

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 34 Número 2

Julio-diciembre 2024

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Programa de intervención psicosocial para prevenir alcoholismo en adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales
Yordanis Arias Barthelemy, Clara Ofelia Suárez Rodríguez y Justo Reinaldo Fabelo Roche

Anorexia nerviosa, ansiedad y *cutting* en la adolescencia
Jenny Jeanette Casanova Zavala y Ana Cecilia Cetina Sosa

Adicción a internet en adolescentes durante la pandemia de covid-19
Andrea María Marín Marrufo y Ana Cecilia Cetina Sosa

Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad
Natalia Isabel Arango Prado, Elia María Escoffé Aguilar y Verónica Ruiz González

Flexibilidad psicológica y covid: el Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID-19). Fase preliminar
Carmen Antonia Buenfil Heredia, Sally Vanega Romero y Carlos David Carrillo Trujillo

Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas
Omar Bravo-Alcocer, Kalina Isela Martínez-Martínez, Roberto Oropeza-Tena y Cecilia Colunga-Rodríguez

Funcionamiento familiar en jóvenes con intento de suicidio en Cuenca (Ecuador)
Yolanda Dávila-Pontón, Ximena Vélez-Calvo, Ma. José Peñaherrera-Vélez y Agustín Sparer

Síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música: diferencias entre mujeres y hombres
Karla María Reynoso Vargas, Jaime Salvador Maysén y María del Rocío Guzmán Benavente

Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa
Luis Alberto Mendoza-Contreras, Benjamín Domínguez-Trejo, David Alberto Rodríguez-Medina y Oscar Galindo-Yáñez

Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura
Mariana Flores-Constantina, Francisco Lorenzo Juárez-García, Abigail Quintana-Sánchez y Oscar Galindo-Yáñez

Experiencias y actividad sexual de hombres durante el primer embarazo de sus parejas: dibujos y relatos escritos
José Salvador Sapién López

El registro electroencefalográfico y el cortisol salival en el estudio del estrés: una revisión sistemática
Mariana Martínez Pelayo, Emiliano Vázquez Pelayo, Sergio Díaz Medina y Ana Beatriz Moreno Coutiño

Indicadores de depresión y conexión académica en estudiantes de la universidad pública de Guatemala
Sindy S. Linares, Alexandra Vásquez, Mónica P. Morales y Donald W. González-Aguilar

Adicción a Instagram y su relación con la conciencia de "cuerpo objetivizado"
Constanza Toscano-Pitol, Michelle Cerón-Haddock, Yazmín Díaz-Flores, María Huci-Mercado y Alonso Ulibarri-Martínez

Revisión sistemática de instrumentos válidos y confiables que miden resiliencia en adultos hispanoparlantes
María Fernanda Fernández-García, Sandra Milena Alvarán López, Sandra Milena Rueda Ramírez, Constanza Londoño Pérez y Magda Evelyn Mendiveiso

RECUESTO

El devenir de la psicología en Sonora: de la estructura asociativa de la situación a la estructura histórica del ser
Jorge Borja Castañeda

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 Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Volumen 34, Número 2 • Julio-diciembre 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. (52228)841-89-00, ext. 13215, 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 2
Julio-diciembre de 2024

Programa de intervención psicosocial para prevenir alcoholismo en adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales <i>Yordanis Arias Barthelemi, Clara Ofelia Suárez Rodríguez y Justo Reinaldo Fabelo Roche</i>	189
Anorexia nerviosa, ansiedad y <i>cutting</i> en la adolescencia <i>Jenny Jeanette Casanova Zavala y Ana Cecilia Cetina Sosa</i>	197
Adicción a internet en adolescentes durante la pandemia de covid-19 <i>Andrea María Marcín Marrufo y Ana Cecilia Cetina Sosa</i>	203
Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad <i>Natalia Isabel Arango Prado, Elia María Escoffé Aguilar y Verónica Ruiz González</i>	209
Flexibilidad psicológica y covid: el Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID-19). Fase preliminar <i>Carmen Antonia Buenfil Heredia, Sally Vanega Romero y Carlos David Carrillo Trujillo</i>	215
Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas <i>Omar Bravo-Alcocer, Kalina Isela Martínez-Martínez, Roberto Oropeza-Tena y Cecilia Colunga-Rodríguez</i>	225
Funcionamiento familiar en jóvenes con intento de suicidio en Cuenca (Ecuador) <i>Yolanda Dávila-Pontón, Ximena Vélez-Calvo, Ma. José Peñaherrera-Vélez y Agustín Sparer</i>	235
Síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música: diferencias entre mujeres y hombres <i>Karla María Reynoso Vargas, Jaime Salvador Moysén y María del Rocío Guzmán Benavente</i>	245
Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa <i>Luis Alberto Mendoza-Contreras, Benjamín Domínguez-Trejo, David Alberto Rodríguez-Medina y Oscar Galindo-Vázquez</i>	259
Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura <i>Mariana Flores-Constantino, Francisco Lorenzo Juárez-García, Abigail Quintana-Sánchez y Óscar Galindo-Vázquez</i>	271
Experiencias y actividad sexual de hombres durante el primer embarazo de sus parejas: dibujos y relatos escritos <i>José Salvador Sapién López</i>	285
El registro electroencefalográfico y el cortisol salival en el estudio del estrés: una revisión sistemática <i>Mariana Martínez Pelayo, Emiliano Vázquez Pelayo, Sergio Díaz Medina y Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	301
Indicadores de depresión y conexión académica en estudiantes de la universidad pública de Guatemala <i>Sindy S. Linares, Alexandra Vásquez, Mónica P. Morales y Donald W. González-Aguilar</i>	317
Adicción a Instagram y su relación con la conciencia de “cuerpo objetivizado” <i>Constanza Toscano-Pitol, Michelle Cerón-Haddock, Yazmín Díaz-Flores, María Huci-Mercado y Alonso Ulibarri-Martínez</i>	327
Revisión sistemática de instrumentos válidos y confiables que miden resiliencia en adultos hispanoparlantes <i>María Fernanda Fernández-García, Sandra Milena Alvarán López, Sandra Milena Rueda Ramírez, Constanza Londoño Pérez y Magda Evelyn Mendivelso</i>	335
RECUESTO	
El devenir de la psicología en Sonora: de la estructura asociativa de la situación a la estructura histórica del ser <i>Jorge Borja Castañeda</i>	345

SUMMARY

Volume 34, Number 2
July-December 2024

Psychosocial intervention program to prevent alcoholism in teenagers by means of fostering new social representations <i>Yordanis Arias Barthelemi, Clara Ofelia Suárez Rodríguez and Justo Reinaldo Fabelo Roche</i>	189
Anorexia nervosa, anxiety, and cutting in adolescence <i>Jenny Jeanette Casanova Zavala and Ana Cecilia Cetina Sosa</i>	197
Internet addiction in adolescents during the Covid-19 pandemic <i>Andrea María Marcín Marrufo and Ana Cecilia Cetina Sosa</i>	203
Effectiveness of integrative psychotherapy in a parentized adolescent with anxiety symptoms <i>Natalia Isabel Arango Prado, Elia María Escoffié Aguilar and Verónica Ruiz González</i>	209
Psychological flexibility and covid: The Acceptance and Action Questionnaire in the COVID-19 context (AAQ-COVID-19). A preliminary study <i>Carmen Antonia Buenfil Heredia, Sally Vanega Romero and Carlos David Carrillo Trujillo</i>	215
Online group cognitive-behavioral treatment for youth with drug abuse <i>Omar Bravo-Alcocer, Kalina Isela Martínez-Martínez, Roberto Oropeza-Tena and Cecilia Colunga-Rodríguez</i>	225
Family functioning in young people with suicide attempt in Cuenca (Ecuador) <i>Yolanda Dávila-Pontón, Ximena Vélez-Calvo, Ma. José Peñaherrera-Vélez and Agustín Sparer</i>	235
Overtraining syndrome in music undergraduates: Differences between women and men <i>Karla María Reynoso Vargas, Jaime Salvador Moysén and María del Rocío Guzmán Benavente</i>	245
Psychosocial factors associated with cancer pain: A narrative review <i>Luis Alberto Mendoza-Contreras, Benjamín Domínguez-Trejo, David Alberto Rodríguez-Medina and Oscar Galindo-Vázquez</i>	259
Socio-psychological factors in discharged persons from intensive care units <i>Mariana Flores-Constantino, Francisco Lorenzo Juárez-García, Abigail Quintana-Sánchez and Óscar Galindo-Vázquez</i>	271
Experiences and sexual activity of men during their couples' first pregnancy: Drawings and written narratives <i>José Salvador Sapién López</i>	285
Electroencephalographic recording and salivary cortisol in the study of stress: A systematic review <i>Mariana Martínez Pelayo, Emiliano Vázquez Pelayo, Sergio Díaz Medina and Ana Beatriz Moreno Coutiño</i>	301
Depression indicators and academic connection in students of the public university of Guatemala <i>Sindy S. Linares, Alexandra Vásquez, Mónica P. Morales and Donald W. González-Aguilar</i>	317
Instagram addiction and its relationship with the consciousness of the “objectified” body <i>Constanza Toscano-Pitol, Michelle Cerón-Haddock, Yasmín Díaz-Flores, María Huci-Mercado and Alonso Ulibarri-Martínez</i>	327
Systematic review of valid and reliable instruments that measure resilience in Spanish-speaking adults <i>María Fernanda Fernández-García, Sandra Milena Alvarán López, Sandra Milena Rueda Ramírez, Constanza Londoño Pérez and Magda Evelyn Mendivelso</i>	335
AN ACCOUNT	
The becoming of Psychology at Sonora: From the situation's associative structure, to the historical structure of being <i>Jorge Borja Castañeda</i>	345

Programa de intervención psicosocial para prevenir alcoholismo en adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales

Psychosocial intervention program to prevent alcoholism in teenagers by means of fostering new social representations

Yordanis Arias Barthelemi¹, Clara Ofelia Suárez Rodríguez²
y Justo Reinaldo Fabelo Roche³

Policlínico Docente Dr. Porfirio Valiente Bravo¹
Universidad de Oriente²
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana³

Autor para correspondencia: Yordanis Arias Barthelemi, ariasyordanisb78@gmail.com.

RESUMEN

El programa de intervención psicosocial que se presenta está diseñado para implementarse en cinco módulos, y su objetivo general es brindar un protocolo inicial en el procedimiento de las intervenciones psicosociales para prevenir el alcoholismo en los adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales de su consumo. Esta propuesta se apoya en una estrategia plurimetodológica en la que se parte desde el enfoque histórico-cultural, específicamente desde la situación social del desarrollo como categoría. La anterior plataforma epistemológica facilitará una metodología para prevenir el alcoholismo en los adolescentes, y sistematizar dicho proceso de prevención marcará el rumbo a un modelo teórico.

Palabras clave: Intervención psicosocial; Alcoholismo; Adolescentes; Representaciones sociales.

SUMMARY

The psychosocial intervention program described in the present paper is implemented in five modules. The general objective is to provide an initial protocol in the procedure of psychosocial interventions to prevent alcoholism in adolescents through the empowerment of new social representations of its consumption. This proposal resides in a multi-methodological strategy, starting from the Historical-cultural approach, specifically from the social situation of development as a category. The epistemological platform is expected to facilitate a valuable methodology to prevent

¹ Avenida Ricardo Rizo s/n, Alto Songo, Municipio Songo-La Maya, Zona Postal 94180, Provincia Santiago de Cuba, Cuba, <https://orcid.org/0000-0003-4178-7121>.

² Avenida Patricio Lumumba s/n, Ciudad de Santiago de Cuba, Zona postal 90500, Cuba, <https://orcid.org/0000-0001-5129-2777>.

³ Calle D entre Zapata y 29. Municipio Plaza. La Habana. Cuba, <https://orcid.org/0000-0002-5316-0951>.



alcoholism in adolescents. Systematizing said prevention process will aim at setting the course for a theoretical model.

Key words: Psychosocial intervention; Alcoholism; Adolescents; Social representations.

Recibido: 11/10/2022

Aceptado: 01/06/2023

La concepción del programa que se aporta se basa en los resultados de Arias *et al.*, (2021) de la aplicación efectuada de la Escala de Prácticas Parentales (Suárez *et al.*, 2019) y del test psicológico de redes semánticas naturales (*cf.* Castellanos, 2023; Flores-Cano, 2020; Flores-Kantes *et al.*, 2021; Flores-Morales *et al.*, 2020; Santisteban y Reyes, 2018) a los adolescentes del grado décimo del Instituto Preuniversitario “Seremos como el Che” (curso escolar 2018-2019) del municipio Songo-La Maya (Cuba). El primer instrumento psicológico indaga sobre la percepción de los adolescentes acerca de las prácticas de sus madres y padres al educarlos, y la segunda prueba psicológica está diseñada para que los sujetos reporten la manera en que se representan los hechos y procesos de la realidad; esto es, para explorar las representaciones sociales en la población general.

Se considera la intervención psicosocial (Galaz y Rubilar, 2019; Ramos *et al.*, 2020; Rosas, 2018; Suárez *et al.*, 2017) para la prevención del alcoholismo en los adolescentes como un proceso de transformación personal y social que apunta hacia la determinación y solución de las necesidades vinculadas al crecimiento, enfatizando en la necesidad de coestionar tales cambios con los padres en la formación de sus hijos sobre la base de una participación crítica de los adolescentes que fortalece su sentido de pertenencias e identidad, así como el establecimiento de un compromiso social. Esta propuesta sensibiliza a los adolescentes en relación con la prevención del alcoholismo a través de la aplicación de un programa basada en las representaciones sociales acerca del consumo de bebidas alcohólicas en estas edades, para lo cual se utilizan diferentes técnicas y procedimien-

tos ya validadas por el proyecto de investigación científica intitulado “Intervención psicosocial en familias con adolescentes y jóvenes en la formación del orientador a las familias”, auspiciado por la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba.

La intervención psicosocial permite la exploración de las vías y alternativas para la participación de los adolescentes y de sus padres en la solución de sus problemas. En este proceso emerge la toma de conciencia que determina que los sujetos pongan sus recursos personales, de manera oportuna en las tareas en las que se implican. La participación activa de los adolescentes en las tareas de la intervención es fuente de creación, de confrontación, de razonamiento y de experiencias que permiten alcanzar de forma gradual niveles de interpretación relativamente más complejos.

En estudios relacionados con este tópico en poblaciones de adolescentes (Sánchez *et al.*, 2015), se obtuvo como resultado que el consumo de vinos y licores mostraba una tendencia al aumento de los episodios de embriaguez en esta edad; uno de cada cinco adolescentes (Gómez, 2015) se embriagaba con frecuencia, y se reportaba un incremento del “*binge drinking*”⁴. Se estima que más de 80% de los adolescentes ingieren bebidas alcohólicas, especialmente en eventos y reuniones sociales. Específicamente en Cuba, en un estudio realizado por Arias *et al.* (2019) se evidenció que la ansiedad puede ser una causa para ingerir bebidas alcohólicas, pese a que suscita estados depresivos en los adolescentes.

La finalidad del programa que aquí se presenta es contribuir a prevenir el alcoholismo en los adolescentes, así como promover su desarrollo como personas sensibles y éticas, situadas críticamente en la sociedad en su conjunto.

Se concibe el desarrollo de los adolescentes como un proceso continuo y sistemático de apropiación individual de un sistema de saberes y valores que determinan su posición vital, activa y creativa en su vida cotidiana, la cual se expresa en las relaciones que establecen en los espacios sociales de convivencia. A través de la concepción de un programa formativo de intervención psico-

⁴ Juego que consiste en consumir una bebida alcohólica en el menor tiempo posible.

social, con la presente propuesta se pretende la potenciación de nuevas representaciones sociales en relación con el consumo de alcohol y los factores que influyen de manera positiva o negativa en dicho consumo en los adolescentes.

Abric (2001) insiste que para capturar las representaciones sociales (*cf.* Jodelet, 2020; Martell *et al.*, 2018; Rubino y Puebla, 2018; Urbina y Ovalles, 2018) se requiere una estrategia plurimetodológica que pueda incluir instrumentos y técnicas de diversa índole, siendo preciso apoyarse en los métodos interrogativos y asociativos.

En la comunidad científica internacional hay evidencias escasas desde la praxis de una intervención psicosocial que parta del modelo histórico-cultural. Si bien se registran varios aportes teóricos, la disciplina de la psicología clínica o de la salud demanda una metodología que parta desde este referente teórico, facilitando de este modo la restauración de la subjetividad del adolescente y operando desde un sistema de representaciones sociales, siendo la referencia la vida misma del sujeto.

El método propuesto por Alonso (2001) para prevenir el alcoholismo en los adolescentes se puede vincular con las asociaciones libres de palabras que permiten develar la representación social que tienen ellos sobre este fenómeno; se pueden sustituir algunas palabras evocadas por el adolescente, pero con un carácter distorsionante de sus realidades percibidas, en un proceso que es dirigido por el lenguaje como un medio eficaz y necesario para la construcción de una nueva representación social sobre el consumo.

Mediante la técnica denominada “El marciano” del paradigma de los procesos correctores comunitarios (Cucco, 2006; Cucco *et al.*, 2021) se puede formar un núcleo (sintaxis) semántico significativo (unificación de varios conceptos semánticos que signifique una representación a partir de una expresión simbólica del sujeto) que tipifique los conceptos, imágenes y símbolos representados por los adolescentes sobre el fenómeno a prevenir. Partiendo de lo anterior, y teniendo en cuenta las secuencias de las interpretaciones por el interventor, se sustituyen algunas palabras develadas por los adolescentes, pero con un carácter distorsionante de sus realidades percibidas. En este mé-

todo se desdobra el objeto científico para el cual fue concebida la prueba psicológica de las redes semánticas naturales. Lo interesante de este test mental es que se puede utilizar como un instrumento para la intervención psicológica, y específicamente para la prevención (Suárez *et al.*, 2019).

En el proceso de intervención psicosocial que se pretende se deben tener en cuenta las representaciones sociales de los adolescentes sobre el consumo de bebidas alcohólicas, buscando la integración de nuevos sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas (González y Mitjás, 2016); mediante este proceder se logra potenciar nuevas representaciones sociales en los adolescentes. El programa procura la objetivación de estas ideas, materializada en la significación de la construcción colectiva, formulando aspectos significantes de las representaciones sociales que tienen los adolescentes sobre el consumo nocivo de alcohol. El presente análisis tuvo como objetivo general ser un protocolo inicial en el procedimiento de las intervenciones psicosociales para prevenir el alcoholismo en los adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales acerca de su consumo.

Concepción del programa de intervención psicosocial

El actual protocolo inicial sobre las intervenciones psicosociales para prevenir el alcoholismo en los adolescentes se basa en los resultados prácticos y de investigación (Arias *et al.*, 2021) acerca del impacto que tiene en los adolescentes el consumo nocivo de bebidas alcohólicas. El material aporta una sistematización del diagnóstico de una muestra de escolares adolescentes, alumnos del Instituto Preuniversitario “Seremos como el Che”, y de sus padres, con los que ya se habían investigado sus representaciones sociales sobre el consumo de bebidas alcohólicas y las prácticas parentales en las familias del municipio Songo-La Maya (Cuba).

Se considera que en la adolescencia se debe contar con diversas alternativas para intervenir en sus diferentes espacios, y particularmente en su accionar en la familia. Así, esta propuesta sirve de guía para sensibilizar a los adolescentes en relación con la prevención del alcoholismo en estas

edades a través de diferentes técnicas y procedimientos.

El actual programa se estructura en módulos y se sustenta en el enfoque histórico-cultural, en particular en la categoría Situación social del desarrollo, teniendo en cuenta que las representaciones sociales expresan la posición interna del adolescente y las influencias externas que recibe de sus padres, de modo que es necesario comprender el carácter de esas influencias y valorarlas en función del efecto que pueden tener en la formación de los adolescentes; así, con la ayuda de las orientaciones que contiene el programa se contribuye a que se produzcan en ellos las necesarias transformaciones desarrolladoras.

El programa que se propone se fundamenta en evidencias aportadas por los estudios acerca del enfoque dialéctico de la intervención psicosocial desarrollado en las investigaciones del proyecto de investigación del que se desprenden estos resultados. Se sustenta en los aportes de Galaz y Rubilar (2019) y Suárez *et al.* (2018), y además en una revisión de los programas de intervención con finalidades similares existentes en el contexto cultural cubano.

Como se señala líneas arriba, el programa consta de actividades agrupadas en módulos, y cada módulo incluye un conjunto de actividades que tienen un objetivo común; se plantea además la conveniencia de mantener la secuencialidad de los módulos en la ejecución del programa.

Con ello, se pretende potenciar nuevas representaciones sociales en los adolescentes mediante la distorsión de las realidades percibidas acerca del consumo de alcohol, con la contribución significativa que puede hacer a tales transformaciones la percepción de las prácticas de sus padres; sobre todo, favorecer una apropiada comunicación, autonomía y control conductual de los hijos, y lograr, por el contrario, que perciban las afectaciones que ocasionan las prácticas parentales cuando se ejerce un estrecho control psicológico e imposiciones sobre los adolescentes. Es preciso aclarar que antes de las intervenciones psicosociales es vital que se tenga el visto bueno de los comités de ética del gremio a lo que pertenezcan los interventores, a fin de que se reciban las críticas y sugerencias que

beneficien el desarrollo del programa y a los adolescentes que serán intervenidos.

Primer módulo: *Abriendo puertas*

Se debe crear un clima positivo para los encuentros en que se busca un entendimiento acerca de la adolescencia vinculándola al consumo de alcohol. Se efectúan dos actividades en las que se utiliza como eje la frase “*Serás un buen adolescente en tanto que...*”. Mediante una lluvia de ideas, se configuran los valores de los que aspiran ser portadores y el ideal que tienen de ser buenas personas, los cuales, al promoverlos en la discusión, contribuyen a elevar su autoestima. Se complementa el análisis con otra actividad similar sobre la frase “*Serán buenos los padres/madres en tanto sean...*”, que es útil para indagar el ideal que los adolescentes tienen acerca de las prácticas parentales.

La discusión debe conducir a destacar que el sentirse bien depende en primer lugar de ser una buena persona, de sentir satisfacción consigo mismo y en sus relaciones con los otros, en particular con sus padres, los amigos o la pareja, todo lo cual no lo proporcionan elementos nocivos como consumir bebidas alcohólicas, cuya ingesta más bien cambia negativamente el comportamiento, pues las personas no se manifiestan como realmente son, aun cuando se puedan mostrar más abiertas y sociables, ni tampoco en las relaciones que establecen con los demás en esas circunstancias.

Segundo módulo: *Quién soy*

Se pretende trabajar con los adolescentes el proceso de concientización de su identidad por lo que la misma representa para el desarrollo de la autonomía, unida ésta a la necesaria supervisión y orientación de las figuras educativas de maestros, familiares y, sobre todo, los padres, todo lo cual va cambiando a partir de la infancia y a lo largo de las sucesivas etapas de la vida.

Se emplea la técnica “*Mi mundo y yo*”, en la que el coordinador debe organizar el grupo en varios subgrupos. Como primera orientación se les pide a los presentes que de forma individual res-

pondan dos preguntas: “¿Cómo soy yo?” y “¿Qué aspectos de mi mundo influyeron en mi manera de ser?”. Luego se comentan las respuestas en el subgrupo y un relator da a conocer las respuestas más generales. La siguiente actividad, titulada “El río de la vida”, ilustra su fluir y muestra los momentos más importantes, o hitos, mediante dibujos o símbolos que dan cuenta de lo que estos eventos han representado en la vida de la persona, en especial el momento que marca el inicio del consumo de alcohol, las primeras copas y las distintas situaciones que pueden llevar al consumo. En torno a los dibujos se produce la discusión, en la que se propicia sobre todo la reflexión acerca de las situaciones en las que se ha producido la ingesta de bebidas alcohólicas y la posible influencia de las personas con las que se compartía el consumo.

Tercer módulo: *Yo quisiera ser...*

Se puede adaptar la técnica llamada “El bote salvavidas” utilizando un sistema sustantivo de valores y una actitud positiva y de control en el consumo de alcohol. Se seleccionan dichos valores; por ejemplo, responsabilidad, solidaridad, compromiso y otros más, en correspondencia con el cambio que se desea y de acuerdo con el núcleo semántico significativo constatado en el diagnóstico: el consumo de bebidas alcohólicas produce placer. En síntesis, se trata de que ante el peligro de que zozobre el bote es necesario aligerar su peso y determinar de quién o quiénes se puede prescindir.

El debate conduce a destacar que todos son importantes y el carácter de sistema que todos ellos tienen; a precisar su concepto y la manera en que se expresan en la vida cotidiana de los adolescentes en la escuela, la familia o con las amistades; a estimular el intercambio de ejemplos de comportamientos vinculados al consumo del alcohol en cada uno de estos grupos sociales en los que se manifieste, y sobre todo debatir cómo los valores protegen y salvan de las posibles circunstancias adversas en la vida, como la ingesta de alcohol.

En la siguiente sesión, con la técnica “El árbol de la vida”, se ubican las personas más importantes para cada participante, lo que permite debatir por qué lo son y el lugar que ocupan en ese árbol; si son escuchadas sus orientaciones por los

adolescentes; lo que ellos creen que les dirían estas personas acerca de ingerir bebidas alcohólicas, y cuáles serían sus reacciones ante tales consejos. Se continúa en esta sesión con la reflexión acerca de la comunicación entre los padres (o de quienes fungan como tales) y los adolescentes, el lugar que ocupan en su vida, y cómo los momentos de satisfacción o de conflicto están ligados a una comunicación estrecha y cálida o, por el contrario, no asertiva.

Cuarto módulo: *Dos caras*

El módulo dispone de dos actividades en las que se debate la sexualidad como expresión del núcleo semántico significativo de las representaciones sociales del consumo de bebidas alcohólicas, como la obtención de placer. Se propone la lectura de *Romance y amor* con el objetivo de reflexionar acerca de dos maneras o expresiones de un sentimiento por la pareja que deben constituirse en fuertes motivaciones de una relación sexual gratificante, y valorar el placer que estos sentimientos pueden proporcionar, sobre todo si tal placer puede ser un resultado del consumo de bebidas alcohólicas.

Para ello, se leen detenidamente los contenidos de la reflexión sobre el romance y el amor de la pareja mientras los participantes escuchan la lectura. A continuación, se muestra la otra cara del sexo, opuesta a la anterior, la que no es resultado de un romance o de un amor profundo. A juicio de los participantes, es posible enlistar algunas manifestaciones del sexo sin amor y compararlas con las anteriores.

Después se pide a los adolescentes que traten de recordar si alguna vez han tenido conocimiento o les han sucedido algunas de las situaciones descritas en las dos caras del sexo. Se comentan sus relatos y se reflexiona acerca de los mismos. Se hacen algunas meditaciones acerca del sexo y de la orientación sexual, de cómo el sexo está presente en el actuar cotidiano y cómo se le debe afrontar en un diálogo franco y abierto con los padres, así como valorar los recursos personales para tener una comunicación adecuada sobre esos temas. En el momento de cierre de la sesión se pide a los participantes que cada uno exprese mediante una pala-

bra la alegría o la tristeza que les haya provocado el encuentro.

La segunda actividad acerca de la sexualidad se organiza de igual forma y se reflexiona acerca del respeto a la diversidad sexual a partir de la historia de un periodista gay publicado en *Cubadebate*⁵, que resulta un testimonio muy actual de lo que sucede en el país respecto a la homosexualidad, el cual se da a conocer en el marco de la jornada contra la homofobia, y en una etapa próxima del debate del nuevo código de la familia. Se continua el análisis realizado en la actividad anterior, pero en este caso las valoraciones conducen a que, al igual que la heterosexualidad, el sexo entre iguales también tiene como punto de partida el romance o el amor, contrariamente al sexo que es resultado de la ingesta de alcohol; por tanto, sus manifestaciones son muy semejantes a las que se debatieron en la actividad anterior, de forma que es necesario el diálogo con los padres para abordarlo teniendo en cuenta el material propuesto.

Quinto módulo: *Un joven de estos tiempos*

Integra las reflexiones anteriores y las concreta en las valoraciones que destacan la importancia del comportamiento social en el grupo de amigos, la familia y en la escuela en tres actividades.

La primera actividad, con la técnica llamada *La orquesta*, destaca un proceso de búsqueda de la unidad en la diversidad, respetando la diferencia, en la que todos son escuchados y participan en la toma de decisiones. Se desarrolla la actividad en cinco momentos a partir de la emisión por cada uno de un sonido personal, que después se repite, pero tratando de escuchar al otro, y continúa con la selección de un miembro del grupo que los coordina a todos para la ejecución de una melodía que ha sido previamente consensuada en el grupo por los participantes, utilizando cada uno su propio sonido. Debe valorarse lo que sucede cuando algunos de los sonidos emitidos son disonantes, cuando rompen la armonía de la melodía, y conducir el debate a la analogía con los comportamientos disonantes en espacios sociales, en

⁵ Sitio web cubano editado por el Círculo de Periodistas Cubanos contra el Terrorismo.

grupos, fiestas o discotecas, de lo que significa un comportamiento *malcriado* debido a la ingesta de alcohol, cómo se manifiesta y cómo debe llamársele.

La siguiente actividad que se propone profundiza en los aspectos que fundamentan el lugar y la importancia de la pertenencia a un grupo en la vida de las personas, y en particular en esta etapa de la vida. Se divide al grupo en tres subgrupos, cada uno de los cuales aporta una situación concreta de convivencia en la que se comparte una actividad recreativa con los amigos, la familia y los condiscípulos. Se solicita a los participantes que intercambien las propuestas y seleccionen la que consideren la mejor. La reflexión y el debate que invita a la selección de la situación de convivencia por cada uno de los grupos debe implicar el análisis del grupo como continente, espacio de acogida, de afecto y de relación de las bebidas alcohólicas en la convivencia, su pertinencia, valorando si realmente son necesarias para el disfrute del grupo. Las situaciones devienen escenas que son dramatizadas por cada grupo.

Sexto módulo y cierre del programa en general utilizando el recurso de las cartas

Este recurso permite reflexionar acerca de *Los jóvenes de la pandemia*, en cómo hoy día la vida ha cambiado por la pandemia o la pospandemia, la que ha traído consigo una normalidad diferente que incluye cambios en hábitos y costumbres, en lo que se disfruta y cómo se disfruta, para lo cual es necesario referirse a la relación con la pareja, las reuniones familiares y de amigos, a las fiestas y, por tanto, al consumo del alcohol en esta etapa, y en general al comportamiento social, al hecho de que se tiene también un mayor acceso al conocimiento a través de internet y otras vías de información. Se interroga a los participantes y se valora cómo han vivido esta etapa y cómo han ido construyendo su autonomía a lo largo de su vida. Al finalizar, y a modo de despedida, se puede utilizar la técnica mediante la cual cada uno comparte sus experiencias respecto al consumo de alcohol; esto es, como llegó, cómo se sintió durante el programa y cómo se va.

En conclusión, el programa de intervención psicosocial que aquí se presenta es el punto de

partida de la incipiente metodología del núcleo semántico significativo, cuyo propósito es prevenir el alcoholismo en los adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales

acerca de su consumo, lo que a su vez puede marcar el rumbo a un modelo teórico para prevenir el alcoholismo.

AGRADECIMIENTOS

Financiado por el Proyecto de Investigación Científica “Intervención psicosocial con familias de adolescentes y jóvenes en la formación de orientadores a la familia” de la Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

Citación: Arias B., Y., Suárez R., C.O. y Fabelo R., J.R. (2024). Programa de intervención psicosocial para prevenir alcoholismo en adolescentes mediante la potenciación de nuevas representaciones sociales. *Psicología y Salud*, 34(2), 189-196. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2899>

REFERENCIAS

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México. Ediciones Coyoacán.
- Alonso A., A. (2001). Representación social del alcoholismo. Estudio comparativo de dos muestras (brasileña y cubana) de personas no alcohólicas. *Revista Cubana de Psicología*, 18(2). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v18n2/07.pdf>
- Arias B., Y., Rodríguez E., A., Mercerón F., Y. y Suárez R., C. (2021). Riesgo de alcoholismo y sintomatología depresiva en adolescentes de Songo-La Maya. Cuba. *Boletín de Trastornos Adictivos*, 6(1), 14-20. Recuperado de <https://instituciones.sld.cu/cedro/16-boletin-1-2021>
- Castellanos A., L. (2023). Uso del facebook en estudiantes universitarios: un estudio cualitativo con redes semánticas naturales. *Salud y Desarrollo*, 6(1), 70-91. Doi: 10.55717/FYUI6152
- Cucco G., M. (2006). Propuesta Pro CC: sus bases teóricas metodológicas. En G.M. Cucco (Ed.): *Del desatino social a la precariedad narcisista. XIII Congreso Argentino de Psicología “Compromiso social frente a los problemas actuales”*. Córdoba (Argentina).
- Cucco G., M., Crespo C., G., Álvarez C., E., Lami H., A. y Rojas A., E. (2021). Distorsiones en el proceso de crianza de niños, niñas y adolescentes. *Revista de Humanidades Médicas*, 21(3), 847-870.
- Flores O., M., Morales R., M., Rojas M., J. y Merino G., I. (2020). Significados y representaciones del bajo rendimiento académico a nivel superior por redes semánticas naturales. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 318-339.
- Flores K., P., Muñoz N., R. y Medrano A., L. (2021). Concepciones de la felicidad y su relación con el bienestar subjetivo: un estudio mediante redes semánticas naturales. *Liberabit*, 24(1), 115-130.
- Flores C., O., Reyes L., I., Rivera A., S., Mancilla C., R. (2020). Bienestar subjetivo y su estudio con redes semánticas en análisis lineal y no lineal. *Interdisciplina*, 8(20), 153-167. Doi: 10.22201/ceiich.24485705e.2019.18.71207
- Galaz, C. y Rubilar D., M. (2019). Experiencias profesionales en intervención psicosocial: el ejercicio narrativo como metodología de reflexividad y vigilancia epistemológica. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1), e050.
- Gómez G., R. (2015). *El consumo de alcohol en la adolescencia: una mirada desde la prevención*. Trabajo inédito de fin de grado. Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7455/Gomez-GomezR.pdf?sequence=1>
- González R., F. y Mitjans A., M. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas*, 15(1). Doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue1-fulltext-667
- Jodelet, D. (2020). Sobre el espíritu del tiempo y las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales*, 15(29), 19-36.
- Martell M., N., Ibarra E., M.L., Contreras L., G. y Camacho R., E.J. (2018). La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. *Psicología y Salud*, 28(1), 15-24.
- Ramos V., I., Caballero D., C., Suárez C., Y., Villamil I., C. y Uribe U., A. (2020). *La evaluación estructural de programas de intervención psicosocial: la experiencia del Programa Papsivi en Colombia*. Universidad Pontificia Bolivariana.

- Rosas M., L. (2018). *Herramientas lúdicas aplicadas a la intervención psicosocial para la regulación emocional, el fortalecimiento del lazo afectivo y la base segura con niños en situación de emergencia, vulnerabilidad o factores de riesgo en su entorno*. Tesis de Máster en Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/64140/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rubino G., R. y Puebla M., B. (2018). Representaciones sociales y comunicaciones: apuntes teóricos para su diálogo interdisciplinario inconcluso. *Convergencia*, 25(76), 143-167.
- Sánchez Q., I., Moreno A., C. y Rivera B., F. (2015). Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 184-189. Doi: 10.1016/j.gaceta.2015.01.004
- Santisteban N., J.M. y Reyes L., I. (2018). La calidad de vida en adultos jóvenes mediante redes semánticas naturales modificadas. *Informes Psicológicos*, 18(2), 31-44.
- Suárez B., A.S., Alarcón Y., V. y Reyes R., L. (2018). Proyecto de vida: ¿proceso, fin o medio en la terapia psicológica en la intervención psicosocial? *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 505-513.
- Suárez R., C.O., Mercerón F., Y., Del Toro S., M., Ortiz., Verdecia, A. y Rojas R., R.M. (2019). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes cubanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(1), 19-30.
- Suárez, C.O., Del Toro, M., Mercerón, Y. y Verdecia A. (2017). Un enfoque dialéctico de la intervención psicosocial. En Y. Santana (Coord.): *Herramientas para la intervención psicosocial en el desarrollo humano en el oriente cubano desde una perspectiva integradora*. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente.
- Urbina C., J.E., Ovalles R., G.A. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *Rev. Psicogente*, 21(40), 495-544.

Anorexia nerviosa, ansiedad y *cutting* en la adolescencia

Anorexia nervosa, anxiety, and cutting in adolescence

Jenny Jeanette Casanova Zavala y Ana Cecilia Cetina Sosa

Universidad Autónoma de Yucatán¹

Autor para correspondencia: Jenny Jeanette Casanova Zavala, jencasanova@hotmail.com.

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue elaborar una revisión teórica sobre la anorexia, el *cutting* y la ansiedad en la población adolescente. La adolescencia es una etapa de oportunidad y de grandes retos; sin embargo, debido a los cambios físicos, emocionales y sociales que se presentan en esta etapa, los adolescentes suelen estar expuestos a diversos riesgos en tanto que constituyen una población vulnerable para experimentar problemas mentales o de comportamiento. La anorexia, la ansiedad y las autolesiones son comunes durante este periodo, y causan dificultades en el control emocional y afectan de manera negativa la calidad de vida. El abordaje oportuno de estas afecciones, enfocado en el manejo adecuado de las emociones, ayuda a los adolescentes a transitar a la adultez de una manera favorable en cuanto que mejoran sus habilidades sociales, su capacidad para resolver problemas y su autoconfianza. Se concluye destacando la importancia de un trabajo multidisciplinario y el apoyo de la familia como elementos clave para la eficacia de los tratamientos.

Palabras clave: Ansiedad; Anorexia nerviosa; Adolescentes; *Cutting*.

ABSTRACT

The purpose of the present article is to contribute a theoretical review of anorexia, self-harm cutting, and anxiety in the adolescent population. Adolescence is a time of opportunity and significant challenges for individuals. However, due to physical, emotional, and social changes, they are often exposed to various risks. Adolescents are a vulnerable population to present mental or behavioral problems. Anorexia, anxiety, and self-injury are common during this period, causing difficulties in emotional control and negatively affecting quality of life. A timely approach to these conditions focused on properly managing emotions helps adolescents favorably transit to adulthood as they improve social skills, problem-solving ability, and self-confidence. We conclude by highlighting the importance of multidisciplinary work and family support for treatment efficacy.

Key words: Anxiety; Anorexia nervosa; Adolescents; Cutting.

Recibido: 16/06/2022

Aceptado: 08/08/2023

¹ Maestría en Psicología Aplicada y Clínica Infantil, Facultad de Psicología, Carretera Tizimín-Cholul Km 1, 97305 Mérida, Yuc., México, tel. (999)279-38-49, correos electrónicos: jencasanova@hotmail.com y csosa@correo.uady.mx.



La adolescencia es una de las etapas más importantes de la vida en cuanto que es la transición de la infancia a la edad adulta que implica considerables cambios físicos, cognitivos y psicosociales (Allen y Waterman 2019). Los numerosos cambios que se producen pueden ser emocionantes para algunos adolescentes, pero para otros pueden ser factores que les ocasionen estrés y temor. Si estos sentimientos no se reconocen ni se manejan de una manera adecuada, pueden dificultar la regulación emocional y desencadenar problemas que afecten de manera negativa su salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018a, 2018b).

Los trastornos mentales son diversos y tienen distintas manifestaciones clínicas; no obstante, se pueden definir como un grupo de afecciones que causan alteraciones en el pensamiento, la percepción, la conducta, las emociones y las relaciones interpersonales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Los trastornos mentales representan 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en los adolescentes (OMS, 2020). La prevalencia de dichos trastornos continúa en aumento en esta población, lo que provoca dificultades en su calidad de vida, al igual que graves consecuencias económicas y sociales en los países (OMS, 2019).

Algunos ejemplos de los trastornos mentales que los adolescentes pueden llegar a padecer son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la ansiedad y las autolesiones. Los trastornos de la alimentación son un grupo de enfermedades mentales graves que afectan el comportamiento alimentario; presentan una alta tasa de mortalidad y suelen aparecer durante la pubertad (Ayuzo y Covarrubias, 2019). Tales trastornos con frecuencia están asociados con otras afecciones, como las autolesiones. Un factor que tienen en común es el daño al propio cuerpo. Sufrir un trastorno de la alimentación es un factor de riesgo para las conductas autolesivas, y a la inversa (Fleta, 2017; Solís y Gómez, 2021). Las autolesiones se pueden considerar como conductas lesivas autoinfligidas cuya finalidad es reducir el malestar emocional o el estrés ante una situación particular.

Otro trastorno asociado a los TCA es la ansiedad, la cual es un problema común entre la po-

blación adolescente que, de no tratarse adecuadamente, tiende a persistir a lo largo del tiempo y suele provocar dificultades en el funcionamiento social, emocional y funcional del individuo (Martínez y Julián 2017). Los trastornos de ansiedad son problemas de salud mental que se relacionan con el temor, la preocupación y las alteraciones conductuales que se manifiestan de forma intensa, excesiva y persistente (Asociación Americana de Psiquiatría [APA por sus siglas en inglés], 2013).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se consideraban un padecimiento frecuente entre las mujeres jóvenes de las culturas occidentales desarrolladas; sin embargo, tal apreciación ha ido cambiando ya que suelen estar presentes en muy diversas culturas y afectar a hombres y mujeres por igual, sin importar su etnia, religión o status sociocultural (Gaete y López, 2020). Debido a la prevalencia y a su tasa de mortalidad los trastornos de la conducta alimentaria son una problemática global y al tener comorbilidades con otras afecciones como las autolesiones y la ansiedad la situación se agrava.

Adolescencia

La palabra *adolescencia* proviene del latín *adolescencia* y se refiere al “periodo de la vida humana que sigue de la niñez y precede a la juventud” (Real Academia Española, 2014). La Organización Mundial de la salud (OMS, 2016) la define como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”.

Erikson (1968/1994) consideraba que la adolescencia es un periodo entre la infancia y la edad adulta en el que se produce la búsqueda de la identidad. Es una etapa en la que es común que los jóvenes estén preocupados por los cambios fisiológicos que experimentan, y sientan incertidumbre ante la creciente necesidad de adoptar los roles adultos. Prestan especial atención a la percepción que los demás tienen de ellos y suelen dejarse llevar por los estereotipos de la sociedad.

Debido a esos cambios físicos, emocionales y sociales propios de esta etapa, los adolescentes se encuentran en riesgo de presentar problemas que afecten negativamente su salud mental. Algu-

nos factores que propician estas situaciones son los problemas socioeconómicos, la violencia, la discapacidad, la orfandad, la carencia de recursos económicos o la falta de apoyo de las figuras parentales (OMS, 2020).

