y soporte existía, pero no era percibido por los hijos, los cuales vivían en un constante temor de no cumplir las expectativas de sus progenitores, sentir que habían fracasado o preferir callar ante los problemas por temor a ver cumplidos sus temores. La madre expresaba que el sistema parental no había sabido expresar ese apoyo y soporte en un lenguaje unificado, lo que creaba así una distancia emocional significativa entre padres e hijos y entre los propios hermanos. Estas dos situaciones habían generado un ambiente en el cual había resultado muy difícil para la paciente externar sus miedos, experiencias negativas y sentimientos de todo tipo, e incluso descontento hacia miembros de la familia por temor a ser juzgada y rechazada, lo cual, sumado a la pérdida de su relación de pareja y de sus planes de vida, agudizaba la depresión y sus síntomas, especialmente el consumo de alcohol. Es así como había llegado a cumplir los criterios de comorbilidad del trastorno por consumo de alcohol, el riesgo latente de un trastorno alimenticio y el deterioro de su salud física.

Existían marcados antecedentes respecto a la significación de la infancia y adolescencia de la paciente que la habían llevado a dudar de su rol dentro de la familia, del deseo de sus padres por haberla concebido y del amor que estos sentían hacia ella. De igual manera, la historia de vida de la paciente reflejaba un patrón de violencia psicológica verbal y física por parte de su expareja que alimentaba su baja autoestima y el sentimiento de abandono e indefensión, y se percibía en ella un duelo no concluido, especialmente respecto a la maternidad, un deseo explícito de la paciente que

ahora veía casi imposible de satisfacer por la falta de una pareja estable y de un plan de vida.

En relación con el trastorno por consumo de alcohol, la paciente estaba consciente de los daños que causaba a su salud física, y que era motivo de discusiones constantes y de ansiedad en el sistema familiar. Además, había intentado sin éxito reducir su consumo, pese a explicitar sus deseos por hacerlo; sin embargo, no deseaba eliminarlo por completo, y había notado desde seis meses antes una necesidad de consumir cantidades mayores de alcohol para lograr el efecto deseado.

El significado del alcohol en la familia estaba fuertemente inducido por el discurso de su expareja hacia la familia; de hecho, a partir de la historia clínica es posible concluir que dicho consumo no constituía un problema sino en los seis meses previos al inicio del tratamiento, coincidiendo con el divorcio legal de la paciente; no obstante, era ya etiquetada como alcohólica por su familia. Lo anterior hace suponer que el alcohol había servido como un medio para escapar y comunicar su malestar psicológico aprovechando el significado que se le había dado a la sustancia desde antes de que surgieran los síntomas clínicamente significativos. Por lo tanto, se requirió una intervención que se enfocara no solamente en ubicar a la familia acerca del estado emocional de Danna, así como brindarles un apoyo de escucha y catarsis ante la situación que la misma familia había definido como desesperante, sino también generar un lenguaje unificado de afecto que incluyera la disposición a esa escucha, alentara la conversación o disminuyera el temor a la misma, y sobre todo que generase un cambio relacional entre los miembros de la familia para que ese apoyo y soporte fuera percibido y aprovechado por ellos al eliminar esas barreras en la comunicación y la expresión emocional, de manera que se percibiera al sistema familiar como un factor protector y no de amenaza, disminuyendo así la necesidad de la paciente por el alcohol como un “amigo” (en palabras de la paciente), y que, por el contrario, mirase a los demás como dispuestos a ayudarla para dar fin a su cuadro depresivo distímico.

Tal intervención se efectuó en un total de 48 horas, repartidas en dieciséis sesiones de dos horas en el grupo familiar, y de dieciséis sesiones

individuales con la madre y el hermano menor, a la par que la paciente y su hermano mayor se implicaban en procesos individuales alternos previos al inicio de la intervención familiar.

Tras las sesiones familiares e individuales, los pacientes reportaron cambios considerables en la dinámica familiar, especialmente en el lenguaje de amor y aceptación incondicional, habiendo sido este uno de los reclamos más recurrentes por parte de Danna al sentirse excluida de la familia. El riesgo de un TCA observado durante el diagnóstico pudo reducirse significativamente, al punto de que ella resignificó la alimentación como una forma de amor propio y de amor familiar; así, se establecieron rituales de convivencia alrededor de la comida con los padres, hermano y tíos, y no como un método de autoagresión, toda vez que la paciente sentía repulsión y culpa al momento de comer.

En cuanto al consumo de alcohol, la resignificación del mismo hizo posible llevar a la paciente a consumir en forma moderada y sin sentir ansiedad ni necesidad de hacerlo frente a sus padres y hermanos en mayor cantidad que la aceptada en la familia (dos cervezas), al mismo tiempo que los padres y hermanos redujeron e incluso cesaron la hipervigilancia sobre Danna, lo cual condujo a nuevas dinámicas familiares, como viajes, vacaciones en la playa, conciertos, tardes de baraja y otras, durante las cuales la paciente disminuía, e incluso sustituía, el consumo de alcohol con bebidas no alcohólicas (cerveza sin alcohol, refrescos, preparados sin alcohol, etc.), lo que permitía a la familia, especialmente al padre, darse la oportunidad de consumir alcohol frente a Danna, eliminando así ese tabú.

Este último hecho resulta especialmente relevante, ya que tanto la familia como la paciente dejaron de ocultar entre ellos el consumo de alcohol, lo que condujo a reducirlo. Destaca también la comunicación acrecentada entre los miembros de la familia, la cual había estado diluida por el miedo, la ansiedad y la culpa. La paciente pudo externar sus miedos, sentimientos positivos y negativos, dudas o planes, que antes solamente había podido comunicar al consumir alcohol. De igual manera, los síntomas depresivos se redujeron, siendo notorios en el autocuidado de la paciente, es-

pecialmente en la parte del cuidado médico, pues comenzó a acudir a distintos especialistas para tratarse diversos problemas orgánicos que no había atendido en el pasado, y logrando, después de esos dos años, apegarse a los tratamientos farmacológicos.

Los cambios más notorios en la confianza de la paciente fueron generar vínculos positivos con viejas y nuevas amistades, practicar ejercicios físicos regularmente, hablar frente a su familia de circunstancias del pasado especialmente dolorosas (como la violencia de su expareja), así como acrecentar su autoestima, definida por Danna con frases tales como “Ya no soy la que quieren los demás que sea” o “Aunque todavía no sepa quién soy, quiero ser yo misma”. La ansiedad grupal, especialmente la de la madre, se vio igualmente reducida; esta última logró encontrar y desarrollar estrategias para canalizar su ansiedad, pero también para resignificar los posibles “peligros” a los cuales se enfrentaban sus hijos, haciéndolos responsables y respetando sus individualidades como adultos. En el padre, a pesar de no haber participado en el programa de intervención, también se pudieron observar –según lo externado por los hijos y la madre– cambios significativos en su proceder con la familia, especialmente con Danna.

DISCUSIÓN

Como se puede apreciar, el objetivo de la intervención se cumplió tanto en las metas individuales como familiares. De forma individual, cada uno de los participantes hizo cambios en la búsqueda de una meta común. Como grupo, la familia efectuó asimismo cambios relevantes, mediante los cuales cada miembro aportó lo necesario para el cumplimiento de tales metas. Ello fue posible gracias a los recursos afectivos con los que contaba la familia antes de iniciar la intervención, recursos los cuales, no obstante, no canalizaba de una manera positiva.

Otro factor preponderante en el logro de los objetivos fue la apertura de la familia a la escucha y el entendimiento del origen y las causas de los síntomas depresivos de Danna, así como

su comorbilidad del consumo de alcohol. Para ella, desmitificar el consumo y eliminar la etiqueta de “alcohólica” que le había sido impuesta por su expareja cobró un significado mayúsculo en su auto-percepción, su empoderamiento y su mejoría. Su capacidad de discernimiento, su autoevaluación y la necesidad de comunicar sus avances, miedos y pasado y presente desempeñaron un importante papel para que comprendiera su lugar dentro de la familia, lo que trajo consigo el logro de la meta de no permitir que nadie la sobajara y aceptara que era únicamente su responsabilidad poner límites a los demás y a sí misma.

Esta capacidad de autocriticarse y de exponer sus sentimientos, pensamientos y emociones, así como cumplir en su gran mayoría los acuerdos para con su familia, le valió la confianza de parte del sistema paternal. En palabras de su madre, “Mi hija es una adulta y tiene la capacidad de saber lo que es bueno para ella y lo que no, aunque no nos guste”. Tal independencia es diametralmente opuesta a la visión de la “adolescente rebelde” que la propia Danna y su familia habían depositado en ella misma.

Desmitificar la relación matrimonial de Danna y sacar a la luz problemas tan serios y ocultos como el maltrato psicológico y físico del cual había sido víctima, así como sus dudas existenciales, tales como “mi lugar en la familia”, “ser la oveja negra”, “sentir que nunca fui deseada ni planeada”, entre otras, llevaron a la familia a aceptar sus errores de juicio, ofrecerle disculpas por sus comportamientos inadecuados en el pasado y reconocer en ella sus esfuerzos por mejorar. Sin embargo, también desempeñó un papel importante la imposición de límites amorosos, pero no por ello menos estrictos, por parte de la madre, así como retomar su papel como tal, aconsejando e incluso imponiéndose a su hija en ciertos aspectos. Una

frase que se puede considerar relevante sobre lo anterior: “Entiendo que antes tomaras a escondidas por la presión que sentías de tu exmarido y el maltrato psicológico que te daba, y por eso te rebelabas, pero él ya no está, y Dios quiera que no vuelva. Ya no tienes que esconderte de nosotros para tomar; no, nosotros no somos él”. Dicha frase adquiere un significado sumamente poderoso y al mismo tiempo amoroso, separando a la familia del objeto tanático que representaba la expareja, hecho que quedó en evidencia cuando la paciente señaló: “Me estoy tomando a mi exmarido; literalmente quiero tomármelo y desaparecerlo”. Esto dotó a Danna del poder sobre sus decisiones y su libertad, pero también le recordó su lugar en la familia. A su vez, la madre adoptó y personificó su rol de madre, de guía y de autoridad a partir de una mirada afectiva, comprensiva y no estigmatizante.

Como se puede patentizar, el inconsciente familiar tenía una dirección clara para culpabilizar a la paciente y estigmatizarla sin comprender o conocer las causas de su depresión y del consumo de alcohol. Este acto inconsciente promovía la compulsión de Danna de ser “la oveja negra de la familia”. Es hasta que se le da el peso a la historia y la voz de la paciente que esta se acepta a sí misma como víctima de abuso, y al mismo tiempo como responsable de su vida y de sus actos, de modo que puede romper este ciclo y dar pie a nuevas interacciones, más amorosas, más sanas y eficaces y contribuir en la búsqueda de su bienestar físico y psicológico.

Sin lugar a dudas, el rol de la familia fue crucial, ya que si bien el peso y autoridad que ejercía sobre la paciente pudo en un primer momento contribuir al trastorno depresivo mayor y al trastorno por consumo de alcohol, ahora actúa como un factor protector, contribuyendo así al tratamiento individual de Danna y a su recuperación.

Citación: Vázquez-Marfil, A.O. y Vázquez-Vargas, E.E. (2024). Psicoterapia psicodinámica familiar dirigida a un paciente adulto joven con diagnóstico de depresión. *Psicología y Salud*, 34(1), 165-173. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2854>

REFERENCIAS

- Barber, J. y Solomonov, N. (2016). Psychodynamic theories. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim y B. O. Olatunji (Eds.): *APA handbooks in psychology*®. *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (pp. 53-77). American Psychological Association. Doi: 10.1037/14773-003
- Berenstein, I. (1983). *Psicoanálisis de la estructura familiar* [Mesa redonda]. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/juridica/varela/berenstein%20-%20la%20estructura%20familiar%20inconciente%20pag%20127%20a%20141.pdf>
- Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766799>
- Cerecero G., D., Macías G., F., Arámburo M., T. y Bautista A., S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62, 840-850. Doi: 10.21149/11558
- Díaz S., L. (2011). La observación. En *Textos de Apoyo Didáctico de la Facultad de Psicología*. UNAM. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Driessen, E., Hegelmaier, L., Abbass, A., Barber, J., Dekker, J., Van, H., Jansma, E. y Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.07.004
- Durán, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad* (2ª ed.). Fundación BBVA.
- Escamilla, M. y Guzmán R. (2015). Resultados del Test de la Figura Humana y su relación con las teorías del desarrollo. *Educación y Salud. Boletín Científico del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 4(7). Doi: 10.29057/icsa.v4i7.835
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- González, J. (1997). Investigación circular para estudios de un solo caso. *Aletheia*, 16(1).
- Machover, K. (1963). *Dibujo de la Figura Humana: Un método de investigar la personalidad. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Anderson & Anderson..
- Nolasco, C. (1988). ¿Qué es terapia familiar? *Revista Médica Hondureña*, 56, 294-299.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OMS*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Phillipson, J. (1954). *The Object Relations Technique (Plates and Manual)*. London: Tavistock.
- Querol, S. y Chaves, M. (2004). *Test de la Persona bajo la Lluvia: Adaptación y aplicación*. Lugar Editorial, S.A.
- Rodríguez V., E. (2019). *Test de Relaciones Objetales (TRO) ¿Una herramienta que da voz a los resultados obtenidos por el BDI-II?* Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11531/51278>
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. El Manual Moderno.
- Sánchez G., M. y Pírela F., L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2), 210-222.
- Secretaría de Salud (2016). *4º Informe de Labores 2015-2016*. México. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/4toInformeDeLaboresSS.pdf>
- Sullivan, H. (1970). *La entrevista psiquiátrica*. W. W. Norton & Company.