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se pueden definir como un grupo de enfermedades psiquiátricas graves que causan alteraciones en la alimentación y afectan la calidad de vida de quienes la padecen, ocasionando daños físicos y psicológicos (Salmerón *et al.*, 2017). Los más comunes en la población adolescente son la anorexia, la bulimia y el trastorno alimentario no especificado (TANE) (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Por ejemplo, en un estudio de Ruíz *et al.* (2021), efectuado en el estado de México, se encontró que el trastorno alimentario más frecuente entre los adolescentes fue la insatisfacción corporal, que se relaciona con actitudes alimentarias tales como la preocupación por el peso y la restricción alimentaria.

Habría que resaltar que los aspectos socio-culturales tienen una influencia determinante en el desarrollo de la identidad del adolescente, como la exposición e internalización de los ideales de belleza, que lo llevan a tratar de alcanzar un prototipo de cuerpo perfecto inexistente, lo que causa daños en su autoestima y autoconcepto y desencadena problemas en la salud, sobre todo en el comportamiento alimentario (Güemes *et al.*, 2017, Pérez-Lugo *et al.*, 2016).

Anorexia nerviosa

La anorexia es una enfermedad mental que ocasiona que las personas pierdan más peso del requerido según su edad y estatura. Se caracteriza por la restricción de la ingesta calórica, la negativa a aumentar de peso y la distorsión de la imagen corporal. La adopción de medidas para perder peso, como las dietas restrictivas, los ayunos largos y las purgas, puede provocar alteraciones fisiológicas y poner en peligro la vida. Antes, la anorexia se consideraba un padecimiento frecuente sólo en los adolescentes y las mujeres jóvenes, pero hoy

en día se sabe que afecta tanto a hombres como mujeres por igual y de cualquier edad (Gómez, 2017; Salmerón *et al.*, 2017).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2017), en México se registran aproximadamente 20 mil casos de anorexia y bulimia cada año, sobre todo entre los jóvenes de 15 a 19 años. En este país, la anorexia tiene una prevalencia de entre 0.5 y 5%, una alta tasa de mortalidad y causa graves complicaciones en la salud.

Los adolescentes que sufren anorexia suelen tener una inteligencia normal o por arriba del promedio esperado para su edad, son personas con baja autoestima, obsesivos y sobreprotegidos, y frecuentemente con rasgos de ansiedad y depresión. Por lo común, la familia acepta el deseo de los jóvenes de bajar de peso, por lo que no le da importancia al problema (González *et al.*, 2001). Los trastornos de la alimentación como la anorexia no son fáciles de detectar porque la mayoría de los adolescentes que los padece no son conscientes de la enfermedad y, por lo tanto, no buscan ayuda; de hacerlo, suelen mostrar resistencia a los tratamientos. Estos factores dificultan la prevención, detección y tratamiento oportuno de tales afecciones (Gaete y López, 2020).

Autolesiones

Las autolesiones se definen como conductas auto-infligidas provocadas deliberadamente en el propio cuerpo sin intención suicida, principalmente en la piel. Algunos ejemplos son cortarse (*cutting*), golpearse, morderse, rascarse, pellizcarse, arañarse, quemarse, etcétera. En ocasiones, estos comportamientos se utilizan con el objetivo de aliviar fuertes dolores emocionales para, de esta manera, controlar el dolor físico sobre el emocional, toda vez que la sensación de dolor produce una cierta liberación de la ansiedad. En los últimos años han aumentado los casos de autolesiones en los adolescentes, siendo el cortarse el comportamiento que tiene una mayor prevalencia en las mujeres (Fleta, 2017; Ospina *et al.*, 2019).

En los últimos años la prevalencia de las autolesiones entre los adolescentes aumentó entre 17 y 18% y constituye un serio problema de salud pública (Fleta, 2017; Ospina *et al.*, 2019). Se ha

reportado que la frecuencia de las autolesiones en adolescentes mexicanos es de 17.1%. La conducta más utilizada por las niñas son los cortes, seguida por la inserción de objetos en la piel o las uñas, mientras que en los varones es el rascado de cicatrices. Las zonas corporales que más se ven lesionadas en ambos sexos son los brazos y las muñecas (Albores *et al.*, 2014).

Sánchez y Dzib (2014) llevaron a cabo un estudio con un grupo de estudiantes de bachillerato en cuatro centros de una institución pública del estado de Yucatán (México), y encontraron que los cortes en la piel son la forma más usual en que se manifiestan las conductas autolesivas sin intención suicida, y que se vinculan con otras conductas que están vinculadas de alguna forma con los desórdenes de la alimentación, los golpes intencionales y el consumo de sustancias adictivas.

Trastornos emocionales

Es frecuente que tales trastornos aparezcan durante el periodo de la adolescencia. En este grupo se identifican la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, un pobre control de impulsos y cambios habituales del estado de ánimo, entre otros. Es importante mencionar que los mismos suelen tener manifestaciones físicas, como náuseas y dolores de cabeza, el estómago y los músculos, y que influyen de un modo importante en las áreas social, académica, personal y familiar de la persona (OMS, 2019).

Específicamente, los *trastornos de ansiedad* son problemas de la salud mental que se relacionan con temor, ansiedad, preocupación y alteraciones conductuales que se manifiestan de forma intensa, excesiva y persistente. Suelen desarrollarse en el curso de la infancia, pero de no ser tratados suelen permanecer. Aparecen más frecuentemente en las mujeres que en los hombres (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

La ansiedad es una emoción compleja que se manifiesta en todos los seres humanos; sin embargo, los altos niveles de ansiedad limitan el funcionamiento del individuo y le generan un considerable malestar.

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* en su quinta edición (DSM-V), los trastornos de ansiedad se clasifican como sigue: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, especificador del ataque de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otras afecciones médicas, trastorno de ansiedad específico y trastorno de ansiedad no específico (APA, 2013).

Se describen a continuación los que son más frecuentes en la adolescencia.

Ansiedad social

Miedo, angustia y preocupación intensos y persistentes ante diversas situaciones sociales en las que el individuo interactúa con otras personas. La persona tiende a evitar las interacciones sociales para así no manifestar los síntomas característicos de la ansiedad. Existe un miedo de ser evaluado de manera negativa por los demás (APA, 2013).

Trastorno de pánico

Se caracteriza por el surgimiento repentino e inesperado de un ataque de pánico, esto es, una sensación súbita de miedo y malestar intensos que pueden durar varios minutos, tiempo durante el cual el sujeto puede sentir que pierde el control y experimentar a la vez cuatro o más síntomas físicos y psicológicos de los trece propuestos como criterios en el DSM-V (APA, 2013).

Agorafobia

Se caracteriza por un miedo intenso o ansiedad en lugares públicos, como autobuses, automóviles, plazas, estacionamientos, tiendas, cines o calles, o permanecer simplemente fuera de casa. Ante estas situaciones el sujeto tiene la idea que le será difícil escapar de algún peligro o que no podrá pedir ayuda, por lo que tiende a evitar exponerse a estas (APA, 2013).

Trastorno de ansiedad generalizada

Es éste un trastorno frecuente y persistente que se caracteriza por una manifestación de la ansiedad y por una preocupación excesiva respecto a situaciones o actividades que el sujeto no puede manejar. Las personas que la padecen suelen preocuparse todos los días, lo que suele interferir con su funcionamiento social, familiar y laboral (APA, 2013).

CONCLUSIONES

Considerando el panorama antes planteado, preservar la salud y el desarrollo de los adolescentes, así como contribuir a que los mismos sean el centro de atención de los programas de acción sanitaria es tarea de todos. No atender a esta población puede tener altos costos sociales y económicos. La salud y bienestar de los adolescentes ayuda a la construcción de adultos estables y con recursos para contribuir de manera positiva a la sociedad (OMS, 2017).

Las circunstancias adversas del contexto y la falta de apoyos pueden ocasionar que los adolescentes tengan diversas dificultades en su regulación emocional, lo que puede derivar en la aparición de

problemas que afecten de manera negativa su salud mental. La Organización Mundial de la Salud (2020) señala que un desarrollo sano durante la infancia y la adolescencia predice una buena salud mental, lo que a su vez ayudará a prevenir graves problemas mentales. Por lo anterior, se destaca la importancia de prestar una particular atención a la población adolescente y diseñar intervenciones enfocadas al manejo adecuado de las emociones, la mejora de las habilidades sociales, el fortalecimiento de la capacidad para resolver problemas, la autoconfianza para prevenir problemas de salud mental y afrontar los problemas actuales, específicamente los relacionados con la anorexia, ansiedad y las autolesiones, a fin de que puedan transitar a la adultez de una manera favorable y reducir el riesgo de poner en peligro su vida.

Siendo la adolescencia una etapa de cambios, es importante fortalecer la salud mental en los adolescentes para contribuir a la prevención de problemas relacionados con la misma. Debido a las dificultades para detectar los problemas del comportamiento alimentario, los cuales se agravan al coexistir con otros trastornos (como las autolesiones y la ansiedad), es de subrayarse la importancia del trabajo multidisciplinario y el apoyo familiar como elementos clave para la eficacia de los tratamientos (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

Citación: Casanova Z., J.J. y Cetina S., A.C. (2024). Anorexia nerviosa, ansiedad y *cutting* en la adolescencia. *Psicología y Salud*, 34(2), 197-202. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2900>

REFERENCIAS

- Albores, L., Méndez J. L., García A., Delgadillo, Y., Chávez C. y Martínez O. (2014). Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(4), 159-168.
- Allen, B. y Waterman, H. (21 de mayo de 2019). *Etapas de la adolescencia*. Healthy Children. Organization of the American Academy of Pediatrics. Recuperado de <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). El Manual Moderno.
- Ayuzo V., N.C. y Covarrubias E., J.D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.
- Erikson, E.H. (1968/1994). *Identidad: juventud y crisis*. W. W. Norton.
- Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.
- Gaete, V. y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784-793.

- Gómez D., S. (2017). Anorexia y sexualidad: trayectoria de una mujer diagnosticada con anorexia nerviosa en el Distrito Federal. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(5), 67-82.
- González, J., Romero, J. y Tavira N., F. (2001). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes* (2ª ed.). Trillas.
- Güemes H., M., Ceñal M., J. e Hidalgo M., I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244.
- Martínez B., E. y Julián, A. (2017). Relación entre los estilos educativos parentales o prácticas de crianza y la ansiedad infanto-juvenil: una revisión bibliográfica. *Revista Española de Pedagogía*, 75(267), 337-351.
- Organización Mundial de la Salud (2016, marzo). *Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente*. OMS. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019, noviembre). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2020, septiembre). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2018a). *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (¡Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. OPS.
- Organización Panamericana de la salud (2018b). *Los jóvenes y la salud mental en un mundo de transformación*. OPS. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=14710:world-mental-health-day-2018yItemid=42091ylang=es
- Ospina, M., Ulloa, M. y Ruiz, L. (2019) Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 45(8), 546-551. Doi: 10.1016/j.semerg.2019.02.010
- Pérez L., A.L., Gabino C., M. y Baile J., I. (2016). Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 40-45.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.).
- Ruíz M., A.O., González A., N., González E., S., Torres M., M.A. y Vázquez A., R. (2021). Más allá de la apariencia: imagen corporal asociada a las actitudes y conductas de riesgo de trastorno alimentario en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 10(19), 107-123.
- Salmerón, M.A., Román, C. y Casas, J. (2017). Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*, 21(2), 82-91.
- Sánchez, E. y Dzib, J. (2014). Autolesiones físicas en adolescentes yucatecos y su intervención. En M. Frutos y G. Calderón (Eds.): *Violencia social y suicidio en el Sureste de México* (pp. 319-329). Secretaría de Salud del Estado de Campeche y Universidad Autónoma del Carmen.
- Secretaría de Salud (2017, 2 de enero). *Anorexia un trastorno de conducta alimentaria*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>
- Solís, M. y Gómez, G. (2021) Predicción de conductas alimentarias de riesgo y autolesión. En C. Armenta, A. Domínguez y C. Cruz (Eds.): *Psicología social mexicana* (pp.179-194). Universidad Iberoamericana, A.C.

Adicción a internet en adolescentes durante la pandemia de covid-19

Internet addiction in adolescents during the Covid-19 pandemic

Andrea María Marcín Marrufo y Ana Cecilia Cetina Sosa

Universidad Autónoma de Yucatán¹

Autor para correspondencia: Andrea María Marcín Marrufo, psic.andreamarcin@gmail.com.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo ayudar a comprender la influencia de la pandemia por covid-19 en los factores de desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los adolescentes, asociados a una conducta de adicción a internet y otros dispositivos electrónicos, así como mostrar algunas estrategias para su adecuada regulación emocional y bienestar psicológico. A este efecto, se realizó una revisión de los antecedentes de otras pandemias y cómo éstas han afectado a la población mundial, incluyendo a la actual crisis sanitaria y los factores que favorecen las conductas de adicción. Se discute el importante papel que pueden desempeñar los padres en esta adicción, con la expectativa que sean ellos mismos los modeladores de las conductas que se espera que sus hijos adolescentes pongan en práctica.

Palabras clave: Adicción a internet; Adolescencia; Covid-19; Pandemia.

ABSTRACT

The present article contains a theoretical review aimed at helping understand the influence of the COVID-19 pandemic on the physical, cognitive, social, and emotional developmental factors of adolescents associated with Internet and electronic device addiction behavior. We also seek to present strategies for proper emotional regulation and psychological well-being. Our literature review stemmed from the background of other pandemics and how these affected the world population, including the current health crisis and the factors that promote addictive behaviors. We conclude with the vital role that parents play at this time as role models for their children, with the expectation that they will model the behaviors they expect their adolescent children to practice.

Key words: Internet addiction; Adolescence; Covid-19; Pandemics.

Recibido: 28/06/2022

Aceptado: 09/08/2023

¹ Maestría en Psicología Aplicada, Facultad de Psicología, Carretera Tizimin-Cholul Km 1, 97305 Mérida, Yuc., México, correos electrónicos: psic.andreamarcin@gmail.com y csosa@correo.uady.mx.



La reciente pandemia de covid-19 no sólo implicó una grave alteración de la salud física de los habitantes del globo, sino también de su salud mental en virtud del confinamiento y las condiciones económicas y sociales que generó.

El covid-19 es una de las muchas pandemias que se han vivido a lo largo de la historia; si bien en algunas de ellas las consecuencias y medidas preventivas han sido similares (por ejemplo, la cuarentena y el aislamiento social para evitar su propagación), en otras ha habido ligeras variaciones. Entre estas pandemias podemos mencionar las siguientes: la peste negra, la viruela, la gripe española, el virus de la gripe A (H2N2), una variación de este virus, H3N2, y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el cual permanece hasta hoy (Castañeda y Ramos, 2020).

Actualmente, a través de diversos estudios se han podido observar sus efectos en el desarrollo socioemocional en los diferentes contextos en que interactúan las personas, su influencia en el rendimiento en general y en diferentes tipos de trastornos emocionales, así como en la adicción a internet. La angustia psicológica se ha convertido en uno de los efectos recurrentes para la mayor parte de la población ante las consecuencias físicas, el miedo a infectarse o a perder familiares, el aislamiento y la lejanía de la familia y los amigos, las dificultades económicas o la incertidumbre respecto del futuro, entre otros, debido a las medidas sanitarias que se debieron implementar a causa del covid-19 (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020).

Los consecuentes conflictos emocionales en la familia alteraron el desarrollo emocional de niños y adolescentes; además, la pandemia provocó el aislamiento social, la interrupción de la educación presencial, la puesta en práctica de nuevos tipos de aprendizaje tecnológico y, sobre todo, la inseguridad sobre el futuro. Todo ello modificó enormemente la dinámica de padres e hijos y aumentó las dificultades, ya que les implicó desempeñar un rol más activo en la educación de los menores o buscar el apoyo de otras personas para dicha tarea. Tal situación puso en evidencia la falta de habilidades socioemocionales para lidiar con situaciones adversas, la falta del reconocimiento de la importancia de estas etapas del desarrollo y las

escasas inversiones que se han hecho en el terreno de la salud mental (ONU, 2020).

Las consecuencias ocasionadas por esa crisis mundial fueron el notable incremento de muertes en el mundo; la falta de capacidad de los servicios de salud y de muchas otras instituciones para atender a la población, lo que llevó al colapso a muchas de ellas; el pánico ocasionado por la inseguridad y la desconfianza en la población, lo que propició la divulgación de noticias falsas y desinformaciones de todo tipo que sólo provocaron más confusión y caos. También se dio paso a la crisis económica, la que generó una mayor pobreza; en muchos países, el incremento de la mortalidad implicó un exceso de la orfandad y la desestructuración de las familias, lo que aumentó el número de migraciones y la inestabilidad de los gobiernos ante tales situaciones (Galeana, 2020).

Se ha constatado que para los niños y los adolescentes fue más difícil afrontar la situación descrita, sobre todo porque en esas edades aún no son capaces de identificar y comunicar sus sentimientos del modo en que lo haría un adulto. Estudios como el de Imran *et al.* (2020) han demostrado los efectos negativos que la crisis mundial tuvo en esta población, entre los que es posible destacar la ansiedad, la depresión, las alteraciones del sueño y el apetito y el deterioro de las interacciones sociales.

El distanciamiento social y el cambio de las clases escolares de tipo presencial a virtual produjeron un incremento del tiempo que pasan los adolescentes ante la pantalla “navegando” por internet. Algunos estudios han mostrado la aparición de diversos trastornos en los adultos, y se teme que los adolescentes y niños puedan empezar a sufrir esas u otras perturbaciones. Por otro lado, también se ha observado que esta población es hoy más vulnerable al llamado *cyberbullying*, a los depredadores en línea y a otros contenidos nocivos (Imran *et al.*, 2020).

Al hacer referencia al desarrollo psicosocial en la adolescencia, no se puede dejar de mencionar a Erik Erikson y su propuesta teórica de las etapas evolutivas. En este caso, habría que señalar en particular la etapa de identidad *vs.* confusión de identidad, que corresponde justamente al rango de edad de la adolescencia. En efecto, dicho autor

afirma que el principal peligro en esta etapa es la confusión de identidad o de roles porque se retrasa la madurez psicológica, y cabe apuntar que la exclusividad y la intolerancia a las diferencias, así como la distintividad social adolescente, son defensas contra la confusión de identidad (*cf. Papalia et al., 2017*). En los adolescentes se ven aumentadas por lo regular la energía, la novedad, la motivación, la curiosidad y el entusiasmo, por lo que se les hace difícil estar aislados en casa. Los cambios hormonales que vienen con la pubertad se conjugan con la dinámica social de los adolescentes para hacerlos sumamente sintonizados con el estatus social, el grupo de pares y las relaciones. Pueden sentirse frustrados, ansiosos, desconectados, nostálgicos y aburridos debido al distanciamiento social (*Imran et al., 2020*), lo cual generó que durante la pandemia se refugiaran en los dispositivos electrónicos y el internet como una manera de evadir esas emociones displacenteras.

Históricamente, una adicción se refería únicamente al consumo de algún tipo de sustancia o droga, pero actualmente se refiere también a las conductas repetitivas. Ambos tipos de adicciones tienen un factor en común: la falta de control sobre conductas específicas, las cuales al principio son meramente placenteras, pero que se convierten en prioridades absolutas que afectan el desarrollo e interfieren con la vida diaria (*Cía, 2013*).

Así, los trastornos adictivos se dividen en dos tipos: trastornos por consumo de sustancias y trastornos adictivos no relacionados con sustancias. Goldberg (1995) (*cf. Salicetia, 2015*) definió el trastorno de adicción a internet como “una patología, un trastorno, un uso excesivo de esta tecnología que incluye una amplia gama de comportamientos y control de impulsos”.

Sola *et al.* (2013) apuntan que un factor importante, al que consideran como el preámbulo para este tipo de adicción no relacionada a sustancias, es la impulsividad con poca premeditación o sin ella, que conlleva una falta de conciencia de las consecuencias que tal conducta repetitiva trae consigo. Estos autores, retomando conceptos de diversos autores, precisan algunos aspectos relacionados con esa impulsividad: dificultades de atención sostenida y sesgada; búsqueda de sensaciones y novedad de estímulos; urgencia; difi-

cultad de control; aplazamiento o inhibición de la respuesta; dificultad en el aplazamiento de un refuerzo positivo inmediato por otro mayor en el tiempo; escaso análisis de la situación e información relevante antes de emitir una respuesta, y escasa sensibilidad al reforzamiento positivo.

En el contexto de la reciente pandemia de covid-19 pudo apreciarse que el estrés y la ansiedad ocasionados por tal situación habían derivado en el aumento de esas conductas repetitivas que generan un estado de placer y relajación para el individuo, lo que puede considerarse como una manera de evadir las emociones displacenteras y dejar ver la falta de habilidades y herramientas para su adecuado afrontamiento.

En cuanto a los criterios diagnósticos de las adicciones comportamentales, González (2015) hace la siguiente clasificación: *a)* el criterio temporal, que se refiere al tiempo que dicho comportamiento tiene en la vida de una persona, de manera que se pueda descartar que es una situación pasajera; *b)* el criterio de cantidad y frecuencia, es decir, que ese comportamiento no sobrepase los límites de lo que se considera adecuado; *c)* el criterio de nocividad, esto es, el efecto que tiene en el ámbito personal, social, laboral y familiar; *d)* el criterio de etiquetado, que hace referencia a que otras personas han informado que tal conducta ya no es normal, y *e)* el criterio de pérdida de libertad, es decir, que la persona ha perdido el autocontrol de dicha conducta.

Salicetia (2015) señala los síntomas del comportamiento característicos de este trastorno, los cuales se presentan a continuación: *a)* Necesidad de pasar cada vez más tiempo y con mayor frecuencia en internet para obtener satisfacción; *b)* Euforia y activación anómalas cuando se está frente a la computadora (*cf. Echeburúa y Requesens, 2012*); *c)* Falta de interés en otras actividades que no sean el uso de internet; *d)* Agitación, ansiedad, depresión, pensamientos obsesivos de lo que hay en internet cuando su uso se interrumpe o se reduce el tiempo; es decir, los síntomas típicos de la abstinencia (*Shapira et al., 2003*); *e)* Incapacidad para controlar el uso de internet o para interrumpirlo; *f)* Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano, como los padres o los hermanos, y mentir sobre el tiempo que se utiliza

(Echeburúa y Requesens 2012), y g) Seguir usando internet a pesar de las implicaciones negativas a la salud psicológica, social y física.

En las áreas cognitiva y comportamental se han observado percepciones desadaptativas, como pensamientos distorsionados sobre sí mismo y el mundo, percepciones deformadas sobre las experiencias de inadecuación, así como inseguridad, baja autoestima y problemas en las relaciones sociales. Algunos estudios han demostrado que tales personas sufren trastornos de personalidad, del estado de ánimo, de ansiedad y descontrol de impulsos, y síntomas físicos como alteraciones del sueño, dolores de espalda, cefaleas, síndrome del túnel carpiano, cansancio ocular y malos hábitos alimenticios.

A través de diversos estudios se ha constatado que la familia es la primera y la más cercana red de apoyo de las personas, por lo que es importante promover un ambiente familiar sano en el que se brinden los recursos necesarios para un buen desarrollo personal y social de los individuos (Cardona *et al.*, 2015; Suárez y Vélez, 2018), para así contribuir sustancialmente a la adquisición de las habilidades sociales necesarias para un buen desenvolvimiento social de los hijos.

Las herramientas de evaluación más comunes que se utilizan para diagnosticar el trastorno de adicción a internet incluyen la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS, por sus siglas en inglés), la Prueba de Adicción Compulsiva a Internet de Young (1998) y el Cuestionario de Uso Problemático de Internet (PIUQ, por sus siglas en inglés), revisado por Kelley y Gruber (2010) (*cf.* Masih y Rajkumar, 2019).

Algunos tratamientos utilizados para el trastorno de adicción a internet han sido la terapia de la realidad, la arteterapia, la terapia recreativa, la equinoterapia, la terapia dialéctica conductual, la terapia cognitivo-conductual, la modificación de conducta y la terapia grupal, familiar e individual (Masih y Rajkumar, 2019). En estas dos últimas se explora la vida personal y familiar para determinar la causa de que el internet se haya convertido en un medio para escapar de la realidad.

Soto *et al.* (2018) destacan algunos elementos importantes para trabajar tal condición con la familia: sensibilizar principalmente a los padres acerca

de la importancia de estar presentes y acompañar a sus hijos al iniciarse en el uso de Internet y los dispositivos tecnológicos relacionados (teléfono móvil, videoconsola, tableta, etc.); tomar conciencia de la necesidad de establecer normas y límites claros, tanto en el uso de nuevas tecnologías como en otras actividades cotidianas, y ofrecer estrategias y habilidades de comunicación y gestión emocional que les permitan sentirse más competentes para abordar las situaciones y conflictos que pueden surgir con los menores respecto a las normas y límites en el uso de esas tecnologías. En tiempos de pandemia, Imran *et al.* (2020) recomiendan realizar actividades en familia; practicar actividades al aire libre, como por ejemplo ejercicio físico; si no es posible salir, buscar alternativas o actividades en el exterior; relajarse, videollamar constantemente a amigos y familiares; no tomar siestas a menos que sea necesario y que no excedan de 30 minutos; reducir el uso de aparatos electrónicos como celulares y computadoras, entre otros, ya que pueden causar alteraciones de sueño, por lo que es importante establecer una rutina apropiada de sus ritmos, y validar las emociones de los adolescentes, escuchándolos empáticamente y ayudándolos a explorarlas y manejarlas.

CONCLUSIONES

Es evidente la gravedad con que la pandemia de covid-19 afectó a la población mundial en general, pero el impacto en los adolescentes alteró ciertos aspectos cruciales de su desarrollo debido a que es en esta etapa cuando empiezan a afianzar sus relaciones sociales a través de la pertenencia a diversos grupos; sin embargo, el distanciamiento social ha limitado este aspecto del desarrollo. Aunado a ello, tienen considerables dificultades para identificar y manejar sus propias emociones, por lo que buscan refugiarse en el internet para no tener que lidiar con ellas. El papel que desempeñen los padres en estos momentos es esencial, de modo que se esperaría que logren ser conscientes de que son el ejemplo para sus hijos, por lo que es necesario que sean los modeladores de las conductas que deben poner en práctica.

Citación: Marcín M., A.M. y Cetina S., A.C. (2024). Adicción a internet en adolescentes durante la pandemia de covid-19. *Psicología y Salud*, 34(2), 203-207. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2901>

REFERENCIAS

- Cardona, Á.M., Valencia, E., Duque, J.H. y Londoño V., D.A. (2015). Construcción de los planes de vida de los jóvenes: una experiencia de investigación en la vereda La Doctora, Sabaneta (Antioquia). *Aletheia*, 7(2), 90-113.
- Castañeda, C. y Ramos, G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 1-24.
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-210.
- Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y las nuevas tecnologías en niños y adolescentes*. Pirámide.
- Galeana, P. (2020). Las epidemias a lo largo de la historia. *Antropología Americana*, 5(10), 13-45.
- Goldberg, I. (1995). *Internet addiction disorder: Diagnostic criteria*. Recuperado de <http://www.iucf.indiana.edu/brown/hyplan/addict.html>
- González, R. (2015). Las adicciones comportamentales: una tormenta al acecho. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, s/p.
- Imran, N., Zeshan, M. y Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children and adolescents in COVID-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4-S67).
- Kelley, K.J. y Gruber, E.M. (2010). Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1838-1845.
- Masih, J. y Rajkumar, R. (2019). Internet addiction disorder and mental health in adolescents. *Depress & Anxiety*, s13. Doi: 10.4172/2167-1044.s13-002
- Organización de las Naciones Unidas (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. ONU. Recuperado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Papalia, D.E., Feldman, R.D. y Martorell G. (2012). *Desarrollo humano* (12ª ed.). McGraw-Hill.
- Salicetia, F. (2015). Internet Addiction Disorder (IAD). *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1372 – 1376.
- Shapira, N.A., Lessig, M.C., Goldsmith, T.D. Szabo, S.T. Lazoritz, M. Gold, M.S., Stein, D.J. (2003). Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression & Anxiety*, 17(4), 207-216. Doi: 10.1002/da.10094
- Sola, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y Drogas*, 13(2), 145-155.
- Soto, A., De Miguel, N. y Díaz, V. (2018). Abordaje de adicciones a nuevas tecnologías: una propuesta de prevención en contexto escolar y tratamiento de rehabilitación. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 120-126.
- Suárez, P. y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173-198. Doi: 10.25057/issn.2145-2776
- Young, K.S. (1998). Compulsive Internet Use Scale. *CyberPsychology & Behavior*, January, 237-244.

Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad

Effectiveness of integrative psychotherapy in a parentized adolescent with anxiety symptoms

Natalia Isabel Arango Prado¹, Elia María Escoffié Aguilar¹
y Verónica Ruiz González²

Universidad Autónoma de Yucatán¹
Universidad Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Natalia Isabel Arango Prado, nataliarango06@gmail.com.

RESUMEN

La ansiedad es un problema que ha crecido en los últimos años entre la población adolescente, sobre todo a partir de la situación sanitaria que se vivió recientemente generado por la pandemia de covid-19. Además, la estabilidad afectiva y emocional en la etapa adolescente se ve amenazada por los conflictos de parentalización, los cuales están vinculados con la relación que existe entre los miembros que conforman una familia, en la que los roles se encuentran invertidos y son los hijos los que asumen el papel de padres. El presente trabajo es un estudio de caso único cuyo objetivo fue implementar y evaluar una intervención psicológica que permitiera comprender el modo en que funciona la terapia integrativa en la elaboración de los conflictos de parentalización que aumentan los niveles de ansiedad. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en cuarenta sesiones divididas en tres fases: diagnóstico, intervención y cierre. Al finalizar la intervención se observaron avances significativos en el manejo de la ansiedad. De igual forma, la paciente logró mejorar en sus relaciones interpersonales y familiares en virtud de que aprendió a poner límites que, a su vez, disminuyeron el conflicto de la parentalización.

Palabras clave: Adolescencia; Familia; Ansiedad; Parentalización; Terapia integrativa.

ABSTRACT

Anxiety is a problem that has increased in the adolescent population in recent years, primarily due to the Covid-19 pandemic. On the other hand, affective and emotional stability in adolescence stage can be threatened by parental conflicts, which link to the relationship among family members. Frequently roles are reversed, with the children being those who take on the role of parents or caregivers. The present single-case study, sought to implement and evaluate a psychological intervention that allows us to understand how Integrative Therapy works in working on parental conflicts, which, in turn, increase anxiety levels. The psychotherapeutic process included forty sessions along three

¹ Facultad de Psicología, Carretera Tizimín Cholul Km. 1, 97305 Mérida, Yuc., México, tel. 52(999)943-20-98, correo electrónico: eaguilar@correo.uady.mx.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copiloto - Universidad, Ciudad Universitaria, 04510 Ciudad de México, Mexico, tel. 52(555)622-22-14, correo electrónico: verokemp@yahoo.com.



phases: diagnosis, intervention, and closure. At the end of the intervention, significant progress resulted in anxiety management. Similarly, the patient managed to improve her interpersonal and family relationships since she learned to set limits that, in turn, reduced the conflict with her parents.

Key words: Adolescence; Family; Anxiety; Parenting; Integrative therapy.

Recibido: 07/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

La adolescencia es una de las etapas más dinámicas de la vida. Los cambios rápidos que ocurren en el joven no sólo lo sorprenden, sino también a todos los que lo rodean, en especial a los padres, quienes deben reformular casi todos los aspectos de la relación con aquél para lograr comunicarse efectivamente y mantener así su función de guías del desarrollo (Valdés *et al.*, 2017).

Las familias con hijos adolescentes viven una etapa de diversos cambios que se asocian a las distintas tareas propias de su momento vital familiar, así como a la crisis de desarrollo que atraviesan aquéllos. Cuando la familia no adapta sus reglas de interacción entre sus integrantes a las nuevas necesidades, es frecuente que aparezcan síntomas en la forma de conductas externalizantes (desafiantes, oposicionistas o disociales) e internalizantes (dificultades de tipo emocional, tales como ansiedad, depresión o aislamiento social) (Cagigal, 2010).

En el ámbito familiar puede producirse la llamada “parentalización” de los hijos, que se define como una negligencia emocional de los padres ya que se les asignan a aquéllos (frecuentemente al hijo mayor) tareas que exceden sus capacidades físicas o emocionales, dejando de lado las necesidades reales que estos tienen según su edad, lo que suele ser ignorado ya que se cree que ayuda a mantener el equilibrio familiar (Pedraza, 2022).

Cuando las demandas del entorno son excesivas comparadas con los recursos de afrontamiento que posee el joven, éste desarrollará una serie de reacciones adaptativas de movilización de sus recursos que implican una activación fisiológica acompañada de diversas emociones negativas o desagradables, como la ansiedad.

Identificar los factores asociados a esta problemática es de gran utilidad para prevenirla, detectarla precozmente y tratarla apropiadamente (Fuentes y Palos, 2021).

La terapia de juego integrativa, enfoque que se utilizó para abordar el presente caso, es un método normativo en virtud de que busca el mejor tratamiento para los problemas relevantes en el momento presente, ya que es flexible en el desarrollo del plan de tratamiento dentro y entre sesiones (Schaefer, 2012)

Al investigar cómo funciona la terapia de juego integrativa en los problemas de ansiedad en niños y adolescentes, se encontraron estudios muy variados, no así análisis que expliquen los conflictos de parentalización, por lo que el presente trabajo tuvo como propósito identificar cómo es que funciona la psicoterapia integrativa en esos problemas y la relación que tiene con la ansiedad.

MÉTODO

Diseño

El método seleccionado fue el estudio de caso, toda vez que es una estrategia de investigación que estudia un fenómeno describiéndolo y analizándolo a profundidad (Escudero, 2008). La metodología se fundamenta en el modelo circular para investigaciones de un solo caso que permite investigar los fenómenos de la psicología clínica con los requerimientos de la investigación científica en cuanto que favorece operar con variaciones sistemáticas sobre una técnica determinada hasta obtener el efecto deseado, facilitando así el establecimiento de relaciones funcionales o causales entre los cambios observados en el sujeto y las variables estudiadas. Además, abre una vía hacia la selección de criterios para evaluar las técnicas de intervención empleadas (González, 2014).

Por razones éticas, y para garantizar la confidencialidad, los datos personales de los participantes y sus familiares fueron modificados.

Escenario y sujeto

La institución donde fue realizada la intervención es una clínica de atención psicológica de una ins-

titución pública en la que se brindan servicios psicológicos de psicoterapia individual para niños, adolescentes y adultos, así como de pareja y familia. Se ofrecen en la misma estudios de orientación vocacional, valoraciones psicológicas, atención a víctimas, terapia grupal y talleres diversos. La atención psicológica prestada a los usuarios es brindada por los psicólogos del área clínica bajo la supervisión de terapeutas expertos en el área.

La paciente fue una adolescente de 13 años de edad con síntomas de ansiedad incrementados por la dinámica de su familia, pues experimentaba un conflicto de parentalización. Los datos arrojados durante la aplicación de los instrumentos de diagnóstico mostraron que, en el área personal, la paciente mostraba incapacidad para expresarse emocionalmente, rigidez cognitiva, inseguridad, baja tolerancia a la frustración, dificultad para socializar y establecer relaciones interpersonales.

Respecto al área familiar, tenía dificultades en la organización, resolución de problemas y confusión de roles en el hogar debido a que llevaba a cabo actividades que no iban acordes a su edad.

Por último, con respecto al área cognitiva, la adolescente mostraba procesos de atención y memoria adecuados para su edad y capacidad de *insight* que le permitía comprender la situación en la que se hallaba, reconociendo la manera en que la percibía y cómo se sentía al respecto.

Así, para la realización del presente trabajo se llevaron a cabo cuarenta sesiones psicoterapéuticas de manera virtual mediante una plataforma, con una periodicidad de una vez por semana y con una duración de 50 minutos cada una. Dichas sesiones se iniciaron con la elaboración de la historia clínica, a partir de la cual fue posible enmarcar la evaluación de la fase diagnóstica y el cierre.

Instrumentos y estrategias

Los instrumentos utilizados antes y después de la intervención fueron los siguientes:

Historia clínica psicológica

La entrevista psicológica es la técnica fundamental del método clínico y se le considera el mejor instrumento de análisis en el proceso de psicodiagnós-

tico, pues aporta numerosos elementos de gran interés y auténticos índices diagnósticos que permite conocer la historia clínica completa del paciente.

Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar

El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (CEFF) es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. La evaluación puede estar basada en la mera observación de los miembros de la familia en interacción, pero tal método tiene la desventaja de requerir mucho tiempo de la familia y del terapeuta, y muy probablemente el comportamiento de las familias en el encuadre terapéutico no refleje su comportamiento real. Además, esta observación genera una gran cantidad de información que difícilmente puede reducirse a dimensiones clínicas significativas.

Dibujo de la familia

Esta prueba evalúa ciertos aspectos emocionales en el niño, como su dificultad de adaptarse al medio familiar, los conflictos edípicos y los de rivalidad fraterna; evalúa clínicamente la manera en que el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y cómo se incluye en ese sistema, e investiga los aspectos de la comunicación del menor con los otros miembros de su familia, y los de los miembros restantes entre sí (Esquivel *et al.*, 2007).

Prueba de dibujo de la figura humana (DFH)

La DFH es una de las técnicas más valiosas para evaluar a los niños ya que es posible emplearla como prueba de maduración y como técnica proyectiva.

Esta prueba, calificada a través de la técnica de Koppitz (1995), se aplica a partir de los 7 años de edad y es de gran utilidad porque evalúa diversos aspectos emocionales del menor, así como su maduración perceptomotora y cognoscitiva. Tanto su aplicación como su calificación son sencillas y rápidas. Además, al valerse del dibujo, es por lo general una actividad atrayente (Esquivel *et al.*, 2007).

Juego diagnóstico

A través de la observación del juego en sesiones diagnósticas, se puede construir un cuadro de la personalidad identificando el significado simbólico de la conducta en sus distintas connotaciones conscientes e inconscientes, utilizando para ello signos observables e ideas teóricas para discernir la personalidad que subyace a la conducta de juego (Korbman, 1963).

La hora de juego diagnóstica tiene un inicio y un fin en sí misma; aquí el niño únicamente representará una parte de la totalidad del conflicto, y la información que se obtenga siempre debe ser contrastada con la que proporcionen los padres en la entrevista (Chiliquinga, 2015).

Terapia de juego integrativa

La terapia integrativa utiliza todas las técnicas de juego consideradas en los diferentes enfoques de la terapia infantil que resulten útiles para resolver los problemas planteados que han sido previamente evaluados. Así, durante las sesiones de la fase de intervención se llevaron a cabo sesiones terapéuticas utilizando dicha terapia.

Es este un método normativo en virtud de que busca el mejor tratamiento para los problemas que presenta el niño en ese momento ya que es flexible en el cumplimiento del plan de tratamiento dentro y entre sesiones. La meta terapéutica es elaborar un plan de tratamiento que corresponda a las necesidades de los pacientes, optimizando así el beneficio terapéutico (Schaefer, 2012).

Se efectuaron sesiones con la adolescente y algunas otras con la madre para conocer la conducta externa de aquélla. La frecuencia de las sesiones fue de una vez por semana, en un horario previamente establecido. La duración de las sesiones fue aproximadamente de 50 minutos y se realizaron de manera virtual mediante una plataforma.

RESULTADOS

Al finalizar con la recolección de la información obtenida en el diagnóstico, se prosiguió con la aplicación de la psicoterapia. En este proceso, se pudo generar un espacio psicoterapéutico seguro

para la adolescente, a través del cual, de forma gradual, este permitió que las intervenciones desde la terapia de juego integrativa fueran aplicadas.

Durante las sesiones individuales se logró que la adolescente identificara mejor las situaciones que le generaban ansiedad y manejara estrategias que le ayudarían a disminuirla, como la expresión de las emociones y las técnicas de relajación. Asimismo, refirió relacionarse de una mejor forma con sus condiscípulos y sentirse más segura de sí misma al momento de participar en las actividades escolares.

Durante las sesiones filiales, se encontró que la adolescente ya era capaz de poner límites en casa, de tal forma que cumplía los roles que correspondían a su edad, anteponiendo sus responsabilidades y necesidades, lo que disminuyó la ansiedad que eso le causaba.

De esta forma, las herramientas de juego integrativa fueron propicias para el desarrollo emocional de la adolescente, permitiéndole sentirse más segura dentro y fuera de las sesiones de terapia.

DISCUSIÓN

A lo largo del proceso psicoterapéutico fue posible establecer una adecuada relación con la paciente, incluyendo a su hermana y a su madre. El compromiso e involucramiento que tuvo durante las sesiones hizo posible lograr avances significativos en el manejo de la ansiedad.

Mediante la evaluación psicológica, se encontraron diversos problemas en la adolescente, como el manejo inapropiado de los síntomas ansiosos, lo que repercute de manera negativa en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen y que afectan su comportamiento en los ámbitos personal, social y escolar (Cáceres, 2018).

Debido a lo anterior, se decidió iniciar el proceso psicoterapéutico de forma individual con la menor y paulatinamente incluir tanto a su madre como a su hermana.

El proceso psicoterapéutico se inició en una modalidad individual con el objetivo de efectuar actividades encaminadas a disminuir los síntomas de ansiedad, de tal forma, que pudiera expresar de una mejor forma sus emociones.

Durante las sesiones individuales se le ofreció un ambiente seguro y confiable y una actitud de aceptación, de manera que la adolescente se sintiera con la libertad de expresar sus pensamientos y preocupaciones, sin temor a ser juzgada, reprendida o castigada, como ocurría normalmente en su casa; tal como señalan Drewes *et al.* (2011), se le brindó la oportunidad de crear memorias nuevas y positivas a través del juego y la imaginación en el espacio terapéutico.

Durante la fase de terapia individual se emplearon diversas técnicas de identificación de emociones mediante cuentos que hicieron posible modificar el pensamiento de la adolescente y la búsqueda de nuevas maneras de funcionar. De hecho, Schaefer (2012) señala que la técnica de la biblioterapia permite que los niños y adolescentes responden a historias con una mayor comprensión de lo que otros han experimentado en situaciones semejantes a las que ellos atraviesan y con nuevas ideas acerca de cómo aproximarse al problema expresando de manera verbal las habilidades requeridas de solución.