Efecto de un programa de grupo de encuentro sobre el estrés y la ansiedad en estudiantes universitarios migrantes

Effect of a meeting group program on stress and anxiety in migrant university students

Esperanza Cabrera-Díaz, Pedro León Reyes-Gaspar
y Sergio Charry-Méndez

Universidad Surcolombiana¹

Autor para correspondencia: Sergio Charry Méndez, sergio.charry@usco.edu.co.

RESUMEN

Objetivo. Determinar el efecto que ejerce en los grados de estrés y ansiedad un programa de grupos de encuentro en estudiantes universitarios migrantes de Enfermería y Medicina. *Materiales y métodos.* El presente reporte trata de una investigación cuantitativa, con un diseño cuasiexperimental pretest-postest y dos grupos: experimental y control. La muestra estuvo constituida por treinta alumnos de primer semestre de los referidos programas. Se emplearon el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Estrés Percibido. Los datos se procesaron mediante los programas Excel y SPSS, v. 22. Se llevaron a cabo las pruebas estadísticas U de Man-Whitney, Wilcoxon y G de Hedges. *Resultados.* Se pudo evidenciar una diferencia estadísticamente significativa en los grados de ansiedad y estrés después de la intervención del grupo de encuentro (postest) entre el grupo experimental (estudiantes migrantes del grupo de encuentro) y el grupo control (estudiantes migrantes que no participaron en el grupo de encuentro). *Discusión.* Los resultados de la presente investigación aportan datos sobre la eficacia de los grupos de encuentro para disminuir los grados de estrés y ansiedad en estudiantes universitarios migrantes.

Palabras clave: Migración; Estrés; Ansiedad; Estudiantes universitarios; Intervención.

ABSTRACT

Objective. To determine the effect a meeting group program exerts on stress and anxiety in university students of the Nursing and Medicine programs in a migration condition. *Materials and methods.* This was a quantitative research with a quasi-experimental pre-test-post-test design and two experimental and control groups. The sample size consisted of 30 students from the Nursing and Medicine programs in their first semester. The Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Perceived Stress Scale served for data collection. Data analysis included Excel and the statistical program SPSS, version 22. The Mann-Whitney U, the Wilcoxon, and the Hedges G statistical tests revealed the main findings. *Results.* It was possible to show a statistically significant difference in the experimental group composed of migrant students who participated in the encounter group, compared to the control group of migrant students who did not participate in the encounter group. Comparisons involved the degrees of anxiety and stress after the intervention of the encounter group (post-test). *Discussion.* The results of the present investigation support the efficiency of the meeting group

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, Calle 9, Núm. 14-03, Neiva, Huila, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-8868-2832>; <https://orcid.org/0000-0002-1597-409X>; <https://orcid.org/0000-0002-0949-3791>.



programs for reducing stress and anxiety in university students in migration conditions.

Key words: Migration; Stress; Anxiety; University students; Intervention.

Recibido: 25/10/2022

Aceptado: 03/03/2023

Los motivos por lo que se produce la migración pueden variar ampliamente; no obstante, se pueden clasificar en dos conjuntos claramente identificados. Uno de estos es el de *expulsión*, que está relacionado con las condiciones sociales, económicas y políticas adversas, como la violencia, la recesión económica, la falta de trabajo o las condiciones de salud precarias que obligan a un grupo poblacional a salir de su lugar de origen. Por otra parte, está el conjunto de *atracción*, que se destaca por las oportunidades y la seguridad de que goza el país al que se va a emigrar. En este segundo aspecto las razones principales son las oportunidades educativas y una mejor economía; es una migración que se emprende bajo la premisa de que una educación universitaria traerá consigo una mayor estabilidad financiera (Birman y Bray, 2017; Ramírez y Rengifo, 2019; Suárez y Vásquez, 2020).

La migración con propósitos educativos se ha convertido en un mecanismo que emplean muchas personas para intentar mejorar su situación financiera, seguridad, salud y educación al alcanzar mejores condiciones de vida (Martínez *et al.*, 2019; Ospina *et al.*, 2015; Rodríguez, 2017; Rojas, 2011; Torrez y Cobo, 2018). En las últimas décadas se han producido cambios acelerados en el ámbito político, económico y social que han favorecido que los procesos migratorios tengan una preeminencia regional y mundial (González, 2021).

Una considerable proporción de los jóvenes que migran de sus lugares de origen con el propósito de ingresar a la universidad y estudiar una carrera provienen de pueblos pequeños y de zonas rurales (Méndez *et al.*, 2006). Tal ingreso es un logro en sí mismo, aunque suponga para ellos arribar a una ciudad que desconocen, en condiciones

de vivienda inadecuadas, sin familia, amigos ni conocidos, todo lo cual puede generar un importante estado de vulnerabilidad que se traduce en un alto grado de estrés y ansiedad.

En efecto, iniciar una carrera universitaria presume generalmente un estado de migración inevitable. Para muchos adolescentes, iniciar sus estudios profesionales implica el necesario alejamiento de su hogar, de amigos, redes sociales y lugar de origen. En consecuencia, ese sentimiento de pérdida es vivenciado por el joven según el grado de intensidad que lo une a esas personas y condiciones.

Algunos autores sugieren que como resultado de la migración y del contexto universitario, el joven puede incurrir en conductas de riesgo capaces de desencadenar depresión, estrés, ansiedad y consumo de drogas (Marín y Quintuña, 2021; Pereyra *et al.*, 2010; Restrepo *et al.*, 2020; Rivera *et al.*, 2013; Salaberria y Sánchez, 2017; Salas *et al.*, 2016). Durante la adolescencia y al ingreso a la universidad la ansiedad y el estrés aumentan dependiendo de aspectos tales como la dinámica familiar, la historia personal, la inserción en el grupo de pares, la vinculación con el estudio y el proyecto de vida, entre muchos otros aspectos que intervienen en el proceso en el que los jóvenes se ven separados de sus vínculos primarios y, por lo tanto, deben emprender un proceso de duelo por “la separación de lo anterior” y reconocer y aceptar “lo nuevo” (Torcomian, 2016). Lo anterior abre una brecha entre la forma en que se percibe y se asume la realidad y cómo se multiplica el grado de estrés y ansiedad (Mariel y Zubieta, 2015). Tales síntomas se acentúan porque el estudiante no se identifica con la realidad del ambiente universitario (Mariel y Zubieta, 2012).

Los estudios sobre este tópico han caracterizado los sentimientos y emociones que pueden experimentar los estudiantes migrantes, entre los que destacan el sentimiento de soledad, la añoranza, el deseo de volver a casa, el miedo a fracasar en los estudios universitarios, la falta de interés o de lazos con el entorno en que viven y la frustración permanente (Guevara y Alfaro, 2020; Gómez, 2019), y cómo estas condiciones pueden influir en su rendimiento académico y su vivir cotidiano (Torcomian, 2016).

A pesar del impacto emocional que genera este tipo de migración, en la revisión de la literatura sobre el referido campo no se encontraron estudios que aportasen un método de intervención que facilitara la adaptación del estudiante universitario migrante. Profundizar en tal problemática permitiría adquirir herramientas para mejorar las condiciones de estas personas y evitar su bajo rendimiento académico y la deserción del centro educativo. De igual manera, investigar el tema ayudará a determinar la relación que hay entre el estrés y la ansiedad y sus consecuencias en el ámbito académico, lo que contribuiría a la construcción de un conocimiento más apropiado acerca de dichos fenómenos, así como a la formulación de propuestas para afrontar y brindar una atención específica y especializada a esos jóvenes en la propia universidad.

Por lo referido anteriormente, en el presente análisis se planteó como concepto metodológico los grupos de apoyo o encuentro, que se supone brindan un clima de seguridad psicológica y estimulan la expresión inmediata de las emociones y las reacciones que las mismas suscitan.

El grupo de encuentro dinamiza mecanismos que facilitan que las personas se ayuden entre sí. El conocimiento interpersonal tiene como objetivo comprender la experiencia de la migración interna tal como se vive. La capacidad de conocer con precisión la realidad del otro representa la base y el fundamento de las relaciones auténticas. El grupo de encuentro sirve, pues, para resolver dilemas con una intervención externa mínima (*cf.* Rogers, 1990).

Desde hace muchos años, Rogers (1975) reconoció la importancia de los grupos de encuentro o de apoyo en una cultura “deshumanizada” en la que los valores humanos y la atención a las necesidades psicológicas pasaban a un segundo término, dándose prioridad a la materia, es decir, a lo material, el dinero, etcétera. Pero también destacaba que el éxito del grupo, los resultados que se obtengan, el potencial que se desarrolle, así como el provecho que se obtenga de las experiencias vividas, dependerán siempre de la aceptación y comprensión de los participantes en las temáticas, el respeto y el compromiso.

Por lo anterior, el objetivo general del presente estudio fue determinar el efecto del grupo de encuentro en los grados de estrés y ansiedad de estudiantes universitarios migrantes en los programas de Enfermería y Medicina, teniendo como objetivos específicos identificar, mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck *et al.*, 1988), el grado de ansiedad de los citados estudiantes de los referidos programas académicos; especificar a través de la Escala de Estrés Percibido (Cohen *et al.*, 1983) su grado de estrés; implementar el programa de grupo de apoyo para los participantes, y determinar su efecto en los grados de estrés y ansiedad en dichos estudiantes.

MÉTODO

Diseño

Para examinar los efectos del programa de grupo de encuentro (variable independiente) sobre los grados de ansiedad y estrés de los estudiantes universitarios migrantes (variable dependiente) se empleó una metodología cuantitativa, con un diseño cuasiexperimental pretest-postest y dos grupos: uno experimental (grupo de estudiantes migrantes que voluntariamente asistieron al programa de grupo de apoyo) y uno control (grupo de estudiantes migrantes que no asistieron al citado programa).

Participantes

La muestra estuvo constituida por treinta estudiantes de primer semestre de los programas de Enfermería y Medicina que participaron de forma voluntaria en el programa de grupo de encuentro del Proyecto Usco Saludable de la Universidad Surcolombiana. Las edades de los estudiantes oscilaron entre 16 y 26 años, con una media de 17.2 y desviación típica de 11.9. El grupo experimental estuvo integrado por quince estudiantes (nueve hombres y seis mujeres) y el grupo control por quince participantes (siete hombres y ocho mujeres). La asignación de los mismos a los grupos fue hecha al azar, distribuyéndose la variable sexo de forma semejante en ambos grupos con el fin

de evitar alguna interferencia de esta variable en el desarrollo y resultados de la investigación, ya que algunos estudios han evidenciado diferencias importantes en el manejo del estrés y la ansiedad entre los sexos masculino y femenino.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
(Beck *et al.*, 1988)

Para valorar los grados de ansiedad de los participantes se empleó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck *et al.*, 1988), un instrumento muy utilizado que permite discriminar entre la ansiedad patológica y la normal. La confiabilidad de este instrumento en las aplicaciones test-retest es de 0.75, con una consistencia interna de 0.92 (Beck *et al.*, 1988). En este análisis se utilizó la versión revisada de Gantiva *et al.* (2010). Para interpretar los resultados del BAI se deben asignar valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems, valores que, al sumarse, dan una puntuación total entre los rangos de 0 a 63 puntos. Un grado mínimo de ansiedad equivale a una puntuación de 0 a 7; un grado leve, de 8 a 15; un grado moderado, de 16 a 25, y un grado grave, de 26 a 63.