Por otro lado, se utilizaron técnicas como el arenero, títeres y dibujos que permitieron la expresión emocional durante el proceso psicoterapéutico; ya Oaklander (2008) apunta que una meta central de la psicoterapia con niños es ayudarlos a descubrir y expresar las emociones bloqueadas, para lo cual resulta útil ayudarlos a definir el *self* y a sentir una mayor independencia.

Esta parte del proceso terapéutico individual finalizó en el momento en que la adolescente logró reconocer y expresar de una mejor forma sus emociones y aceptar sus equivocaciones y las de los demás, logrando mejorar la manera en la que se relacionaba con ellos.

De igual manera, pudo disminuir el nivel de ansiedad que le generaban diversas situaciones por medio de técnicas específicas, como la respiración profunda y la tensión-distensión, las cuales fueron incluidas en el control de sus emociones cuando algo le generaba angustia o enojo. Tal como señala Boyd (1991), la paciente adquirió un control personal y nuevas habilidades de afrontamiento

ante situaciones estresantes y mejoró sus relaciones interpersonales con sus padres y hermanos. Los avances anteriores contribuyeron a que fuera capaz de controlar su ansiedad.

Como parte del proceso psicoterapéutico, se llevaron a cabo sesiones exclusivamente con la madre a fin de que identificara mejores formas de relacionarse con su hija, ya que la ansiedad que ésta sufría estaba relacionada por el trato de aquélla.

Entre las técnicas más significativas llevadas a cabo estuvo la de encontrar las características comunes a la madre y la hija, de tal forma que la primera identificara que la ansiedad de la segunda era una característica que compartían, y que en la medida en que ella se encontrara más tranquila, su trato iba a cambiar automáticamente y la ansiedad de la paciente disminuiría.

Uno de los principales logros fue que la madre identificara que sus hijas necesitaban estar en un lugar seguro, pues normalmente las llevaba con las parejas que tenía, y reconociera que sus hijas estaban mejor en casa de sus abuelos, quienes las podrían cuidar y ayudar en lo que necesitaran ya que participaban considerablemente en su crianza.

Así, el enfoque de psicoterapia de juego integrativa resultó realmente útil y dio buenos resultados en el caso de una adolescente ansiosa que vivía en un ambiente familiar disfuncional, ya que la flexibilidad al momento de utilizar diversas técnicas y teorías facilitan adecuarlas a las particularidades de los casos.

Entre las imitaciones del presente trabajo se hallan las dificultades ocurridas durante el proceso terapéutico, las que fueron, en primera instancia, la complejidad de la dinámica familiar en la que se encontraba la paciente, toda vez que su madre era una persona que no se encontraba en la posibilidad de vivir sola con sus hijas, lo que dificultó el avance en la calidad de la relación entre la hija y su madre debido a que la relación entre la abuela y la madre no era tampoco la adecuada. Sin embargo, esta última pudo identificar las necesidades de la paciente y permitir que permaneciera en un lugar estable, anteponiendo las necesidades de la misma a las de ella misma.

Citación: Arango P., N.I., Escoffié A., E.M. y Ruiz G., V. (2024). Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad. *Psicología y Salud*, 34(2), 209-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2902>

REFERENCIAS

- Boyd Webb, N. (Ed.) (1991). *Play therapy with children in crisis*. The Guilford Press.
- Cáceres P., L.M. (2018). *Trastorno de ansiedad por separación y autoconcepto en niños de 8 a 11 años de edad, con padres separados*. Santiago de Surco (Perú): Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Doi: 10.19083/tesis/625171
- Cagigal, V. (2010). Orientación parental en las familias con hijos adolescentes. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 40, 117-130.
- Chiliquinga, A. (2015). *El juego como herramienta diagnóstica en casos de violencia intrafamiliar con niños y niñas beneficiarios del Taller de Apoyo Escolar del Centro de Desarrollo Comunitario Espejo*. Tesis inédita de Bachelor. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Drewes, A., Bratton, S. y Schaefer, C. (2011). *Integrative play therapy*. John Wiley & Sons.
- Escudero, J.M. (2008). Las competencias profesionales y la formación universitaria: posibilidades y riesgos. *Revista de Docencia Universitaria (RedU)*, 6(2). Recuperado de <https://revistas.um.es/redu/articulo/view/35231>
- Esquivel, F., Heredia, M. y Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (3^{ra} ed.). El Manual Moderno.
- Fuentes, M. y Palos, P. (2021). Percepción de prácticas parentales y ansiedad en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 8(1), 54-59.
- González, J. (2014). Investigación en psicoanálisis: modelo circular de un solo caso. *Aletheia*, Revista Anual 33, México IIPCS.
- Koppitz, E.M. (1995). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Ed. Guadalupe.
- Korbman, R. (1963). *El juego como método diagnóstico en psicología infantil*. Tesis de licenciatura. Mérida (Yucatán): UADY.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido* (Hidden treasure): *La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Cuatro Vientos.
- Pedraza, R. (2022). *Prácticas parentales y parentalización en adolescentes provenientes de familias monoparentales y biparentales*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schaefer, C.E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. El Manual Moderno.
- Valdés, A., Vera, J., Urías M., y Ochoa, J. (2017). *Familia y crisis: estrategias de afrontamiento* (2^a ed.). Universidad de Sonora.

Flexibilidad psicológica y covid: el Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID-19). Fase preliminar

*Psychological flexibility and covid:
The Acceptance and Action Questionnaire in the COVID-19
context (AAQ-COVID-19). A preliminary study*

*Carmen Antonia Buenfil Heredia, Sally Vanega Romero
y Carlos David Carrillo Trujillo*

Universidad Autónoma de Yucatán¹

Autor para correspondencia: Carmen A. Buenfil H., carmenbuenfil.psicoterapia@gmail.com.

RESUMEN

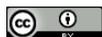
Se ha descrito la flexibilidad psicológica como uno de los factores protectores más importantes para la salud mental ante la pandemia de covid. El Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) es el instrumento más ampliamente empleado en la evaluación de la flexibilidad psicológica y del proceso de cambio en las intervenciones para promoverla, principalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se han desarrollado numerosas adaptaciones y traducciones del instrumento a circunstancias clínicas y no clínicas particulares, pero no se tiene conocimiento de uno que explore específicamente la flexibilidad psicológica ante la pandemia de covid, debido a lo cual en el presente estudio se llevó a cabo la fase piloto del desarrollo del Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID), un instrumento que valora el constructo unidimensional de flexibilidad psicológica, el cual consta de diez reactivos que se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta. Empleando una muestra no clínica por conveniencia de 36 adultos en un rango de edad de 42 a 76 años, se concluye que tales reactivos tienen poder discriminatorio. Se discuten los cuidados metodológicos en el desarrollo y piloteo de los reactivos de instrumentos adaptados a contextos específicos.

Palabras clave: Flexibilidad psicológica; AAQ-COVID; Terapia de aceptación y compromiso; Construcción de reactivos.

ABSTRACT

Psychological flexibility constitutes one of the most crucial protective factors of mental health in the context of the lengthy COVID-19 pandemic. The Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) is the most widely used instrument in assessing psychological flexibility and change processes involved in interventions aimed to promote them, mainly within the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) model. Various translations and adaptations of the AAQ-II address specific clinical

¹ Carretera Tizimín-Cholul Km 1, 97305 Mérida, Yuc., México, correos electrónicos: svanega@correo.uady.mx y carrillo.trujillo@gmail.com.



and non-clinical contexts. However, an instrument that assesses psychological flexibility in the context of the COVID-19 pandemic needs to be developed. The present study conducted a pilot phase of developing an Acceptance and Commitment Questionnaire in the COVID-19 pandemic (AAQ-COVID-19) context. The instrument is a 10-item Likert-type scale with five response options, it assesses the unidimensional construct of psychological flexibility. Data collected from a convenience sample of 36 adults, ages 42-76 ($M=59.3$), shows that all ten scale items have discriminating power. Methodological considerations regarding the construction and adaptations of items to address specific contexts are the main points of the discussion.

Key words: Psychological flexibility; AAQ-COVID; Acceptance and commitment therapy; Item construction.

Recibido: 08/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

El covid² es la enfermedad ocasionada por el síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2 (SARS-Co-V-2) (He *et al.*, 2020), que fue declarada como pandemia en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre los esfuerzos hechos a lo largo y ancho del orbe por contener el contagio y el desbordamiento de los servicios médicos, se pusieron en práctica numerosas medidas de control público que semejaban situaciones de guerra, como el confinamiento forzoso, el cese de actividades económicas, las restricciones a la movilidad dentro y entre los países, el aislamiento social y la vigilancia gubernamental, entre otras. Debido a la prolongación de la emergencia sanitaria, esas medidas preventivas han causado hasta el momento graves afectaciones psicológicas y sociales, tales como el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar, los trastorno de ansiedad y depresión, el estigma social y la pérdida de equilibrio económico, entre otros, en la casi totalidad de los países (Gloster *et al.*, 2020) y con mayor agudeza en los grupos vulnerables (Kuman-Tunçel *et al.*, 2020). En esta coyuntura se ha reconocido que la atención a la salud mental no es menos importante que

la atención a la salud física, las necesidades hospitalarias o las de reactivación económica, dada la abundante evidencia de que la manera de afrontar los eventos estresantes tiene más impacto en la salud general, el bienestar y la calidad de vida que el número, tipo y duración de los estresores (Wersebe *et al.*, 2018).

Las intervenciones preliminares en favor de un mejor afrontamiento de la pandemia señalan sistemáticamente la importancia de los factores protectores personales y sociales, y de manera especial la flexibilidad psicológica (Arslan *et al.*, 2021; Gloster *et al.*, 2020; Presti *et al.*, 2020; Tannah *et al.*, 2020).

La flexibilidad psicológica es un constructo de importancia central en las terapias contextuales o de tercera generación, especialmente en la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes *et al.*, 2004b). Las intervenciones informadas en ACT se acompañan de una medición sistemática de procesos básicos de cambio, en especial de los de flexibilidad psicológica, para lo cual suelen emplearse los Cuestionarios de Aceptación y Acción (AAQ por sus siglas en inglés), en sus versiones original (AAQ-I) (Hayes *et al.*, 2004a) y, con mayor frecuencia, en la revisada (AAQ-II) (Bond *et al.*, 2011); por otra parte, y debido a que la flexibilidad psicológica se entiende mejor cuando se enmarca en un contexto específico, numerosas versiones de la serie AAQ se han desarrollado para evaluar de manera más precisa dicho fenómeno en escenarios diversos (Ong *et al.*, 2019a), sin que hasta el momento se cuente con un instrumento que sea específico al contexto de la vida pandémica y pospandémica. Así, el propósito del presente artículo es describir la construcción y validación preliminar de dicho instrumento para su uso posterior en intervenciones que promuevan la flexibilidad psicológica en el contexto del afrontamiento de la pandemia de covid.

Conceptualización y medición de la flexibilidad psicológica: el Cuestionario de Aceptación y Acción

La flexibilidad psicológica se define como la habilidad básica de vivir aprehendiendo el momento presente y dirigiendo la conducta hacia valores personales. Se trata de un constructo transdiagnóstico

² Se ha optado aquí por sustituir el término "Covid-19" por el actualmente más aceptado de "covid" (N. del Ed.).

acuñado en el seno de las terapias contextuales o de tercera generación, y se compone de seis procesos clave: 1) aceptación (de la experiencia interna); 2) defusión (observación de los pensamientos como contenidos en vez de realidades); 3) contacto con el momento; 4) el sí mismo como contexto; 5) valores, y 6) acción comprometida (Hayes *et al.*, 2006). En conjunto, estos seis elementos hacen frente a los dos procesos que obstaculizan la flexibilidad psicológica: la evitación experiencial y la fusión cognitiva que, explicados en el contexto pandémico, permiten comprender cómo el miedo adaptativo puede revertirse contra la propia persona. El miedo es una emoción reconocida como omnipresente y de suma importancia funcional y evolutiva; sin embargo, en circunstancias de estrés y peligro prolongados, como la pandemia de covid, puede dar lugar a la ruptura del sentido de sí mismo –en la incesante búsqueda de continuar o cambiar los roles que componen la identidad personal– y del sentido de los otros –en la forma de prejuicios y discriminación de culpables y víctimas (Presti *et al.*, 2020)–. Así, las reacciones ocasionadas por la percepción de peligro se combinan en una realidad interna que no se distingue de la externa (fusión cognitiva), de modo que una persona puede dedicar mucha energía a tratar de no sentirse mal (evitación experiencial), en lugar de derivarla hacia aquello que le permite alcanzar sus metas y vivir de acuerdo a lo que le es valioso (acción comprometida) (Hayes *et al.*, 2006).

La flexibilidad psicológica es maleable (Gloster *et al.*, 2017), y se ha propuesto atenderla como un objetivo estratégico en los programas públicos de salud (Fledderus *et al.*, 2010), ya que se relaciona con funciones ejecutivas básicas (percepción, atención, organización de la experiencia etc.), y su ausencia, por otro lado, suele acompañar diversas formas de psicopatología (Kashdan y Rottenberg, 2010); asimismo, ha demostrado potenciar los efectos de intervenciones en la salud mental (Fledderus *et al.*, 2013). Por estos motivos, se han propuesto las intervenciones dirigidas a desarrollar y fortalecer la flexibilidad psicológica como medidas inclusivas y costo-efectivas de atención a la salud mental de la población general en el marco de la pandemia y pospandemia de covid (Tanhan *et al.*, 2020).

Dichas intervenciones se basan principalmente en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), cuyo propósito principal es desarrollar niveles más altos de flexibilidad psicológica como herramienta y mediador de la salud mental y el bienestar psicológico (Hayes *et al.*, 2006). ACT es un modelo de intervención cuyos componentes y tecnología se prueban sistemáticamente en investigaciones básicas y aplicadas, lo cual le ha permitido acumular rápidamente una amplia evidencia de su eficacia y estabilidad de sus resultados. La medición de la flexibilidad psicológica es entonces un ejercicio sistemático en las intervenciones ACT, como también lo son el desarrollo y refinamiento de los instrumentos para tales efectos.

El instrumento más ampliamente empleado para la evaluación de la flexibilidad psicológica es el Cuestionario de Aceptación y Acción revisado (AAQ-II) (Bond *et al.*, 2011), un instrumento de autorreporte cuyas opciones se evalúan en una escala Likert de siete puntos y que mide el constructo unidimensional de flexibilidad psicológica de dos polos: aceptación vs. evitación experiencial. La confiabilidad de dicho cuestionario, medida con el coeficiente alfa de Chronbach, asciende a .84, con coeficientes de seguimiento de .81 y .79 en mediciones a tres y doce meses, respectivamente.

El AAQ-II se ha traducido y validado en varias lenguas, entre ellas la española (Ruiz *et al.*, 2013), para una amplia variedad de poblaciones, incluida la latinoamericana (Mellín y Padrós, 2021; Patrón, 2010; Ruiz *et al.*, 2013). Si bien el AAQ-II puede utilizarse en ambientes muy diversos, también se ha señalado que los procesos que mide no se comprenden de manera descontextualizada, sino que, antes bien, “la evitación, la fusión y la conducta centrada en valores se expresan en emociones, pensamientos y comportamientos particulares, en momentos y escenarios específicos” (Lillis y Hayes, 2007, p. 38), lo que ha dado lugar al desarrollo de numerosas adaptaciones del instrumento a contextos particulares, tales como el abuso de sustancias (AAQ-SA) (Luoma *et al.*, 2011), el ansia por comer (FAAQ) (Juarascio *et al.*, 2011), los problemas del peso (AAQW) (Lillis y Hayes, 2007), los de la imagen corporal (BI-AAQ) (Basarkod *et al.*, 2018), el estrés postraumático (AAQ-TS) (Pinto *et al.*, 2015), el afrontamiento de

la diabetes (AADQ) (Gregg *et al.*, 2007), la epilepsia (AAepQ) (Lundgren *et al.*, 2008), el ejercicio de la paternidad (PAAQ) (Cheron *et al.*, 2009) y el trabajo (WAAQ) (Bond *et al.*, 2013), entre muchos otros.

En la construcción de los primeros cuestionarios se siguió un método extenso que involucró a docenas de terapeutas e investigadores de gran experiencia en la práctica de intervenciones contextuales, especialmente en ACT (Hayes *et al.*, 2006), quienes desarrollaron cientos de reactivos preliminares (Hayes *et al.*, 2004a) que fueron validados y corregidos con base en estudios estadísticos (Bond *et al.*, 2011). Esta robusta metodología explica que, no obstante otros esfuerzos por construir instrumentos nuevos para evaluar mejor o más ampliamente el constructo (Valencia, 2018), los instrumentos de la serie AAQ continúan siendo el punto de partida para el desarrollo de otras mediciones de la flexibilidad psicológica adaptadas a contextos específicos (Ong, Lee *et al.*, 2019).

Las metodologías mediante las cuales se ha llevado a cabo lo anterior son muy variadas. Se ha empleado, por ejemplo, para el desarrollo preliminar de reactivos, la definición conceptual de la flexibilidad psicológica y sus procesos asociados, la modificación sutil de reactivos de versiones previas del AAQ para destinarlos a un contexto específico, y la experiencia clínica de los terapeutas contextuales en la descripción de la experiencia de los consultantes ante problemas concretos. Para la validación preliminar se han efectuado ejercicios de jueces que evalúan la validez conceptual de los reactivos, su claridad o su prevalencia clínica, pero no todos estos aspectos a la vez; igualmente, un reactivo suele ser retenido con una concordancia de 50% para alguno de los rubros de evaluación, o bien corregidos para su retención, aun cuando haya una pobre concordancia entre jueces.

Cada técnica elegida tiene desde luego sus ventajas y sus limitaciones, lo que se evidencia en la necesidad común de eliminar reactivos sin valor discriminante en las aplicaciones piloto de los instrumentos en construcción. El uso combinado de estas técnicas, por otra parte, puede dar lugar a una mayor robustez, claridad y validez de los instrumentos, de manera que puedan desarrollarse con rapidez y con precisión las herramientas de medición que las intervenciones requieran.

Siendo que la flexibilidad psicológica ha sido descrita como el factor protector individual más importante de la salud mental, y que su promoción se ha recomendado como la opción más viable en muestras clínicas y no clínicas para atender las consecuencias del estrés prolongado por la pandemia de covid (Arslan *et al.*, 2021; Tanhan *et al.*, 2020), pero no contando hasta la fecha con un instrumento para evaluar la flexibilidad psicológica ante esta circunstancia específica, se propone en este estudio el desarrollo preliminar de una versión del AAQ-II para tal efecto,

Procedimiento de adaptación del AAQ-II al contexto pandémico

Con base en el análisis de funcionamiento de reactivos del AAQ-II (Ong, Pierce *et al.*, 2019), se atendió la recomendación de tomar como base de la adaptación los reactivos de dicho instrumento, así como otros reactivos igualmente potentes de las versiones adaptadas para contextos que señalan experiencias teóricamente colindantes con el contexto pandémico, concretamente el estrés postraumático (Gloster *et al.*, 2020).

Se emplearon así los siete reactivos de la versión estandarizada en población mexicana del AAQ-II (Mellín y Padrós, 2021) y dos reactivos del AAQ-TS (Pinto-Gouveia *et al.*, 2015). Cada reactivo seleccionado dio lugar a dos reactivos: uno que emplea la formulación original referida al contexto pandémico, y otro construido siguiendo la intención del reactivo original y utilizando palabras que las personas comúnmente emplean para referirse a las experiencias que actualmente atraviesan resultado de la pandemia y la pospandemia. Por ejemplo, el reactivo 3 del AAQ-II (“Me preocupa no poder controlar mis preocupaciones y sentimientos”) fue adaptado como “Me preocupa no poder controlar mis miedos y preocupaciones respecto a la situación de la pandemia”, dando lugar al reactivo complementario “Me desespera estar pensando en los peligros del covid y el encierro en el que estoy”. Tanto las adaptaciones como los reactivos nuevos fueron discutidos entre los autores del presente estudio hasta llegar a un consenso. El resultado fue un banco inicial de dieciocho reactivos que pretenden medir la inflexibilidad psico-

lógica en el ámbito y las circunstancias del afrontamiento de la pandemia de covid; de modo que el instrumento preliminar fue denominado Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia por Covid (AAQ-covid).

Los reactivos fueron presentados en formato electrónico a cinco jueces expertos en la investigación y clínica de terapias contextuales, a quienes se solicitó evaluar la concordancia teórica de cada reactivo con el constructo de “flexibilidad psicológica”; asimismo, se les solicitó evaluar los reactivos en cuanto a su utilidad clínica, entendida ésta como la aparición del contenido de los reactivos en la práctica clínica; finalmente, se les requirió calificar los reactivos en cuanto a su calidad (entendida como su facilidad de lectura y comprensión, y que no tendieran a grupos sociales o a un género específico. En los tres casos se empleó una escala de cuatro puntos. Se les instruyó, por último, a que incluyeran todos los comentarios adicionales que consideraran oportunos.

Para que el reactivo fuera retenido debía mostrar una aceptación promedio de 85% en los tres rubros; bajo este estándar, siete reactivos se eliminaron, corrigiéndose los restantes de acuerdo con las sugerencias de los jueces para su mayor facilidad de lectura. La observación más común fue que algunos conceptos empleados en los instrumentos de medición (por ejemplo, “una vida plena” o “una vida que se valore”) no se entienden fácilmente –como se pretende en el enfoque de las terapias contextuales–, a no ser que se tenga la for-

mación o una experiencia previa con los mismos. Tal observación ya antes había sido expresada por otros investigadores (Ong, Pierce *et al.*, 2019), de manera que sobre esa base se ajustó la redacción de los reactivos más sensibles a tal efecto. Igualmente, los jueces observaron que la inclusión de reactivos muy similares podrían confundir a los evaluados, por lo que un par de reactivos se integraron en uno solo, para quedar así en diez reactivos que se valoraron en una escala Likert de cinco opciones, que van de “No se parece en nada a mi experiencia” a “Se parece casi totalmente a mi experiencia”, para así mejorar el funcionamiento de los reactivos respecto a la escala original de siete puntos (Ong, Lee *et al.*, 2019b). Se incluyó en la escala la opción de hacer comentarios acerca de la claridad o utilidad de los reactivos, así como la posibilidad de solicitar más información acerca de futuros talleres de particular interés.

El instrumento fue respondido en formato electrónico por una muestra no clínica autoseleccionada; los participantes, colaboradores de dos centros educativos de la ciudad de Mérida (México), fueron invitados a participar durante las reuniones de preparación al inicio del semestre de primavera del año 2022; la invitación incluyó a todos los empleados, fuesen profesores, personal administrativo o de limpieza. Se presentó el propósito de la encuesta, la forma en que los datos se recabarían (de manera anónima, en línea) y la utilidad futura del cuestionario. La Tabla 1 muestra las características de la muestra piloto.

Tabla 1. Estadísticos de la muestra piloto de los reactivos preliminares del AAQ-covid.

Sexo	Hombres	12 (33.3%)	Escolaridad	Bachillerato, carrera técnica o comercial	6 (16.7%)
	Mujeres	24 (66.7%)		Derecho o Ingeniería	23 (63.9%)
Edad	Rango	42-76 años	Posgrado	7 (19.4%)	
	Media	59.31 años			
	D.E.	6.49 años			
Pérdida por covid	Sí	17 (47.2%)			
	No	19 (52.8%)			

RESULTADOS

Mediante la versión 22 del paquete estadístico SPSS (IBM, 2013) se efectuó el análisis de discriminación

de reactivos mediante la suma de la puntuación total de todos los ítems del instrumento e identificando el grupo más alto y más bajo a través del primero y el cuarto cuartiles. Por último, se hizo una

prueba *t* de muestras independientes para corroborar que cada reactivo diferenciaba ambos grupos

($p = >.05$). Los resultados señalan que los diez reactivos tenían poder discriminatorio (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de coeficientes de la prueba *t* para análisis de reactivos.

Reactivo	<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
1. Estar pensando en la posibilidad de que yo o mis seres queridos enfermemos de covid impide que lleve mi vida como desearía.	-7.450	17	.000
2. Trato de alejar de mí las emociones que me produce la pandemia.	-5.312	13.5	.000
3. Me preocupa no poder controlar mis miedos y preocupaciones respecto a la pandemia.	-5.796	17	.000
4. Me angustia estar pensando en los peligros del covid y el encierro en el que estoy.	-6.345	17	.000
5. Mis preocupaciones y emociones acerca de la pandemia impiden que lleve mi vida como me gustaría.	-6.352	17	.000
6. Las emociones que me produce la pandemia hacen que tenga problemas en mi vida diaria.	-3.958	16.1	.001
7. Creo que no estoy afrontando la pandemia tan bien como otras personas.	-5.353	17	.000
8. Mis preocupaciones por mi salud y la de mis seres queridos afectan mi bienestar.	-5.247	17	.000
9. El dolor y la angustia que me produce la pandemia interfieren con el logro de mis metas.	-4.090	17	.001
10. No hago cosas que son importantes para mí por el miedo que me ha producido la pandemia.	-6.965	17	.000

Los participantes reportaron que los reactivos les parecieron claros y actuales, y once de ellos solicitaron información acerca de los talleres que se desarrollarían para mejorar el afrontamiento al estrés por covid.

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó desarrollar una versión preliminar del Cuestionario de Aceptación y Acción Revisado (AAQ-II) para su empleo en el contexto de la pandemia y pospandemia de covid, toda vez que la serie de instrumentos AAQ es la más utilizada para medir ciertos procesos de cambio –específicamente la flexibilidad psicológica– en intervenciones destinadas a la promoción de la salud y el bienestar mental, y atendiendo la pertinencia de dichas intervenciones para hacer frente a las necesidades de la población general, cuya salud mental se vio seriamente alterada por la contingencia sanitaria.

Ante esas necesidades emergentes, ha surgido la opción de desarrollar medidas totalmente nuevas que coadyuven y evalúen la eficacia de las

intervenciones, o bien de adaptar las medidas ya existentes a nuevos contextos. La actualidad y robustez teórica que puede proporcionar la primera opción es atractiva, pero suele acompañarse de una gran complejidad estadística y de la inclusión de constructos relacionados (véase, por ejemplo, el muy completo desarrollo de la Escala de Estrés por Coronavirus de Arslan *et al.* [2021]). La rapidez y practicidad de la segunda no debe, por otra parte, confundirse con una pobre atención al ejercicio de medición.

Se ha pretendido una solución parsimoniosa al dilema al desarrollar una adaptación del Cuestionario Revisado de Aceptación y Acción (AAQ-II) (Bond *et al.*, 2011) al contexto pandémico de covid, partiendo de reactivos probadamente robustos desde el punto de vista estadístico, cuyo análisis revela un funcionamiento de respuesta sumamente aceptable (Ong, Lee *et al.*, 2019); a ese paso se le ha añadido la construcción de nuevos reactivos siguiendo la intención conceptual de los reactivos originales, pero con una verbalización totalmente nueva surgida de la experiencia clínica en la atención de consultantes que reportan afectaciones a su salud mental relacionados con la pandemia de covid.

Por lo que respecta a los jueces, los reactivos se evaluaron en más de una categoría, y el porcentaje de aceptación de cada categoría y reactivo se estableció en un nivel superior a lo usual. Con lo anterior, se obtuvo un banco de diez reactivos, probados en una pequeña muestra de adultos ($n = 36$), llevándose a cabo análisis que señalan la capacidad discriminativa de los mismos.

Si bien estos son solamente los pasos correspondientes al desarrollo de los reactivos del AAQ-Covid y a su prueba piloto, el cuidado y exigencia descritos en el proceso han permitido conservar los reactivos desarrollados, lo que es indicio de su buena construcción y pertinencia para la evaluación de la flexibilidad psicológica que, como se ha dicho ya, es uno de los factores protectores de la salud mental más importantes, especialmente en el contexto de la pandemia y pospandemia de covid.

Las circunstancias de reincorporación gradual a las actividades económicas y laborales después de la etapa de confinamiento total y parcial en la ciudad de Mérida (México) no permitieron una muestra de mayor tamaño para tal ejercicio, ya que los colaboradores de los centros educativos invitados a participar solamente asistieron a labores durante el periodo de la prueba piloto de manera turnada. A pesar de que el cuestionario fue de acceso y respuesta en línea, las sesiones de información e invitación, seguidas por el ejercicio de validación, fueron presenciales, con lo que fue posible recibir apropiadamente los comentarios e impresiones de los participantes. Esta información se considera de gran valor para el desarrollo de instrumentos que pretendan reflejar la experiencia de las personas, y no meramente la elaboración de una definición conceptual. En esta línea, fue igualmente significativa la observación de los jueces acerca de algunas frases de significancia en el marco de ACT, pero que podrían no transmitir dicho significado con claridad entre quienes no han tenido experiencia con tal modelo.

El presente instrumento fue desarrollado como parte de una investigación aplicada de mayores alcances destinada a la evaluación preliminar de un modelo contextual de promoción de la salud mental en el marco de la pospandemia. Es significativo que un tercio de esta muestra no clínica (11 participantes personas de un total de 36) mostrara

interés en dichas intervenciones, “para la promoción del bienestar psicológico y la salud mental de la población en general en el marco de la pospandemia de covid”. Lo anterior apunta a la pertinencia de la atención de la salud mental de la población general, así como de la ventaja costo-efectiva de la atención de salud pública de poner en práctica intervenciones que se alejen de un modelo de enfermedad (como podrían serlo aquellas dirigidas a “controlar la ansiedad”) y se aproximen a un modelo de promoción de la salud, como por ejemplo promover la flexibilidad psicológica y otros factores protectores de la salud mental. En esta misma línea, y de acuerdo con la naturaleza cultural y contextual de la flexibilidad psicológica (Flynn *et al.*, 2016; Lillis y Hayes, 2007), el desarrollo de un instrumento de medición de la misma para su uso en este contexto específico se evidencia como igualmente pertinente.

El instrumento piloteado está listo para administrarse a una muestra más grande que permita análisis que confirmen o desestimen la estructura unifactorial de la flexibilidad psicológica (Fledderus *et al.*, 2012), y demuestre su utilidad para medir la misma por encima de otras medidas generales (Buenfil *et al.*, en preparación).

En conclusión, la pandemia de covid afectó de un modo muy importante la salud mental de todos los grupos de edad, lo que ha generado respuestas de afrontamiento al estrés prolongado similares a las observadas en circunstancias de guerra prolongada: preocupación rumiativa, picos de ansiedad, signos de depresión, alteraciones del sueño y el hambre, desmotivación e incapacidad para autorregular la conducta. Las necesidades de atención pública de la salud mental abarcan a grupos clínicos y no clínicos, lo que hace pertinentes las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud mental y el fomento de los factores protectores de la misma, como la flexibilidad psicológica, que permite orientar la conducta con base en valores y metas y no en afectaciones emocionales, lo que tiene una importancia y una utilidad evidentes.

ACT tiene justamente como objetivo la promoción de la flexibilidad psicológica, y en tal intervención la evaluación de los procesos de cambio es un componente central. Para ello, se emplean diversas medidas, siendo el Cuestionario Revisado

de Aceptación y Acción (AAQ-II) el más ampliamente utilizado en una considerable variedad de contextos.

Debido a la naturaleza contextual de la flexibilidad psicológica, el AAQ-II se ha traducido a varios idiomas y ha sido adaptado a una amplia variedad de contextos específicos, pero no se tiene conocimiento de un instrumento que mida la flexibilidad psicológica en el contexto de la pandemia y la pospandemia de covid. En el presente estudio se llevó a cabo la fase piloto de la construcción de un instrumento tal, empleando para ello una combinación de técnicas de selección y adaptación de

reactivos que, junto con estándares exigentes para los ejercicios de jueceo, dan como resultado un instrumento corto, de fácil y rápida aplicación, aceptable y comprensible para la población general, mismo que puede ser sometido a estudios adicionales en muestras más grandes para las fases de validación concurrente y de estudios factoriales que hagan posible determinar su utilidad en la evaluación de procesos de cambio surgidos de intervenciones informadas en los modelos contextuales, especialmente la terapia de aceptación y compromiso.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se llevó a cabo con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CoNaCyT), Núm. 782849.

Citación: Buenfil H., C.A., Vanega R., S. y Carrillo T., C.D. (2024). Flexibilidad psicológica y covid: el Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID-19). Fase preliminar. *Psicología y Salud*, 34(2), 215-223. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2903>

REFERENCIAS

- Arslan, G., Yıldırım, M., Tanhan, A., Buluş, M. y Allen, K.A. (2021). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2423-2439. Doi: 10.1007/s11469-020-00337-6
- Basarkod, G., Sahdra, B. y Ciarrochi, J. (2018). Body Image-Acceptance and Action Questionnaire-5: An abbreviation using genetic algorithms. *Behavior Therapy*, 49(3), 388-402. Doi: 10.1016/j.beth.2017.09.006
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T. y Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. Doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bond, F.W., Lloyd, J. y Guenole, N. (2013). The Work-Related Acceptance and Action Questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331-347. Doi: 10.1111/joop.12001
- Cheron, D.M., Ehrenreich, J.T. y Pincus, D.B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 383-403. Doi: 10.1007/s10578-009-0135-z
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Fox, J.-P., Schreurs, K.M.G. y Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 142-151. Doi: 10.1016/j.brat.2012.11.007
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Smit, F. y Westerhof, G.J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care: a randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2372-2372. Doi: 10.2105/AJPH.2010.196196
- Fledderus, M., Oude-Voshaar, M.A.H., ten Klooster, P.M. y Bohlmeijer, E.T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment*, 24(4), 925-936. Doi: 10.1037/a0028200
- Flynn, M.K., Berkout, O.V. y Bordieri, M.J. (2016). Cultural considerations in the measurement of psychological flexibility: Initial validation of the Acceptance and Action Questionnaire-II among Hispanic individuals. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(2), 81-93. Doi: 10.1037/bar0000035

- Gloster, A.T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y., Chien, W.T., Cheng, H. y., Ruiz, F.J., Garcia-Martin, M.B., Obando-Posada, D.P., Segura-Vargas, M.A., Vasilio, V.S., McHugh, L., Höfer, S., ... Karekla, M. (2020). Impact of COVID-pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*, *15*(12), e0244809. Doi: 10.1371/journal.pone.0244809
- Gloster, A.T., Meyer, A.H. y Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(2), 166-171. Doi: 10.1016/j.jcbs.2017.02.003
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C. y Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 336-343. Doi: 10.1037/0022-006x.75.2.336
- 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
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004b). DBT, FAP, and ACT: How empirically Oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*(1), 35-54. Doi: 10.1016/s0005-7894(04)80003-0
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M. y McCurry, S.M. (2004a). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*(4), 553-578. Doi: 10.1007/BF03395492
- He, F., Deng, Y. y Li, W. (2020). Coronavirus disease 2019: What we know? *Journal of Medical Virology*, *92*(7), 719-725. Doi: 10.1002/jmv.25766
- IBM (2013). *Statistic Package for Social Sciences* (22.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C.A., Butryn, M. y Goodwin, C. (2011). The development and validation of the Food Craving Acceptance and Action Questionnaire (FAAQ). *Eating Behaviors*, *12*(3), 182-187. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.008
- Kashdan, T.B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865-878. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kuman-Tunçel, Ö., Pullukçu, H., Erdem, H.A., Kurtaran, B., Tasbakan, S.E. y Isikgöz-Tasbakan, M. (2020). Covid-related anxiety in people living with HIV: an online cross-sectional study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *50*, 1792-1800. Doi: 10.3906/sag-2006-140
- Lillis, J. y Hayes, S.C. (2007). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *4*(1), 30-40. Doi: 10.1037/h0100829
- Lundgren, T., Dahl, J. y Hayes, S.C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(3), 225-235. Doi: 10.1007/s10865-008-9151-x
- Luoma, J., Drake, C.E., Kohlenberg, B.S. y Hayes, S.C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research & Theory*, *19*(1), 3-13. Doi: 10.3109/16066359.2010.524956
- Mellín, M. y Padrós, F. (2021). Estudio psicométrico de la escala AAQ-II de evitación experiencial en población de México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *21*(1), 81-91.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Levin, M.E. y Twohig, M.P. (2019). A review of AAQ variants and other context-specific measures of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 329-346. Doi: 10.1016/j.jcbs.2019.02.007
- Ong, C.W., Pierce, B.G., Woods, D.W., Twohig, M.P. y Levin, M.E. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire - II: An item response theory analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(1), 123-134. Doi: 10.1007/s10862-018-9694-2
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*(1), 5-19.
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, T., Cunha, M., Duarte, J. y Walser, R.D. (2015). Psychometric properties of the Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire-Trauma Specific (AAQ-TS): A study with Portuguese colonial war veterans. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 81-89. Doi: 10.1016/j.jad.2015.06.023
- Presti, G., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2020). The dynamics of fear at the time of COVID: A contextual behavioral science perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(2), 65-71. Doi: 10.36131/CN20200206
- Ruiz, F.J., Langer H., Á.I. y Luciano, C. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1), 123-129. Doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Tanhan, A. Yavuz, K.F., Young, J.S., Nalbant, A., Arslan, G., Yıldırım, M., Ulusoy, S., Genç, E., Uğur, E. y Çiçek, İ. (2020). A proposed framework based on literature review of online contextual mental health services to enhance wellbeing and address psychopathology during COVID. *Electronic Journal of General Medicine*, *17*(6), em254. Doi: 10.29333/ejgm/8316
- Valencia, P.D. (2018). El Cuestionario Breve de Evitación Experiencial. *Pensando Psicología*, *14*(24). Doi: 10.16925/pe.v14i24.2412
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A.H., Hofer, P. y Gloster, A.T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(1), 60-68. Doi: 10.1016/j.ijchp.2017.09.002

Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas

Online group cognitive-behavioral treatment for youth with drug abuse

Omar Bravo-Alcocer¹, Kalina Isela Martínez-Martínez¹,
Roberto Oropeza-Tena² y Cecilia Colunga-Rodríguez³

Universidad Autónoma de Aguascalientes¹
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo²
Universidad de Guadalajara³

Autor para correspondencia: Omar Bravo-Alcocer, omar_oba_23@hotmail.com.

RESUMEN

El abuso de drogas es un problema de salud pública que ha tenido un importante aumento en México. Ante esto, ha sido necesario desarrollar tratamientos psicológicos basados en evidencia empírica. El enfoque cognitivo-conductual ha mostrado ser eficaz para el manejo del consumo de sustancias. Asimismo, el desarrollo de otras modalidades de dichos tratamientos ha generado más alternativas para los usuarios. Así, la modalidad grupal favorece el desarrollo de habilidades sociales y la formación de redes de apoyo, y la telepsicología facilita el acceso al servicio de atención psicológica. El objetivo de la presente investigación fue medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual grupal llevado a cabo en la modalidad de comunicación a distancia. A este efecto, se efectuaron seis sesiones en videollamada y se formó un espacio de interacción asincrónica para los miembros del grupo. Los cambios medidos fueron el patrón de consumo diario a través de un autorregistro, así como los posibles síntomas de ansiedad y depresión. Se utilizó un diseño intrasujeto con tres participantes, siendo las drogas de impacto el alcohol, la marihuana y diversos sedantes. Se hicieron cinco mediciones: pre y postratamiento y tres seguimientos. Los resultados mostraron una reducción del consumo de efecto medio en dos casos y de efecto grande en uno. No fue posible alcanzar la abstinencia en ningún caso; sin embargo, se obtuvo un cambio clínicamente significativo al reducir la ocurrencia de síntomas en los indicadores del estado de ánimo.

Palabras clave: Terapia cognitivo-conductual; Psicoterapia de grupo; Trastornos relacionados con sustancias; Telepsicología.

ABSTRACT

Drug abuse is a public health problem on the rise in Mexico. Thus, it is necessary to develop psychological treatments based on empirical evidence. The cognitive behavioral approach has shown to be effective for the management of substance use disorders. Likewise, developing other moda-

¹ Departamento de Psicología, Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20100 Aguascalientes, Ags., México. correo electrónico: isela.martinez@edu.uaa.mx.

² Facultad de Psicología, Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México: correo electrónico: roberto.oropeza@umich.mx.

³ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Pública, Sierra Mojada 950, Col. Independencia, 44340 Guadalajara, Jal., México, correo electrónico: cecilia.colunga@academicos.udg.mx.



lities of dissemination of treatments generates more alternatives for users. On the one hand, the group modality favors developing social skills and forming support networks. Telepsychology also facilitates access to psychological care services. The objective of the present investigation was to measure the effect of a group cognitive behavioral treatment carried out at a distance. Six video call sessions created a space for group members for asynchronous interaction. The changes measured included the pattern of daily consumption through self-recording, as well as symptoms of anxiety and depression. We used an intrasubject design with three participants to assess the impact on using alcohol, marijuana, and sedatives. Through five measurements: pre and post-treatment and three follow-ups, results showed a reduction in consumption with a medium effect in two cases and a significant effect in one. Total abstinence did not occur in any case but, a clinically significant reduction occurred regarding mood symptoms.

Key words: Cognitive behavioral therapy; Group psychotherapy; Substance-related disorders; Telepsychology.

Enviado: 30/01/2023

Aceptado: 19/09/2023

El consumo de drogas es actualmente un problema de salud en el país y en todo el mundo. De acuerdo con cifras de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), se estima que 250 millones de personas en el globo (cerca de 5% de la población total de entre 15 y 64 años) ha consumido drogas, siendo las de mayor consumo la cannabis, los opioides, la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico (UNODC, 2017).

En México, según los datos del *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas* (Organización de los Estados Americanos (OEA), 2019), el consumo de alcohol tiene una prevalencia de consumo de 35.9% en la población general, mientras que la marihuana tiene una de 2%. Los jóvenes y los adultos son los que más consumen dicha sustancia. Respecto a las metanfetaminas, ocupan en México el segundo lugar de consumo en la región, con 0.9%, en tanto que la prevalencia de los

tranquilizantes –entre los que se incluye el clonazepam– es menor de 0.5%.

El consumo de drogas ha mostrado un incremento significativo en el país. Según los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Instituto Nacional de Psiquiatría [INP] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2016), el fenómeno aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016 entre la población total de entre 12 y 65 años. De acuerdo con el INP, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Secretaría de Salud (2016), son la marihuana, la cocaína y los inhalables las drogas de mayor consumo.