Escala de Estrés Percibido (EEP-10)
(Cohen *et al.*, 1983).

Para evaluar el estrés percibido se utilizó la Escala de Estrés Percibido. Esta escala es una de las más conocidas y utilizadas y se ha validado en estudiantes universitarios del todo el mundo. En Estados Unidos, Roberti *et al.* (2006) evaluaron con este instrumento a 285 estudiantes de tres universidades, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0.89 en los diez ítems que componen el instrumento. De igual manera, Mimura y Griffiths (2008) lo validaron en población universitaria del Reino Unido y de Japón, alcanzando un coeficiente α de 0.89. En la validación de Campos *et al.* (2014) hecha en Colombia, los resultados arrojaron un coeficiente α de 0.86, lo que demuestra que la versión de diez ítems utilizada en esta investigación tiene un desempeño psicométrico superior y más favorable para su aplicación en estudiantes universitarios colombianos.

El instrumento contiene una sucesión de preguntas que examinan el estrés vivido en el último mes. Los apartados son fáciles de entender. La escala proporciona cinco opciones de respuesta: “Nunca”, “Casi nunca”, “De vez en cuando”, “Muchas veces” y “Siempre”, que se califican de 0 a 4. Los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma invertida, lo que permite realizar una sumatoria global; así, a mayor puntuación, más estrés percibido.

Procedimiento

Para captar a los participantes se ofreció el programa de grupo de encuentro en la oficina del Proyecto Usco Saludable de la Universidad Surcolombiana, indicándose que el objetivo del programa era promover cambios significativos en aspectos tales como la sensibilidad, la aptitud para manejar los sentimientos, la dirección de la motivación, las actitudes hacia uno mismo y hacia los demás, y la interdependencia, y con ello reducir los el estrés y la ansiedad generados por la migración para estudiar. Inicialmente se inscribieron 38 estudiantes, de los cuales 30 fueron seleccionados al cumplir con los siguientes criterios de inclusión: provenir de una zona rural o de ciudades o poblaciones distintas a Neiva (ciudad en la que se asienta la institución), carecer de una red de apoyo considerable, vivir en una habitación alquilada, no tener ningún familiar de apoyo y llevar de quince días a un mes viviendo y estudiando sin compañía.

Una vez seleccionados los participantes y firmadas de forma individual las cartas de consentimiento informado, se aplicaron como pretest el BAI y la EEP-10 a los treinta participantes.

De ellos, quince fueron asignados al grupo control, explicándoles que participarían en las actividades del programa en otro momento, en tanto que el grupo experimental participó en quince sesiones como grupo de encuentro a lo largo del semestre académico, llevado a cabo semanalmente y con una duración de hora y media por sesión.

Se trabajó con las quince fases diferenciales de Rogers (1975): 1) Vacilación o confusión; 2) Exploración al estado de migración; 3) Fase de representación de las emociones del pasado; 4) Expresión de emociones negativas; 5) Expresión y

exploración de un material personal importante; 6) Manifestación de emociones interpersonales; 7) Cohesión grupal; 8) Aceptación personal y cambio de actitudes; 9) Derrumbe de la imagen; 10) Retroalimentación; 11) Confrontación; 12) Relación fuera de grupo con el facilitador; 13) Relación entre los participantes; 14) Expresión de sentimientos positivos y cercanía, y 15) Modificación de conductas en el grupo.

Un psicólogo profesional se encargó de dirigir y servir como moderador del grupo de encuentro en cada sesión. Para considerar cómo aprobado el programa, los asistentes debían cumplir con 80% de asistencia a las sesiones planificadas.

Cabe resaltar que la carta de consentimiento informado tuvo en cuenta los principios de confidencialidad y anonimato, así como lo establecido en la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg, la Resolución 8430 de 1993 y las Normas de Buenas Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud de Colombia, así como también las Pautas Éticas Internacionales para la Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Se contó además con el aval del Comité de Ética y de los directivos de la Universidad Surcolombiana mediante el acuerdo 056 de 2019 PDI.

Análisis de la información

De cada una de las variables del estudio en ambos grupos y en las fases descritas se obtuvieron las

medias y desviaciones típicas o estándar. Se empleó el estadístico no paramétrico U de Man-Whitney para observar si había diferencias significativas en las puntuaciones de las medias del grupo control y experimental, hallándose que los datos no mostraban una distribución normal, por lo que se empleó la prueba de Wilcoxon, el estadístico no paramétrico para muestras relacionadas, para identificar las diferencias entre los totales previos y posteriores a la intervención. El tamaño del efecto de la intervención efectuada se calculó mediante la G de Hedges (*cf.* Muriel *et al.*, 2017), la cual, cuando alcanza valores menores a .20, indica que no hay efecto; de .21 a .49, que hay un efecto pequeño; de .50 a .70, un efecto moderado, y .80 un efecto superior. Todos los análisis fueron efectuados mediante el programa estadístico SPSS, v. 22.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables de estrés percibido y de ansiedad en los grupos experimental y control en las fases de pretest y postest. En el pretest no se halló una diferencia estadísticamente significativa en las medidas de ambos grupos. En el postest se pudo constatar que se obtuvieron cambios significativos en el estrés percibido y en el grado de ansiedad en los estudiantes (Tabla 2).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos estrés y ansiedad en los grupos de estudio pretest-postest.

Grupos	Pretest		Postest	
	M	D.E.	M	D.E.
<i>Grupo experimental</i>				
EEP-10	29.6	4.5	19.7	4.2
BAI	27.1	8.8	13.7	5.6
<i>Grupo control</i>				
EEP-10	29.2	4.3	30.9	3.9
BAI	28.3	11.2	30.3	10.1

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

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Diferencias pretest-postest en ambos grupos.

Variable	Pretest	Postest
	<i>p</i>	<i>p</i>
EEP-10	0.595	0.001
BAI	0.486	0.001

Como se indica en la Tabla 3, la ansiedad disminuyó luego de la intervención en el grupo de encuentro. Se hallaron diferencias significativas en

el grupo experimental, en el que las puntuaciones de ansiedad en el pretest fueron mayores que las del posttest.

Tabla 3. Prueba de Wilcoxon y tamaño del efecto para las puntuaciones de estrés percibido y ansiedad (pretest-posttest).

Grupo	Estrés percibido pretest	Estrés percibido posttest	Ansiedad pretest	Ansiedad posttest
	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)
Grupo experimental	29(15)	20(15)	25(43)	12(19)
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	-3.41	.001	-3.35	.001
G de Hedges	0.75		1.71	
Grupo control	Estrés percibido pretest	Estrés percibido posttest	Ansiedad pretest	Ansiedad posttest
	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)	Mdn(Rango)
Grupo control	28 (28)	29 (29)	24 (24)	24 (24)
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	0.982	0.272	0.378	0.705
G de Hedges	0.22		0.00	

Nota. Mdn: Mediana. G de Hedges: tamaño del efecto.

El tamaño del efecto fue de 1.75, que se interpreta como un cambio superior en el grupo experimental. De los quince estudiantes que participaron de forma activa en el grupo de encuentro, catorce disminuyeron su grado de ansiedad y uno lo aumentó. En el grupo control no se encontró una diferencia significativa en la variable de ansiedad ($p = .0.705$), pero se pudo evidenciar que tres de los estudiantes aumentaron su puntuación y que el resto continuó mostrando grados moderados y severos de ansiedad.

Respecto al estrés percibido, se obtuvieron resultados positivos que evidenciaron disminuciones estadísticamente significativas en el grupo experimental en los puntajes del posttest comparados con los del pretest. El tamaño del efecto puede interpretarse como que hubo cambios moderados en el grupo experimental, pues se pudo apreciar que todos sus integrantes redujeron sus puntuaciones de estrés percibido. En el grupo control, a su vez, seis de los quince participantes aumentaron las puntuaciones, dos las disminuyeron y el restante mantuvo un grado de estrés percibido alto, aunque sin una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.272$).

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados de esta primera aplicación del programa de grupos de encuentro en estudiantes universitarios migrantes de reciente ingreso debe recordarse que se tenía como objetivo reducir sus grados de estrés percibido y de ansiedad. En general, puede decirse que el programa de grupos de encuentro aplicado a los participantes con tales síntomas mostró un efecto significativo en el grupo experimental cuando se le compara con el grupo control. En consecuencia, dado el tamaño del efecto cuantificado (moderado y superior), se deduce que el grupo de encuentro tuvo un efecto considerable en el estrés percibido y en la ansiedad. Estos resultados son similares a los hallados en otros estudios en los que se respaldan las técnicas grupales, ya sea de encuentro, de apoyo social o de autoayuda para reducir los factores estresores y ansiosos (Mariel y Zubieta, 2015; Martín *et al.*, 2000; Pérez, 2019; Rodríguez, 2006); es decir, con esta técnica se logra que los migrantes que ingresan a la universidad exhiban conductas saludables y establezcan habilidades comportamentales, sociales y cognitivas que mejoran su calidad de vida (Morán, 2019).

Los resultados en los grados de ansiedad mostrada por quienes participaron y finalizaron las sesiones del grupo de encuentro en el grupo experimental son notablemente significativos, ya que los grados severos de ansiedad se transforman con el transcurrir del tiempo en un estrés crónico (Iglesias *et al.*, 2018), lo que fue posible apreciar en el grupo control; en efecto, el grado de ansiedad y estrés aumentó en la segunda medición efectuada cuatro meses después, esto es, cuando comienzan a conjugarse las dificultades para ajustarse al ambiente de la ciudad y los procesos académicos que aumentan los problemas para adaptarse a la vida universitaria (Torcomian, 2016).

La técnica de grupo de encuentro ayuda a la adaptación de los estudiantes migrantes debido a que adquieren nuevas destrezas para el crecimiento personal y el fortalecimiento del potencial humano que pueden poner en práctica en su diario vivir y en diferentes situaciones y contextos (Celis, 2006; Moya *et al.*, 2019). De este modo, esta técnica debe tenerse en cuenta como una alternativa de ayuda y de prevención de patologías como el estrés y la ansiedad que afectan a la población universitaria (Cabrerá *et al.*, 2021; Cabrerá y Charry, 2021).

Tales hallazgos abren un panorama en el que se ponen de manifiesto las dificultades y problemas que trae consigo el hecho de proceder de una localidad distinta a la del centro educativo superior, lo que hace susceptible al joven que migra para estudiar de padecer estados de estrés y ansiedad tras haber empezado su formación académica universitaria. La cantidad de situaciones académicas estresantes a las que los estudiantes de medicina y enfermería están expuestos de forma recurrente y su condición de migrantes ocasionan diversos problemas en su salud física y mental. Si estas condiciones no son afrontadas de manera adecuada, y el estudiante recurre a ciertos comportamientos de riesgo para evitar tales sentimientos y emociones, o bien para no comunicarlos, el proceso de adaptación al nuevo contexto universitario y urbano puede ser vitalmente difícil y costoso. Por ello, es importante utilizar estrategias que hagan posible vivir tal experiencia de forma positiva. Con este objetivo, el grupo de encuentro cobra una considerable importancia como

elemento principal de expresión y de apoyo ante la segregación y la ruptura resultantes de la pérdida de lo cotidiano y de lo dejado atrás (Bertella y Parola, 2009; *cf.* Villa *et al.*, 2014).

A pesar de todo, el manejo del estrés y la ansiedad derivados del proceso de migración en los estudiantes requiere mejorar las estrategias para que puedan permanecer en cada institución mediante la implementación de programas académicos y personales que fomenten un desarrollo profesional adecuado (Barragán, 2020; Bustos y Gairin, 2017; Espinosa *et al.*, 2020; Romera *et al.*, 2019; Velásquez y Gonzáles, 2017).

De igual manera, es fundamental que cada estudiante migrante participe de forma activa en el grupo de encuentro para que pueda crear estrategias de afrontamiento que faciliten su adaptación a la nueva vida universitaria.

Así, los resultados del presente estudio pueden servir como base para profundizar en esta realidad y para elaborar políticas, planes y proyectos concretos para estudiantes universitarios migrantes. La universidad debe “equipar” a dichos estudiantes para afrontar esta etapa transitoria y superar los efectos derivados de la migración, principalmente la crisis de identidad, que se traduce en sentimientos de fracaso, bajo rendimiento académico, repeticiones y deserción.

Este estudio puede en consecuencia generar una línea base para posibles intervenciones que favorezcan la integración de la diversidad cultural y el enriquecimiento mutuo en el ambiente universitario.