Tal incremento tiene diversas implicaciones que requieren ser atendidas debido a las consecuencias sociales y de salud en la población derivadas del trastorno por consumo de sustancias (TCS en lo sucesivo), desde la más extrema, como la muerte relacionada con sobredosis por el abuso de ciertas drogas, o el padecimiento de enfermedades como cirrosis, hepatitis y otras, hasta los desórdenes conductuales y los accidentes, entre otras (UNODC, 2017). Ya el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud, en su informe de 2016, reportó que las drogas de mayor impacto son el alcohol, la marihuana y la llamada “cristal”; tal impacto hace referencia a las sustancias que, por su consumo, causan más daño a los usuarios en los aspectos sanitarios, sociales, laborales y escolares (Secretaría de Salud, 2016). Por otra parte, el TCS ha mostrado comorbilidad con otras afecciones a la salud mental. Específicamente, hay estudios sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en los usuarios de drogas (Auty *et al.*, 2022; Vaziri-Harami *et al.*, 2022); en efecto, se ha encontrado que los indicadores de depresión y ansiedad son más elevados en las personas que consumen tales sustancias que en quienes no lo hacen (Fooladi *et al.*, 2014).

Debido a lo anterior, en las disciplinas científicas de la salud es necesario desarrollar intervenciones eficaces para las adicciones. Es en este sentido que los tratamientos psicológicos basados en evidencia brindan la posibilidad de probar y

mejorar diferentes opciones para atender a las personas con TCS (Morales *et al.*, 2019; Wood *et al.*, 2020). Entre dichos tratamientos, han sido los derivados del modelo cognitivo-conductual los que han aportado la mayor evidencia acerca de su eficacia (Jiménez *et al.*, 2022). En dicho enfoque, algunas de las estrategias para el manejo del consumo de sustancias son el análisis funcional de las conductas de consumo y el entrenamiento en diversas habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento (McHugh *et al.* 2010; Vujanovic *et al.*, 2017).

El entrenamiento en dichas estrategias se lleva a cabo durante las sesiones de tratamiento, en sus modalidades individual y grupal. En cuanto a la modalidad grupal para el manejo del TCS, también predomina el empleo de tratamientos diseñados a partir del enfoque cognitivo-conductual, de acuerdo con los datos de una revisión sistemática elaborada por Coco *et al.* (2019), según la cual 58% de los estudios analizados corresponden a dicha orientación. En consecuencia, la utilización de tratamientos en la modalidad grupal para la atención de personas con TCS brinda algunos beneficios adicionales respecto a la individual, sobre todo en lo referente a su costo-beneficio al posibilitar la atención a un mayor número de personas en un tiempo relativamente igual (Bernard *et al.*, 2008; Olmstead *et al.*, 2019). Además de lo anterior, en términos terapéuticos para el usuario, favorece la reducción del sentimiento de soledad y una mayor empatía y apoyo social (Söchting, 2014).

Por otra parte, dadas las condiciones de vida que se impusieron ante la pasada pandemia de covid, en las que fue necesario limitar el aforo de personas a un mismo lugar, entre otras medidas, se recurrió a hacer un uso más frecuente de las herramientas tecnológicas para llevar a cabo los servicios de atención psicológica (Gutiérrez, 2020). Ya algunos años antes, se habían investigado las herramientas digitales para llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas a partir de la denominada *telepsicología* (American Psychological Association, 2013; De la Torre y Cebrián, 2018).

Entre los beneficios que brinda utilizar la telepsicología se hallan la agilización de la comunicación entre el usuario y el terapeuta, así como la

posibilidad de llegar a un mayor número de usuarios sin el costo que implica su desplazamiento (Gajarawala y Pelkowski, 2020). Debe considerarse que hay limitaciones debidas a las condiciones de desigualdad social que impiden aún llegar a ciertas zonas debido a que algunas comunidades alejadas de los centros urbanos no cuentan con internet (Lamas y Distéfano, 2015); sin embargo, es esperanzador que los servicios de atención sanitaria se puedan expandir conforme avanza la tecnología.

En cuanto al empleo de telepsicología para el manejo del TCS, también se han desarrollado tratamientos con una base cognitiva-conductual que muestran evidencias de su efectividad. En una investigación de Tiburcio *et al.* (2018) se evaluó un tratamiento autoaplicado en línea frente a dos modalidades presenciales, una autodirigida y otra tradicional, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su eficacia en lo que respecta a los objetivos planteados de reducir el consumo.

Por otra parte, en lo que refiere a los tratamientos grupales en línea, se han hallado evidencias de una efectividad similar entre la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales llevados a cabo cara a cara y los realizados mediante videollamadas (Gentry *et al.*, 2019). Además, se ha encontrado una menor deserción clínica cuando se llevan a cabo las sesiones a través de videollamada, en comparación con el mismo tratamiento llevado a cabo de forma tradicional (Lin *et al.*, 2019; Tarp *et al.*, 2017).

Por último, en lo que refiere a las técnicas de análisis para medir la efectividad de tratamientos, en el presente estudio se utilizaron métodos propuestos para diseños $N = 1$, que son útiles para medidas repetidas en muestras con pocos participantes. Respecto a la evaluación de los cambios en el patrón de consumo, se utilizó la técnica *Nonoverlap of all pairs* (“No solapamiento de todos los pares”, o NAP, por sus siglas en inglés), desarrollada por Parker y Vannest (2009). En un programa de tratamiento de activación conductual para usuarios consumidores de marihuana, Baeza *et al.* (2021) utilizaron dicha técnica en una muestra de ocho participantes, considerándola como la más

adecuada en diseños de caso único debido a que la medición del consumo se efectúa continuamente a lo largo de varias semanas. La otra técnica de análisis fue el CCO (Cambio Clínico Objetivo) (Cardiel, 1994), en este caso para medir los cambios en las pruebas aplicadas pre, post y seguimiento a los participantes en dicho estudio. A ese respecto, Barrera *et al.* (2021), en una muestra de cuatro participantes policonsumidores de drogas, utilizaron asimismo el CCO para medir los cambios en los resultados de las pruebas psicométricas.

Con base en lo anterior, al estar documentados los posibles beneficios de la telepsicología para el manejo del TCS, se llevó a cabo el presente estudio cuyo objetivo fue medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual grupal efectuado en una modalidad en línea, cuya finalidad fue la reducción del consumo de drogas en usuarios jóvenes.

MÉTODO

Diseño intrasujetos (N = 1), A-B prospectivo con línea base, de medidas repetidas

Se realizó un muestreo no probalístico por conveniencia. Los participantes fueron tres varones consumidores de sustancias, con una media de edad de 26.3 años (D.E. = 4.62). Las características del tamizaje efectuado para conformar el grupo y las facilidades del tratamiento en línea confirmaron que los participantes habitaban en tres ciudades distintas de dos estados del país (Tabla 1). En los casos de policonsumo, el tratamiento se enfocó en la droga de impacto definida por el propio participante, siendo para el C1 el alcohol, para el C2 la cannabis (consumida como marihuana) y para el C3 los sedantes (clonazepam).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Caso	Edad	Estado civil	Estado de residencia	Ocupación	Puntaje ASSIST	Puntaje CDCS	Puntaje CAD
C1	21	Soltero	Michoacán	Estudiante	Tabaco = 5 Alcohol = 24 Cannabis = 3	9	9
C2	29	Soltero	Michoacán	Técnico quirúrgico	Tabaco = 5 Alcohol = 5 Cannabis = 36 Alucin. = 7	7	5
C3	29	Soltero	Aguascalientes	Profesor	Tabaco = 20 Alcohol = 21 Sedantes = 20	12	15

Instrumentos

Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell *et al.*, 2001)

Consiste en un registro retrospectivo para obtener el patrón de consumo del usuario durante los últimos meses previos al tratamiento. Los autores señalan una confiabilidad de test-retest de .91. En la presente intervención se obtuvo la línea base de los tres meses previos al inicio del tratamiento.

Autorregistro

Se elaboró un formulario de Google para monitorear la conducta de consumo, consistente en un

cuestionario diario en el que se elegía el día en que se llenaba el formulario, la dosis (con opciones de respuesta desde 0 hasta el consumo máximo reportado) en las semanas de la línea base, así como una pregunta de respuesta abierta para señalar pensamientos y emociones asociadas al consumo.

Cuestionario Diagnóstico de Consumo de Síntomas (CDCS) (Oropeza y Fukushima, 2011).

Consta de 14 reactivos con opciones de respuesta dicotómicos (sí-no). Su objetivo es conocer si el participante tiene o no dependencia de la sustancia; está basado en los síntomas de dependencia, por lo que cuenta con relevancia clínica aun cuando

no se han medido sus propiedades psicométricas. De acuerdo con el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se considera la gravedad del trastorno por consumo de sustancias de la siguiente forma: un trastorno leve si se presentan dos o tres síntomas; moderado de entre cuatro y cinco síntomas, y grave a partir de seis síntomas.

Cuestionario del Abuso de Drogas (CAD)

(De las Fuentes *et al.*, 2001).

Consta de veinte reactivos con respuestas dicotómicas (sí-no) que arrojan cuatro niveles de abuso: puntaje de 0-5, leve; 6-10, moderado; 11-15, fuerte, y 16-20, severo. Su confiabilidad, medida con el coeficiente α de Cronbach, es de .86.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

(Beck *et al.*, 1988).

Adaptado por Sanz *et al.* (2012), está compuesto de 21 reactivos en escala Likert de cuatro opciones de respuesta. Evalúa la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad en la semana anterior a su aplicación. Se reportan cuatro niveles distintos de ansiedad: puntaje de 0-5, mínimo; 6-15, leve; 16-30, moderado, y 31-63, severo. La adaptación cuenta con una confiabilidad α de 0.90.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

(Beck *et al.*, 1961).

Adaptado por Sanz *et al.* (2005), consiste en 21 oraciones, cada una con cuatro opciones de respuesta, donde se identifican los síntomas de depresión una semana previa a la aplicación. Se asignan cuatro niveles de depresión según la puntuación final: puntaje de 0-9, mínimo; 10-16, leve; 17-29, moderado, y 30-63, severo). Esta adaptación posee un nivel de confiabilidad α de 0.89 en la evaluación de los síntomas.

Procedimiento

El instrumento para realizar el tamizaje en línea fue compartido en una red social digital mediante las opciones de difusión de la propia plataforma de la red, y dirigido a personas residentes en los estados de Michoacán y Aguascalientes (México). Se hizo contacto con quienes respondieron al tamizaje para realizar una primera entrevista y revisar los criterios de inclusión; cuando fue perti-

nente, se les invitó a participar en el tratamiento en línea, informándoles los horarios disponibles.

Un total de diez participantes reunían los criterios de inclusión, de los cuales solo cinco de ellos completaron la entrevista y mostraron interés en participar en el tratamiento grupal. Sin embargo, al final el grupo estuvo compuesto con solo tres de estos participantes, a quienes se les explicó la estructura del tratamiento, que consta de seis sesiones semanales con una duración de una hora y media cada una.

El tratamiento utilizado se basa en la modalidad grupal del Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD) (Oropeza y Fukushima, 2011). En virtud de la emergencia ocasionada por la pandemia de covid, dicho tratamiento se adaptó para su utilización en línea mediante la revisión de jueces expertos de un material basado en infografías para el usuario. A partir de tal material, se hizo una propuesta para el usuario en archivos digitales a razón de una infografía por sesión, cada una de las cuales se compuso de las principales actividades correspondientes a los objetivos de las seis sesiones. Dicho material fue revisado por otros tres expertos en la aplicación y evaluación de tratamientos cognitivo-conductuales. Después de la revisión y de las necesarias correcciones, el material se compartió en línea con los participantes.

En apego al *Código Ético del Psicólogo* establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), así como con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (Secretaría de Gobernación, 2013), se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Se les aclaró que su participación era voluntaria, se especificó el número de sesiones de la intervención, se les explicaron los principios de confidencialidad de las pruebas aplicadas en las distintas fases y los resultados que obtuvieran.

El tratamiento se llevó a cabo por medio de comunicación sincrónica y asincrónica. Se realizaron videollamadas para llevar a cabo las sesiones semanales. Durante el tiempo de las mismas se estableció un tiempo para responder los cuestionarios. Adicional a esto, se abrió un espacio en una aplicación de Google para la comunicación asincrónica. De esta forma, se estableció un sitio donde pudieran externar dudas, se promovió un vínculo entre los integrantes del grupo entre una sesión y otra, y se compartió el material de apoyo

para las sesiones, el cual, como se ha dicho antes, consistió en infografías sobre las actividades centrales de cada una de las sesiones.

Análisis de resultados

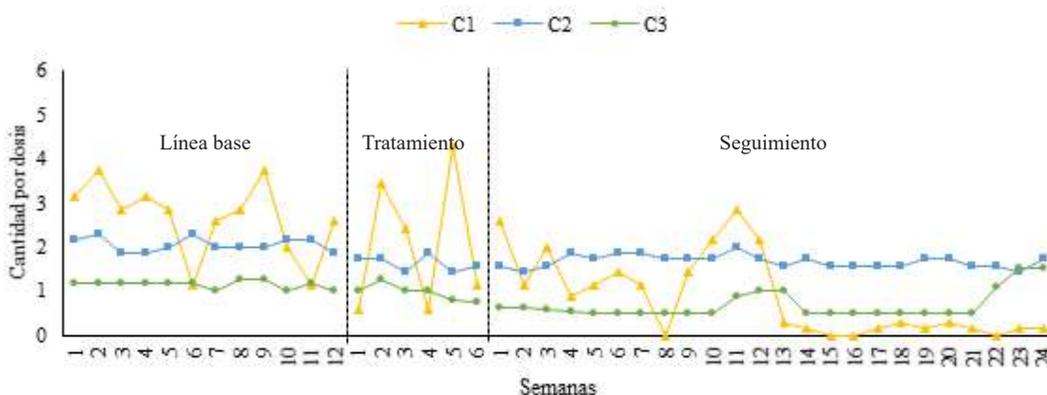
Para identificar el cambio en la conducta de consumo se utilizó la técnica NAP, la cual consiste en comparar cada uno de los datos de la línea base (LB) con los del tratamiento y el seguimiento para obtener un porcentaje de cambio y obtener un porcentaje de no solapamiento de dichos datos. Para ello, a los puntajes en el tratamiento y el seguimiento que son menores a los de la LB se les asigna el valor de 0; cuando son mayores, al dato de tratamiento y seguimiento se les asigna el valor de 1, mientras que en caso de empate se asigna el valor de 0.5. Hecho esto, se suman los valores de solapamientos y empates, se divide entre el total de emparejamientos posibles y se multiplica por 100 para obtener dicho porcentaje. En el presente estudio se obtuvieron los porcentajes de cada seguimiento para evaluar el cambio entre cada una de estas tres mediciones.

Para evaluar el cambio en los resultados obtenidos en las pruebas de depresión y ansiedad se utilizó la técnica de CCO, esto es, obtener un porcentaje de cambio mediante la diferencia entre el postratamiento y el pretratamiento, dividiendo el resultado entre el puntaje del pretratamiento. Se hizo lo mismo para comparar los datos del seguimiento con los del pretratamiento. Debido a que se pretendía la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, los valores negativos implican una reducción, lo que significa que un cambio igual o menor a 0.20 se consideraría clínicamente significativo, según los criterios de dicho procedimiento.

RESULTADOS

En lo que atañe al patrón de consumo, se registró la dosis diaria consumida y se obtuvo el promedio semanal (Figura 1). Cabe destacar que solo el C2 reportó un consumo diario, mientras que el C1 y el C3 mostraron en las tres fases más de algún día sin consumo.

Figura 1. Patrón de consumo por dosis durante las tres fases.



Del análisis visual resalta que no se logró mantener la abstinencia en ninguno de los tres casos durante la fase de tratamiento. En dicha fase, el C1 presentó reducciones, aunque en dos de las semanas registradas el incremento fue mayor que la mediana de su LB, y en el C2 y C3 hubo una disminución paulatina pero muy leve. Durante las evaluaciones de seguimiento, sólo el C1 mostró

abstinencia durante tres semanas, de forma consecutiva en dos de ellas.

Para identificar el tamaño del efecto mediante la técnica NAP, se comparó la LB con las fases posteriores en cuatro momentos diferentes. Debido a la dependencia serial de los datos (Bono y Arnau, 2014), en cada una de las comparaciones se integran las semanas de evaluación post desde la

primera medición de tratamiento hasta la última de cada fase correspondiente. Para ejemplificar, en lo que se refiere a la evaluación entre LB y S2 se compararon las doce semanas de LB con las seis semanas de tratamiento más las primeras doce de seguimiento, mientras que para evaluar LB y S3 se contrastaron las doce semanas de LB frente a las seis semanas de tratamiento más las veinticuatro de seguimiento.

Como se puede observar en los resultados obtenidos mediante la técnica NAP (Tabla 2), el

cambio en el C1 pasó de un efecto débil al concluir el tratamiento, manteniéndose un ligero incremento en los seguimientos, lo que lo coloca en un efecto medio; en el C2, el cambio se mantiene en un efecto grande tras terminar del tratamiento y en el resto de las fases, y por último, en el C3 se mantiene como un efecto medio después del tratamiento, pese a mostrar cambios sutiles a lo largo de los seguimientos, mostrando así la mayor mejoría en el segundo seguimiento, pero disminuyendo en el tercero.

Tabla 2. Resultados del NAP.

Caso	LB – Tx	LB – S1	LB – S2	LB – S3
1	63.89	72.08	71.76	83.06
2	97.92	98.75	95.60	97.36
3	78.47	87.08	92.13	87.36

Nota: El rango de los índices del tamaño del efecto y su interpretación para la técnica de NAP son los siguientes: 0-65% = Efecto débil, 66-92%; Efecto medio, y 93-100% = Efecto grande (Bono y Arnau, 2014).

En lo que refiere a las puntuaciones en las evaluaciones de depresión y ansiedad (Tabla 3), se observa un cambio clínico objetivo favorable en dos

de los tres casos (C1 y C2), quienes mantuvieron una reducción igual o menor a -0.20 en las tres mediciones (Tabla 4).

Tabla 3. Puntajes totales de la evaluación con el BDI y BAI en las cinco mediciones.

Caso	Depresión					Ansiedad				
	Pre	Post	S1	S2	S3	Pre	Post	S1	S2	S3
1	20	9	12	13	12	7	3	0	4	3
2	5	3	1	2	4	6	3	3	2	2
3	16	22	-	6	10	1	27	-	7	5

Nota: el C3 no contestó la evaluación de seguimiento 1, por lo que no se dispone de dicho dato.

Tabla 4. Cambio clínico en los inventarios de depresión y ansiedad.

Caso	Depresión				Ansiedad			
	Pre-post	Pre-S1	Pre-S2	Pre-S3	Pre-post	Pre-S1	Pre-S2	Pre-S3
1	-0.55	-0.40	-0.35	-0.40	-0.57	-1.00	-0.43	-0.57
2	-0.40	-0.80	-0.60	-0.20	-0.50	-0.50	-0.67	-0.67
3	0.38		-0.63	-0.38	26.00		6.00	4.00

Nota: El C3 no contestó la evaluación de seguimiento 1, por lo que no se dispone dicho dato.

Sin embargo, en el C3 hubo un incremento en la evaluación post, y en lo que refiere al indicador de ansiedad se mantuvieron índices mayores posteriores a la evaluación del pretratamiento.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual gru-

pal adaptado para efectuarse a distancia mediante videollamadas y comunicaciones escritas asincrónicas. Los indicadores evaluados fueron, en primer lugar, el patrón de consumo, y en segundo, los puntajes de depresión y ansiedad.

En lo que se refiere al consumo, los datos apuntan a una reducción con efecto medio en el C1 y C3 y efecto grande en el C2. Dicho dato se obtuvo con la técnica NAP, que se considera como uno de los métodos de mayor precisión para analizar datos de modificación de conducta en diseños intrasujeto (Bono y Arnau, 2014) debido a que se compara cada uno de los datos de línea base con los de tratamiento y las mediciones posteriores. En sentido estricto, en el presente estudio los datos indican que el consumo durante y después del tratamiento se mantuvo por debajo del observado en las puntuaciones de la línea base; sin embargo, aun con lo anterior podría considerarse como un resultado poco favorable debido a que no se logró la abstinencia sostenida en ninguno de los tres casos.

Tres posibles razones pueden esgrimirse para no haber alcanzado la abstinencia de la sustancias en el presente estudio. En primer lugar, el establecimiento de metas llevado a cabo con los usuarios; en segundo, el policonsumo de la muestra, y en tercero, el tiempo que duró el tratamiento. Cabe mencionar que se trabajó sobre las metas establecidas por los propios participantes durante la primera sesión, cuando solamente el C1 se propuso la abstinencia total como objetivo final, mientras que los otros dos únicamente una reducción. De acuerdo a tales metas, el C2 cumplió su meta final, mientras que el C3 no alcanzó la que se había planteado. En este sentido, y dado el tipo de sustancias utilizadas en cada caso, no haber logrado la abstinencia y permanecer consumiéndolas después del tercer seguimiento, pese a apegarse a las metas personales, se puede considerar como una situación de riesgo para los participantes en virtud de que mantener tal consumo aumenta la probabilidad de recaer en un patrón de consumo igual o mayor que el de la línea base (Chan *et al.*, 2019). La alternativa para futuras intervenciones sería extender el tiempo en el primer tópico, que implica la resolución de la ambivalencia al cambio.

En lo que respecta al policonsumo, hay tratamientos grupales lo suficientemente eficaces en

el enfoque conductual para que los usuarios de drogas logren la abstinencia, si bien en la modalidad presencial (Barrera, *et al.*, 2021). Respecto a la duración del tratamiento, no es posible concluir que haya alterado el logro de dicha abstinencia. Si bien hay reportes de tratamientos de larga duración de hasta sesenta sesiones a través de videollamadas (Tarp *et al.*, 2017), también se logran resultados positivos con tratamientos breves en línea (de entre cuatro a ocho sesiones), también a través de videollamadas, tanto para consumidores de tabaco (Richter *et al.*, 2015) como de alcohol (Kiluk *et al.*, 2016).

Por otro lado, en lo que refiere a los indicadores del estado de ánimo medidos, en dos de los tres casos se obtuvieron cambios clínicos objetivos significativos después del tratamiento (C1 y C2). En el C3 se apreció un incremento de la depresión y la ansiedad en el postratamiento, disminuyendo la primera en los seguimientos, no así la segunda. En los antecedentes revisados en el presente estudio sobre los tratamientos con videollamada no se encontraron mediciones del cambio en el estado de ánimo, pero los datos del presente estudio coinciden con la evidencia de tratamientos grupales presenciales que logran reducir los índices de ansiedad y depresión mediante el tratamiento dirigido al manejo del TCS (Coco *et al.*, 2019).

Por último, como sugerencias para futuras investigaciones en torno a la evaluación de tratamientos psicológicos grupales en línea se propone medir algún otro indicador psicométrico que permita apreciar otro tipo de cambios en los participantes, y además aumentar el tamaño de la muestra y la duración de la intervención. En la revisión sistemática de Lin *et al.* (2019) se reporta a menudo la satisfacción con el tratamiento en más de una intervención en línea. Por otra parte, se sugiere comparar el tratamiento en línea con el mismo tratamiento en la modalidad presencial, así como añadir un grupo control. Pese a no haber conseguido la abstinencia de los participantes, el cambio clínico en el estado de ánimo permite pensar que el tratamiento en línea puede brindar diversos beneficios a la población, por lo que se requiere seguirlo evaluando.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaHCyT) por el apoyo brindado a través de la beca doctoral concedida al primer autor, con número de CVU: 626915.

Citación: Bravo-Alcocer, O., Martínez-Martínez, K.I., Oropeza-Tena, R. y Colunga-Rodríguez, C. (2024). Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 34(2), 225-234. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2904>

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. Doi: 10.1037/a0035001
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.
- Auty, S.G., Lipson, S.K., Stein, M.D. y Reif, S. (2022). Mental health service use in a national sample of college students with co-occurring depression or anxiety and substance use. *Drug and alcohol dependence reports*, 2. Doi: 10.1016/j.dadr.2022.100025
- Baeza T., E.S., Cruz S., E. y Lira, J. (2021). Evaluación de activación conductual en universitarios que consumen marihuana: estudio piloto. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 7(2), 13-22. Doi: 10.28931/riiad.2021.2.02
- Barrera, J.L., Mejía, D. y Moreno A., B. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. Doi: 10.25009/pys.v31i1.2673
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, June, 4, 561-571. Doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J.C. y Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542.
- Bono, R. y Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp.189-199). Interamericana-McGraw-Hill.
- Chan, G.H., Lo, T.W., Tam, C.H.L. y Lee, G.K.W. (2019). Intrinsic motivation and psychological connectedness to drug abuse and rehabilitation: the perspective of self-determination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1-17. Doi: 10.3390/ijerph16111934
- Coco, G.L., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M.R., Strauss, B., Schwartz, D., ... 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: 10.1016/j.jsat.2019.01.016
- De las Fuentes M., E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura. UNAM.
- De la Torre M., M. y Cebrián R., P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Fooladi, N., Jirdehi, R. y Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in drug abusers with normal subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 712-717. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.459
- Gajarawala, S.N. y Pelkowski, J.N. (2020). Telehealth benefits and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 218-221. Doi: 10.1016/j.nurpra.2020.09.013
- Gentry, M.T., Lapid, M.I., Clark, M.M., Rummans, T.A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327-342. Doi: 10.1177/1357633X18775855
- Gutiérrez, R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. Doi: 10.25009/pys.v30i1.2640
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (ENCODAT). INP/INSP.

- Jiménez P., A.L., Vargas C., E., Estrada V., N. y Arreola S., I.A. (2022). Práctica basada en evidencia en adicciones: conocimientos y habilidades de psicoterapeutas del noroeste de México. *Acta de Investigación Psicológica*, 12(1), 76-87. Doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2022.1.430
- Kiluk, B.D., Devore, K.A., Buck, M.B., Nich, C., Frankforter, T.L., LaPaglia, D.M., Yates, B.T., Gordon, M.A. y Carroll, K.M. (2016). Randomized trial of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorders: Efficacy as a virtual stand-alone and treatment add-on compared with standard outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9) 1991-2000. Doi: 10.1111/acer.13162
- Lamas M., C. y Distéfano M., J. (2015). Psicología y tecnología en el nuevo siglo. En V. A. Martínez, P. Godoy P., M.A. Piñeda, M.B. Fantín, M. Cuello P., L. Bower, N. de Andrea, E. González, N. Katzer y E. Lucero M. (Comps.): *Avances y desafíos para la psicología* (pp. 411-421). Nueva Editorial Universitaria.
- Lin, L.A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M.S., Roby, D.H. y McMenamin, S.B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38-49. Doi: 10.1016/j.jsat.2019.03.007
- McHugh, R.K., Hearon, B.A. y Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525. Doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012
- Morales C., S.M., Félix R., V., Palafox G., P. y Martínez J., L.V. (2019). Conocimientos, habilidades y actitudes profesionales para la intervención breve en adicciones. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 8-20. Doi: 10.28931/riiad.2019.2.02
- Olmstead, T.A., Graff, F.S., Ames-Sikora, A., McCrady, B.S., Gaba, A. y Epstein, E.E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 100, 1-7. Doi: 10.1016/j.jsat.2019.02.001.
- Organización de los Estados Americanos (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas*. Washington D. C., Oropeza, R. y Fukushima, E. (2011). *Tratamiento breve para usuarios de drogas*. Manuscrito inédito.
- 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
- Richter, K., Shireman, T., Ellerbeck, E., Cupertino, A., Catley, D., Cox, L., Preacher, K., Spaulding, R., Mussulman, L., Nazir, N., Hunt, J. y Lambert, L. (2015). Comparative and cost effectiveness of telemedicine versus telephone counseling for smoking cessation. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e113. Doi: 10.2196/jmir.3975
- Sanz, J., García V., M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121.
- Sanz, J., García V., M.P. y Fortún, M. (2012). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583.
- Secretaría de Gobernación (2013). Norma Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012. *Autorización sanitaria para protocolos de investigación. Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2016*. Secretaría de Salud.
- Sobell, L.C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala V., H., Echeverria, L., Leo, G.I., Rybakowski, J.K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, B.S. y Ziolkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline follow-back and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331. Doi: 10.1081/JA-100102628
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy: Challenges and opportunities*. John Wiley & Sons.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Trillas.
- Tarp, K., Bojesen, A.B., Mejdal, A. y Nielsen, A.S. (2017). Effectiveness of optional videoconferencing-based treatment of alcohol use disorders: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(3), e38. Doi: 10.2196/mental.6713
- Tiburcio, M., Lara, M.A., Martínez V., N. y Aguilar, A. (2018). Web-based intervention to reduce substance abuse and depression: A three arm randomized trial in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 53(2), 2220-2231. Doi: 10.1080/10826084.2018.1467452
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report 2017*. UNODC.
- Vaziri-Harami, R., Vaziri-Harami, S. y Tarom, M. (2022). Prevalence of anxiety and depression among engineering students consuming cannabis. *Annals of Medicine and Surgery*, 80. Doi: 10.1016/j.amsu.2022.104144
- Vujanovic, A.A., Meyer, T.D., Heads, A.M., Stotts, A.L., Villarreal, Y.R. y Schmitz, J.M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402-415. Doi: 10.1080/00952990.2016.1199697
- Wood, K., Giannopoulos, V., Louie, E., Baillie, A., Uribe, G., Lee, K.S., Haber, P.S. y Morley, K.C. (2020). The role of clinical champions in facilitating the use of evidence-based practice in drug and alcohol and mental health settings: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 1. Doi: 10.1177/2633489520959072

Funcionamiento familiar en jóvenes con intento de suicidio en Cuenca (Ecuador)

Family functioning in young people with suicide attempt in Cuenca (Ecuador)

Yolanda Dávila-Pontón¹, Ximena Vélez-Calvo²,
Ma. José Peñaherrera-Vélez² y Agustín Sparer³

Universidad de Cuenca¹
Universidad del Azuay^{2, 3}

Autor para correspondencia: Yolanda Dávila-Pontón, yolanda.davila@ucuenca.edu.ec.

RESUMEN

Introducción: Los intentos de suicidio han aumentado entre la población joven, convirtiéndose ya en un problema de salud pública, y tienen importantes implicaciones individuales, familiares y sociales. El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre ciertas variables culturales y el funcionamiento familiar en jóvenes con y sin intento de suicidio en Ecuador. *Método e instrumentos:* El presente fue un estudio de casos y controles. Se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adolescentes y adultos, la Escala de Intención Suicida de Pierce, la Batería de Cuestionarios de Variables Multidimensionales Culturales, el FACE III y el FF-SIL, todos estos adaptados y validados culturalmente al contexto ecuatoriano. Para el análisis estadístico se realizó la prueba de comparación de medias entre dos grupos U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación *rho* de Spearman. *Resultados:* Se encontraron diferencias significativas en torno a la variable cultural independencia entre casos y controles ($p > 0.05$). En relación al funcionamiento familiar, los jóvenes que intentaron suicidarse pertenecían a familias disfuncionales. *Discusión:* Los patrones culturales influyen en el intento de suicidio en los jóvenes; sin embargo, el funcionamiento familiar, caracterizado por dificultades en la adaptación y una escasa cohesión, es un factor de riesgo para que se produzca la tentativa suicida.

Palabras clave: Intento de suicidio; Jóvenes; Cultura; Funcionamiento familiar disfuncional.

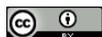
ABSTRACT

Background: Suicide attempts have increased in the young population, becoming a public health problem with individual, family, and social implications. The objective of the present study was to explore the relationship between cultural variables and family functioning in young people with and without a history of suicide attempts in Ecuador. *Methods:* It was a cross-sectional analytical study of cases and controls. Measurement involved the following instruments: International Neuropsychiatric Interview for adolescents and adults, Pierce Suicidal Intention Scale, Battery of Multidimensional Cultural Variables Questionnaires, FACE III, and FF-SIL. All scales were culturally adapted and validated to the Ecuadorian context. A U-Mann Whitney comparison established

¹ Facultad de Jurisprudencia, Av. 12 de Abril y Av. Loja, 010107 Cuenca, Ecuador.

² Facultad de Filosofía, Av. 24 de Mayo 7-77 y Hernán Malo, Cuenca, Ecuador.

³ Facultad de Medicina, Av. 24 de Mayo y Av. de las Américas, Cuenca, Ecuador.



differences between the two groups, as well as a Spearman-Rho correlation coefficient. Results: Significant differences resulted in the "cultural independence" variable between cases and controls ($p > 0,05$). Concerning family functioning, young people who attempted suicide belong to dysfunctional families. Discussion: Cultural patterns influence suicide attempts in young people and family functioning characterized by difficulties in adaptation and poor cohesion remain serious risk factors.

Key words: Suicide attempt; Young people; Culture; Family; Dysfunctional families.

Recibido: 09/09/2022

Aceptado: 25/09/2023

El suicidio, un problema de salud mental de considerable interés en todo el mundo, se define como el acto deliberado de quitarse la vida, en tanto que el *intento de suicidio* es una acción autoinfligida cuyo propósito es el objeto de generar un daño potencialmente letal. Estos fenómenos son particularmente susceptibles de ser investigados en los jóvenes y adolescentes, toda vez que ello permite atender y prevenir este hecho en el terreno de la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018 hubo 800 mil muertes por suicidio en todo el globo; esto es, un suicidio cada 40 segundos. En Ecuador, la prevalencia de suicidio en 2014 fue de 10.18 por cada 100 mil habitantes, y de 13.6 la tasa de suicidio de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, sin que existan datos concretos sobre el intento de suicidio entre estos últimos. En las dos últimas décadas, casi 300 jóvenes y adolescentes de 10 a 24 años se quitan la vida anualmente (Kairi y De Leo, 2014), lo que representa entre 15 y 20% de las muertes por causas externas en este grupo de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

En las prevalencias reportadas, la OMS (2014) reporta un importante porcentaje de extravío de los registros de suicidios cometidos debido a las pobres estrategias empleadas en algunos países, en los que

se confunden, por ejemplo, las muertes por suicidio con las muertes violentas o por accidentes.

Entre los factores de riesgo del intento de suicidio en este grupo poblacional prevalecen patologías psiquiátricas tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias psicotrópicas y trastornos conductuales (Evans *et al.*, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2019; Valdivia *et al.*, 2015), además de ciertas condiciones psicológicas, como impulsividad y baja autoestima (Salvo y Melipillán, 2008). Otros factores socioculturales de riesgo incluyen el contexto familiar (específicamente antecedentes familiares de intento de suicidio), el lugar de residencia, una disfunción familiar caracterizada por pobre adaptación, discordancias y escasa cohesión, pero además casos de depresión en la familia, problemas de conducta, trastornos disociales y abuso de alcohol (Carrillo, 2016; González, 2017; Valdivia *et al.*, 2015). También los intentos de suicidio y el suicidio consumado han mostrado tener relación con eventos escolares (como la pérdida del año escolar) y con eventos vitales adversos, como el maltrato de cualquier tipo (acoso escolar y ciberacoso) (Brent y Mann, 2006; Sandoval *et al.*, 2018; Wasserman *et al.*, 2010).

Adicionalmente, los factores culturales también influyen en los intentos de suicidio, referidos en este caso a las fracturas de la cohesión grupal y a la pérdida de influencia de la religión, pues con ello se debilitan las acciones reguladoras de la sociedad, lo que da lugar a la crisis de sentido vital, el desorden y la desintegración (González *et al.*, 2011).

Con estos antecedentes, pareció necesario establecer la posible relación entre algunas variables culturales y el funcionamiento familiar en los jóvenes con y sin intento de suicidio en la ciudad de Cuenca, en Ecuador, a fin de lograr una mejor comprensión del citado fenómeno entre los adolescentes y jóvenes, tomando en cuenta las variables familiares y culturales que en éste influyen, al igual que aportar una perspectiva que permita conocer el tipo de dinámica que caracteriza a las familias de quienes han intentado suicidarse, comparándola con la de aquellas en las que ningún miembro ha incurrido en este tipo de actos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

En el presente estudio de casos y controles la muestra fue intencional. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile (102-2012). Para ello, los padres de familia o sus representantes legales firmaron una carta de consentimiento informado en la que autorizaban la participación de sus hijos o representados, quienes también dieron su consentimiento.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 70 individuos (35 casos y 35 controles) que acudían al Centro de Reposo y Adicción (CRA) de la citada ciudad por exhibir ciertas patologías psiquiátricas. El primer grupo estuvo compuesto por jóvenes que habían intentado el suicidio, siendo el segundo un grupo control, equivalente por sus características socioeconómicas, edad y sexo, pero sin intento de suicidio. Los criterios de exclusión fueron jóvenes que estuvieran en tratamiento por patologías psiquiátricas graves que deterioran la comprensión y el sistema sensorial, tales como discapacidad cognitiva, esquizofrenia y otras psicosis. En el grupo control se excluyó a pacientes que tuviesen antecedentes de intento de suicidio o ideación suicida o presentaran además las citadas patologías, de los que 74.3% fueron mujeres. El rango de edad osciló entre 15 y 24 años, en ambos grupos. La media de edad fue 19.69 años.

Instrumentos

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Adolescentes y Adultos (Lecrubier *et al.*, 1997).

La evaluación de la psicopatología de los pacientes se hizo mediante los siguientes tests: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos (MINI) (p. ej. “¿Se siente la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía casi todos los días?”) y Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI KID) (p. ej. “¿Te sientes más cansado de lo usual?”). Estas son entrevistas bre-

ves y sumamente estructuradas de los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 de la CIE-10 y el DSM-IV. MINI y MINI KID tienen la misma estructura y formato y abarcan 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos.

La MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta (coeficiente alfa de Cronbach [α] de 0.93), con buena sensibilidad y especificidad ($Kappa = 0.74$) para todos los diagnósticos, con excepción del trastorno de ansiedad generalizada ($Kappa = 0.36$), agorafobia (sensibilidad = 0.59) y bulimia ($Kappa = 0.53$). En el caso de la MINI KID, la confiabilidad interevaluadores y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75, respectivamente, siendo la validez concurrente con entrevista clínica de 0.35 a 0.50 (Palacios *et al.*, 2004).

Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977).

Es ésta una escala que evalúa la intención suicida desde una perspectiva médica. Mide tres variables: las circunstancias en que se realizó el intento de suicidio, una calificación de la letalidad del intento asignada por parte del paciente y el nivel de riesgo de muerte, evaluado médicamente. La puntuación va de menor a mayor intencionalidad suicida. A mayor puntaje, mayor intención de morir al momento del intento. El resultado es predecible en términos de la letalidad del acto del paciente y de las circunstancias. El instrumento evalúa asimismo la posibilidad de sobrevivir o de muerte si no hubiese intervención médica.

Batería para medir variables multidimensionales culturales (Olhaberry *et al.*, 2011).

Se compone de las siguientes tres escalas: Escala de Autoconcepto (SCS), que mide independencia e interdependencia (Singelis, 1994); Escala del Rol Sexual (SRIS), que evalúa las creencias acerca del comportamiento apropiado del hombre y la mujer (Freund *et al.*, 2012), y Escala de Rigidez y Flexibilidad (*Tightness-looseness*), que valora cómo es que se perciben las normas sociales y el peso que se concede a las sanciones sociales (Gelfand *et al.*, 2007).

1) *Escala de Autoconcepto* (SCS, por sus siglas en inglés) (Singelis, 1994). Está compuesta de 30 ítems, de los cuales 15 miden independencia y

15 interdependencia. En cada uno de los ítems los sujetos deben manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación propuesta, usando para ello un formato tipo Likert de siete puntos (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 7, “Totalmente de acuerdo”). Los puntajes varían entre 15 y 105 en cada subescala. Este instrumento mostró tener propiedades psicométricas adecuadas en su validación original, con valores α de 0.70 y 0.74 en independencia e interdependencia, respectivamente (Singelis, 1994). Las propiedades psicométricas en la muestra chilena arrojaron que el coeficiente α de Cronbach tiene un valor de 0.69 en la subescala de independencia y de .69 en la de interdependencia (Olhaberry *et al.*, 2011).

2) *Escala del Rol Sexual* (SRIS, por sus siglas en inglés). Desarrollada por Kalin y Tilby (1978), de la cual se utilizó la versión abreviada de nueve ítems (Freund *et al.*, 2012). En cada uno de éstos, los sujetos muestran su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación dada, usando para ello un formato tipo Likert de siete puntos (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 7, “Totalmente de acuerdo”). Los puntajes varían entre 9 y 63, correspondiendo los más bajos a ideologías tradicionales, y los altos a ideologías igualitarias en relación con los roles sexuales. La consistencia interna de la escala mostró una adecuada correlación y fiabilidad de los ítems (media $r = 0.79$), y una fiabilidad test-retest de 0.87. En la muestra chilena, el análisis de fiabilidad de la escala obtuvo un valor α de 0.75 (Freund *et al.*, 2012).

3) *Escala de Rigidez y Flexibilidad* (TLS-S). Elaborada por Gelfand *et al.* (2007), explora mediante seis ítems la rigidez (*tightness*) y flexibilidad (*looseness*) con que se perciben las normas sociales y el peso que se otorga a la sanción social. Los sujetos indican su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se expone, usando para ello un formato tipo Likert de seis puntos (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 6, “Totalmente de acuerdo”). Los puntajes en esta escala varían entre 6 y 36 puntos. El puntaje del ítem 4, que está redactado en la dirección de la flexibilidad, es revertido antes de obtener el total de la escala. Así, las puntuaciones más altas indican una mayor rigidez hacia las normas sociales. En Chile, el coeficiente α de la TLS-S fue de 0.68 (Olhaberry *et al.*, 2011).

Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) (Olson *et al.*, 1985)

Se trata de un cuestionario de veinte ítems diseñado para evaluar la percepción que tiene un miembro individual de una familia sobre la cohesión y adaptabilidad. Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (“Nunca”) a 5 (“Siempre”). Está compuesta por dos subescalas: Cohesión familiar y Adaptabilidad familiar. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son aceptables, puesto que se ha obtenido un coeficiente α , estandarizado para la escala completa, de 0.55, y valores de 0.64 y 0.46 en cada una de las subescalas (Olson *et al.*, 1979).

Prueba de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (FF-SIL) (Barrera *et al.*, 2022).

Es un cuestionario de catorce ítems diseñado para evaluar las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica de los miembros de la familia. Las dimensiones que evalúa el instrumento son, a saber: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Se evalúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 es “Nunca” y 5 “Siempre”. El resultado que se obtiene por la suma de los ítems va de 70 a 42: Así, 70-42 corresponde a una familia funcional, y de 42 a 14 a una familia disfuncional. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son altos, puesto que se ha obtenido un coeficiente α de 0.8. En cuanto a su validez interna, el resultado alcanzado del coeficiente Kappa es de 0.75, que es considerado alto (Pérez *et al.*, 1994).