A pesar de que los efectos del presente estudio fueron positivos, se sugiere que la información aquí reportada sea analizada e interpretada con reservas debido a que la muestra del estudio fue muy reducida, por lo que se tendría que repetirlo con muestras con las mismas características pero más numerosas, así como contar con un mayor control de variables intervinientes en los resultados mostrados, como la dinámica familiar, la historia personal, la inserción en el grupo de pares, los vínculos con el estudio o el proyecto de vida de los jóvenes, entre muchas otras.

En conclusión, el grupo de encuentro logró resultados favorables en los estudiantes universitarios migrantes participantes, quienes disminu-

veron significativamente sus niveles de estrés y ansiedad en comparación con el grupo control,

y los dotó de estrategias de afrontamiento que facilitan la adaptación a la vida universitaria.

Citación: Cabrera-Díaz, E., Reyes-Gaspar, P.L. y Charry-Méndez, S. (2024). Efecto de un programa de grupo de encuentro sobre el estrés y la ansiedad en estudiantes universitarios migrantes. *Psicología y Salud*, 34(1), 175-184. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2855>

REFERENCIAS

- Barragán, D. (2020). La experiencia estudiantil universitaria en América Latina: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Educación*, 1(78), 147-171. Doi: 10.17227/rce.num78-6708
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (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
- Bertella, A. y Parola, M. (2009, 7 de marzo). Estrategias de afrontamiento en adolescentes que viven el desarraigo. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación, V Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-020/10.pdf>
- Birman, D. y Bray, E. (2017). Immigration, migration, and community psychology. En M. A. Bond, I. Serrano-García, C. B. Keys, y M. Shinn (Eds.): *APA handbook of community psychology: Methods for community research and action for diverse groups and issues* (pp. 313-326). American Psychological Association. Doi: 10.1037/14954-018
- Bustos, R. y Gairin, J. (2017). Adaptación académica de estudiantes migrantes en contexto de frontera. *Calidad en la Educación*, 46, 193-220.
- Cabrera, E., Astaiza, G. y Charry M., S. (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.4.1.3378.2021
- Cabrera, E. y Charry M., S. (2021). Perfil del estilo de vida en estudiantes de una universidad pública. *Ciencia y Cuidado*, 18(2), 82-95.
- Campos, 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
- Celis, A. (2006). Congruencia, integridad y transparencia. El legado de Carl Rogers. *Revista Latinoamericana Polis, Persona y Otridad*, 15, 1-14.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Espinosa, J., Hernández, J. y Mariño, L. (2020). Estrategias de permanencia universitaria. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1); 88-97.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, 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
- González, L. (2021). *Migración de los jóvenes colombianos del campo a la ciudad y su relación con procesos de identidad social*. Tesis inédita de posgrado. Bogotá: Politécnico Grancolombiano. Recuperado de <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/>
- Guevara, O. y Alfaro, J. (2021). Análisis de los procesos adaptativos en estudiantes migrantes de postgrado de una universidad pública del sur de Chile. *Educación*, 45(2), 1-13. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/440/44066178016/44066178016.pdf>
- Iglesias, S., Azzara, S., González, D., Ibar, C., Jamardo, J., Bergc, G., Bargiela, M. y Fabre, B. (2018). Programa para mejorar el afrontamiento del estrés de los estudiantes, los docentes y los no docentes de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires. *Revista de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 24(2), 105-111. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793718300678?via%3Dihub>
- Mariel, F. y Zubieta, E. (2012). Aculturación psicológica y creencias en estudiantes universitarios migrantes y no migrantes. *Hologramática*, 17(2), 45-70.
- Mariel, F. y Zubieta, E. (2015). La experiencia de migración y adaptación sociocultural: identidad, contacto y apoyo social en estudiantes universitarios migrantes. *Psicogente*, 18(33), 36-51. Doi: 10.17081/psico.18.33.54

- Marín, C. y Quintuña, A. (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 pregrado. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca. Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35673/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
- Martín, L., Rivera, A., Morandé, G. y Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clinica y Salud*, 11(2), 231-256. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618250004>
- Martínez, E., Evangelista, A., Castañeda, M. y Zamora, C. (2019). ¿Regreso al lugar de origen? La encrucijada de jóvenes rurales egresados de la Universidad Intercultural de Chiapas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 24(83), 971-995.
- Méndez, M., Gómez, C. y Betancourt, A. (2006). La escuela como medio de movilidad social rural: Reflexiones en torno a la evidencia empírica. *Revista Colombiana de Educación*, 51, 80-100. Doi: 10.17227/01203916.7685
- Mimura, C. y Griffiths, P. (2008). A Japanese version of the Perceived Stress Scale: cross-cultural translation and equivalence assessment. *BMC Psychiatry*, 8, 85.
- Morán, L. (2019). *Estrés académico y apoyo social en estudiantes que migran a Lima por estudios universitarios*. Tesis inédita de Maestría. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Moya, C., Pulgar, C. y Trajtman, A. (2019). Grupos de encuentro: desarrollo de habilidades para la humanización del cuidado a partir de la experiencia de aprendizaje de estudiantes de enfermería. *Foro Educativo*, 33, 53-77.
- Muriel, R., Treviño, G., Murata, C., Staines, A., Yamazaki-Nakashimada, A., Espinosa, S. y Espinosa, F. (2017). Magnitud del tamaño del efecto y su importancia en la investigación pediátrica. En relación con el artículo: "Calidad de vida de los pacientes con inmunodeficiencias primarias de anticuerpos". *Acta Pediátrica de México*, 2, 136-138.
- Ospina L., M., Canavire B., G., Bohórquez, S. y Cuartas, D. (2015). Expansión de la educación superior y sus efectos en matrícula y migración: evidencia de Colombia. *Desarrollo y Sociedad*, 75, 317-348.
- Pereyra E., R., Ocampo M., J., Silva S., V. et al. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 520-526.
- Pérez, D. (2019). *La ansiedad vista con un enfoque centrado en las personas*. Tesis inédita de maestría. Xalapa (México): Universidad Veracruzana. Recuperado de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/48985/PerezHernandezDaniela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramírez, S. y Rengifo, S. (2019). *Experiencia de migración interna en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis inédita de pregrado. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Recuperado de https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/625608/Ram%c3%adrezC_S.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Remor, E. y Carrobes, J. (2001). Versión española de la escala de estrés percibido (PSS14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Restrepo, J., Sánchez, O. y Castañeda, T. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicoespacios*, 14(24), 23-47.
- Rivera, M., Martínez, L. y Obregón, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental*, 36(2), 115-122. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.014
- Roberti, J., Harrington, L. y Storch, E. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling*, 9, 135-147.
- Rodríguez, J. (2017). Efectos de la migración interna sobre el sistema de asentamientos humanos en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL*, 123, 7-34. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42692-efectos-la-migracion-interna-sistema-asentamientos-humanos-america-latina>
- Rodríguez D., M. (2006). Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica*, 5(2), 259-274.
- Rogers, C.B. (1975). *Grupos de encuentro* (3ª ed.). Amorrortu.
- Rogers, C. (1990). *Teorías de la personalidad. Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona* (3ª ed.). Amorrortu.
- Rojas, M. (2011). Autonomía postergada: jóvenes, familia y educación superior. *Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte*, 1(33), 168-183. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/17>
- Romera, S., Alcívar, E. y Campaña, Z. (2019). La migración y diversidad cultural en jóvenes universitarios provenientes de zonas rurales. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 16(2), 3-13.
- Salaberria, K. y Sánchez, A. (2017). Estrés migratorio y salud mental. *Psicología Conductual*, 25(2), 419-432.
- Salas G., B., De San Jorge C., X. y Carmona A., Y. (2016). La migración interna en estudiantes universitarios. ¿Un riesgo para el consumo de drogas? *Ciencia UAT*, 10(2), 23-32.
- Suárez D., J. y Vásquez F., A. (2020). Capital cultural y trayectorias de migración interna de estudiantes de recién ingreso a la Universidad Veracruzana. *Apuntes, Revista de Ciencias Sociales*, 48(88). Doi: 10.21678/apuntes.88.1277