Procedimiento

Se utilizó un diseño de investigación descriptivo-transversal analítico de casos y controles. En esta investigación se compararon variables culturales y del funcionamiento familiar entre jóvenes con y sin intento de suicidio en Ecuador. Los tests fueron sometidos previamente a una validación cultural utilizando para ello el criterio de jueces. Cuatro expertos examinaron las preguntas con el fin de ajustar los conceptos al entorno cultural y evitar con ello confusiones o influencias subjetivas

que distorsionaran las respuestas de los participantes, lo que se examinó mediante una aplicación piloto. Luego de obtener el consentimiento informado de los padres o representantes legales, un equipo de psicólogos clínicos aplicó las pruebas, salvaguardándose el anonimato y la confidencialidad de la información de los participantes mediante la firma de un consentimiento informado. Se realizó una comparación de las variables culturales específicas, tales como el autoconcepto *independiente/interdependiente*, la ideología del rol sexual tradicional o igualitario, la rigidez o laxitud de las normas sociales y familiares y el funcionamiento familiar.

Análisis de datos

Los datos resultantes se analizaron con el paquete estadístico SPSS, v. 20. En primer lugar, se hizo

un análisis descriptivo de todas las variables bajo estudio (funcionamiento familiar y variables culturales específicas: autoconcepto independiente e interdependiente, laxitud o rigidez de las normas sociales y familiares, e ideología del rol sexual tradicional o igualitario). La prueba de comparación entre los grupos fue la chi cuadrada (χ^2). Además, para establecer la probabilidad del fenómeno se utilizó el coeficiente de correlación OR. El nivel de significancia empleado fue de $\alpha \leq 0.05$ en todos los casos.

Considerando que las puntuaciones de las variables culturales específicas son producto de escalas que evalúan variables de naturaleza ordinal, se tomó a la mediana como una medida de tendencia central representativa, y a los cuartiles como medida de posición. La distribución fue como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables culturales.

Muestra	Estadísticos	Variables				
		Rigidez - laxitud social	Rigidez - laxitud familiar	Ideología de género	Autoconcepto Independencia	Autoconcepto Interdependencia
Casos	Mediana	21	23	35	59	63
	Mínimo	10	7	24	23	26
	Máximo	32	31	40	89	93
	Intecuartil	10	7	8	16	14
Controles	Mediana	21	22	36	54	62
	Mínimo	10	10	29	32	34
	Máximo	31	44	44	80	85
	Intecuartil	7	8	7	14	13

En cuanto a la funcionalidad familiar, se consideró presentar estas variables utilizando estadísticos de posición. De esta manera, 97.1% de los casos y 45.7% de los controles resultaron en el rango como disfuncionales o severamente disfuncionales. En torno a las características de la familia, 47.7% de los casos y 5.7% de los controles pertenecían a familias rígidamente complicadas, mientras que 42.8% que reportó pertenecer a familias sin intentos de suicidio (controles) y a familias desligadas, correspondiendo la diferencia a las familias complicadas. Las medianas de la muestra

obtuvieron puntajes similares a los de jóvenes que habían intentado o no suicidarse. Se identificó que los participantes que habían intentado suicidarse mostraron niveles altos de disfunción familiar, en comparación con los controles.

En la Tabla 2 se muestra el resultado de la prueba de comparaciones de las medianas de las variables culturales y el funcionamiento familiar. Se identificaron diferencias significativas entre los casos y los controles en torno a la variable de independencia ($p > 0.05$).

Tabla 2. Comparaciones y correlación entre casos y controles de las variables culturales y familiares entre los jóvenes con y sin intento de suicidio.

País	Variables	Chi cuadrado	P	OR	IC 95%
Ecuador	Rigidez -laxitud social	.06	.81	.89	.35 – 2.29
	Rigidez -laxitud familiar	.06	.80	.80	.80 – 3.01
	Ideología de género	1.45	.23	.56	.22 – 1.45
	Autoconcepto Independencia	2.80	.05	2.25	.87 – 5.86
	Autoconcepto Interdependencia	.23	.63	1.26	.49 – 2.92
	Funcionamiento familiar	22.68	.00	40.38	4.96 – 328.67

DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue comparar ciertas variables culturales (autoconcepto independiente-interdependiente, ideología del rol sexual tradicional-igualitaria, laxitud y rigidez de las normas sociales y laxitud y rigidez de las normas familiares) y funcionalidad familiar entre jóvenes con y sin intento de suicidio. No se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles en relación a las variables de autoconcepto interdependiente, rigidez y laxitud de las normas sociales, rigidez y laxitud de las normas familiares e ideología de género sexual ($p > 0.05$). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los jóvenes con y sin intento de suicidio en la variable cultural de independencia y en la variable familiar.

Los individuos que obtuvieron puntajes altos en autoconcepto independencia ($p < 0.05$) se caracterizan por percibirse separados o aislados de los demás; por dar importancia al hecho de ser únicos y diferentes, y por organizar las conductas en torno a los propios pensamientos y sentimientos. Los valores que priman son el logro, el placer y la competencia (Singelis y Sharkey, 1995; Taras *et al.*, 2010). Estos rasgos culturales podrían influir en la toma de decisión respecto al suicidio (Eckersley y Dear, 2002; Gibbs y Martin, 1964; Mead, 1982), pues ante una situación negativa o estresante con impacto psicológico la persona no comparte con alguien cercano su carga, viéndose encerrada en sus propios pensamientos, sesgados por el difícil evento que atraviesa, lo que le genera una percepción de desamparo sin posibilidades de solución (Casiano *et al.*, 2013).

Desde los primeros estudios al respecto se ha concluido que los jóvenes que han intentado suicidarse perciben el entorno cultural como individualista, sin vínculos sociales estables, donde prevalece el desarrollo económico y la competitividad, que es un valor central de la doctrina neoliberal (Durkheim, 1897). Al parecer, tales rasgos culturales influyen en el estado anímico del individuo, provocando en él incertidumbre, desesperanza, soledad y angustia, un derrumbe de los valores sociales, inseguridad e indefensión frente a los acontecimientos de la sociedad (Durkheim, 1897; Manzo, 2005; Yopo, 2014). La conducta suicida puede interpretarse, por lo tanto, como una expresión extrema del deseo de escapar de problemas que parecen irresolubles e intolerables, pues la sociedad prioriza el crecimiento económico por sobre el desarrollo humano (Manzo, 2005).

También se encontraron diferencias en los grupos en relación con el funcionamiento familiar. El porcentaje de familias disfuncionales entre los casos fue de 97.1%, y de 28.6% en los controles. Al parecer, esta condición es un factor de riesgo para intentar el suicidio (Eguiluz y Ayala, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2014). En cuanto a las características familiares, 47.7% de los casos y 5.7% de los controles pertenecían a familias rígidamente complicadas, siendo justamente los casos los que prevalecen en este tipo de núcleo familiar.

Dichas características en la familia limitan a sus miembros en la búsqueda de autonomía y suelen promover elevados niveles de dependencia, lo que produce vulnerabilidad ante los acontecimientos medioambientales y desconfianza en las propias habilidades para afrontar los problemas,

desencadenando así los intentos de suicidio; además, hay separaciones emocionales y una limitada capacidad de cambio y de liderazgo, dificultades en la adaptación y escasa cohesión (Eguiluz y Ayala, 2014; Guibert y Torres, 2001; Martínez *et al.*, 1998; Molina y Navarro, 2003). Este conjunto de particularidades secundarias del tipo de familia son elementos esenciales al momento de considerar el pronóstico y el tratamiento de los jóvenes que han intentado suicidarse, al igual que en los planes de prevención e intervención temprana asociados (Echávarri *et al.*, 2015; Reyes y Torres, 2001). Se debe, pues, analizar sobre todo aquellas características referentes a la dependencia, la desconfianza de la persona en sí misma, su limitada capacidad de cambio y las dificultades de adaptación, pues se convierten en prioridades de acción para la recuperación de estos casos. Además, se debe considerar que una red de apoyo sólida es benéfica para evitar futuros intentos de suicidio (Ilardi y Kaslow, 2009; Pérez *et al.*, 2008), por lo que el trabajo con la familia también debe ser prioritario, sobre todo porque se sabe que los intentos de suicidio se relacionan con el núcleo familiar en dos sentidos: por un lado, la propia dinámica familiar genera vulnerabilidad ante la ocu-

rrencia de la tentativa de quitarse la vida, y por el otro esta misma familia no dispone de los recursos para apoyar al miembro afectado y atraviesa una serie de cambios por el intenso efecto de lo sucedido (Reyes y Torres, 2001).

Sobre la base de los resultados obtenidos, se concluye lo siguiente:

1. Los jóvenes que han intentado el suicidio perciben al entorno cultural como poco cohesivo, individualista y más preocupado por el crecimiento económico.

2. Tales jóvenes muestran disfuncionalidad familiar, condición que es un factor de riesgo de una tentativa de suicidio o de su reincidencia.

3. En las familias en donde un joven ha intentado suicidarse surgen dificultades en la adaptación y la escasa cohesión.

4. Los jóvenes que han intentado el suicidio pertenecen a familias con separaciones emocionales, cierta dependencia y una limitada capacidad de cambio y de liderazgo.

5. Finalmente, se debe considerar que los resultados ofrecen información que corresponde únicamente al grupo de personas participante del estudio, por lo que se requiere confirmarlos con investigaciones complementarias.

Citación: Dávila-Pontón, Y., Vélez-Calvo, X., Peñaherrera-Vélez, M.J. y Sparer, A. (2024). Funcionamiento familiar en jóvenes con intento de suicidio en Cuenca (Ecuador). *Psicología y Salud*, 34(2), 5-13. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2905>

REFERENCIAS

- Barreras M., M.I., Muñoz C., G., Pérez F., L.M., Gómez A., C., Fulgencio J., M. y Estrada A., M.E. (2022). Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar*, 29(2), 72-78. Doi: 10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028
- Brent, D.A. y Mann, J.J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior-understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2719.
- Carrillo P., Z.P. (2016). Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to. año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *PsiqueMag*, 4(1), 252-264. Doi: 10.18050/psiquemag.v4i1.125
- Casiano, H., Katz, L.Y., Globerman, D. y Sareen, J. (2013). Suicide and deliberate self-injurious behavior in juvenile correctional facilities: A review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 118-124.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio*. Libertador.
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R. et al. (2015). ¿Por qué no me suicidaría?: Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé*, 24(1), 1-11. Doi: 10.7764/psykhe.24.1.667
- Eckersley, R. y Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Social Science & Medicine*, 55(11), 1891-1904. Doi: 10.1016/s0277-9536(01)00319-7

- Eguiluz, L. y Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. Doi: 10.48102/pi.v22i2.71
- Evans, E., Hawton, K. y Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979. Doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Freund, H., Zimmermann, J., Pfeiffer, N., Conradi, A., Hunger, C., Riedel, F. ... y Kämmerer, A. (2012). Wie lässt sich der Einfluss von Kultur auf Erleben und Verhalten messen? *Diagnostica*. Doi: 10.1026/0012-1924/a000045
- Gelfand, M.J., Raver, J.L., Nishii, L., Leslie, L., Duan, L., Lim, B.C. y Country Collaborators (2007). Assessment of cultural tightness-looseness across nations. *Unpublished Research Scale*. University of Maryland.
- Gibbs, J.P. y Martin, W.T. (1966). On assessing the theory of status integration and suicide. *American Sociological Review*, 31(4), 533-541. Doi: 10.2307/2090777
- González M., C., Criado M., M.L., Araque J., C., Cala O., X., Hernández B., S., Jiménez M., N., ... y Sierra S., M. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. *Salud, Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 43(1), 33-37.
- González R., M., García L., M. y Lozano D., M.F. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281-295.
- Guibert R., W. y Torres M., N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.
- Hardi, D.L. y Kaslow, N.J. (2009). Social difficulties influence group psychotherapy adherence in abused, suicidal African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1300-1311. Doi: 10.1002/jclp.20628
- Kairi, K. y De Leo, D. (2014). Regions with the highest suicide rates for children and adolescents –some observations. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 2: e104. Doi: 10.4172/jcalb.1000e104
- Kalin, R. y Tilby, P.J. (1978). Development and validation of a sex-role ideology scale. *Psychological Reports*, 42(3), 731-738. Doi: 10.2466/pr0.1978.42.3.731
- Leclercq, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., ... y Dunbar, G.C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231. Doi: 10.1016/s0924-9338(97)83296-8
- Manzo G., I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, 12(33), 153-171.
- Martínez, A., Moracen, I., Madrigal, M. y Almenares, M. (1998). Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(6), 554-559.
- Mead, G. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Paidós.
- Molina R., T. y Navarro E., N. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28.
- Olhaberry, M., Crempien, C., Biedermann, K., Martínez, V., Martínez, F. y Krause, M. (2011). Batería multidimensional de cuestionarios culturales para la investigación en salud mental: aplicación en una muestra poblacional chilena. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 49(2), 9-21.
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual)*. Minneapolis: Life Innovation.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H. y Russell, C.S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3-28. Doi: 10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*. OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Suicidio*. OMS. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. OPS. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- Palacios, L., De la Peña, F. y Heinze, G. (2004). *Validez y confiabilidad del MINI-KID*. Póster presentado en el Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil.
- Pérez, E. De la Cuesta F., D., Bernal I., D.L.L. y Veá H., B. (1994). Funcionamiento familiar: Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia Ergo-Sum*, 4(1), 63-66.
- Pérez O., I., Ibáñez P., M.M., Reyes F., J., Atuesta F., J. y Suárez D., M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
- Pierce, D.W. (1977). Suicidal intent in self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 130(4), 377-385. Doi: 10.1192/bjp.130.4.377
- Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46(2), 115-123. Doi: 10.4067/s0717-92272008000200005

- Sandoval A., R., Vilela E., M.A., Mejía C., R. y Caballero A., J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 208-215. Doi: 10.4067/s0370-41062018000100209
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 580-591. Doi: 10.1177/0146167294205014
- Singelis, T. M. y Sharkey, W. F. (1995). Culture, self-construal, and embarrassability. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26(6), 622-644. Doi: 10.1177/002202219502600607
- Taras, V., Kirkman, B.L. y Steel, P. (2010). Examining the impact of culture's consequences: a three-decade, multilevel, meta-analytic review of Hofstede's cultural value dimensions. *Journal of Applied Psychology*, 95(3), 405. Doi: 10.1037/a0018938
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 320-328. Doi: 10.4067/s0034-98872015000300006
- Wasserman, D., Terenius, L., Wasserman, J. y Sokolowski, M. (2010). The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 12-17.
- Yopo, M. (2013). Individualización en Chile: Individuo y sociedad en las transformaciones culturales recientes. *Psicoperspectivas*, 12(2), 4-15.

Síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música: diferencias entre mujeres y hombres

Overtraining syndrome in music undergraduates: Differences between women and men

Karla María Reynoso Vargas¹, Jaime Salvador Moysén²
y María del Rocío Guzmán Benavente³

Universidad Juárez del Estado de Durango^{1, 2, 3}

Autor para correspondencia: Karla María Reynoso Vargas, kreynoso@ujed.mx.

RESUMEN

Este estudio se propuso analizar las diferencias de género en la manifestación del síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música. En este estudio descriptivo, cuantitativo y transversal participaron 500 estudiantes de licenciatura de 10 universidades públicas mexicanas: 178 mujeres y 322 hombres. Para medir los síntomas de estrés, se empleó la escala ESSEM (Reynoso, 2018) y un inventario de afecciones a la salud. Tras realizar un análisis comparativo, se encontró que las principales fuentes de estrés fueron las situaciones extraescolares frustrantes y el distanciamiento social. Las mujeres puntuaron más alto en los síntomas psicológicos del síndrome de sobreentrenamiento, así como en enfermedades y dolencias, por lo que se sugiere que ellas experimentan más demandas para cumplir con los diversos roles que exigen las actividades del contexto familiar y el académico, así como más presiones sociales impuestas en el medio musical que producen inequidades. Se sugiere prestar atención al ambiente de formación musical, al tipo de ejercicio docente y a los requerimientos de los programas de estudio para contrarrestar las inequidades de género.

Palabras clave: Estrés crónico; Sobreentrenamiento; Diferencias de género; Estudiantes; Músicos.

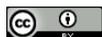
ABSTRACT

This study aimed at exploring gender differences in music undergraduate's overtraining syndrome. The study was descriptive, quantitative, and cross sectional. Five hundred undergraduate students from ten Mexican public universities participated: 178 women and 322 men. To measure stress symptoms, we used the ESSEM scale (Reynoso, 2018) and an inventory of Health Conditions. After a comparative analysis, results showed that the primary sources of stress were frustrating extra-curricular situations and social distancing. Women scored higher on psychological symptoms of overtraining and reported more illnesses and ailments. Results suggest that women have a higher level of demands to fulfill various roles between family and academic activities and social pressures

¹ Escuela Superior de Música, Carr. Anillo de Circunvalación s/n, 34100 Durango, Dgo., México. ORCID 0000-0001-8411-5726

² Instituto de Investigación Científica, Universidad y Fanny Anitúa s/n, Zona Centro, 34000 Durango, Dgo., México. ORCID 0000-0002-7739-8681, correo electrónico: jsmoysen@gmail.com.

³ Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana, Del Guadiana 501, Fracc. Ciudad Universitaria, 34120 Durango, Dgo., México. ORCID 0000-0002-2889-5366, correo electrónico: marociogb@ujed.mx.



imposed in musical environments that produce inequities. Results lead to the recommendation of paying attention to the music training environment, the type of teaching exercise, and the requirements of study programs to counteract gender inequities.

Key words: Chronic stress; Overtraining; Gender differences; Students; Musicians.

Recibido: 09/05/2022

Aceptado: 08/08/2023

A lo largo de su vida, los seres humanos sortean infinitas demandas físicas, emocionales, cognitivas, económicas, familiares, laborales, culturales y demás. La respuesta con la que cada individuo afronta los estresores cotidianos depende de factores individuales y ambientales. Está mediada por la experiencia previa, la ayuda social, la percepción que cada individuo tiene de los estresores sociales, su capacidad para afrontar los mismos, la preparación individual que le brinda la sociedad y el uso de estrategias de afrontamiento socialmente aceptadas (Sandín, 2003). Cuando las experiencias estresantes son repetitivas o intensas pueden desgastar al organismo hasta el punto de provocar perjuicios a la salud, como por ejemplo la expresión y patogénesis de enfermedades arteriales coronarias, trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión o fallas neurológicas, inmunes y metabólicas (McEwen, 2004; Sandín, 2003; Selye, 1976; Steptoe y Marmot, 2002; cf. Molina *et al.*, 2008). Los estragos que genera el estrés dependen en parte de factores genéticos y epigenéticos del individuo, de las características de su desarrollo temprano, de las situaciones ambientales, de la evaluación que hace de las situaciones sociales y de su percepción de las circunstancias inmediatas y escenarios anticipados (Salvador *et al.*, 2014).

Es importante aclarar que los fenómenos del estrés crónico en cada campo del conocimiento son conceptuados de diferente manera, de tal manera que los estados de fatiga extrema pueden referirse como *fatiga*, *sobrecarga funcional*, *sobrecarga no*

funcional, *burnout* o *sobreentrenamiento* (Sánchez y García, 2017).

La naturaleza de cada labor humana implica la exposición a estresores específicos. Todas las personas son susceptibles de desarrollar cuadros de estrés crónico, pero las demandas ocupacionales en particular generan distintos perfiles de riesgo para la salud física y mental; así, el presente artículo se centra en los síntomas del síndrome de sobreentrenamiento en los músicos.

En el ambiente musical, los efectos del estrés crónico han sido referidos como síndrome de burnout y síndrome de sobreentrenamiento. Ambos se denominan *síndromes* porque son un conjunto de síntomas. El primero de ellos se manifiesta como desgaste emocional, falta de logro y despersonalización (Maslach y Jackson, 1981). Fue descrito desde el ámbito psicológico y se caracterizó inicialmente entre la población sanitaria, aunque su empleo terminológico se extendió a todas las profesiones que implican un servicio. El segundo, el sobreentrenamiento, se refiere a un estado duradero de bajo rendimiento debido a un desequilibrio producido entre los agentes estresores específicos y no específicos del entrenamiento y la recuperación (Gould y Dieffenbach, 2002; cf. González y Márquez, 2012). Se le ha caracterizado en atletas de alto rendimiento, pero el empleo del concepto se ha extendido a otras actividades que requieren entrenamiento físico especializado, como la danza y la música.

Reynoso (2018) describe los síntomas del sobreentrenamiento en músicos del siguiente modo:

Los síntomas psicosociales incluyen alteraciones de los estados de ánimo como ansiedad (irritabilidad, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, cinismo, enojo) y episodios depresivos (llanto frecuente, anhedonia, sensación de vacío, apatía); crisis identitarias que implican cuestionamientos a la identidad artística, deterioro del autoconcepto y de la autoeficacia; síntomas de musicorexia (o dependencia a la actividad musical) como sobreimplicación, síndrome de abstinencia, aislamiento, sensación de enclaustrado, disminución del contacto social, negligencia en el autocuidado y despersonalización de sí mismo; tensiones

sociales como discusiones, peleas, incomunicación, rompimiento de relaciones significativas y malestar social; desesperanza aprendida que involucra desmotivación, desaparición de metas a largo plazo, agotamiento psíquico, pérdida del sentido de la actividad, ausentismo, ideas de deserción escolar o abandono de la actividad musical, balance negativo del estudio, sensación de trauma por no observar avances pese a la dedicación al estudio; uso de evasores como alcohol, drogas parejas pasajeras y/o desarrollo de fantasías. Los síntomas físicos comprenden dolencias generales como cansancio físico, dolores musculoesqueléticos, tics nerviosos, alteraciones alimentarias, alteraciones del sueño, afecciones dermatológicas, procesos inflamatorios y alteraciones vasculares, etc., así como lesiones anatómicas específicas que incapacitan o interrumpen la actividad musical. Los síntomas musicales refieren al estancamiento o involución de la ejecución-interpretación: problemas de memoria, dificultades en la cognición musical, desatención de la técnica, fallas motrices y descontrol expresivo en la interpretación musical (p. 115).

En este trabajo se emplea el término *sobreentrenamiento* porque, por una parte, hace énfasis en las consecuencias del estrés crónico sobre la salud física y mental, y por otra parte subraya los efectos en el entrenamiento especializado, que no son completamente paralelos al burnout; de hecho, los músicos manifiestan particularmente el componente de despersonalización: autodespersonalización, utilización de los lazos sociales cercanos para el soporte de actividades musicales, despersonalización del público y cinismo en el montaje e interpretación de las piezas musicales (Reynoso, 2018).

Ahora bien, ¿por qué estudiar las diferencias entre hombres y mujeres? La literatura relativa a este campo indica que las mujeres sufren más estrés y presentan más afecciones psicósomáticas derivadas de los procesos estresantes (Ancer *et al.*, 2011; Hovanitz y Kozora, 1989), y en el contexto educativo reportan síntomas de estrés más intensos y frecuentes que los varones (Barraza, 2017).

Las diferencias en el procesamiento y manifestación del estrés responden, por una parte, a las diferencias del sexo biológico, y por otro atañen también al género, que es una construcción social y cultural en tanto conjunto de ideas, creencias, valores, representaciones, entre muchos otros aspectos (Scott, 2013), con repercusiones económicas, políticas y culturales producto de una marcada división sexual y social del trabajo (Rubín, 2013). Por lo tanto, tanto el sexo como el género son determinantes que no pueden ser obviados en el análisis de los fenómenos estresantes.

En un abordaje psicológico del fenómeno deben tomarse en cuenta los rasgos de personalidad, los roles sociales y las premisas culturales prevalecientes. Todos estos son aspectos interactuantes e independientes que se encuentran enraizados en un contexto sociocultural particular y en patrones de socialización diferenciales para unas y otros (Díaz-Loving *et al.*, 2001). Desde un enfoque de género, los factores de orden estructural son los que permiten analizar las diferencias entre mujeres y hombres para entender el nivel de estrés, los factores que lo desencadenan y las estrategias de afrontamiento e impacto diferencial por condición genérica. Estructuralmente, las mujeres aparecen más comprometidas con la familia; sus mayores fuentes de estrés se derivan de las responsabilidades sociales, de las prácticas emocionales y morales del ámbito doméstico por la diversidad de roles que suelen asumir: cuidadoras de niños, ancianas y enfermos; jefas de familia, hacedoras y administradoras del trabajo en casa y fuera de ésta. El género aparece así como un moderador del estrés psicosocial; los roles atribuidos socialmente aumentan la carga de las mujeres, restándoles oportunidades para su desarrollo profesional y personal al ser un limitante para las actividades extradomésticas, la formación académica, la recreación y el esparcimiento, el descanso y la atención personal (Segura y Pérez, 2016). Además, la percepción social es que las mujeres son quienes desarrollan los roles expresivos, mientras que los hombres se ocupan de los roles instrumentales que están asociados al logro (Díaz-Loving *et al.*, 2001).

El contexto musical ilustra bien las inequidades de género porque, en primer lugar, es altamente exigente y competitivo (Nordin-Bates *et al.*, 2012) y donde la orientación al logro es sumamente valorada. En segundo lugar, porque las reglas sociales y profesionales han sido heredadas de un orden hegemónico patriarcal; de hecho, la historia de la música ha sido protagonizada principalmente por hombres, y en ella el papel de las mujeres fue invisibilizado, estereotipado o negado a lo largo de los siglos.

Como señala Gutiérrez, “la publicación de la historia de las mujeres en la música es tan reciente que es necesario aludir a ella continuamente. Si no se hace, corremos el riesgo de seguir aumentando la brecha que ha impedido que las mujeres nos concienciáramos de nuestra historia musical por el género” (citado por Ulloa, 2007, p. 84).

En la mayoría de las áreas de ejecución instrumental existe el dominio masculino. Algunos instrumentos musicales se han relacionado con ideologías de género, razón por la cual se argumenta que hay “instrumentos que típicamente son tocados por hombres y otros (en menos cantidad), por mujeres, así como instrumentos que parecen ser neutrales al género” (Koskoff, 1995, p. 122).

Músicos y músicas estudian, interpretan y laboran en condiciones distintas. Por ejemplo, las músicas han denunciado que la forma “sensible” de interpretar es mal vista en algunos ambientes masculinizados, y para ellos la identidad creativa se relaciona algunas veces con la orientación sexual (Daykin, 2005). Para los hombres, tocar un instrumento musical se relaciona con el control de la tecnología y como un elemento reafirmante de la masculinidad y la deseabilidad, mientras que para ellas puede ser visto como un atentado a su feminidad (Doubleday, 2008).

Los estudios cualitativos (Ulloa, 2007) revelan cómo algunas músicas profesionales experimentan exclusión, discriminación, acoso, machismo y misoginia en su ambiente laboral; cómo viven las diferencias en el trato y tienen menos oportunidades laborales, especialmente en las áreas musicales en las que predomina la presencia masculina.

Las condiciones biopsicosociales son distintas entre unas y otros, así como también las manifestaciones del estrés. Psicológicamente, ellas exhiben más ansiedad escénica que sus compañe-

ros varones, (Juárez, 2014; Widmer *et al.*, 1997). En el ámbito psicosocial, si bien ambos géneros tienen un pobre ajuste al ambiente (cambios de humor, disyunción en sus relaciones personales y lesiones físicas), son los hombres quienes exhiben una mayor tensión interpersonal al mostrar menos habilidad para afrontar el estrés de manera efectiva, por lo que asumen rasgos más hostiles y obsesivos, estilos de afrontamiento menos racionales, menos soporte social y más lesiones incapacitantes (Hamilton y Kella, 1992). En cuestiones de salud física, las músicas desarrollan más afecciones dolorosas (Kenny y Ackermann, 2015), mientras que sus compañeros varones son más propensos a aumentar su presión sistólica (Widmer *et al.*, 1997) y a desarrollar más lesiones que limitan su actividad musical (Lim y Altenmüller, 2003). En el ambiente escolar, son ellas quienes más desertan durante la formación universitaria (Reynoso, 2014).

Autores como Díaz *et al.* (2013) han señalado la conveniencia de atender las necesidades psicológicas y físicas de todos los intérpretes, no sólo en las situaciones de actuación sino también en su periodo de formación. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias de género en la manifestación del estrés crónico entre los estudiantes de música durante el periodo referido.

MÉTODO

El presente estudio descriptivo, cuantitativo y transversal se derivó de una investigación más amplia sobre el síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música (Reynoso, 2018). La muestra, no probabilística e intencional, se conformó por 500 estudiantes: 178 mujeres y 322 hombres. Fue una muestra mixta en cuanto que los estudiantes pertenecían a diez escuelas o facultades de música de universidades públicas mexicanas y a diferentes áreas musicales y cuyos datos se omiten por el principio de confidencialidad.

Para la recolección de datos fue necesaria la colaboración de profesores de cada institución a fin de informar a los estudiantes sobre la finalidad del estudio y obtener su colaboración voluntaria. Se aplicaron pruebas de lápiz y papel en los últimos dos meses de un ciclo escolar semestral. Los

profesores auxiliares en las distintas instituciones cubrieron un muestreo por cuota mínimo de cincuenta cuestionarios por cada centro educativo. El número final de participantes por institución no fue equilibrado en virtud de que se eliminaron aquellos cuestionarios inconclusos y los de alumnos de nivel técnico, puesto que los análisis comparativos indicaron que tenían un grado menor de estrés que el de los estudiantes de licenciatura. De los 594 cuestionarios recolectados, se consideraron solamente 500 casos en el estudio. El número de participantes por institución se puede observar en la columna “n” de la Tabla 4.

Instrumentos

Escala de Estresores y Síntomas del Síndrome de Sobreentrenamiento en Músicos (ESSEM) (Reynoso, 2018).

Para estimar los síntomas del síndrome de sobreentrenamiento se ocupó esta escala, que incluye ítems del Cuestionario de Síntomas de Sobreentrenamiento para Músicos, de Díaz-Morales *et al.* (2013), y que adaptó al ambiente musical ítems de la escala de estrés SWS-Survey©-Forma-GP© (Social, Work and Self), de Gutiérrez y Osterman (2008).

El ESSEM se sometió a los procesos de reducción de ítems y de validación. La versión que se usó para este trabajo se conformó por una escala de 13 síntomas psicológicos del sobreentrenamiento y por 7 estresores psicosociales. Los reactivos tipo Likert tuvieron un rango del 1 al 5, donde 1 era “Completo desacuerdo” y 5 “Completo acuerdo”. Su fiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach (α) fue de .87, por lo que se consideró suficientemente consistente.

Afecciones a la Salud (AS).

Para analizar los síntomas somáticos se aplicó este inventario de malestares físicos que en la literatura médica se han relacionado ampliamente con la sobrecarga por estrés crónico y cuyas relaciones con los síntomas psicológicos del estrés crónico han sido verificados por Reynoso (2018). Esta herramienta permitió estimar ciertos indicadores. Así, a cada malestar se le dio un valor 1. Al sumar los malestares por tipo de afección (afecciones inmunológicas, gastrointestinales, vasculares, alimenticias, musculoesqueléticas, psicológicas, sexuales y del sueño), se obtuvo además un indicador general que sumó todos los malestares, excepto los sexuales, ya que éstos introducían un sesgo según el sexo.

Con la finalidad de analizar las diferencias estadísticas en los puntajes de síntomas y estresores de hombres y mujeres, se efectuaron pruebas *t* de Student para muestras independientes y se distinguieron las diferencias en la ocurrencia de síntomas psicósomáticos mediante la prueba X^2 . El procesamiento estadístico de los datos se hizo con el programa SPSS.

RESULTADOS

La media de los síntomas de sobreentrenamiento en músicos para la muestra fue de 35.86 (D.E. = 10.71, rango potencial 13 a 65). Su distribución se consideró cercana a la normal (asimetría = .20).

Los síntomas más frecuentes fueron las sensaciones de tensión, fatiga, irritabilidad emocional, dificultad en el control expresivo de las piezas musicales y afectación en el desenvolvimiento técnico (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de medias de los síntomas.

	Hombres n = 322		Mujeres n = 178		Comparación de medias	
	M	D.E.	M	D.E.	<i>t</i>	<i>p</i>
Me siento tenso(a).	3.39	1.04	3.78	.96	-4.11	.000*
Frecuentemente me siento fatigado(a).	3.15	1.11	3.60	1.01	-4.44	.000*
Tengo una sensación de opresión.	2.61	1.17	3.05	1.82	-3.31	.001*
Mi desenvolvimiento técnico se ha visto afectado (es menos preciso).	2.68	1.27	2.99	1.22	-2.62	.009*
He estado muy irritable.	2.72	1.28	3.02	1.20	-2.52	.012*

Continúa...

	Hombres n = 322		Mujeres n = 178		Comparación de medias	
	M	D.E.	M	D.E.	t	p
He pensado en abandonar la escuela de música.	2.16	1.40	2.22	1.45	-.38	.702
He disminuido la confianza en mí mismo(a).	2.43	1.29	2.76	1.29	-2.72	.007*
A pesar de que estudio bastante, siento que técnicamente no avanzo.	2.56	1.22	2.78	1.30	-1.84	.066
Se me dificulta concentrarme en la técnica (movimientos, postura, etc.).	2.63	1.18	2.83	1.17	-1.79	.074
Al tocar se me dificulta lograr el control expresivo de la pieza musical.	2.90	1.17	2.93	1.25	-.27	.781
Cuando estudio, siento que algunas partes de mi cuerpo (dedos, brazos, diafragma, etc.) no responden como solían hacerlo.	2.39	1.24	2.64	1.22	-2.15	.032*
Haga lo que haga, mis logros musicales son limitados.	2.38	1.14	2.54	1.11	-1.53	.124
Me siento deprimido(a).	2.59	2.13	2.83	1.23	-1.36	.172

n = tamaño de la muestra, M = Media, DE = Desviación Estándar, Media teórica = 3, *Los valores de t reportan significancia bilateral, gl = 498.

Se realizó una prueba *t* de Student para muestras independiente con la finalidad de comparar las medias por género. La prueba corroboró la existencia de diferencias estadísticamente significativas [$t(497) = -3.93, p = .001, IC\ 95\% (-5.31, -1.41)$], confirmando así que las mujeres exhibían más síntomas psicológicos de sobreentrenamiento (Media

de mujeres = 38.02, D.E. = 10.03; Media de hombres = 34.66, D.E. = 10.89).

Como se aprecia en la Tabla 1, los síntomas más frecuentes tanto en las mujeres como en los hombres fueron las sensaciones de tensión y fatiga, mientras que las principales fuentes de estrés fueron las situaciones extraescolares frustrantes y el distanciamiento social (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias de los estresores.

Estresores	Hombres n = 322		Mujeres n = 178		Comparación de medias	
	M	D.E.	M	D.E.	t	p
En estos meses he pasado por situaciones extraescolares muy frustrantes.	2.96	1.42	3.18	1.35	-1.68	.093
He tenido tensiones con mi profesor(a) de instrumento.	2.00	1.24	2.08	1.22	-.77	.437
Cuando fallo, me lo reprocho una y otra vez.	2.72	1.28	2.96	1.20	-2.09	.037*
Me molesta mi forma de enfrentar situaciones conflictivas.	2.71	1.24	2.86	1.26	-1.28	.199
Me he alejado de personas importantes para mí.	2.89	1.33	2.99	1.30	-.80	.420
En general, me siento satisfecho(a) con mi vida.	3.67	1.11	3.74	1.08	-.74	.459
Tocar (o cantar) ante el público me genera satisfacción.	4.07	.98	4.00	.92	.80	.424

n = tamaño de la muestra, M = Media, D.E. = Desviación estándar, Media teórica = 3.

* Los valores de t reportan significancia bilateral. Las varianzas fueron distintas según la prueba de Levené, gl = 384.63.

Las mujeres puntuaron más alto en todos los síntomas psicológicos, aunque las diferencias estadísticamente significativas se observaron en las sensaciones de tensión, fatiga, opresión, ideas de deserción, disminución de la autoconfianza, irritabilidad emocional y torpeza motora (véase Tabla 1).

Al analizar los estresores, se observó que las mujeres se autorreprochan más por sus fallas. Aunque este fue el único estresor que mostró di-

ferencias estadísticamente significativas, ellas puntuaron más alto en situaciones extraescolares frustrantes, estilo de enfrentamiento ineficaz, alejamiento social y tensiones con el profesor de instrumento, y puntuaron ligeramente menos en la satisfacción hacia la interpretación musical pública. Paradójicamente, la satisfacción vital de ellas fue levemente más elevada que la de sus compañeros varones (véase Tabla 2), siendo las princi-

pales fuentes de estrés, tanto para hombres como para mujeres, las situaciones extraescolares frustrantes y el distanciamiento social.

En promedio, la muestra manifestó sufrir nueve afecciones a la salud (D.E. = 5.76) teóricamente relacionadas con el estrés, sin considerar las afecciones de tipo sexual, lo que significa que un estudiante de música promedio sufre esos tipos de malestar a lo largo de un semestre.

Las afecciones a la salud más comunes fueron los dolores musculares, la sensación de no haber descansado después de dormir, la dificultad para conciliar el sueño, el dolor de cabeza, los olvidos, el nerviosismo, la irritabilidad, la depresión, los sentimientos de vacío, las infecciones frecuentes y el aumento del apetito; además, una parte considerable del alumnado indicó el aumento de sus deseos sexuales.

Asimismo, las mujeres manifestaron padecer más enfermedades y dolencias físicas relacio-

nadas teóricamente con el estrés al obtener una media general de 11.03 (D.E. = 5.77) afecciones a la salud, mientras que el promedio de sus compañeros varones fue de 7.92 (D.E. = 5.46). La prueba *t* de Student indicó que la diferencia fue estadísticamente significativa ($t = 5.97, gl = 498, p < .001$).

Esta diferencia en la condición de salud se repitió en cada tipo de afección; es decir, las músicas reportaron más afecciones inmunológicas, gastrointestinales, vasculares, alimenticias, musculares, psicológicas y sexuales que sus compañeros varones (para todos los casos $p < .001$, el valor de *t* osciló entre 4.23 y 8.23). La única diferencia que no resultó significativa se encontró en las alteraciones del sueño ($t = 1.38, p = .16$). La Tabla 3 muestra los porcentajes relativos con que se presentó cada afección específica en hombres y en mujeres, indicándose con asteriscos y en negrita las diferencias estadísticamente significativas encontradas mediante la prueba χ^2 .

Tabla 3. Comparación de proporciones entre hombres y mujeres de las afecciones en la salud.

	% Hombre n = 322	% Mujer n = 178	$\chi^2_{(gl=1)}$	<i>p</i>	<i>Eta</i>		% Hombre n = 322	% Mujer n = 178	$\chi^2_{(gl=1)}$	<i>p</i>	<i>Eta</i>
Musculoesqueléticas						Psicológicas					
Dolores musculares	54.0	69.1	10.78	.001*	.14	Olvidos	46.0	52.8	2.15	.085	.06
Dolores articulares	24.2	35.4	7.06	.006*	.11	Nerviosismo	36.0	47.8	6.55	.007*	.11
Entumecimiento de las extremidades	16.1	25.8	6.83	.007*	.11	Irritabilidad	32.3	51.7	18.07	>.001*	.19
Contracturas	10.2	27.0	23.60	>.001*	.21	Depresión	30.1	42.7	8.00	.003*	.12
Temblores	13.0	16.9	1.35	.152	.05	Sentimientos de vacío	30.1	39.9	4.89	.018*	.09
Tics	12.1	15.2	.93	.203	.04	Crisis de ansiedad	21.4	36.0	12.38	>.001*	.15
Lesión incapacitante	9.0	3.4	5.59	.012*	.10	Agresividad	18.3	19.7	.13	.40	.01
Digestivas						Del sueño					
Agruras	24.5	30.3	1.97	.097	.06	Sueño sin descanso	51.2	67.4	14.57	.001*	.16
Diarrea	18.6	20.2	.18	.374	.01	Dificultad para dormir	35.1	30.9	.90	.197	.04
Gastritis	16.1	32.0	16.96	>.001*	.18	Sueño fraccionado	25.5	27.5	.25	.345	.02
Estreñimiento	15.8	27.5	9.79	.001*	.14	Insomnio	20.2	19.7	.57	.544	.02
Colitis	9.6	25.3	21.79	>.001*	.20	Duerme demasiado	16.1	20.2	1.13	.153	.05
Inmunológicas						Vasculares					
Infecciones frecuentes	36.0	47.8	6.55	.007*	.11	Dolor de cabeza	52.2	69.7	14.43	>.001*	.17
Inflamación	14.6	25.3	8.71	.003*	.13	Migraña	12.1	25.3	14.22	>.001*	.16
Dermatitis	8.1	19.7	14.37	>.001*	.17	Taquicardia	8.1	16.9	8.88	.003*	.13

Continúa...

	% Hombre n = 322	% Mujer n = 178	$\chi^2_{(gl=1)}$	p	Eta		% Hombre n = 322	% Mujer n = 178	$\chi^2_{(gl=1)}$	p	Eta
	<i>Alimenticias</i>						<i>Sexuales</i>				
Aumento del apetito	31.7	48.9	14.42	>.001*	.17	Aumento del deseo sexual	37.6	22.5	11.98	>.001*	.15
Falta de apetito	22.0	29.8	3.66	.036*	.08	Disminución del deseo sexual	10.6	12.9	.63	.256	.03
Compulsión por la comida	10.9	20.2	8.23	.004*	.12	Dificultades de erección	5.0	–	–	–	–
Anorexia	0.9	0.6	.19	.552	.02	Coito doloroso	–	1.7	–	–	–
						Menstruación retardada	–	35.4	–	–	–
						Síndrome premenstrual	–	27.0	–	–	–
						Menstruación anticipada	–	15.2	–	–	–

% = porcentajes. n = Tamaño de la muestra. p = probabilidad de error. * Diferencia significativa a nivel estadístico ($p < .05$).

Las mujeres dijeron padecer más dolores musculares y articulares, contracturas, nerviosismo, irritabilidad, depresión, sentimientos de vacío, crisis de ansiedad, crisis de pánico, gastritis, estreñimiento, sueño sin descanso, dermatitis, cefaleas, migrañas, taquicardia, aumento de apetito, falta de apetito y compulsión por comer. Por su parte, los varones exhibieron un incremento de su deseo sexual y más lesiones incapacitantes.

Para observar lo que sucedía con los síntomas del síndrome de sobreentrenamiento de hombres y mujeres en las distintas instituciones, se hicieron análisis en cada una de ellas. En la Tabla 4 y la Figura A se puede apreciar que las mujeres obtuvieron puntajes más altos en la mayoría de esas instituciones. La Universidad H fue una excep-

ción: allí, la media de sobreentrenamiento de los varones fue ligeramente más alta que la de las mujeres, aunque la diferencia fue casi imperceptible y el número de participantes hace difícil inferir la causa.

En cuanto a las afecciones a la salud, las alumnas sufrieron más molestias y dolencias que sus compañeros varones (Figura B).

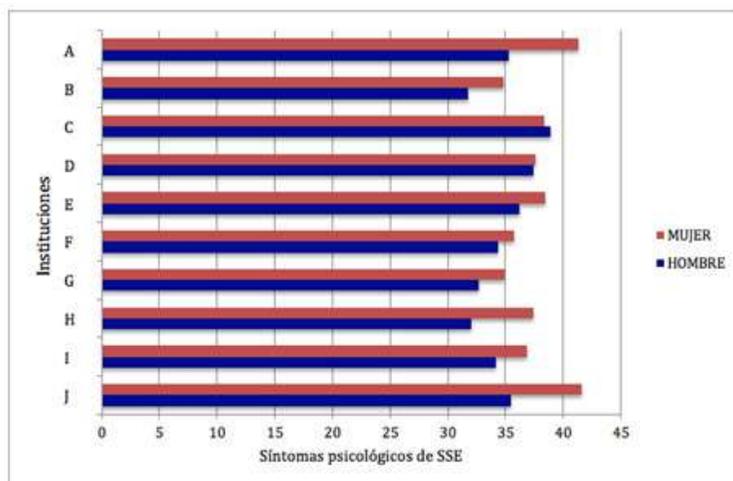
Para verificar las diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los síntomas de estrés crónico y de las afecciones a la salud, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes. La prueba reveló que en las instituciones A y C las mujeres sufrían más agudamente los síntomas del sobreentrenamiento que sus compañeros hombres (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de medias del síndrome de sobreentrenamiento (SSE) por sexo.

Institución	Hombres			Mujeres			t	gl	p
	n	M	D.E.	n	M	D.E.			
A	64	35.48	11.49	48	41.58	10.15	-2.91	110	.004*
B	36	34.13	12.11	12	36.91	13.05	-.67	46	.503
C	25	32.00	9.18	24	37.45	8.70	-2.13	47	.038*
D	11	32.72	12.37	10	34.90	9.64	-.44	19	.661
E	27	34.40	10.23	8	35.75	10.26	-.32	33	.747
F	11	36.18	10.05	7	38.42	8.96	-.48	16	.637
G	44	37.43	9.49	12	37.58	9.19	-.05	18	.960
H	15	38.93	10.48	9	38.33	14.98	.11	22	.909
I	55	31.72	9.80	39	34.84	8.37	-1.61	92	.110
J	34	35.26	12.77	9	41.33	8.93	-1.33	41	.189

D.E. = Desviación estándar. * $p < 0.05$; n = tamaño de muestra. n total = 500.

Figura A. Promedios de sobreentrenamiento de hombres y mujeres en las distintas universidades.



Las afecciones a la salud mostraron diferencias estadísticamente significantes en cuatro centros académicos:

Institución A [$t(110) = -3.73, p < .001$; M hombres: 8.04, D.E.: 5.07; M mujeres: 11.77, D.E.: 5.43].

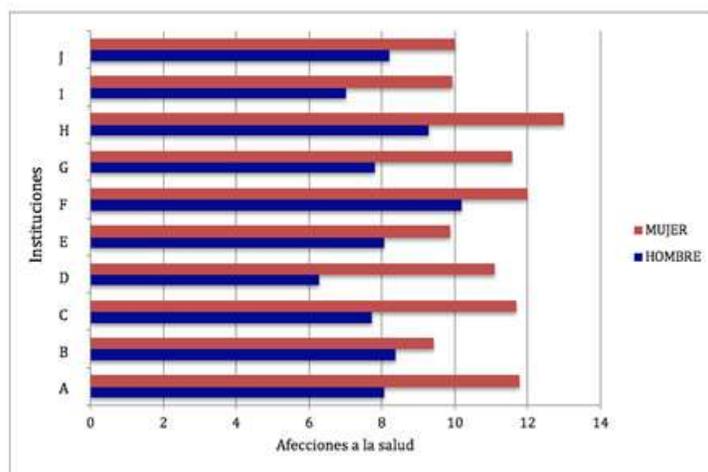
Institución C [$t(47) = -2.29, p = .027$; M hombres: 7.72, D.E.: 5.83; M mujeres: 11.66, D.E.: 6.22].

Institución G [$t(54) = -2.30, p = .025$; M hombres: 7.79, D.E.: 5.12; M mujeres: 11.58, D.E.: 4.73].

Institución I [$t(92) = -4.45, p = .016$; M hombres: 7.00, D.E.: 5.19; M mujeres: 13.00, D.E.: 8.15].

Las diferencias por sexo concordaron con lo supuesto por la literatura y los datos empíricos de la muestra general. Las mujeres sufrieron más los síntomas del síndrome de sobreentrenamiento y más afecciones.

Figura B. Promedios de afecciones a la salud de hombres y mujeres, en las distintas universidades.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio son consistentes con lo reportado en la literatura sobre el estrés crónico (Ancer *et al.*, 2011; Hovanitz y Kozora, 1989). Se observó que el síndrome de sobreentrenamiento

exhibe una sintomatología común para estudiantes mujeres y hombres, pero son ellas quienes muestran más síntomas psicológicos y tienen más afecciones a la salud.

Se encontró que las alumnas mujeres piensan más en desertar, lo que es congruente con los

informes de Reynoso (2014), que indican una mayor proporción de deserción escolar femenina que masculina en las licenciaturas de música.

Los análisis comparativos presentan evidencias consistentes: las estudiantes de música conviven con más estragos del estrés de manera cotidiana que sus compañeros varones. En congruencia con los hallazgos de Lim y Altemüller (2003), ellas sufrían más afecciones dolorosas, en tanto que los hombres más lesiones incapacitantes.

Llama la atención que los resultados se contrapusieron a los de Hamilton y Kella (1992), quienes reportaron que los hombres manifestaban más síntomas de una salud pobre. Dichos estudios se contextualizaron en el ambiente dancístico, en el que los hombres son minoría; justo lo contrario a lo que sucede en el ambiente musical, donde hay predominancia masculina. El contraste empírico apunta a valorar la importancia de la dominación masculina/femenina en una actividad, así como la injerencia de las reglas socioculturales y roles de género imperantes en un ambiente artístico específico.

La literatura internacional y los resultados de este estudio apoyan la idea de que hombres y mujeres tienen estrategias de respuestas adaptativas diversas. Los estudios neuropsicológicos de Wang *et al.* (2007) han encontrado que los hombres tienden a poner en marcha predominantemente el córtex prefrontal, favoreciendo el comportamiento de “fuga” o de “combate”; mientras que las mujeres reaccionan al estrés formulando procesos de vinculación, poniendo en marcha sobre todo el sistema límbico, que favorece los comportamientos de “ayuda” y de “protección”.

Estas diferencias en el procesamiento neurofisiológico podrían explicar en parte el que las alumnas músicas se estresen más: podrían estar resintiendo más los efectos del aislamiento, las tensiones sociales o el incumplimiento de las expectativas del profesor, por nombrar algunos ejemplos en los que ellas pueden ver dañados sus vínculos sociales. El mecanismo de ayuda y protección podría estar generando estrategias de afrontamiento poco eficientes, en un medio académico competitivo y altamente exigente que escasamente favorece la cooperación y que exige resultados individuales.

Asimismo, debe tomarse en cuenta el efecto diferenciado del desgaste ergonómico característico de la actividad musical. Para entenderlo, es razonable hacer una analogía con lo que sucede en los atletas de alto rendimiento. En el campo deportivo se asume que el sexo biológico es un determinante del rendimiento (Thibault *et al.*, 2010): mientras que los hombres son más veloces y fuertes, las mujeres son más resistentes y flexibles (Beneke *et al.*, 2005; Courtenay, 2000; Maldonado *et al.*, 2004; Sparling y Cureton, 1983). Se sabe que las mujeres desentrenadas requieren de intervalos más largos para su recuperación física (Flores *et al.*, 2011), pero una vez que adoptan el ritmo de entrenamiento son ellas quienes se recuperan más rápido (Ratamess *et al.*, 2012). Así, las estudiantes de música podrían verse más afectadas por prácticas que demandan una combinación de fuerza, precisión y velocidad, sin tener el tiempo suficiente para recuperarse. Queda pendiente estudiar qué sucede con la respuesta al estrés de músicas ya adaptadas que trabajan en condiciones similares a sus compañeros varones, así como el desarrollo de síntomas de sobreentrenamiento. Según los resultados de este estudio, se puede inferir que ellas cursan su periodo formativo en condiciones biopsicosociales más adversas.

Se concluye que ser mujer en el campo musical resulta un factor que agrava la vulnerabilidad de la salud física y mental, por lo que indispensable considerar el género como un determinante social de la salud de los músicos.

Los estresores más frecuentes fueron las situaciones extraescolares “muy frustrantes” y el distanciamiento de los lazos afectivos. Pero las mujeres, además, sumaron los reproches a sí mismas y el afrontamiento ineficaz. De ellos, sólo los primeros resultaron tener diferencias significativas entre mujeres y hombres. Los autorreproches son estresores relevantes en virtud de que son estímulos autogenerados y que su reincidencia contribuye de manera directa a generar la disrupción física por sobrecarga, tal como lo describe McEwen (2004). Serían beneficiosos los estudios que arrojaran luz sobre la relación que hay entre el estrés y el perfeccionismo y la autoexigencia.

Las pruebas estadísticas efectuadas indicaron diferencias relevantes entre la escuela con

el puntaje de síntomas de estrés crónico más alto y la que obtuvo el puntaje más bajo. Es decir, si hay entornos educativos cuyas condiciones aumentan la propensión a gestar el síndrome de sobreentrenamiento (y posiblemente otros cuadros de estrés). Asimismo, se pudo observar que hay algunos ambientes sociales que pueden acentuar las condiciones de inequidad, así como otros que pueden atenuarlas. El síndrome de sobreentrenamiento queda ratificado como un fenómeno biopsicosocial.

La escuela, en tanto agente socializador, es un factor relevante para desarrollar estrés crónico y por tanto el síndrome de sobreentrenamiento. Se debe tener cuidado en hacer reduccionismos y decir simplemente que el ambiente propicia el incremento de los síntomas. El ambiente escolar mismo está formado por múltiples variables sociales. Para empezar, allí se expresan los valores sociales de la comunidad. Después, debe considerarse el nivel musical del alumno y el del profesor de música, la preparación pedagógica de este último y los medios educativos de apoyo que ofrece la institución, entre otros.

Para comprender los procesos estresantes en el ámbito musical hay que discurrir sobre “el valor atribuido a la actividad musical, la estimación social de la profesión, las creencias sobre la audiencia y sobre la música, la imposición de los estándares musicales locales e internacionales, etc.” (Reynoso, 2015, p. 27).

Es de suponerse que las situaciones extraescolares a las que se enfrentaba esta comunidad estudiantil respondían a la forma en la que se asumen y desempeñan los roles de género en la sociedad mexicana, particularmente a la sociocultura de cada entidad del país en que se recolectaron los datos. De igual modo, es preciso tener en cuenta que en el contexto universitario existe inequidad en las condiciones de estudio, y que el ámbito musical no escapa a esta realidad. Las alumnas suelen imponerse un mayor nivel de demandas para cumplir con diversos roles entre las actividades del contexto familiar y el académico, por lo que emplean más tiempo en las actividades obligatorias, incluyendo el tiempo que les demanda la universidad y los quehaceres de casa (Feldman, *et al.*, 2008), en contraste con sus pares varones, que pueden invertir más tiempo en actividades de

trabajo pagado, y destinan aproximadamente la mitad de su tiempo en actividades obligatorias y el resto en actividades libres (Shaw *et al.*, 1996).

Sería conveniente hacer nuevos estudios para analizar las expectativas genéricas del ambiente artístico, los estereotipos generados por el público, las condiciones de contratación laboral, las inequidades y los sesgos de género en las dinámicas educativas y demás, y asimismo profundizar mediante estudios cualitativos la manera en que el género afecta la vivencia estresante en la formación musical, los parámetros de evaluación, las dinámicas de relación entre compañeros, directores de orquestas y otros factores.

El hecho de que las mujeres manifiestan más indicadores de mala salud no es nuevo ni exclusivo del área musical. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009) ha reconocido que el género es un determinante social de la salud, por lo que ha indicado la necesidad de atender la inequidad en la salud y en las condiciones de vida. A su vez, la Organización Internacional del Trabajo (2010) ha documentado ampliamente que las exigencias ergonómicas tienen efectos diferenciados según el sexo, puntualizando que el reconocimiento de la diversidad debería traducirse en la promoción de condiciones ocupacionales más saludables. Para todo ello se requiere adoptar la perspectiva de género, visibilizar las diferencias, dar la debida importancia a los riesgos en las diversas ocupaciones, adoptar orientaciones apropiadas e incorporar la formulación de políticas en los centros educativos y laborales. Las universidades deben emprender acciones en cuanto a la salud de las y los alumnos. El periodo de formación profesional debería ser emocionante y suponer momentos estresantes, pero éstos no deberían llegar a producir una disrupción de la salud en el largo plazo.

Las acciones que contribuyan a la superación de las consecuencias del estrés crónico y a la búsqueda de su prevención deberían tener un enfoque psicosocial, y no solamente estar enfocadas en atenuar o curar los síntomas físicos.

Es por ello recomendable el diseño e instrumentación de programas de intervención dirigidos al entrenamiento musical de profesores y estudiantes, así como ciertas actividades que contribuyan a contrarrestar los efectos del estrés, como

la activación física, los programas de apoyo psicosocial, los cursos de capacitación o la canalización a especialistas de la salud de los casos críticos, entre muchas otras (Reynoso, 2015). De la misma manera, se requiere sensibilizar acerca de la importancia que tiene la adecuada planificación del tiempo de estudio musical en relación a la vida personal y universitaria.

Estudiantes y docentes de música deberán entender que no siempre una mayor exigencia se traduce en un mayor avance; que cada persona

tiene “un punto de quiebre”; que, por principio pedagógico, el entrenamiento musical debe considerar el tiempo para la restauración física; que es necesario prestar atención a los síntomas de salud; que se debe evitar normalizar la manifestación de molestias, dolencias, enfermedades, alteraciones fisiológicas y del estado de ánimo. Debe descartarse el que tales síntomas sean indicadores de una práctica perjudicial, y si así lo fuesen, modificar la carga de estudio o el enfoque pedagógico.

Citación: Reynoso V., K.M., Salvador M., J y Guzmán B., M.R. (2024). Síndrome de sobreentrenamiento en estudiantes de música: diferencias entre mujeres y hombres. *Psicología y Salud*, 34(2), 245-257. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2906>

REFERENCIAS

- Ancer, E.L., Meza P., C., Pompa G., E.G., Torres G., F. y Landero H., R. (2011). Relación entre autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 91-101.
- Barraza M., A. y Arreola M., G. (2017). Academic symptoms in students of higher education and the relation with variable sex. *International Journal of Multidisciplinary Education and Research*, 2(5), 50-56.
- Beneke, R., Leithäuser, R.M. y Doppelmayer, M. (2005). Women will do it in the long run. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 410-415.
- Daykin, N. (2005). Disruption, dissonance and embodiment: creativity, health and risk in music narratives. *Environmental & Occupational Health*, 9, 67-87.
- Díaz-Loving, R., Sánchez, A. y Rivera, S. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-140.
- Díaz-Morales, J.F., Nieto M., M. y Sánchez B., F. (2013). Dedicación a la música: Estado de ánimo y satisfacción vital. *EduPsiké*, 12(1), 57-75.
- Doubleday, V. (2008). Sounds of power: An overview of musical instruments and gender. *Ethnomusicology Forum*, 17(1), 3-39. Doi: 10.1080/17411910801972909
- Feldman, L., Gonçalves, L., Chacón P., G., Zaragoza, J., Bagés, N. y Rabasso, J.P. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Flores D., F., Gentil, P., Pinto R., S., Carrengaro R., L. y Botaro, M. (2011). Dissociated time course of recovery between genders after resistance exercise. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 11, 3039-3044. Doi: 10.1519/jsc.0b013e-318212dea4.
- Gould, D. y Dieffenbach, K. (2002). Overtraining, under recovery and burnout in sport. En M. Kellman (Ed.): *Enhancing recovery. Preventing underperformance in athletes* (pp. 25-35). Human Kinetics.
- Hamilton, L. y Kella, J.J. (1992). Personality an occupational stress in elite performers. *Proceedings of Annual convention of the American Psychological Association*. Washington, D.C.: APA.
- Juárez L., E. (2014). *Ansiedad escénica: la cara oculta del artista*. Tesis inédita de maestría. México: Centro de Estudios e Investigación Guestálticos.
- Kenny, D. y Ackermann, B. (2015). Performance-related musculoskeletal pain, depression and music performance anxiety in professional orchestral musicians: A population study. *Psychology of Music*, 43(1), 43-60. Doi: 10.1177/0305735613493953
- Koskoff, E. (1995). When women play: the relationship between musical instruments and gender style. *Canadian University Music Review*, 16(1), 114-127. Doi: 10.7202/1014419ar
- Lim, V.K. y Altenmüller, E. (2003). Musician's cramp: instrumental and gender differences. *Medical Problems of Performing Artists*, 18(1), 21-26.
- Maslach C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113. Doi: 10.1002/job.4030020205

- McEwen, B.S. (2004). Protective and damaging effects of stress mediators. *Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess Medical Center*, 338, 171-179.
- Nordin-Bates, S.M., Quested, E., Walker, I.J. y Redding, E. (2012). Climate change in the dance studio: findings from the UK Centers for Advanced Training. *Sport, Exercise and Performance Psychology*, 1, 3-16.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. OIT.
- Ratamess, N.A., Chiarello, C.M., Sacco, A.J., Hoffman, J.R., Faigenbaum, A.D., Ross, R.E. y Kang, J. (2012). The effects of rest interval length on acute bench press performance: The influence of gender and muscle strength. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 26(7), 1817-1826. Doi: 10.1519/JSC.0b013e31825bb492.
- Reynoso V., K.M. (2014). El género en la deserción de las licenciaturas de música en México. *Música y Educación*, 98(2), 52-67.
- Reynoso V., K.M. (2015). Estresores psicosociales del síndrome de sobreentrenamiento en músicos universitarios. *Educación y Desarrollo*, 35, 21-28.
- Reynoso V., K.M. (2018). *Caracterización del Síndrome de sobreentrenamiento en músicos estudiantes de nivel licenciatura*. Tesis doctoral inédita. Universidad Iberoamericana.
- Rubín, G. (2013). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. En M. Lamas (Comp.): *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-96). Porrúa, PUEG-UNAM.
- Salvador M., J., Martínez L., Y., Ramírez A., J.M., Aguilar D., M. y Reyes R., M.A. (2014). The social conditions in the genesis of preeclampsia. *Open Journal of Epidemiology*, 4, 115-121.
- Sánchez B., F. y García N., V.A. (2017). Sobreentrenamiento y deporte desde una perspectiva psicológica: estado de la cuestión. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 2(12), 1-12.
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Asociación Española de Psicología Conductual*, 3(1), 141-157.
- Scott, J.W. (2013). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.): *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Porrúa, PUEG-UNAM.
- Segura G., R.M. y Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en Psicología*, 36, 105-120.
- Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(3), 53-56.
- Shaw, S., Caldwell, L. y Kleiber, D. (1996). Boredom, stress and social control in the daily activities of adolescents. *Journal of Leisure Research*, 28(4), 274-282.
- Thibault, V., Guillaume, M., Berthelot, G., Helou, N.E., Schaal, K., Qunquis, L., Nassif, H., Tafflet, M., Escolano, S., Hermine, O. y Toussaint, J.S. (2010). Women and men in sport performance: The gender gap has not evolved since 1983. *Journal of Sports Science and Medicine*, 9(2), 214-223.
- Ulloa P., C. (2012). *Mujeres mexicanas en la música de concierto actual. Un estudio de sus cursos de vida*. Academia Española.
- Wang J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R.C., McEwen B.S. y Detre, J.A. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(3), 227-239.
- Widmer, S., Conway, A., Cohen, S. y Davies, P. (1997). Hyperventilation: A correlate and predictor of debilitating anxiety in musicians. *Medical Problems of Performing Artists*, 12, 97-106.
- World Health Organization (2009). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Disponible en https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa

Psychosocial factors associated with cancer pain: A narrative review

Luis Alberto Mendoza-Contreras^{1,3}, Benjamín Domínguez-Trejo¹,
David Alberto Rodríguez-Medina² y Óscar Galindo-Vázquez³

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universidad Autónoma Metropolitana²
Instituto Nacional de Cancerología³

Autor para correspondencia: Luis Alberto Mendoza-Contreras, psicoluis90@gmail.com.

RESUMEN

El dolor es un importante problema de salud pública y uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer. Identificar los factores psicosociales relacionados con el dolor que genera esta enfermedad permitiría desarrollar tratamientos multidisciplinarios específicos con los que mitigar su impacto y así contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes. *Objetivo:* Efectuar una búsqueda de la literatura de variables psicosociales relacionadas con dolor por cáncer. *Método:* Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed y PsycINFO de la literatura publicada entre los años 2016 y 2021 mediante la estrategia PICO. *Resultados:* Se revisaron en texto completo 22 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. La intensidad de dolor es un predictor de calidad de vida y de sus diversas dimensiones y de la inferencia de dolor, esto es, grado en que interfiere con varios aspectos de la vida diaria. Los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tienen mayor probabilidad de sufrir una mayor intensidad del dolor, la que a su vez está relacionada con una salud autoevaluada más pobre, un menor apoyo social y un mayor sufrimiento y catastrofización del dolor. *Conclusión:* La identificación de las variables psicosociales asociadas con el dolor oncológico supone el establecimiento de objetivos de intervención para futuras investigaciones en el tratamiento no farmacológico para modular la percepción de dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en México.

Palabras clave: Dolor crónico; Dolor por cáncer; Cáncer; Variables psicosociales; Instrumentos de autorreporte; Revisión.

ABSTRACT

Pain is a relevant public health problem and is one of the most common symptoms in cancer patients. Identifying psychosocial factors related to cancer pain would allow the development of specific multidisciplinary treatments to mitigate the impact of pain and help improve the patients'

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04515 Ciudad de México, México.

² Licenciatura en Psicología, Unidad Universitaria Xochimilco, Calz. del Hueso 1100, Coapa, Villa Quietud, Coyoacán, 04960 Ciudad de México, México.

³ Av. San Fernando 22, Belisario Domínguez Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.



quality of life. Objective: To analyze a literature search of psychosocial variables related to cancer pain. Method: A literature search was conducted on publications made between 2016 and 2021 using the PICO strategy within the Pubmed and PsycINFO databases. We revised 22 studies that met the inclusion criteria in full text. Results: Pain intensity is a predictor of quality of life (and its various dimensions) and interferes with various key aspects of daily life. Patients with symptoms of anxiety and depression are more likely to report greater intensity of pain. Likewise, greater intensity of pain relates to lower self-rated health, less social support, more suffering, and greater pain catastrophizing. Conclusion: The identification of psychosocial variables associated with cancer pain requires the establishment of intervention objectives for future research including non-pharmacological treatment for the modulation of pain perception and the improvement in the quality of life of cancer patients in Mexico.

Key words: Chronic pain; Cancer pain; Cancer; Psychosocial variables; Self-report instruments; Bibliographic review.

Enviado: 29/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

Debido a su aumento en los últimos años y a los altos niveles de mortalidad e incapacidad, el cáncer se ha convertido en un importante problema en el mundo. Durante el año 2020 se registró en el mundo un total de 19.3 millones de casos nuevos; en México, 195,499 casos y 90,222 muertes por la misma causa (International Agency for Research on Cancer, 2020a, 2020b).

El dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con esta enfermedad. Se estima una prevalencia de 20 a 50%, que aumenta hasta 90% en pacientes con enfermedad avanzada (Parás *et al.*, 2018); además, 55% de quienes reportan dolor lo experimentan con una intensidad de moderada a severa (Bennett *et al.*, 2019).

El término “dolor por cáncer” no es sinónimo de dolor en un paciente o sobreviviente con cáncer ya que la causa de dolor puede ser diferente a la neoplasia, como por ejemplo osteoartritis, neuropatía diabética o diversas enfermedades

comórbidas. El dolor por cáncer puede originarse por dos razones: el mismo cáncer o su metástasis y el tratamiento contra el cáncer (Bennett *et al.*, 2019).

En un trabajo de investigación realizado por Expósito *et al.*, (2019) en 22 participantes por medio de la metodología Delphi, se reportó que los factores de riesgo de cronificación del dolor oncológico más importantes, a juicio de los expertos, fueron, a saber: 1) el proceso oncológico, la progresión o infiltración de la enfermedad (100%); 2) el dolor mal controlado (100%); 3) la neurotoxicidad o lesión del sistema nervioso (82%); 4) la intensidad del dolor (77%), y 5) los factores psicológicos, entre los que destacan la ansiedad (95%), la depresión (91%) y la catastrofización (86%). A su vez, los posibles factores protectores potenciales fueron el soporte familiar, social y profesional (43%) y una analgesia eficaz y adecuada (36%).

Se han reportado relaciones entre dolor y diversas variables psicosociales, como la ansiedad, la depresión, las estrategias de afrontamiento (distracción, autoinstrucciones o catastrofización, entre otras) y la dimensión psicológica, social y espiritual de la calidad de vida (Barragán y Almanza, 2013; Monroy *et al.*, 2009). Así, identificar los factores relacionados al dolor por cáncer (especialmente aquellos que sean modificables) haría posible desarrollar tratamientos específicos para mitigar su impacto y ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes (Expósito *et al.*, 2019). Sin embargo, no se dispone de una síntesis descriptiva del conjunto de evidencias actuales sobre las variables psicosociales relacionadas con la intensidad del dolor, la magnitud de su relación y los instrumentos más utilizados para medir esa intensidad que apoye a los tomadores de decisiones en salud para tener una información actualizada, relevante y accesible.

Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión narrativa, con un enfoque sistematizado (Guirao, 2015), fue hallar evidencias recientes sobre las variables psicosociales relacionadas con la intensidad de dolor en pacientes con cáncer y la magnitud de su relación, y como objetivo secundario identificar los instrumentos de autorreporte utilizados para medir esa intensidad y las variables asociadas en tales pacientes.

MÉTODO

Universo de trabajo

Para la búsqueda de evidencia sobre el tema se consultaron las bases de datos Medline y PsycINFO. Según el Manual Cochrane (*cf.* Higgins y Green, 2011), se sugiere que las revisiones en el área de la salud incluyan búsquedas en Medline (Lefebvre *et al.*, 2022) y PsycINFO (base de datos por excelencia de la psicología) (*cf.* Landa *et al.*, 2013), empleando para ello los siguientes términos de búsqueda: *Neoplasms* (MeSH), *Cáncer* (Tw), *Neoplasia* (Tw), *Oncology* (Tw), *Malignacy* (Tw), *Psychology* (Subheading), *Psychosocial factors* (Tw), *Emotional factors* (Tw), *Psychosocial symptoms* (Tw), *Psychological outcomes* (Tw), *Chronic pain* (MeSH) y *Cancer pain* (Tw), todos ellos combinados por medio de los operadores booleanos AND y OR. La revisión tuvo un filtro de intervalo de tiempo: de los años 2016 al 2021, y efectuándose la búsqueda entre los meses de octubre y noviembre de 2021.

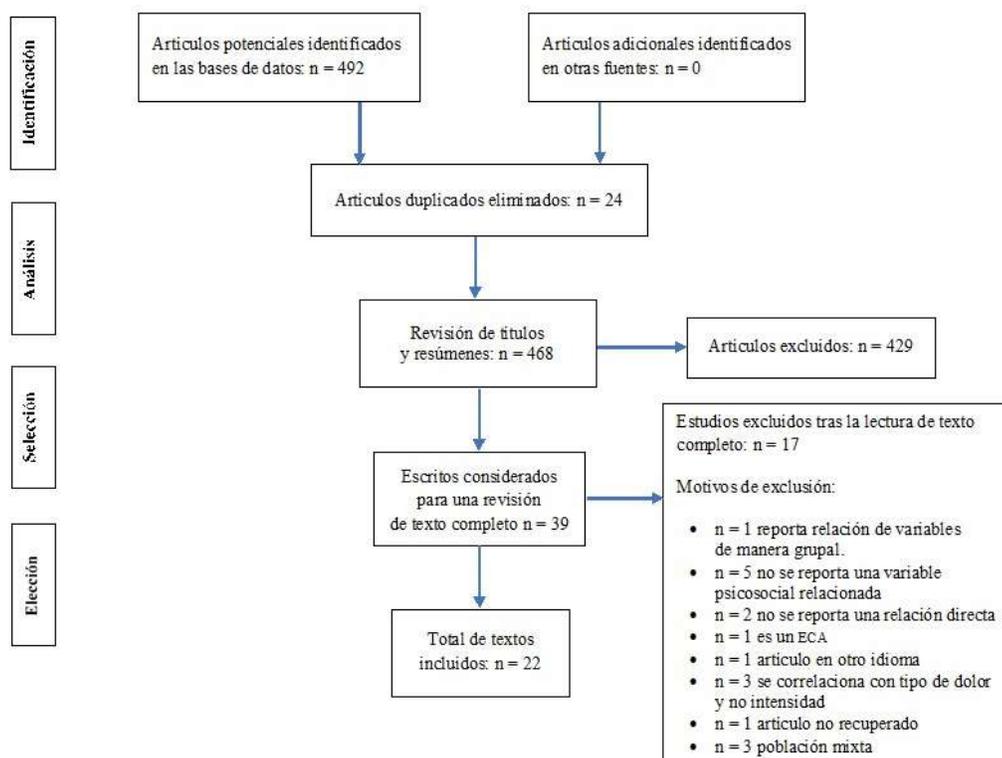
Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la selección de los estudios fueron los siguientes: tratarse de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, en cualquier estadio, con cualquier tipo de cáncer, con 18 años de edad o más; estudios que analizaran al menos una variable psicosocial relacionada con la intensidad de dolor por cáncer; estudios observacionales⁴, en idioma inglés o español y publicados entre 2016 y 2021. Se excluyeron los estudios cualitativos, los realizados en animales no humanos, las opiniones de expertos y aquellos con resultados relacionados con el dolor irruptivo o agudo.

RESULTADOS

Se identificaron 492 artículos, revisándose 22 textos completos (Figura 1).

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



⁴ Debido a que el objetivo era identificar variables asociadas, los autores se enfocaron principalmente en estudios correlacionales y estudios de cohorte (*cf.* Manterola y Otzen, 2014).

En la Tabla 1 se muestran las características y resultados de los estudios incluidos. La prevalencia de dolor abarcó un rango de entre 4.2% (pacientes intervenidas candidatas a quimioterapia) y 79% (en cuidados paliativos) (Calderon *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017; Davis *et al.*, 2021; Decoster *et al.*, 2019; Drury *et al.*, 2017; Khemiri *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2020; Schreier *et al.*, 2019; Smith *et al.*, 2018). Los participantes que reportaron dolor con

intensidad de moderada a severa se hallaron en 10% de los casos de sobrevivientes y en 84% de aquellos en tratamiento activo o en cuidados paliativos (Barret *et al.*, 2017; Cramer *et al.*, 2018; Drury *et al.*, 2017; Khemiri *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2017; Lin *et al.*, 2020; Mu'taz y Hamdan-Man-sour, 2016; Rodriguez *et al.*, 2019; Samuel *et al.*, 2020).

Tabla 1. Resultados extraídos de los estudios primarios.

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Davis <i>et al.</i> (2021) Estados Unidos Cohorte prospectivo	n = 150/ IDX más frecuentes: Gastrointestinal (22%), pulmón (19%), hematológico (14%) y genitourinario (13%).	Dolor más elevado por encima de lo aceptable en 118 pacientes (79%). Calidad de vida general ($r = 0.438^{***}$); Sufrimiento ($r = 0.483^{***}$). Escala de Calificación Numérica (ECN).	El manejo de dolor puede ayudar a aliviar el sufrimiento en general. Un equipo multidisciplinario que incluya al psicólogo es necesario para reducir el sufrimiento.
Expósito <i>et al.</i> , (2020). España Transversal	n = 156/ IDX más frecuentes: Mieloma múltiple, 37 (21.0%), pulmón, 31 (18.0%), mama, 22 (13.0%), colon, 18 (10.0%).	Inferencia de dolor ($\beta = 0.23^{**}$). Escala de Calificación Numérica (ECN).	La intensidad del dolor es relevante para la interferencia del dolor en las actividades diarias y, por lo tanto, debería ser un objetivo de intervención.
Lin <i>et al.</i> (2020). Taiwan Transversal	n = 2,652/ IDX: Gastrointestinal 630 (23.76%), mama 499 (18.82%), cabeza y cuello, 549 (20.70%), hematológicos, 391 (14.74%), respiratorios/mediastínicos, (205/7.73%), hepatobiliar (181 (6.83%), ginecología y genitourinario 110 (4.15%), otros, 87 (3.28%).	1,167 (44.0%) reportaron dolor durante la semana anterior. Dolor relacionado con el cáncer, 1,002 (37.8%) y relacionado con el tratamiento, 229 (8.6%). Dolor de moderado a severo, 870 (74.6%). La severidad de dolor fue mayor en aquellos que expresaron no estar satisfechos con su médico, en comparación con los que sí lo estaban (4.12*** D.E. 1.89 vs. 3.34, D.E. 1.72). Inventario Breve de Dolor (BPI).	La baja satisfacción de los pacientes que experimentan un dolor más intenso sugiere que la insatisfacción pudiera ser un indicador de la eficacia del control del dolor.
Liesto (2020). Finlandia Transversal	n = 160/ IDX: mama.	Ansiedad ($r = 0.16^*$). Inventario Breve de Dolor (BPI).	La ansiedad moderó el efecto de la resiliencia sobre la interferencia del dolor. Por lo tanto, mejorar la resiliencia podría beneficiar el desarrollo de nuevos tratamientos para Px con dolor persistente y sobrevivientes de cáncer.
Sun <i>et al.</i> (2020). China Transversal	n = 434/ IDX: Colorrectal.	Ansiedad ($r = .296^{***}$), autoestima ($r = 0.297^{***}$), dimensión de afrontamiento aceptación/renuncia ($r = 0.19^{***}$); dimensión de afrontamiento confrontación ($r = 0.146^{**}$); dimensión de afrontamiento evitación ($r = 0.202^{***}$). Escala de Dolor de Rostros de Wong Baker (WBFS).	El dolor se asoció positivamente con la ansiedad y el afrontamiento, y negativamente con la autoestima.
Samuel <i>et al.</i> (2020). Estados Unidos Transversal	n = 283/ IDX: Mama y pulmón.	Dolor severo a moderado, 86 (30.4%). Los pacientes que reportaron mayor respeto por parte de sus médicos tienen 50% menos riesgo de informar dolor de moderado a severo en comparación con los que no informaron gozar de un respeto óptimo de sus médicos (ARR, 0,53; IC del 95%, 0,35 0,79). PROMIS ítem.	El respeto del médico por los pacientes, la toma de decisiones compartida y el seguimiento del consejo del médico surgieron como fuertes predictores de la gravedad del dolor.

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Khemiri <i>et al.</i> (2019). Túnez Transversal	n = 106/ IDX: Mama 36 (34.0%), Colorrectal 15 (14.2%), Pulmón 13 (12.3%), Gástrico 10 (9.4%).	Dolor nociceptivo, neuropático y mixto. Dolor moderado, 52 (49.1%); Dolor grave, 37 (34.9%); Dolor agudo, 32 (30.2%); Dolor crónico, 74 (69.3%). [Ansiedad ($r = 0.44^*$); depresión ($X^2 = 16.481^{**}$); deterioro de la calidad de vida general ($r = 0.45^{**}$)]. Escala Visual Análoga (EVA).	Uno de los principales factores correlacionados con la aparición de depresión, ansiedad y deterioro de la calidad de vida fue el dolor severo.
Kang y Choi (2019). Corea del Sur Transversal descriptivo	n = 110/ IDX: Mieloma múltiple.	[Calidad de vida general ($r = .37^{***}$); incertidumbre ($r = .29^{**}$); ansiedad ($r = .30^{**}$); depresión ($r = .38^{***}$), apoyo social ($r = .34^{***}$); calidad de vida con los síntomas ($\beta = 0.45^{***}$)]. Escala de Dolor del Cuestionario de Evaluación de la Salud; Escala Visual Análoga (EVA).	El malestar físico relacionado con el dolor debe reducirse para mejorar la calidad de vida de los pacientes con mieloma múltiple.
Schreier <i>et al.</i> (2019). Estados Unidos Transversal correlacional	n = 40/ IDX: Mama.	15 mujeres (38%) reportaron intensidad de dolor mayor a la normal. [Inferencia de dolor ($r = 0.89^{**}$); Ansiedad ($r = 0.44^{**}$)]. PROMIS Intensidad de Dolor 3 ^a .	Debido a que el número de sobrevivientes de cáncer de mama continúa aumentando, es imperativo identificar e intervenir para reducir el dolor y otros síntomas comunes para así mejorar la experiencia general de supervivencia.
Decoster <i>et al.</i> (2019). Bélgica Estudio de cohorte prospectivo	n = 3673/ IDX: Tumores sólidos: aparato digestivo, 1286 (35.0%), mama, 804 (21.9%), sistema genitourinario, 351 (9.6%), tórax, 353 (9.6%), ginecológico, 302 (8.2%), cabeza y cuello, 167 (4.6%), piel, 74(2.0%), SNC, 33 (0.9%), musculoesquelético, 31 (0.8%), carcinoma, 28 (0.8%), próstata, 244 (6.6%).	Presencia de dolor, 1,003 (50.8%). Calidad de vida, $\beta = 9.56$ (IC = 10.96, 8.16 ^{***}). Escala Visual Análoga (EVA).	Los hallazgos de esta investigación respaldan resultados previos en los que el estado funcional (dolor) fue pronóstico para la CVRS inicial.
Calderon <i>et al.</i> (2019). España Transversal prospectivo	n = 240/ IDX: Mama.	Presencia de dolor, 4.2% [Calidad de vida general, $r = .338^{***}$]; Función cognitiva ($\beta = 2.256, .01, .94^{**}$)]. Subescala de Síntomas del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ C30).	Se encontraron asociaciones entre el dolor y el estado de salud global. El dolor demostró ser un factor predictor del dominio de función cognitiva de la CVRS.
Rodriguez <i>et al.</i> (2019). Estados Unidos Transversal	n = 105/ IDX: Mama 13 (12.4%), leucemia 12 (11.4%), genitourinario 10 (9.25%), linfoma 11 (10.5%), pulmón 9 (8.6%), ovario 8 (7.6%), páncreas 6 (5.7%), mieloma múltiple 6 (5.7%), colon 5 (4.8%) y otros 25 (23.8%).	69% informó sufrir dolor de intensidad moderada a severa. [Angustia por dolor ($r = 0.77^{***}$), inferencia de dolor ($r = 0.75^{***}$) y calidad de vida general ($r = 0.29^{**}$)] CSS.	Los pacientes experimentaron una intensidad de dolor significativa que aparecía con frecuencia o de manera constante en muchos de ellos. La intensidad de dolor se correlacionó negativamente con la calidad de vida, y positivamente con la angustia y la interferencia de dolor.
Smith, Meredith y Chua (2018). Australia Transversal	n = 355/ IDX: Mama no metastásico.	38.2% informó sufrir dolor persistente. [Ansiedad por apego ($r = 0.20^*$), Evitación del apego ($r = 0.22^*$), Catastrofización del dolor ($r = 0.44^{***}$), Calidad de vida general ($r = 0.41^{***}$)]. Escala de Calificación Numérica (ECN).	Se sugiere el valor potencial de adoptar un enfoque basado en el apego cuando se maneja el dolor persistente en esta población, lo que puede ayudar a abordar la disminución de la calidad de vida que experimenta un número cada vez mayor de mujeres que siguen el tratamiento para el cáncer de mama.

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Mendoza <i>et al.</i> (2018). Estados Unidos Transversal	n = 5500/ Px con metástasis óseas.	Dimensiones del EQ 5D (Salud actual), movilidad (r = 0.37), autocuidado (r = 0.32), actividad habitual (r = 0.40), dolor/malestar (r = 0.61), ansiedad/depresión (r = 0.25). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Los pacientes con metástasis óseas a menudo informan padecer un dolor significativo. El dolor o malestar fue la dimensión menos valorada del EQ-5D, pero la relación de este ítem con el BPI fue modesta, lo que sugiere que el único ítem de dolor del instrumento puede ser de utilidad limitada en estudios para los cuales el dolor es un punto final.
Al Atiyyat <i>et al.</i> (2018). Jordania Descriptivo correlacional	n = 150	Barreras para el manejo de dolor (r = .217**). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Es esencial realizar esfuerzos continuos para disminuir las barreras para el manejo del dolor a través de intervenciones educativas dirigidas a los pacientes, sus familiares y la población en general. El apoyo a la espiritualidad debe considerarse un elemento necesario de la atención integral del cáncer y para afrontar un diagnóstico y cualquier síntoma físico asociado, incluido el dolor. Este estudio sugiere que la espiritualidad es un factor protector de la calidad de vida en pacientes negros tratados para el dolor del cáncer.
Bai <i>et al.</i> (2018) Estados Unidos Transversal	n = 102/ IDX: Mieloma, 23 (22.5%), mama, 18 (17.6%), pulmón, 17 (16.7%), colon, recto, próstata y anal, 15 (14.7%), páncreas, 8 (7.8%) y otros, 21 (20.5%).	Espiritualidad, r = 0.25*); Calidad de vida general, r = 0.39**); Dimensión bienestar físico, 0.48**); Dimensión bienestar emocional 0.24*); Dimensión bienestar funcional 0.33**). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Se identificó una alta prevalencia de dolor entre los supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. Asimismo, el dolor en los supervivientes se asoció significativamente con una menor calidad de vida en general.
Cramer <i>et al.</i> (2018). Estados Unidos Estudio de cohorte retrospectivo	n = 175 / IDX: Cabeza y cuello.	Dolor de leve a severo, 45.1%. Depresión mayor (OR, 3,91; IC de 95%, 1, 68, 9, 11), ansiedad (OR, 4,22; IC del 95%, 2, 28, 7, 81) y baja calidad de vida general (OR, 2,20; IC de 95%, 1, 12, 4, 34). Algunas preguntas de la Escala de Calidad de Vida de la Universidad de Washington (UW QOL).	Los hallazgos pueden ayudar a guiar estudios futuros que profundicen la comprensión de la CVRS, evaluar varios aspectos del bienestar social/familiar y determinar si estos factores median la asociación entre dolor y la CVRS.
Barrett <i>et al.</i> (2017) Estados Unidos Transversal	n = 121/ IDX: Mama, 33 (27.3%), pulmón, 27 (22.3%), cabeza y cuello, 13 (10.7%), otro, 47 (38.8%).	Dolor moderado, 34 (28.1%); dolor severo, 29 (24 %). Calidad de vida, $\beta = 1.23$ (2.19, 0.26*). Inventario Breve de Dolor (BPI).	Los predictores de estado de ansiedad y depresión incluyeron los peores niveles y promedios de la intensidad del dolor, la duración del dolor por cáncer, ECOG PS y la recepción o no de la terapia contra el cáncer.
Li <i>et al.</i> (2017). China Transversal	n = 126	Presencia de dolor, 51%. Dolor moderado, 10 (15.6%); Dolor severo, 40 (62.5%). [Estado de ansiedad (r = 0.64***); Depresión (r = 0.31*)]. Inventario Breve de Dolor (BPI).	La alta prevalencia de síntomas que coexisten con el dolor y la asociación entre el dolor y una peor calidad de vida se debe tomar en cuenta por los profesionales de la salud, y además considerar el dolor dentro de un panorama más amplio de las comorbilidades de los sobrevivientes para abordar sus necesidades.
Drury <i>et al.</i> (2017). Irlanda Transversal	n = 252/ IDX: Colorrectal.	Dolor el día de la encuesta, 90 participantes (36%), Dolor moderado hoy, 8%; Dolor severo hoy, 2%]. Salud autoevaluada (r = 0.5**), Calidad de vida general (r = 0.5**), Dimensión bienestar social (r = 0.3**), Dimensión bienestar emocional (r = 0.3**), Dimensión bienestar funcional (r = 0.5**), EuroQOL (EQ 5D) y Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer Colorrectal (FACT C).	