- Torcomian, C. (2016). Experiencias universitarias en estudiantes migrantes. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(2), 49-68. Doi: 10.15381/rinvp.v19i2.12889
- Torrez, M. y Cobo, L. (2018). Un lugar para estudiar: estudio exploratorio de la migración estudiantil colombiana a Bahía Blanca durante la última década. *Revista Universitaria de Geografía*, 27(2), 157-170.
- Velásquez, Y. y Gonzáles, M. (2017). Factores asociados a la permanencia de estudiantes universitarios: caso UAMM-UAT. *Revista de la Educación Superior*, 46(184), 117-138.
- Villa, J., Sánchez, A. y Gaviria, T. (2014). *Consecuencias sociales que genera el desarraigo familiar en la población infantil femenina entre 6 y 12 años ubicados por ICBF en el Instituto Hermanas Franciscanas de Santa Clara, municipio de Copacabana, año 2012. Una interpretación desde el trabajo social*. Tesis inédita de pregrado. Medellín (Colombia): Corporación Universitaria Minuto de Dios. Recuperado de <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/3492>

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.
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.

SUMMARY

Effects of problem-solving therapy on self-care of informal primary caregivers of palliative care patients
Nancy Rangel-Domínguez, Rebeca Robles-García and Juan José Sánchez-Sosa

Psychological attention in persons with diabetes mellitus: A narrative review of the Mexican clinician practice guidelines
José Fernando Mora-Romo and Georgina Eugenia Bazán-Riverán

Influence of family, friends, and age in alcohol abuse in adolescents
Victor Santos Acosta Madueño and Ferrán Padrós Blázquez

Treatment predictors associated with relapse prevention in drug addict users: A systematic review
Alexis Amelio Fernández-Flores, Gerardo Ochoa-Meza and Alberto Castro-Valles

A comparative study on the efficacy of two psychological therapies for depression reduction in women with fibromyalgia
Gonzalo Sebastián Peña-Muñante

Descriptive analysis of mobility, emotions, and health in the verbal reference of older adults
Enma Urbina-Aceves, Everardo Camacho-Gutiérrez, Alejandro Pérez-Duarte and Luis Silvo-Castillo

Predictors of quality of life and subjective well-being in a group of retirees from Cuernavaca, Mexico
Norma Betanzas-Díaz, Rubén Agustín González-Muciño and Francisco Paz-Rodríguez

Psychological interventions in patients with lung cancer: A review of the research literature
Joel Flores-Juárez, Óscar Galindo-Vázquez, Ana Fresán-Orellana, Patricia Ortega-Andeane, Xolyanetzin Montero-Pardo, Tania Estapé and Óscar Arrieta

Work-stress, burnout and factors associated with its appearance in medical emergency technicians
Francisco Emmanuel Porras-Parra, María del Rocío Guzmán-Benavente, Laura Ernestina Barragán-Ledesma, Martha Angélica Quintana-Escorza, Oliverio Leonel Linares-Olivas and Lauren Soed Garza-Barragán

Workload, burnout syndrome, and psychosomatic symptoms in customer service female workers
Emmanuel Martínez-Mejía, Magdalena Fonseca-Castro, Ana Laura Cortes-Hernández and Jesús Felipe Uribe-Prado

Effect of a behavioral activation-based treatment. Depressive-anxious symptomatology and sleep in university students: A pilot study
Elsa Abigail Vázquez-Aguilar, José Luis Barrera-Gutiérrez and Ana Beatriz Moreno-Coutiño

Use of information and communication technologies and technostress in teachers and students of a private university
Norma Coppari, Laura Bagnoli, Lourdes González, Claudia Marecos and María Laura Romero-Lévera

Comparison of video game addiction between Mexican male and female students
Jorge Luis Arellanes Hernández, Enrique Romero Pedraza, León Felipe Beltrán Guerra and Fernando Iván Lima Zárate

Psychometric properties of EPIC-Sexual Function in Mexican men
Marcos Espinoza-Bello, Óscar Galindo-Vázquez, Frank J. Penedo, Miguel Ángel Jiménez-Ríos, Patricia Ortega-Andeane, Anna Scavuzza, Mirna García-Méndez and Abelardo Meneses-García

Sexual practices, skills to negotiate the use of condoms, and infatuation in university students
Diana Patricia Aguirre-Ojeda, J. Isaac Uribe-Alvarado, Cecilia del Carmen Rojas-Montoya and Mayra Consuelo Pérez-Pimienta

Psychodynamic family psychotherapy aimed at a young adult patient with depression diagnosis
Aruval Omar Vázquez-Marfil and Eréndira Estrella Vázquez-Vargas

Effect of a meeting group program on stress and anxiety in migrant university students
Esperanza Cabrera-Díaz, Pedro León Reyes-Gaspar and Sergio Charry-Méndez