Continúa...

Referencia País Tipo de estudio	Muestra	Resultados (prevalencia de dolor y/o variables relacionadas con la intensidad de dolor) /instrumentos	Conclusiones
Costa <i>et al.</i> (2017). Brasil Transversal	n = 400/ IDX: Mama.	287 participantes (71.7%) reportaron sufrir dolor. Calidad de vida escala funcional, 49.9** (D.E. = 17.3); Calidad de vida escala de síntomas, 32.1* (D.E. =14.8) (Utilización de ANOVA y Tukery)]. Cuestionario de Dolor de McGill, version breve (SF MPQ).	El dolor tuvo una alta prevalencia (71%). Este síntoma compromete la calidad de vida de las pacientes, particularmente la de aquellas en estadios avanzados de la enfermedad.
Mu'taz y Hamdan Mansour (2016). Cisjordania Transversal descriptivo correlacional	n = 184/ IDX: Pulmón, 35 (19.0%), mama, 44 (24.0%), colon, 40 (21.7%), próstata, 33 (18.0%), estómago, 32 (17.3%).	75% de los Px reportaron una puntuación menor a 7 (dolor de moderado a mínimo). [Calidad de vida global, $\beta = 5.369^{***}$; Escala de función de rol, $\beta = 1.403^{***}$; Escala de función emocional, $\beta = 2.341^{***}$; Escala de función cognitiva, $\beta = 2.239^{***}$; Escala de función social, $\beta = 1.695^{***}$]. Escala Visual Análoga (EVA).	El dolor percibido conduce a un deterioro en diversas dimensiones de la calidad de vida (física, de rol, emocional, cognitiva y social).

Nota: Significancia estadística: * $<.05$, ** $<.01$, *** $<.001$; IDX: Diagnóstico; Px: Paciente(s); Tx: Tratamiento.

La intensidad de dolor resultó ser un predictor de la calidad de vida ($\beta = -1.23 [-2.19-0.26, p < .05]$); $\beta = -5.369, p < .001$; $\beta = -9.56$ (IC, 10.96-8.16, $p < .001$) (Barrett *et al.*, 2017; Decoster *et al.*, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), así como de su dimensión cognitiva ($\beta = -2.239, p < .001$; $\beta = -2.256, p < .01$) (Calderon *et al.*, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), de rol ($\beta = -1.403, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016), emocional ($\beta = -2.341, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016) y social ($\beta = -1.695, p < .001$) (Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016); de igual manera, dicha intensidad es un predictor de la inferencia del dolor ($\beta = 0.23, p < .01$) (Expósito *et al.*, 2020). Los pacientes con síntomas de depresión (OR = 3.91; IC de 95%, 1, 68, 9, 11) y de ansiedad (OR = 4.22; IC de 95%, 2, 28, 7, 81) tienen una mayor probabilidad de sufrir un dolor más intenso (Cramer *et al.*, 2018).

De la misma forma, una mayor intensidad de dolor se relaciona con una salud autoevaluada como más pobre ($r = -0.5, p < .05$) (Drury *et al.*, 2017), un menor apoyo social ($r = -0.34, p < .001$) (Kang y Choi, 2019), un mayor sufrimiento ($r = 0.48, p < .01$) (Davis *et al.*, 2021) y una mayor catastrofización del dolor ($r = 0.44, p < .001$) (Smith *et al.*, 2018).

En la revisión se reportan diversos instrumentos para medir dicha intensidad, siendo el Inventario Breve de Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) el instrumento más utilizado (Al-Atiyat *et al.*, 2018; Bai *et al.*, 2018; Barrett *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2017; Liesto, 2020; Lin *et al.*, 2020; Mendoza *et al.*, 2018). Por otro lado, los instrumentos que más se emplearon para evaluar las variables relacionadas con la intensidad del dolor fueron el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) (Calderon *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2017; Decoster *et al.*, 2019; Kang y Choi, 2019; Mu'taz y Hamdan-Mansour, 2016); el BPI (Expósito *et al.*, 2020), el CSS (Rodríguez *et al.*, 2019); el PROMIS (inferencia del dolor) (Schreier *et al.*, 2019); la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (síntomas de ansiedad y depresión) (Kang y Choi, 2019; Khemiri *et al.*, 2019; Liesto, 2020); el EuroQOL (Drury *et al.*, 2017) y el Cuestionario EQ-5D-5L (autoevaluación de la salud) (Mendoza *et al.*, 2018); la Escala de Calificación Numérica (ECN) (sufrimiento) (Davis *et al.*, 2021), y la Escala de Catastrofización del Dolor (ECD) (Smith *et al.*, 2018).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue resumir el conocimiento reciente sobre las variables psicosociales del dolor en pacientes con cáncer, así como identificar los instrumentos de autorreporte más utilizados para medir la intensidad de dolor y las variables asociadas a la misma.

La intensidad del dolor funge como un predictor de la calidad de vida e interfiere con varios aspectos de la vida diaria del paciente, como la actividad general, el estado de ánimo o el caminar, trabajar y dormir, entre muchas otras áreas (Expósito *et al.*, 2020). A este síntoma se le ha descrito como un importante problema de salud pública que altera profundamente la vida del paciente con cáncer (Allende *et al.*, 2016; Barragán y Almanza, 2013), por lo que debería ser un objetivo primario de toda intervención (Expósito *et al.*, 2020) debido a que la calidad de vida es una variable relevante en el área de la salud (Sanchez *et al.*, 2015) y su alivio una prioridad en la atención integral oncológica (De la Lanza *et al.*, 2015). En México se cuenta con la versión validada del EORTC QLQ C30, uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la literatura internacional para evaluar la calidad de vida (Oñate *et al.*, 2009), lo que representa una ventaja para el abordaje de la calidad de vida en la atención clínica y la investigación.

Los síntomas de ansiedad y de depresión se hallan entre las variables más asociadas con la intensidad de dolor. Tales datos coinciden con lo reportado previamente en la literatura, la cual señala que para el personal de salud estas variables psicológicas constituyen factores predictores significativos vinculados al dolor oncológico crónico (Expósito *et al.*, 2019). Diversas investigaciones psicooncológicas efectuadas en el país han reportado síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de pulmón (González *et al.*, 2021), de testículo (Galindo *et al.*, 2013), de próstata (Espinoza *et al.*, 2020) y de mama (Ramírez *et al.*, 2016), así como en sobrevivientes de cáncer (Medina *et al.*, 2020). Asimismo, se dispone de validaciones de instrumentos de autorreporte con propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en población oncológica mexicana, como la HADS (Galindo *et*

al., 2015a) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Galindo *et al.*, 2015b).

Por otro lado, son limitados los datos obtenidos de la población oncológica mexicana sobre la catastrofización del dolor. Se ha resaltado esta variable como una de las más relevantes en el manejo del dolor (Crombez *et al.*, 2020; Hadlandsmyth, *et al.*, 2019; Hayashi *et al.*, 2022) debido a su relación con la intensidad del mismo (Azizoddin *et al.*, 2021; Dalton *et al.*, 2015), así como por su asociación con la predicción de dolor excesivo, más comportamientos de dolor, uso más frecuente de los servicios de atención médica, estadías hospitalarias más prolongadas y mayor consumo de medicamentos (Van Damme *et al.*, 2002).

Otra de la asignatura pendiente en el campo de dolor por cáncer en México es el abordaje de la salud autoevaluada, el sufrimiento y el apoyo social, lo que implica emprender el análisis de estos constructos en las intervenciones futuras para el manejo de dolor oncológico crónico en pacientes mexicanos.

Finalmente, se identificó una notable heterogeneidad entre las características clínicas de los participantes en los estudios (estadio, tipo de cáncer, forma de reportar el tipo de dolor). De igual manera, es importante resaltar la amplia variabilidad en la prevalencia del dolor, lo que puede atribuirse a las características clínicas de los participantes y a la diversidad de instrumentos de autorreporte utilizados para medir la presencia e intensidad de aquél. En este sentido, el Inventario Breve de Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) fue el instrumento más utilizado, seguido de la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala de Calificación Numérica (ECN). A pesar de que el Consenso Mexicano de Manejo del Dolor por Cáncer considera al BPI, el EVA y el ECN entre las herramientas disponibles para evaluar y vigilar la intensidad del dolor (Allende *et al.*, 2016), no se cuenta con una versión validada del primero en la población oncológica mexicana hasta este momento.

Dentro de las limitaciones del presente análisis, cabe señalar que no obstante que se efectuó la búsqueda con un enfoque sistematizado, se conserva la naturaleza narrativa en esta revisión, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

En conclusión, identificar las variables psicosociales asociadas con el dolor oncológico supone el establecimiento de objetivos de intervención para el tratamiento no farmacológico de los síntomas, la modulación de la percepción de dolor y la mejora en la calidad de vida de los pacientes mexicanos con cáncer. Se cuenta con escalas unidimensionales (que evalúan la intensidad de dolor) y multidimensionales (que valoran esa intensidad

y otras dimensiones como aspectos emocionales, afectivos, cognitivos o sociales). En consecuencia, se recomienda una evaluación multiaxial en lugar de una medida global única en virtud de que el dolor es una percepción, y su integración puede estar sesgada por las diferentes dimensiones biopsicosociales de cada paciente, las cuales pueden ser útiles para establecer pronósticos clínicos.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca 1147929 otorgada a Luis Alberto Mendoza-Contreras, del Programa de Doctorado en el área Psicología y Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Citación: Mendoza-Contreras, L.A., Domínguez-Trejo, B., Rodríguez-Medina, D.A. y Galindo-Vázquez, O. (2024). Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa. *Psicología y Salud*, 34(2), 259-269. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2907>

REFERENCIAS

- Al-Atiyat, N.M.H. y Vallerand, A.H. (2018). Patient-related attitudinal barriers to cancer pain management among adult Jordanian patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 56-61.
- Allende, S. (2016). Primer Consenso Mexicano de Dolor por Cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(Supl. 1), 3-34.
- Azizoddin, D.R., Schreiber, K., Beck, M.R., Enzinger, A.C., Hruschak, V., Darnall, B.D. ... y Mackey, S. (2021). Chronic pain severity, impact, and opioid use among patients with cancer: an analysis of biopsychosocial factors using the CHOIR learning health care system. *Cancer*, 127(17), 3254-3263.
- Bai, J., Brubaker, A., Meghani, S.H., Bruner, D.W. y Yeager, K.A. (2018). Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 390-398.
- Barragán J., A. y Almanza R., G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335.
- Barrett, M., Chu, A., Chen, J., Lam, K.Y., Portenoy, R. y Dhingra, L. (2017). Quality of life in community-dwelling Chinese-American patients with cancer pain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(6), 1442-1448.
- Bennett, M.I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W. y Treede, R.D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38-44.
- Calderon, C., Carmona B., A., Hernández, R., Ghanem, I., Castelo, B., de Castro, E.M., ... y Jimenez F., P. (2019). Effects of pessimism, depression, fatigue, and pain on functional health-related quality of life in patients with resected non-advanced breast cancer. *The Breast*, 44, 108-112.
- Costa, W.A., Monteiro, M.N., Queiroz, J.F. y Gonçalves, A.K. (2017). Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*, 72, 758-763.
- Cramer, J.D., Johnson, J.T. y Nilsen, M.L. (2018). Pain in head and neck cancer survivors: prevalence, predictors, and quality-of-life impact. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 159(5), 853-858.
- Crombez, G., De Paepe, A.L., Veirman, E., Eccleston, C., Verleysen, G. y Van Ryckeghem, D.M. (2020). Let's talk about pain catastrophizing measures: an item content analysis. *Peer J*, 8, e8643.
- Dalton, J.A., Higgins, M.K., Miller, A.H., Keefe, F.J. y Khuri, F.R. (2015). Pain intensity and pain interference in patients with lung cancer: A pilot study of biopsychosocial predictors. *American Journal of Clinical Oncology*, 38(5), 457.

- Davis, M.P., Rybicki, L.A., Samala, R.V., Patel, C., Parala-Metz, A. y Lagman, R. (2021). Pain or fatigue: which correlates more with suffering in hospitalized cancer patients? *Supportive Care in Cancer*, 8, 4535-4542.
- Decoster, L., Quinten, C., Kenis, C., Flamaing, J., Debruyne, P.R., De Groof, I., ... y Wildiers, H. (2019). Health related quality of life in older patients with solid tumors and prognostic factors for decline. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(6), 895-903.
- De la Lanza, C.C., O'Shea, G.J., Tamayo M., A.N., Herrera J., L., Peña G., C. y De la Lanza J., J.C. (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 150-156.
- Drury, A., Payne, S. y Brady, A.M. (2017). The cost of survival: an exploration of colorectal cancer survivors' experiences of pain. *Acta Oncologica*, 56(2), 205-211.
- Espinoza, M., Galindo, O., Jiménez, M., Lerma, A., Acosta, N., Álvarez, M. y Herrera, Á., (2020). Factores predictores de sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida global en pacientes mexicanos con cáncer de próstata. *Psicología y Salud*, 30(2), 141-152.
- Expósito V., S., Burjalés M., D. y Miró, J. (2019). Factores psicosociales en el dolor crónico oncológico: un estudio Delphi. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(1), 21-30.
- Expósito V., S., Sánchez R., E. y Miró, J. (2020). The role of physical, cognitive and social factors in pain interference with activities of daily living among individuals with chronic cancer pain. *European Journal of Cancer Care*, 29(2), e13203.
- Galindo, O., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A. ... y Alvarado, S. (2015a). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J.L., Álvarez, M.A. y Alvarado, S. (2015b). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 12(1), 51-58.
- González, A., Galindo, O., Rascón, M., Robles, R. y Chochinov, H. (2021). Dignity therapy in Mexican lung cancer patients with emotional distress: Impact on psychological symptoms and quality of life. *Palliative & Supportive Care*, 20(1), 62-68.
- Guirao G., S.J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura [Versión en línea], *SCIELO*, 9(2). Doi: 10.4321/S1988-348x2015000200002
- Hadlandsmyth, K., Dindo, L.N., Wajid, R., Sugg, S.L., Zimmerman, M.B. y Rakel, B.A. (2019). A single-session acceptance and commitment therapy intervention among women undergoing surgery for breast cancer: A randomized pilot trial to reduce persistent postsurgical pain. *Psycho-Oncology*, 28(11), 2210-2217.
- Hayashi, K., Ikemoto, T., Shiro, Y., Arai, Y.C., Marcuzzi, A., Costa, D. y Wrigley, P.J. (2022). A systematic review of the variation in Pain Catastrophizing Scale reference scores based on language version and country in patients with chronic primary (Non-specific) pain. *Pain and Therapy*, 11(3), 753-769. Doi: 10.1007/s40122-022-00390-0. 1-17.
- Higgins, J.P.T. y Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Disponible en www.cochrane-handbook.org
- International Agency for Research on Cancer (2020a). *Cancer tomorrow*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>
- International Agency for Research on Cancer (2020b). *México source: Globocan 2020*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Kang, H. y Choi, E. y. (2019). Factors influencing quality of life in patients with multiple myeloma. *Contemporary Nurse*, 55(2-3), 109-121.
- Khemiri, S., Thabet, J.B., Kridis, W.B., Maalej, M., Khanfir, A. y Frikha, M. (2019). Psychoaffective repercussions of pain in cancer patients. *Cancer/Radiothérapie*, 23(3), 188-193.
- Landa, E., Martínez, A. y Sánchez, J., (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y Salud*, 23(2), 273-282.
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.I., ... y Cochrane Information Retrieval Methods Group (2022). Searching for and selecting studies. En *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. GIRMG.
- Li, X.M., Xiao, W.H., Yang, P. y Zhao, H.X. (2017). Psychological distress and cancer pain: Results from a controlled cross-sectional survey in China. *Scientific Reports*, 7(1), 1-9.
- Liesto, S., Sipilä, R., Aho, T., Harno, H., Hietanen, M. y Kalso, E. (2020). Psychological resilience associates with pain experience in women treated for breast cancer. *Scandinavian Journal of Pain*, 20(3), 545-553.
- Lin, J., Hsieh, R.K., Chen, J.S., Lee, K.D., Rau, K.M., Shao, Y. y., ... Chiou, T.J. (2020). Satisfaction with pain management and impact of pain on quality of life in cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 16(2), e91-e98.

- Manterola, C. y Otzen, T. (2014). Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645.
- Medina D., Vergara A., S.N., Domínguez T., B., Cortés V., P. y Ortega E., J.J. (2020). Perfil psicosocial de un grupo de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista de Medicina e Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 8(1), 30-35.
- Mendoza, T.R., Dueck, A.C., Shi, Q., Ma, H., Zhang, J., Qian, Y. y Cleeland, C.S. (2018). The contribution of pain in determining the health status of cancer patients with bone metastases: A secondary analysis of data from three Phase III registration trials. *European Journal of Pain*, 22(3), 565-571.
- Monroy N., V., Torres L., G.V. y Aguilar S., A. (2009). *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos*. INCAN.
- Mu'taz, M.D. y Hamdan-Mansour, A.M. (2016). Pain, sleep disturbance, and quality of life among Palestinian patients diagnosed with cancer. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 796-803.
- Oñate O., L.F., Alcántara P., A., Vilar C., D., García H., G., Rojas C., E., Alvarado A., S., ... y Aiello C., V. (2009). Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC C30 and STO22 questionnaires for the evaluation of health-related quality of life in patients with gastric cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16(1), 88-95.
- Parás B., P., Alonso B., C., Paz Z., M., Palacios C., D., Sarabia C., C.M., Herrero M.s, M., ... y Fernández P., C. (2018). Does Jacobson's relaxation technique reduce consumption of psychotropic and analgesic drugs in cancer patients? A multicenter pre-post intervention study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 1-9.
- Ramírez, M., Rojas, M. y Landa, E., (2016). 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.
- Rodríguez, C., Ji, M., Wang, H.L., Padhya, T. y McMillan, S.C. (2019). Cancer pain and quality of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(2), 116-123.
- Samuel, C.A., Mbah, O., Schaal, J., Eng, E., Black, K.Z., Baker, S., ... y Cykert, S. (2020). The role of patient-physician relationship on health-related quality of life and pain in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2615-2626.
- Sanchez, R., Sierra, F.A. y Martin, E. (2015). For patients diagnosed with cancer, what is quality of life? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 371-386.
- Schreier, A.M., Johnson, L.A., Vohra, N.A., Muzaffar, M. y Kyle, B. (2019). Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Management Nursing*, 20(2), 146-151.
- Smith, M.D., Meredith, P.J. y Chua, S.Y. (2018). The experience of persistent pain and quality of life among women following treatment for breast cancer: an attachment perspective. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2442-2449.
- Sun, G.W., Yang, Y.L., Yang, X.B., Wang, Y.Y., Cui, X.J., Liu, Y. y Xing, C.Z. (2020). Preoperative insomnia and its association with psychological factors, pain and anxiety in Chinese colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2911-2919.
- Van Damme, S., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L. y Van Houdenhove, B. (2002). A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*, 96(3), 319-324.

Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura

Socio-psychological factors in discharged persons from intensive care units

Mariana Flores-Constantino¹, Francisco Lorenzo Juárez-García²,
Abigail Quintana-Sánchez³ y Óscar Galindo-Vázquez⁴

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”²
Instituto Nacional de Cancerología^{3,4}

Autor para correspondencia: Mariana Flores C., constantino.17_unam@outlook.com.

RESUMEN

Antecedentes: Las personas sobrevivientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) experimentan con frecuencia deterioro cognitivo y alteraciones de la salud mental que pueden empeorar más allá del alta hospitalaria, por lo que es necesario identificar la evidencia que existe respecto a la presencia y prevalencia de dichas variables psicosociales en este grupo poblacional después de su alta, las que repercuten en su calidad de vida. *Objetivo:* Identificar los factores psicosociales más prevalentes en personas egresadas de una UCI. *Método:* Se realizó una búsqueda empleando los términos *MeSh* y *text Word* mediante los booleanos “AND” y “NOT” en las bases de datos PubMed y PsycINFO. *Resultados:* Se identificaron 770 artículos, de los cuales se utilizaron únicamente 21 para esta revisión. La mayoría de las personas estuvieron en la UCI más de siete días, varones de entre 40 y 65 años que habían ingresado a la UCI por enfermedades cardiovasculares, principalmente. Las variables psicosociales más reportadas fueron síntomas de trastorno de estrés postraumático, deterioro cognitivo, síntomas de ansiedad y depresión, todos ellos derivados de su estancia en la UCI. La ventilación mecánica, la nutrición enteral, la estancia prolongada y el ingreso en más de una ocasión a la UCI, así como presencia de comorbilidad, ser personas jóvenes y mujeres son factores de riesgo para la presencia de estas variables en tales pacientes. *Discusión y conclusiones:* Las recomendaciones abonan al desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas preventivas al alta y mediante programas de psicología hospitalaria que mitiguen el impacto psicológico negativo de esta unidad de atención, tomando en cuenta el tipo de tratamiento recibido y sus recursos sociales y económicos.

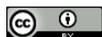
Palabras clave: UCI; Cáncer; Depresión; Ansiedad; Estrés.

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

² Calzada México-Xochimilco 101, Col. Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México.

³ Jefatura de Enfermería, Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

⁴ Servicio de Psicooncología, Unidad de Investigación y desarrollo de la Psicooncología, México.



ABSTRACT

Background: *Survivors of Intensive Care Units (ICU) frequently experience cognitive impairment, and new or worsened mental health disorders after discharge. Thus, it is necessary to identify the evidence regarding the presence and prevalence of these psychosocial variables in this population that impact their quality of life after discharge. Objective:* *To identify the most prevalent psychosocial factors in people discharged from the ICU. Method:* *The search used MeSh and text Word terms, using the booleans "AND" and "NOT" in the PubMed and PsycINFO databases between October and December 2021. Results:* *770 articles appeared, of which only 21 were included for review. Most people who stayed in the ICU for >7 days were men between the ages of 40 and 65 and admitted to the ICU primarily for cardiovascular disease. The most reported psychosocial variables are PTSD symptoms (13% to 19%), cognitive impairment (30.2% to 45.3%), anxiety symptoms (28% to 34%), and depression symptoms (24% to 33%), derived from staying in the ICU. Mechanical ventilation, enteral nutrition, prolonged stay, and admission to the ICU more than once, as well as comorbidities, being young, and being women, are risk factors for the presence of these variables in patients admitted to the ICU. Discussion and conclusions:* *The recommendations support the development of preventive psychotherapeutic interventions at discharge and hospital psychology programs, which mitigate the negative impact at the psychological level, taking into account the type of treatment they received and their social and economic resources.*

Key words: ICU; Cancer; Depression; Anxiety; Stress.

Recibido: 31/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

Hoy día se reconoce ampliamente que la experiencia de ingresar en una unidad de cuidados intensivos (UCI en lo sucesivo) debido a una enfermedad crítica tiene un poderoso y negativo efecto psicológico en las personas (Arab *et al.*, 2021). En años recientes ha crecido la evidencia sobre la prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y de condiciones psicológicas adversas en la población adulta tras el internamiento (Wade, 2016).

Nikayin *et al.* (2016) hallaron en un metaanálisis que los síntomas de ansiedad una vez que

el paciente es dado de alta de una UCI ocurren en 25 a 46% de los pacientes entre tres y catorce meses después, mientras que los síntomas de depresión aparecen en alrededor de 29% a los tres, seis y doce meses posteriores. Además, estimaron la prevalencia de síntomas de TEPT entre 17 y 34% a los doce meses. Los factores de riesgo para el desarrollo de TEPT posterior al alta incluyen ansiedad y depresión previas al internamiento en una UCI.

Luego entonces, la importancia de identificar los síntomas psicológicos prevalentes que pueden aparecer en este grupo de personas al ser dadas de alta de una UCI es reconocerlos y atenderlos oportunamente, para lo cual se llevó a cabo la presente revisión narrativa⁵, que tuvo como objetivo identificar los factores psicosociales más frecuentes en las personas egresadas de esa unidad mediante la búsqueda de la literatura disponible sobre este tópico.

Método TEPT

La búsqueda de la literatura sobre el tema se realizó mediante la consulta de las bases de datos Pubmed y PsycINFO, para lo cual se utilizaron los términos MeSH en inglés: “Intensive care units”, “ICU Intensive Care Units”, “Post-intensive care unit”, “Psychology”, “Psychosocial factors”, “Emotional factors”, “Psychosocial symptoms” y “Psychological outcomes”, mismos que se combinaron con los booleanos AND y OR. Por otra parte, mediante el booleano NOT se excluyeron los siguientes términos: “Pediatric”, “NICU”, “Neonatal”, “Nurse”, “Nurses”, “Caregiver”, “Satisfaction” y “Acute illness”, ya que durante el pilotaje se identificaron artículos cuyos resultados atendían a objetivos diferentes a los del presente estudio. Para considerar la literatura más reciente del tema, únicamente se incluyeron artículos publicados a partir del año 2019 en adelante, efectuándose la búsqueda a lo largo de cuatro meses.

Los criterios que se consideraron para incluir los artículos en la revisión fueron los siguientes:

⁵ En una revisión narrativa el procedimiento llevado a cabo es distinto al de una revisión sistemática o de un metaanálisis, cuyo rigor metodológico es más estricto.

1) Pacientes al egreso de la UCI; 2) Con cualquier tipo de patología/enfermedad; 3) Mayores de edad; 4) Hombres, mujeres y género indistinto; 5) Estudios que abordasen por lo menos un factor psicosocial; 6) Estudios observacionales; 7) Estudios en idioma inglés o español, y 8) Artículos publicados a partir del año 2019.

Se excluyeron 1) las palabras “Pediátrico”, “NICU”, “Neonatal”, “Enfermería”, “Cuidador(a)”, “Satisfacción” y “Enfermedad aguda”; 2) las opiniones de expertos; 3) los estudios de pacientes aún internados en una UCI; 4) los estudios de familiares de pacientes ingresado en una UCI, y 5) Estudios cualitativos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama PRISMA del proceso de selección de los estudios.

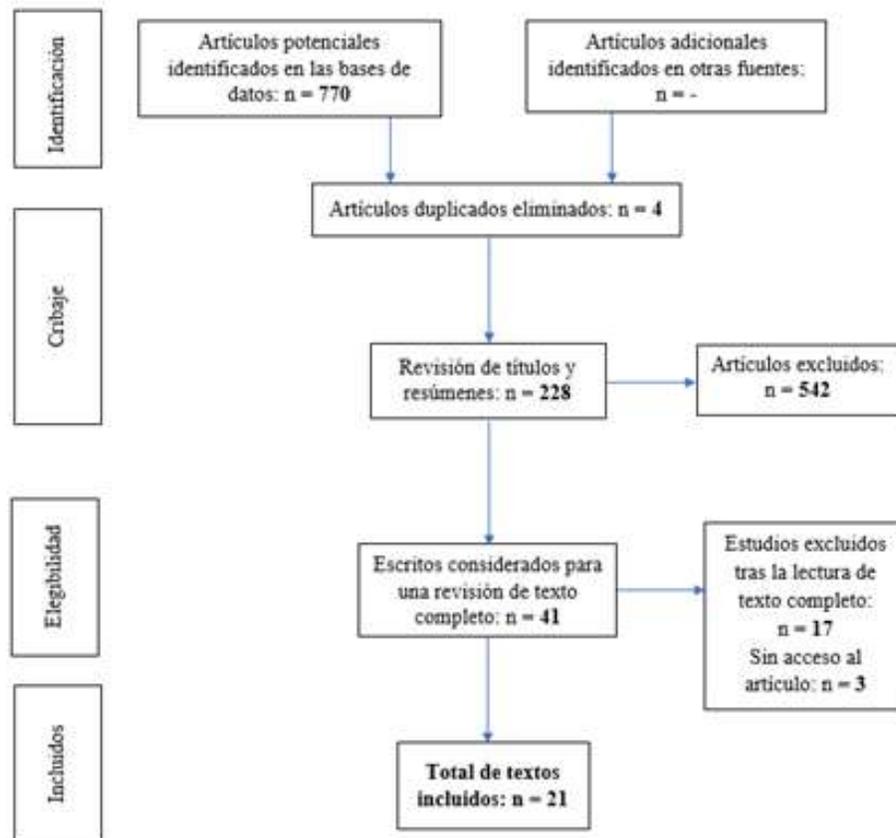


Tabla 1. Factores psicosociales en población al egreso de la UCI.

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Askari-Hosseini, S. M. <i>et al.</i> (2020). Irán	Prevalencia de síntomas de STEPT en sobrevivientes de la UCI y su relación con los recuerdos que tienen de la misma.	n = 100 Edad: $\bar{x} = 50.63$ Cardiovasculares (68%) Traumas (21%) Neurológicas (7%) Pulmonares (3%) Renales (1%) Uno a diez días en la UCI Evaluación 3.19 ± 5.37 meses después del alta.	STEPT 13%; STEPT con mayor frecuencia en pacientes con ventilación mecánica en la UCI ($p = .03$). Recuerdos delirantes: 34% Recuerdos reales: 66% Recuerdos de sentimientos como ansiedad y depresión: 89%	El uso de ventilación mecánica en el momento de la estancia en la UCI está relacionado con la presencia de síntomas de TEPT posteriores al alta. Conocer estos hallazgos puede motivar a los proveedores de atención médica en las UCI a utilizar las mejores prácticas para minimizar las consecuencias en salud mental.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Bein, T. <i>et al.</i> (2020) Alemania	Asociación del tipo de tratamiento al inicio del SDRA y la incidencia de eventos críticos en la CVRS (componente mental) y retorno al trabajo un año después del alta de la UCI.	n = 396 Edad: \bar{x} = 56 Pulmonar 26 días en la UCI Evaluaciones 3, 6 y 12 meses después del alta de la UCI.	Supervivientes del SDRA a los doce meses: SF-12 mental = 44 ± 13. La hipoglucemia se asoció con una disminución marcada en el SF-12 mental a los seis meses. La hipoxemia confirmada se asoció con una tendencia de estado de salud mental deteriorado a los 12 meses. La ventilación de bajo flujo se asocia con deterioro a los 3 meses del SF-12 mental en comparación con VM.	El conocimiento de estos hallazgos es de importancia clínica para la atención aguda y posterior a la UCI. La prevención de eventos críticos, como control glucémico y oxigenación, es un objetivo importante para la mejora de la calidad de vida mental.
Brück, E. <i>et al.</i> (2019) Suecia	Correlación entre la función cognitiva subjetiva y la función cognitiva objetiva de sobrevivientes de la UCI	n = 100 Edad: \bar{x} = 54 Cardiovascular (31%) Respiratorio (12%) Gastrointestinal (5%) Diabetes (10%) Cáncer (14%) Inmunológico (3%) Neurológico (7%) 4.45 días en la UCI. Evaluaciones a tres, seis y doce meses después del alta de la UCI.	A los tres meses, 34% presentaba deterioro cognitivo: a los seis meses, 18%, y 16% a los doce meses. En HADS-Ansiedad: A los tres meses obtuvieron más de diez puntos (9%); a los seis meses, 10%, y a los doce meses, 2%. En HADS-Depresión puntuaron más de 10%, 12% a los tres meses y 10% a los seis y doce meses. A los tres meses alcanzaron más de 35 puntos en síntomas de TEPT (11%). A los seis meses, 6%, y a los doce meses, 5%.	Se necesitan iniciativas para validar métodos de detección eficaces de problemas cognitivos subjetivos y objetivos en los supervivientes de la UCI, ya que estos son importantes para ellos y pueden afectar su recuperación durante varios años tras los cuidados intensivos.
Dijkstra-Kersten, S. <i>et al.</i> (2020) Holanda	Comparar los síntomas de ansiedad, depresión, STEPT y HrQoL en diferentes subgrupos de sobrevivientes de la UCI.	n = 1730 Edad: \bar{x} = 59 Médico (44%) Cirugía por elección (27%) Cirugía de emergencia (28%) 5.3 días en la UCI. Evaluación un año después del alta de la UCI.	34% de pacientes puntuaron en síntomas de ansiedad moderada; 33% en síntomas de depresión moderada; 19% en STEPT; 34, 33 y 19% de los supervivientes de la UCI, con una mediana de utilidad HrQoL de 0.81 (IQR: 0.65-1). La HrQoL puede ser menor en los supervivientes de la UCI en comparación con población general. Estancia \geq siete días se relaciona con STEPT con más frecuencia.	Las intervenciones destinadas a mejorar los resultados neuropsiquiátricos no sólo deben apuntar a grupos específicos de pacientes, sino también a los supervivientes de las UCI en general.
Ferrand, N. <i>et al.</i> (2019). Francia	Evaluar el componente mental de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI.	n = 220 Edad: \bar{x} = 63 Médico (36%) Cirugía electiva (46%) Cirugía de urgencia (18%) Seis días en la UCI. Evaluaciones antes de la admisión, a los tres y seis meses después del alta de la UCI.	La puntuación total del SF-36 en el aspecto mental es menor en pacientes que murieron dentro de los primeros seis meses desde el alta (34 [25-43] vs. 43 [31-53], $p = 0.02$) y la presencia de SDRA ($\beta = -7.45$, CI = de 12.59 a 2.29. $p = 0.004$) y se asociaron con PCS ($\beta = 0.25$, CI = de 0.08 a 0.42, $p = 0.003$) a los seis meses después del alta de la UCI.	La estancia en la UCI no parece alterar el componente mental de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI. Sin embargo, después del alta parece que algunos dominios del SF-36 y las limitaciones de rol relacionadas con la emoción podrían mejorar. La baja CVRS previa al ingreso parece ser un factor de riesgo de disminución de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI. Por lo tanto, el equipo de salud debe tener en cuenta esta información durante la estadía ahí de los pacientes.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Guidet, B. <i>et al.</i> (2020). Francia	Describir la prevalencia de deterioro cognitivo y actividad de la vida diaria, comorbilidad, polifarmacia y su influencia en la supervivencia a un mes.	n = 3920 Edad: \bar{x} = 84 Insuficiencia respiratoria, 24.1% Insuficiencia circulatoria, 13.8% Insuficiencia respiratoria y circulatoria, 11.5% Sepsis, 13.8% Cirugía de urgencia, 13.8% Otras causas, 23% 3.88 días en la UCI Evaluación a un mes después del alta.	Se observó deterioro cognitivo en 30.2% El análisis multivariable identificó los predictores habituales del resultado a los treinta días (HR; IC del 95%): edad: 1.02 (1-1.03, $p = 0.01$), diagnóstico de ingreso en la UCI, SOFA: 1.15 (1.14-1.17, $p < 0.0001$) y fragilidad 1.1 (1.05-1.15, $p < 0.001$).	El deterioro cognitivo afecta la mortalidad en muchos entornos clínicos. La ventilación a largo plazo, la enfermedad crítica crónica y la disfunción cognitiva son resultados relevantes para el paciente, y también deben evaluarse en futuros estudios.
Heydon, E., <i>et al.</i> (2020). Australia	Identificar a sobrevivientes de UCI que habían desarrollado PICS y explorar el uso de los recursos de atención de salud mental.	n = 39 Edad: \bar{x} = 57.2 Cardiovascular (8%) Respiratorio (24%) Gastrointestinal (10%) Neurológico (14%) Sepsis (12%) Posoperatorio: gastrointestinal (10%) Posoperatorio: neurológico (12%) Otros (10%) Doce días en la UCI. Evaluación a uno y tres meses después del alta de la UCI.	Disminución de síntomas de ansiedad y depresión ($p = .048$) a los tres meses después del alta. Respecto al estado cognitivo funcional, la puntuación media al inicio fue de 1.8 de 30 (IC del 95%: 0-3.5), y 8% presentó dependencia funcional. Al mes, la puntuación media fue de 8.9 (IC de 95%: 6.5-11.4; $p \frac{1}{4} < 0.001$), con 54%. A los tres meses la puntuación media fue de 7.0 (IC de 95%: 4.9-9.1; $p \frac{1}{4} < 0.001$) y 33% obtuvo 9.0 o más.	Los pacientes sufrieron deficiencias en su cognición y salud mental, en consonancia con el desarrollo de PICS. La iniciación temprana de los paquetes de prevención o de tratamiento del PICS puede resultar beneficioso. Hasta hoy, los estudios que evalúan estas intervenciones aún tienen que demostrar una mejora estadísticamente significativa en los resultados.
Janssen, D. G. <i>et al.</i> (2020) Holanda	Describir el grado en el que pacientes sufren problemas de ansiedad, depresión y STEPT después del ingreso en una UCI.	n = 1,328 Edad: \bar{x} = 59.2 No se reporta la razón de admisión a la UCI. 9.2 días en la UCI. Evaluación a un año después del alta de la UCI.	Al año después del alta de la UCI, 14.7% sufrió depresión, 15.2% ansiedad y 8.5% síntomas de TEPT. En total, 11.2% padecía dos o tres trastornos de salud mental. Recibieron tratamiento con psicofármacos con mayor frecuencia cuando presentaban síntomas combinados de depresión, ansiedad y TEPT (43.6%) un año después del alta de la UCI, mientras que el grupo de pacientes con depresión y TEPT recibió tratamiento con psicofármacos 2.5 veces con menos frecuencia (dos de once (8.2%).	Los expacientes de la UCI con problemas de salud mental posteriores también informaron una menor calidad de vida, mayor deterioro físico y una cognición más baja. Hay la posibilidad de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental en los pacientes que estuvieron en la UCI. Esta trayectoria podría luego centrarse en todos los aspectos de PICS. Por lo tanto, se sugiere más investigación sobre el tópico y la posibilidad de evaluar una trayectoria posterior a la UCI en la que se pueda monitorear y posiblemente tratar el desarrollo de problemas de salud mental.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Kalfon, P. <i>et al.</i> (2019) Francia	Evaluar si un programa multicomponente personalizado es eficaz para reducir los síntomas del TEPT al año en supervivientes de la UCI en general.	n = 819 Edad: \bar{x} = 62.5 Médica 38.4% Quirúrgica 59% Cuatro días en la UCI. Evaluación a un año tras el alta de la UCI.	12 y 6.1% presentaron STEPT al año, respectivamente ($p = 0.004$). Pacientes que recibieron la atención del programa tenían menos probabilidades de padecer STEPT al año ($p = 0.015$); 9.6% presentaron síntomas sustanciales de TEPT; 28% ansiedad, y 24% depresión. La puntuación total IES-R fue más alta en el grupo no expuesto (9 [IQR 3-20]) frente a 7 (IQR 3-15), $p = 0.003$. Los pacientes que no recibieron la atención del programa mostraron síntomas de TEPT más sustanciales ($p = 0.004$; OR [IC de 95%]: 2.12 [1.26-3.56], respectivamente).	Un programa multicomponente personalizado para la reducción del malestar en la UCI puede reducir significativamente la prevalencia de STEPT evaluados 1 año después del alta de la UCI. La difusión de un programa de este tipo debería promoverse activamente en las UCI, lo que allanaría el camino para una nueva estrategia en la gestión de la atención.
Kang, J. <i>et al.</i> (2019) Corea del Sur	Investigar la incidencia de la depresión posterior a una UCI y sus factores de riesgo entre los sobrevivientes de cuidados críticos	n = 30,023 Edad: \bar{x} = 61.8 Nutrición enteral (28.4%). Sedantes (58.5%). Relajantes musculares (34.2%). Vasopresores (28.3%). Enfermedad cerebrovascular (46.9%). Insuficiencia cardíaca congestiva (14%). Enfermedad pulmonar crónica (45.5%). Diabetes (41.2%). Enfermedad hepática (37.5%). Enfermedad de úlcera péptica (41.1%). Enfermedad vascular periférica (22%). Cáncer (19.2%). Demencia (7.1%). Hemi/paraplejia (11.3%). Otros (25.1%). Comorbilidad en porcentajes no reportada. 18.9 días en la UCI Evaluación a un año del alta de la UCI.	El riesgo de depresión posterior a la UCI fue significativamente mayor para nutrición enteral (OR = 2.28), enfermedad cerebrovascular (OR = 1.59) y hemi/paraplejia (OR = 1.48). El riesgo de depresión fue mayor en los grupos de 0 a 70 años (OR = 1.24-1.31). Las mujeres tuvieron un mayor riesgo de desarrollar depresión (OR = 1.16). Además, la duración de la estancia (OR = 1.02), el uso de ventiladores mecánicos (OR = 1.06), sedantes (OR = 1.14): enfermedad reumática (OR = 1.10) y demencia (OR = 1.09) fueron factores que aumentaron el riesgo de depresión.	En particular, es necesario prestar atención a la posibilidad del desarrollo de depresión posterior a la UCI en sobrevivientes que han experimentado nutrición enteral y con discapacidades físicas. Se necesita la detección temprana o la prevención de la depresión posterior a la UCI que puede afectar negativamente la recuperación y la calidad de vida de las personas sobrevivientes de cuidados críticos. En particular, es necesario aplicar una intervención temprana antes del alta de la UCI.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Liao, K.-M., <i>et al.</i> (2020). Taiwán	Investigar la asociación entre el riesgo de depresión y la duración de la estancia en la UCI.	n = 323,793 Edad: \bar{x} = 46.49 Hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural después de una lesión; hemorragia intracerebral; cardiopatía isquémica crónica; septicemia; oclusión de las arterias cerebrales. Tiempo en UCI 1-3 días (28.15%) 4 a 7 días (24.02%) 8-14 días (22.09%) 15-21 días (11.66%) ≥22 días (14.08%) Evaluación al año después del alta de la UCI.	La mayoría de los pacientes con depresión tuvieron una estancia hospitalaria de <14 días (55.57%). Para los hombres, el riesgo de depresión fue mayor en aquellos con estancias en la UCI de 15 a 21 días y ≥22 días, que en aquellos con estancias en la UCI de 8 a 14 días, con los HR ajustados (IC 95%) de 1.11 (1.03-1.21) y 1.27 (1.18-1.37).	Estas experiencias hacen que los pacientes sufran lo que consideran una pérdida de su dignidad; pueden sentir impotencia, tristeza, sensación de ser castigados, vergüenza y violencia, y estos sentimientos pueden desencadenar depresión después de su alta de la UCI. La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal pueden ayudar a los pacientes a aprender formas de afrontar mejor el estrés y a controlar sus síntomas de depresión.
Martillo, M. A. <i>et al.</i> (2021). EUA	Determinar las características del PICS en los dominios cognitivo, físico y psiquiátrico en los sobrevivientes de covid-19 en la UCI.	n = 44 Edad: \bar{x} = 53.9. COVID-19. Diez días en la UCI. No se reporta temporalidad de evaluación.	48.9% de los pacientes presentó deterioro psiquiátrico, siendo la depresión la más común, seguida del insomnio. 37.8% reportó ansiedad o depresión moderada. 4.4% informó ansiedad o depresión extremas. 17.8% informaron síntomas sugestivos de TEPT (puntuación ≥ 31). De ellos, 20% exhibió deterioro cognitivo. 91.1% cumplieron los criterios de PICS. 53.6% tenían deficiencias en dos dominios y 4.9% en tres (físico, psicológico y cognitivo).	La alta prevalencia de PICS observada sugiere la necesidad de intervenciones de rehabilitación, evaluación neuropsicológica y monitoreo a largo plazo de los síntomas relacionados con PICS. El diagnóstico de PICS por sí solo no mejora los resultados; el manejo, el tratamiento y la educación de los pacientes y sus familias son esenciales para mitigar los efectos a largo plazo de los cuidados intensivos. Los hallazgos resaltan la necesidad de un seguimiento y de recursos apropiados para que estos pacientes evalúen y traten las secuelas cognitivas, físicas y psiquiátricas de la enfermedad crítica.
Nordness, M.F. <i>et al.</i> (2021) EUA	Evaluar la relación de los trastornos de salud mental con el rendimiento cognitivo en sobrevivientes de enfermedades críticas.	n = 519 Edad: \bar{x} = 61 Sepsis: 31% SDRA/EPOC/ asma, otros pulmonares: 27% IM/insuficiencia cardíaca congestiva/shock cardiogénico: 16% Cirugía abdominal: 11% Otro: 16% Cinco días en la UCI. Evaluaciones: Tres meses y un año después del alta de la UCI.	A los tres meses de seguimiento, 19% con síntomas de TEPT y 32% de depresión moderada. A los doce meses de seguimiento, 16% con TEPT y 28% con depresión. La depresión a los tres meses se asoció con una RBANS más baja (-2.25; de -3.10 a -1.39) y puntuaciones de Trails B más bajas tanto a los tres meses (OR, .69; 0.56-0.85) como a los doce meses (OR, .66; 0.52-0.84).	El PICS es sumamente prevalente entre los sobrevivientes de la UCI de todas las edades, y la intervención temprana y la rehabilitación son probablemente elementos clave para el retorno general a una vida funcional. En entornos donde no se dispone de una clínica de recuperación de la UCI, se recomienda la detección temprana para detectar depresión, trastorno de estrés posttraumático, deterioro cognitivo y evaluación de la discapacidad física en los supervivientes de la UCI.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variabes psicosociales	Conclusiones
Sareen <i>et al.</i> (2020) Canadá	Estimar la incidencia de trastornos mentales recién diagnosticados entre los pacientes de la UCI.	n = 49,439 Edad: \bar{x} = 63.8 Intervención quirúrgica: 51.6% Diagnóstico/médico: 48.4% Ingreso urgente: 84.6% Ingreso electivo: 15.3% 4.5 días en la UCI Criterios diagnósticos al 1ro, 2do, 3er, 4to y 5to año posterior al internamiento en una UCI.	En el primer año, la incidencia de cualquier trastorno mental fue de 14.5%. Durante los cuatro años siguientes, en la incidencia acumulada la tasa aumentó entre 6 y 8% anual. En el quinto año 42.7% de la cohorte de la UCI sufría un trastorno mental incidente. La cohorte de la UCI tuvo una incidencia significativamente mayor de todos los trastornos mentales, en comparación con la población general, excepto esquizofrenia. La exposición a la UCI, HR 1.29 (IC 95%, 1.23 – 1.35, $p = .005$), e ingresar en más de una ocasión a una fue un factor de riesgo de alteración mental, HR 1.05 (IC 95% 1.04–1.07, $p = .005$). El riesgo de nuevos trastornos de salud mental fue mayor en jóvenes HR 0.75 (IC 95%, 0.73–0.77, $p = .005$), mujeres HR 0.95 (IC 95%: 0.95–0.96, $p = .005$), años de ingreso más recientes (2013) HR 1.09 (IC 95% 1.06–1.12, $p = .005$) y presencia de comorbilidades preexistentes (más de tres) HR 1.18 (IC 95% 1.13–1.21, $p = .005$).	Los efectos directos de la admisión en una UCI pueden ser tan traumáticos y estresantes que precipitan enfermedades mentales de nueva aparición, y también efectos indirectos de la enfermedad crítica, como la discapacidad, el desempleo, el estrés financiero o un conflicto familiar. Muchas personas con un problema de salud mental no acceden ni reciben atención médica mental. Estrategias específicas de prevención e intervención temprana para las personas que siguen admisiones en la UCI pueden reducir el riesgo de morbilidad en la salud mental.
Sivanathan <i>et al.</i> (2019) Canadá	Determinar el riesgo de diagnósticos de enfermedades mentales en una población de sobrevivientes de la UCI, en comparación con pacientes hospitalizados.	n = 121,101 Edad: \bar{x} = 66 Enfermedad cardiovascular: 49% EPOC: 10.3% Diabetes mellitus: 25.3% Cáncer: 13.8% Gastrointestinal/renal: 9.8% Estancia en la UCI: siete días. Evaluación en 3, 6, 9 y 12 meses postUCI.	El riesgo de enfermedad mental parece aumentar según la dosis, con mayor riesgo entre los pacientes internados más tiempo en la UCI (HR: 1.004 por día, IC 95% 1.003–1.005, $p = .001$), con ventilación mecánica más invasiva e incómoda (HR: 1.08; IC 95% 1.05–1.12 $p = .001$) y presencia de comorbilidades (una o dos contra ninguna. 0, HR 1.17; IC 95% 1.16–1.18, $p = .001$)	Las personas sobrevivientes de la UCI tienen un riesgo marginalmente mayor de diagnóstico de enfermedad mental, en comparación con pacientes hospitalizados sin ingreso en la UCI. Estos hallazgos sugieren que algunos sobrevivientes de la UCI pueden requerir un seguimiento más cercano para controlar las complicaciones de la enfermedad mental tras el alta, en particular después de ciertas exposiciones que aumentan su riesgo, como la ventilación mecánica.
Son, Y.-J., <i>et al.</i> (2020) Corea del Sur	Identificar diferencias de sexo respecto al impacto del cambio en la función cognitiva sobre el estado funcional tres meses después de egresar de una UCI.	n = 152 pacientes Edad: \bar{x} = 76 Cardiovascular: 40.2% Gastrointestinal: 19.7% Neurológica: 9.2% Otras enfermedades: 30.9% < 5 días en la UCI: 87.5%, y \geq 5: 12.5%, Evaluaciones de línea base y a los tres meses.	Las mujeres ($R^2 = .28$, $p = .001$) sufrían un deterioro cognitivo mayor que los hombres al inicio del estudio y a los tres meses del alta. Los hombres tienen menos probabilidades de desarrollar un deterioro cognitivo que las mujeres; sin embargo, en ellos tiene mayor efecto en su estado funcional ($\chi^2 = 28.06$, $p < .001$).	Se requiere una evaluación temprana de la función cognitiva de los pacientes de la UCI para ayudarles a mantener un estado funcional independiente después del alta. Es importante desarrollar estrategias que aborden las características específicas de género relacionadas con la mejora cognitiva.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Train <i>et al.</i> (2019). Escocia	Describir la frecuencia y la asociación de los recuerdos aterradoros y traumáticos poco después del alta de la UCI, mientras los pacientes aún estaban en el hospital.	n = 517 Edad: \bar{x} = 60 Medicina general: 28.9% Cardiológicos: 6.4% Gastrointestinales: 5.6% Respiratorios: 5% Cirugía general: 30.2% Vasculares: 4.6% Trasplantes: 5.8% Ortopedia: 3.7% Otros: 9.3% Estancia en la UCI: siete días.	Md ICE-Q FESS: 15 puntos-34.4% de pacientes con >18 puntos (IC 95%, 30.3%–38.5%). Md IES-R: 19 puntos, 25.1% de pacientes con >35 puntos (IC 95%, 21,4%–28.8%). Pacientes que tenían más temores y recuerdos reportaron una mayor sintomatología traumática (ρ de Spearman = 0.62; p = 0.001). Recuerdos posteriores a la permanencia en la UCI fueron diversos: miedo, impotencia y anticipación de la muerte eran frecuentes. Recuerdos de entumecimiento, irrealidad y sueño fueron más comunes. Estos recuerdos ocurren en 25 a 35% de los pacientes.	Los resultados apoyan la hipótesis de que la detección sistemática y oportuna puede ser útil como parte de una estrategia para la atención e intervenciones específicas personalizadas para reducir la morbilidad psicológica posterior a la estancia en la UCI.
Valso <i>et al.</i> (2020). Noruega	Examen de la aparición de síntomas de TEPT en pacientes de una UCI después del alta para evaluar las posibles asociaciones entre los síntomas de TEPT y SOC-13, la memoria de la UCI, el dolor y las características demográficas y clínicas.	n = 523 Edad: \bar{x} = 57 Trauma: 17.8% Cirugía aguda: 19.7% Cirugía electiva: 22.6% Trasplante de órganos: 10.3% Cáncer: 18.5% Medicina interna: 11.1% Tres días de estancia en la UCI y evaluación una semana después del alta.	La prevalencia de síntomas de TEPT significativos (puntuación de PTSS-10 > 29) fue de 32%. La puntuación media del SOC-13 fue 69 (D.E. = 12.5), lo que refleja una SOC fuerte. Los recuerdos delirantes de la estancia en la UCI estuvieron presentes en 44% de los pacientes. Se encontró una asociación significativa entre los recuerdos delirantes y los síntomas del TEPT, destacando las consecuencias negativas de los recuerdos de experiencias delirantes.	El SOC, la memoria delirante, la interferencia del dolor, la menor edad fueron factores asociados con más síntomas de TEPT. Destaca la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre la asociación entre las características de los pacientes de la UCI en general y su capacidad para afrontar el estrés. Esta atención especializada podría ayudar a prevenir el desarrollo de síntomas de TEPT.
Wawer <i>et al.</i> (2020) Francia	Evaluar la precisión diagnóstica de la IESR después del alta de la UCI para predecir la aparición de síntomas de TEPT a los tres meses y explorar los factores de riesgo de los síntomas de TEPT en ese lapso.	n = 145 Edad: \bar{x} = 61 Quirúrgica: 54% Médica: 26% Trauma: 20% Estancia en la UCI de cinco días. Evaluación postUCI a los ocho días y a los tres meses.	A los tres meses, 13% sufrían STEPT y 17% tenían síntomas de TEPT parcial de ocho días a tres meses después del alta; presentaron STEPT 32.4% de los pacientes; disminuyó en 55.2%, y no varió en 12.4%. Antecedentes de trastornos de ansiedad (OR, 3.70; IC 95%, 1.24–11.05; p = 0.02) y síntomas de TEPT >12 dentro de los ocho días posteriores al alta de la UCI (OR, 16.57; IC 95%, 3.59–76.46; p < 0.001) estuvieron significativamente asociados con síntomas de TEPT a los tres meses.	Los trastornos psiquiátricos deben tomarse en cuenta en el cuidado de pacientes de la UCI. No hay una directriz clara respecto al tratamiento de los síntomas de TEPT, pero la mayoría recomienda sesiones cortas de terapia cognitivo-conductual.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Wintermann <i>et al.</i> (2019). Alemania	Investigar la relación diádica entre los síntomas del TEPT y la CdV relacionada con la salud en una muestra homogénea de pacientes con enfermedades crónicas críticas y sus parejas.	n = 70 Edad: $\bar{X} = 61.6$ Respiratorio: 47.1% Urinario / genital: 10% Abdominal: 10% Óseos/tejidos blandos: 4.3% Infección de heridas: 1.4% Corazón: 1.4% Múltiples: 10% Otros: 4.3% Desconocidos: 1.4% Estancia en UCI, mediana de días: 62.5. Evaluación tiempo después del alta de la UCI: 4.7 meses.	El 17.1% de los pacientes con síntomas de TEPT clínicamente significativos dentro de los seis meses posteriores al alta de la UCI. La CdV relacionada con la salud fue menor en los pacientes (Md: 65, IQR: 50-80). CdV: Hedger 'g = -2.098, 95%, CI -2.343, -1.854). Los síntomas de TEPT de pacientes y sus parejas intercorrelacionaron significativamente ($\tau = .236, p = .005$). Hubo una correlación significativa entre síntomas de TEPT y CdV tanto en pacientes como en sus parejas (pacientes PTSS-10 \times EQ-5D-3L, $\tau = -.402, p < .001$; parejas PTSS: 10 \times EQ-5D-3L, $\tau = -.319, p < .001$).	Son necesarios más estudios para identificar a las parejas de pacientes con enfermedades crónicas críticas con mayor riesgo de estrés postraumático. Por lo tanto, los futuros análisis debieran permitir una evaluación profunda de las necesidades especiales de las diadas paciente-pareja, teniendo en cuenta el impacto de la edad y el sexo en la asociación diádica entre el estrés postraumático y la calidad de vida relacionada con la salud.

* Valor de $p < 0.05$. ** Valor de $p < 0.0001$. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; STEPT: Síntomas del trastorno de estrés postraumático; CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; PCS: Resumen de componentes físicos; MCS: Resumen de componentes mentales; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IM: Infarto agudo de miocardio; RBANS: Batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico; Trails B: Trail Making Test B; ADL: Discapacidad; IES-R: Impact of Events Scale-Revised; SOC-13: Sense of Coherence Scale 13; ICE-Q FESS: Intensive Care Experience-breve; VM: Ventilación mecánica.

RESULTADOS

Se identificaron setecientos artículos, pese a lo cual se incluyeron únicamente veintiuno. Se descartaron setecientos cuarenta y nueve textos que no cumplieron con los criterios prefijados.

Las enfermedades crónicas o las razones más reportadas para el ingreso a la UCI fueron las cardiovasculares en veintitrés artículos, las pulmonares en diecisiete y las neurológicas en trece.

Las principales variables psicosociales evaluadas abarcan los síntomas de TEPT en diecisiete artículos, de depresión en catorce, de problemas de cognición (memoria, delirios, alucinaciones, disfunción cognitiva) en doce, y síntomas de ansiedad en nueve artículos.

Sivanathan *et al.* (2019) y Askari-Hosseini *et al.* (2020) reportan que aquellos pacientes de UCI que requirieron VM, traqueotomía e inserción de sonda de alimentación percutánea habían aumentado las tasas brutas de diagnóstico de alteraciones mentales, principalmente de síntomas de TEPT. El riesgo de la ocurrencia de estos síntomas parece

aumentar también entre los pacientes internados durante un mayor tiempo en la UCI (más de siete días) (Dijkstra-Kersten *et al.*, 2020).

En el estudio de Kalfon *et al.* (2019) se reporta que los pacientes expuestos al programa para reducir la sintomatología de TEPT tenían mucho menos probabilidades de mostrar tales síntomas en un año ($p = 0.015$).

Liao *et al.* (2020), a su vez, señalan que los pacientes pueden sufrir un quebranto en su dignidad y experimentar impotencia, tristeza, sensación de ser castigados, vergüenza y violencia, y estos sentimientos pueden desencadenar en ellos síntomas de depresión al ser dados de alta de la UCI. Heydon *et al.* (2020), sin embargo, identificaron disminuciones significativas de la ansiedad y la depresión ($p = .048$) a los tres meses después de ocurrida el alta.

Respecto a la comorbilidad psicológica, Jansen *et al.* (2020) apuntan que los pacientes internados recibían tratamientos con psicofármacos con mayor frecuencia cuando exhibían síntomas combinados de depresión, ansiedad y TEPT en

43.6% de los casos un año después del alta de la UCI, mientras que el grupo de personas sólo con depresión y TEPT recibía tratamiento psicofarmacológico 2.5 veces con menos frecuencia (dos de once, o sea, 18.2%), y Ferrand *et al.* (2019), por su parte, reportan que el componente mental de la calidad de vida en pacientes que murieron dentro de los primeros seis meses desde el alta de la UCI fue significativamente menor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudios considerados para la presente revisión incluyeron personas de más de 50 años, la mayoría varones, que ingresaron a la UCI por diversas razones, principalmente por complicaciones médicas en diecinueve artículos, enfermedades crónicas en nueve y cirugías de emergencia en siete.

De acuerdo con lo reportado en esos estudios, el internamiento repetido en una UCI es un factor de riesgo para una alteración mental, y tal riesgo es mayor en jóvenes, en mujeres y en pacientes con comorbilidades preexistentes (Sareen *et al.*, 2020), mientras que la nutrición enteral es el factor de mayor riesgo para el desarrollo de depresión posterior al internamiento (Kang *et al.*, 2019).

Janssen *et al.* (2020) señalan asimismo que la baja ventilación está asociada con deterioro mental a los tres meses, en comparación con una ventilación más alta.

En cuanto al deterioro cognitivo, Son, *et al.* (2020) hallaron que las mujeres tenían un deterioro cognitivo significativamente mayor que los hombres, tanto al inicio del estudio como a los tres meses del alta; sin embargo, apuntan que el deterioro cognitivo alguna una vez presente en los hombres tiene un efecto mayor en estos que en las mujeres, lo que sugiere la necesidad de indagar si el género como constructo social influye en la ocurrencia e intensidad de dicho deterioro.

Por otra parte, Train *et al.* (2019) describen que pacientes que tenían más temor y malos recuerdos reportaron sufrir una mayor sintomatología traumática (r de Spearman, 0.62; $p = 0.001$). Estos recuerdos, que eran frecuentes tras el inter-

namiento en una UCI, fueron diversos: miedo, impotencia y anticipación de la muerte, lo que puede relacionarse con el tipo de tratamiento recibido ahí, el cual puede ser invasivo en mayor o menor medida.

A pesar del reporte de ingreso por distintos tipos de patologías, estas no estuvieron relacionadas con la presencia de alteraciones psicológicas posteriores al internamiento en la UCI, por lo que también es de gran relevancia indagar en futuras investigaciones si, dependiendo del tipo de enfermedad (crónica o aguda) por la que ingresaron, existe una relación o alguna influencia para tal presencia.

Las sugerencias de los estudios aquí presentados señalan la futura necesidad de explorar los factores de riesgo de problemas relacionados con el internamiento en una UCI, como la ventilación mecánica, y también considerar las barreras creadas por el nivel socioeconómico de los pacientes que pudiesen abonar al surgimiento y desarrollo de alteraciones mentales posteriores a la intervención médica en esta unidad de atención.

Asimismo, se ha señalado la necesidad de efectuar evaluaciones periódicas posteriores al alta para la detección y atención oportuna de deterioros cognitivos, síntomas de ansiedad, depresión o TEPT, así como un programa ambulatorio para las citas, ya que las personas sobrevivientes tienen aún una calidad de vida más baja y tasas de mortalidad más altas que la población general. Langerud *et al.* (2018) afirman en este sentido que el apoyo social es una variable esencial para la mejora de la calidad de vida en el aspecto mental.

En cuanto a los pacientes, se reporta en los resultados de los estudios aquí revisados que identificaron los servicios de salud mental como una herramienta de la cual pueden beneficiarse para su atención; sin embargo, mencionan que no acuden a ellos por el desconocimiento de su disponibilidad de atención, lo cual es viable de resolverse mediante la información que el equipo de salud les pueda brindar.

A ese respecto, Son *et al.* (2020) indican que llevar a cabo este tipo de intervenciones de forma oportuna ayuda a los pacientes a mantener un estado mental saludable tras el alta, por lo que es necesario desarrollar estrategias específicas de

prevención e intervención temprana para las personas internadas a una UCI que puedan reducir el riesgo de morbilidades en su salud mental. Dijkstra-Kersten (2020) sugiere incluso el ofrecerles un seguimiento específico en función de su perfil de riesgo y de sus preferencias para personalizar el tratamiento y optimizar el uso de los recursos.

Por último, es importante resaltar que en el presente estudio se incluyeron investigaciones efectuadas en pacientes de países anglosajones que cumplieran los criterios de inclusión, por lo que en

futuras investigaciones sería importante identificar si los resultados aquí presentados coinciden o difieren del estado psicológico de la población mexicana y de la latina en general.

Esta revisión resume el estado actual de la literatura sobre la prevalencia de los factores psicosociales en población que estuvo hospitalizada en una UCI y proporciona un impulso para el avance de la ciencia al establecer claramente una base metodológica para ello.

Citación: Flores-Constantino, M., Juárez-García, F.L., Quintana-Sánchez, A. y Galindo-Vázquez, O. (2024). Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura. *Psicología y Salud*, 34(2), 271-283. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2908>

REFERENCIAS

- Arab, M., Karzari, Z. y Razban, F. (2021). Post-traumatic stress disorder in critical illness survivors and its relation to memories of ICU. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 102–108. Doi: 10.1111/nicc.12532
- Askari-Hosseini, S.M., Arab, M., Karzari, Z. y Razban, F. (2021). Post-traumatic stress disorder in critical illness survivors and its relation to memories of ICU. *Nursing Critical Care*, 26(2), 102-108. Doi: 10.1111/nicc.12532
- Bein, T., Weber-Carstens, S., Apfelbacher, C., Brandstetter, S., Blecha, S., Doodoo-Schittko, F., ... Karagiannidis, C. (2020). The quality of acute intensive care and the incidence of critical events have an impact on health-related quality of life in survivors of the acute respiratory distress syndrome - a nationwide prospective multicenter observational study. *German Medical Science*, 18, Doc01. Doi: 10.3205/000277
- Brück, E., Larsson, J.W., Lasselin, J., Bottai, M., Hirvikoski, T., Sundman, E., ... Olofsson, P.S. (2019). Lack of clinically relevant correlation between subjective and objective cognitive function in ICU survivors: a prospective 12-month follow-up study. *Critical Care*, 23(1), 253. Doi: 10.1186/s13054-019-2527-
- Dijkstra-Kersten, S.M.A., Kok, L., Kerckhoffs, M.C., Cremer, O.L., de Lange, D.W., van Dijk, D., Needham, D.M. y Slooter, A.J.C. (2020). Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *Journal of Critical Care*, 55, 171-176. Doi: 10.1016/j.jcrc.2019.11.006
- Ferrand, N., Zaouter, C., Chastel, B., Faye, K., Fleureau, C., Roze, H., Dewitte, A. y Ouattara, A. (2019). Health related quality of life and predictive factors six months after intensive care unit discharge. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 38(2), 137-141. Doi: 10.1016/j.accpm.2018.05.007
- Guidet, B., de Lange, D.W., Boumendil, A., Leaver, S., Watson, X., Boulanger, C., ... Flaatten, H. (2020). The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Medicine*, 46(1), 57-69. Doi: 10.1007/s00134-019-05853-1
- Heydon, E., Wibrow, B., Jacques, A., Sonawane, R. y Anstey, M. (2020). The needs of patients with post-intensive care syndrome: A prospective, observational study. *Australian Critical Care*, 33(2), 116-122. Doi: 10.1016/j.aucc.2019.04.002
- Janssen, D.G.A., Jonker, J., van Dijk, D., Heerdink, E.R., Egberts, T.C.G. y Slooter, A.J.C. (2020). Psychotropic medication use in former ICU patients with mental health problems: A prospective observational follow-up study. *Journal of Critical Care*, 59, 112-117. Doi: 10.1016/j.jcrc.2020.06.002
- Kalfon, P., Alessandrini, M., Boucekine, M., Renoult, S., Geantot, M.-A., Deparis-Dusautois, S. ... Auquier, P. (2019). Tailored multicomponent program for discomfort reduction in critically ill patients may decrease post-traumatic stress disorder in general ICU survivors at 1 year. *Intensive Care Medicine*, 45(2), 223-235. Doi: 10.1007/s00134-018-05511-y
- Kang, J., Yun, S., Cho, Y.S. y Jeong, Y.J. (2020). Post-intensive care unit depression among critical care survivors: A nationwide population-based study. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(2), e12299. Doi: 10.1111/jjns.12299
- Langerud, A.K., Rustøen, T., Småstuen, M.C., Kongsgaard, U. y Stubhaug, A. (2018). Health-related quality of life in intensive care survivors: Associations with social support, comorbidity, and pain interference. *PLoS One*, 13(6), e0199656. Doi: 10.1371/journal.pone.0199656

- Liao, K.M., Ho, C.H., Lai, C.C., Chao, C.M., Chiu, C.C., Chiang, S.R. ... Cheng, K.C. (2020). The association between depression and length of stay in the intensive care unit. *Medicine*, 99(23), e20514. Doi: 10.1097/MD.00000000000020514
- Martillo, M.A., Dangayach, N.S., Tabacof, L., Spielman, L.A., Dams-O'Connor, K., Chan, C.C. ... Escalon, M.X. (2021). Post-intensive care syndrome in survivors of critical illness related to coronavirus disease 2019: Cohort study from a New York City critical care recovery clinic. *Critical Care Medicine*, 49(9), 1427-1438. Doi: 10.1097/CCM.0000000000005014
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M.D., Huang, M., Bienvenu, O.J., Turnbull, A.E. y Needham, D.M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29.
- Nordness, M.F., Bipin Patel, M., Erickson, C.R., Kiehl, A., Jackson, J.C., Raman, R. ... Wilson, J.E. (2021). Depression predicts long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(1), 79-86. Doi: 10.1097/TA.0000000000002955
- Sareen, J., Olafson, K., Kredentser, M.S., Bienvenu, O.J., Blouw, M., Bolton, J.M. ... Marrie, R.A. (2020). The 5-year incidence of mental disorders in a population-based ICU survivor cohort. *Critical Care Medicine*, 48(8), e675-e683. Doi: 10.1097/CCM.0000000000004413
- Sivanathan, L., Wunsch, H., Vigod, S., Hill, A., Pinto, R. y Scales, D.C. (2019). Mental illness after admission to an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1550-1558. Doi: 10.1007/s00134-019-05752-5
- Son, Y.-J., Song, H.-S. y Seo, E.J. (2020). Gender differences regarding the impact of change in cognitive function on the functional status of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 406-415.
- Train, S., Kydonaki, K., Rattray, J., Stephen, J., Weir, C.J. y Walsh, T.S. (2019, January). Frightening and traumatic memories early after intensive care discharge. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(1), 120-123. Doi: 10.1164/rccm.201804-0699LE
- Valsø, Å. Rustøen, T., Skogstad, L., Schou-Bredal, I., Ekeberg, Ø., Småstuen, M.C. ... Tøien, K. (2020). Post-traumatic stress symptoms and sense of coherence in proximity to intensive care unit discharge. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 117-125. Doi: 10.1111/nicc.12466
- Wade, D. y Howell, D. (2016). What can psychologists do in intensive care? *ICU Management & Practice*, 16(4), 242-244.
- Wawer, E., Viprey, M., Floccard, B., Saoud, M., Subtil, F., Wafa, H. ... Poulet, E. (2020). Early detection of patients at risk of developing a post-traumatic stress disorder after an ICU stay. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1572-1579. Doi: 10.1097/CCM.0000000000004551
- Wintermann, G.-B., Petrowski, K., Weidner, K., Strauß, B. y Rosendahl, J. (2019). Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Critical Care*, 23(1), 39. Doi: 10.1186/s13054-019

Experiencias y actividad sexual de hombres durante el primer embarazo de sus parejas: dibujos y relatos escritos

Experiences and sexual activity of men during their couples' first pregnancy: Drawings and written narratives

José Salvador Sapién López

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: José Salvador Sapién López, josesapien@hotmail.com.

RESUMEN

La investigación sobre la reproducción humana se centra principalmente en las mujeres. El presente estudio se interesa en los varones implicados en el primer embarazo de su pareja, y su objetivo fue analizar sus experiencias y actividad sexual durante este periodo, para lo cual se utilizó una metodología cualitativa. Once padres elaboraron dibujos y relatos escritos sobre el referido tema. Los datos se codificaron y se clasificaron de manera casuística en función de sus vivencias y actividad sexual durante el primer embarazo. Se encontró que hubo embarazos planeados e imprevistos, todos ellos aceptados. Hubo dos clases de participación masculina emotiva: 1) conformidad con las expectativas biomédicas (acompañar a la mujer embarazada a centros de atención gineco-obstétrica, respaldar los tratamientos y aprender sobre el proceso, y 2) cumplimiento de normas socioculturales y de los roles de proveedor y protector del binomio materno-fetal. La actividad sexual de los hombres fue de seis tipos: continuación precavida, ajuste y cese final, ausencia de sexo por cuidado gestacional, experimentación y disfrute, renuencia al sexo y frustración ante la falta de éste. En todos los participantes, fue constante privilegiar la salud materna y fetal sobre el placer sexual. Se concluye que los dibujos y relatos escritos arrojaron resultados específicos, pero congruentes con los obtenidos previamente mediante otros métodos.

Palabras clave: Experiencias; Actividad sexual; Padres primerizos; Dibujos; Relatos escritos.

ABSTRACT

Research on human reproduction focuses mainly on women. The present study focused in men during first pregnancy of their couples. The objective was to examine their experiences and sexual activity during this period. Using qualitative methodology, eleven fathers made drawings and written narratives on the subject. The data were coded and classified case-by-case based on their experiences and sexual activity during the first pregnancy. Results revealed planned and unforeseen pregnancies, but all were finally accepted. There were two kinds of emotional male participation: (1) by biomedical expectations (accompanying pregnant women to gynecological and obstetric care centers, supporting treatments, and learning about the topic) and (2) obedience to sociocultural norms and provider and protector roles of the maternal-fetal dyad. Men's sexual activity involved

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-05. Correo electrónico: jefaturapsicologia@iztacala.unam.mx.



six types: (a) cautious continuation, (b) adjustment and abstinence near the end, (c) absence of sex due to gestational care, (d) experimentation and enjoyment, (e) reluctance to have sex, and (f) frustrated by the lack of it. All participants opted for maternal and fetal health over sexual pleasure. The results suggest that drawings and written narratives can yield specific findings relatively consistent with those obtained through other methods.

Key words: Experiences; Sexual activity; First time fathers; Drawings; Written narratives.

Enviado: 28/12/2022

Aceptado: 25/09/2023

Las investigaciones acerca del embarazo suelen centrarse en las mujeres que lo viven en virtud de la concepción biomédica predominante de este proceso, lo que es comprensible. Sin embargo, el presente análisis psicosocial dirige su atención a los varones implicados en el primer embarazo, esto es, cuando están debutando como padres. Dos son los aspectos de mayor interés: 1) la participación y experiencias de hombres como cogeneradores directos y acompañantes del proceso gestacional, y 2) el efecto que tal embarazo les ocasiona en su actividad sexual con la compañera encinta. Hay estudios sobre la participación masculina durante el embarazo. Drapper (2002), por ejemplo, encontró que el diagnóstico de embarazo permite a varones del Reino Unido reconocer su condición de futuros padres; Secka (2010), en Gambia, halló que el involucramiento de los hombres en el embarazo y el parto se ve restringido por varios factores sociales y culturales, como los roles masculinos y femeninos tradicionales, el escaso conocimiento de los hombres sobre los signos de peligro, y otros factores asociados a los servicios de salud y de tipo estructural. Tales factores, más el cumplimiento de sus responsabilidades laborales, les dificultan acompañar a sus parejas a las clínicas; Fenwick *et al.* (2012) mostraron que cuando se recibe el diagnóstico de embarazo, éste es tomado normalmente por los varones australianos como un suceso al que deberán adaptarse; Kwanbai *et al.* (2013) hallaron que

los varones kenianos suelen ayudar a sus esposas embarazadas en las actividades que requieren un mayor esfuerzo físico; Kaye *et al.* (2014) reportan que en Uganda, mediante entrevistas en profundidad realizadas a padres sobre sus experiencias, percepciones y expectativas, que éstos sienten la obligación de cumplir diversas responsabilidades y roles con la compañera embarazada, tales como cuidarla, apoyarla económica y emocionalmente y acompañarla a los centros de salud, pese a lo cual hay obstáculos laborales y exclusiones en el ambiente hospitalario para poder hacerlo; Vermeulen *et al.* (2016), en Tanzania, identificaron que si bien una mayoría de hombres tienden a desempeñar un rol pasivo durante el embarazo señalando que es “carga de las mujeres”, hay una conciencia creciente en ellos de que el embarazo es una responsabilidad compartida, y Maluka y Peneza (2018), a su vez, en el distrito masai de Tanzania, encontraron mediante entrevistas semiestructuradas que las mujeres prefieren ser acompañadas por sus compañeros a las clínicas, sobre todo en la primera visita prenatal; no obstante, los hombres no desean involucrarse de modo activo en el cuidado prenatal ni en el parto, pues la percepción general predominante es que el principal rol de los hombres en esos procesos es proporcionar apoyo económico a la mujer. Así, los roles tradicionales de género y el ambiente sanitario representan barreras a la participación masculina. Por su parte, Matseke *et al.* (2017), en la Sudáfrica rural, encontraron mediante grupos focales que, según la significación y el entendimiento de los padres, corresponde a ellos dar ayuda económica, ayudar en las tareas físicas, proveer apoyo emocional, acompañar a las mujeres embarazadas a las clínicas e incluso proporcionarles alojamiento, y ello a pesar de la cultura local predominante, más abierta. Oladeji (2022) hallaron en una región de Etiopía que ciertas cuestiones religiosas tradicionales y determinadas normas y prácticas socioculturales se erigen como muros contra la contribución de los hombres al cuidado de la salud materna, a pesar de que ellos poseen un conocimiento aceptable de las cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto y los roles esperados.

En América Latina, Lafaurie y Valbuena (2020), en Bogotá, estudiaron mediante grupos focales, foros deliberativos y entrevistas en profundidad la percepción de los miembros del equipo de salud sobre la participación masculina durante el embarazo, el parto y el postparto. Según su experiencia, los hombres participan en esas etapas proveyendo apoyo emocional a la mujer embarazada. Algunas de sus limitaciones provienen, sin embargo, de las barreras culturales asociadas con los roles tradicionales de género, que los excluyen de los procesos reproductivos, así como de ciertos obstáculos institucionales asociados con la infraestructura y los protocolos de atención. Así, las mujeres a menudo enfrentan solas el embarazo y el parto, en tanto que los hombres sienten temor y creen que ser parte del proceso no es apropiado para su masculinidad.

Aun así, el entendimiento de este asunto puede ser más preciso. McLean (2019), por ejemplo, distingue dos conceptos de *participación masculina*, relevantes para su estudio al oriente de Sierra Leona: 1) un concepto biomédico occidental, que aprecia el acompañamiento masculino brindado a las mujeres para las visitas prenatales y el postparto, la obtención de información acerca del parto y su presencia durante éste, *versus* 2) un concepto popular que reconoce la actuación en la cultura local de los hombres si aportan los recursos materiales que se requieran en pro de la salud reproductiva (dieta nutricia, transporte para el cuidado sanitario, medicinas y suplementos para casos de emergencia, y artículos para el aseo y la vestimenta del bebé). La consideración de ambos conceptos (el biomédico y el de la cultura local) matiza la participación masculina en ese contexto, congruente con el segundo concepto, que implica, aunque no lo parezca, una forma esencial de cuidado.

Alrededor de la actividad sexual masculina en el embarazo, destacan algunos estudios, como el de Onah *et al.* (2002), quienes mediante la aplicación de un cuestionario encontraron que las creencias personales de varones nigerianos (por ejemplo, de si el coito empeora o mejora el bienestar fetal) afectaban significativamente sus relaciones sexuales con sus parejas embarazadas, ya fuese

reduciéndolas o alentándolas. De igual manera, una tercera parte de ellos se involucraron en relaciones extramaritales con el fin de satisfacer sus propias necesidades sexuales durante este periodo. Toole *et al.* (2005) reportan que jóvenes de Vietnam creían que la actividad sexual en el embarazo pone en riesgo al feto y puede provocar un aborto, mientras que para una minoría no había tales inconvenientes. Precisamente tales creencias predicen la disposición a ya no tener, o a continuar teniendo, según el caso, relaciones sexuales con la compañera embarazada. En Irán, por su parte, Jamali *et al.* (2018) concluyeron, tras aplicar el cuestionario Índice Internacional de Función Eréctil (Rosen *et al.*, 1997) a hombres cuyas parejas cursaban un embarazo, que los trastornos sexuales son muy frecuentes en ellos, sobre todo la disminución del deseo sexual y la insatisfacción en las relaciones sexuales. Adicionalmente, Dwarica *et al.* (2019), en Estados Unidos, mediante la aplicación del Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust (Golombok, 1985) a mujeres que cursaban el tercer trimestre de embarazo y a sus cónyuges, hallaron en ellas puntajes significativamente mayores de evitación del sexo, no sensualidad y comunicación decrementada sobre el sexo, en comparación con los puntajes de ellos. Recientemente, Pierrepont *et al.* (2022), en Ontario, Canadá, hallaron mediante el suministro a parejas franco-canadienses primigestas de un cuestionario en línea sobre temores basados en la actividad sexual, la función sexual y el ajuste diádico experimentado durante el embarazo, que en tanto que un tercio de los participantes no reportó temores, los otros dos tercios experimentaron entre uno y seis, siendo los dos más comunes inducir un trabajo de parto y causar un aborto prematuro. Estos miedos en hombres y mujeres durante el embarazo se asocian a un pobre funcionamiento sexual.

Los antecedentes expuestos abren ciertas oportunidades, como incluir como población de investigación a varones mexicanos; indagar las experiencias que estos tienen durante el embarazo que viven como padres primerizos; explorar su actividad sexual en este período, y utilizar, como estrategia metodológica, un instrumento cualitativo en el que se solicita trazar dibujos y elaborar

relatos escritos. Por ello, el objetivo del presente estudio cualitativo, exploratorio, retrospectivo y fenomenológico (Hernández *et al.*, 2014; Taylor y Bogdan, 1986) y fue analizar las vivencias y la actividad sexual de hombres que por primera vez se involucran en un embarazo, empleando para ello el dibujo y el relato escrito como herramientas.

MÉTODO

Las representaciones icónica y discursiva mediante el dibujo y el relato escrito confluyen en un instrumento ideado para este fin. El análisis de los discursos orales o escritos tiene un sitio ya reconocido entre las estrategias de investigación cualitativa. El dibujo de figuras humanas ha permitido explorar la cognición, como hizo Goodenough (1926), y la personalidad (Machover, 1963) (*cf.* Bardos y Powell, 2000). Su empleo ha sido fructífero como un medio para recuperar lo vivido y como una actividad que deja un producto a ese respecto (García, 2007). Garner (1997) afirma que los dibujos en sí mismos denotan conocimiento del cuerpo e implican observaciones previas, memorias, aficiones, destrezas y estereotipos. Son, así, una traducción gráfica de las experiencias previas. En ellos y en los relatos se dilucidan aspectos psi-

cosociales del dibujante, como sus experiencias en el embarazo y la actividad sexual, entre otras.

Fundamentación ética y jurídica

La participación en el estudio requirió de los participantes la firma de un documento de consentimiento informado, elaborado con base en los lineamientos éticos y jurídicos del Informe Belmont (Observatori de Bioética i Dret (1979) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Presidencia de la República, 2014), donde destacan los principios de autonomía (participación informada y voluntaria), beneficencia o no maleficencia (ausencia de riesgos), justicia (respeto e inclusión) y confidencialidad (preservación del anonimato).

Participantes

El Cuadro 1 describe algunos datos demográficos de los once padres participantes, con edades de 29 a 63 años. En general, los embarazos de sus parejas tuvieron una duración de nueve meses, excepto el que implicó a P29 (ocho) y a P31, cuyo hijo estaba por nacer al momento del estudio. En el año previo todos estuvieron sanos, excepto P29 y P33 (covid-19), P37 (hipertensión), P43 (malestares físicos diversos) y P56 (estrés).

Cuadro 1. Datos demográficos de los padres que participaron en el estudio.

P	Or	Rd	EC	E	Oc	Dv	Rn	Hi
P29	EM	EM	S	Preparatoria	Atención telefónica	Cocinar	Católico	M: 6
P30	Pue	CM	UL	Secundaria	Empleado	Andar en bicicleta	Católico	M: 6
P31	EM	EM	C	Licenciatura	Empleado	Leer, cocinar	Católico	Nonato H: 9
P33	EM	EM	C	Maestría	Jefe de proyecto	Leer y escribir	Católico	M: 6 M: 2
P34	CM	EM	UL	Sin dato	Operador telefónico bilingüe	Jugar videojuegos, dar paseos, ver películas	No	H: 9 H: 2
P35	Mch	CM	UL	Preparatoria	Comercio	Hacer deporte	No	H: 9 H: 4
P37	CM	EM	S	Licenciatura	Oficina	Leer, meditar, investigar	Ateo	M: 11 H: 12
P43	EM	CM	UL	Bachillerato	Servicio público	Emprender caminatas	Católico	H: 10 H: 4
P54	CM	EM	C	Carrera Técnica	Jubilada	Hacer ejercicio físico	Mormón	H: 25 H: 23

Continúa...

P	Or	Rd	EC	E	Oc	Dv	Rn	Hi
P56	EM	EM	C	Bachillerato	Comercio	Ir al cine	Católico	M: 34 M: 24
P63	Mch	EM	UL	Secundaria abierta	Taxista	Correr, hacer ejercicio físico	Creyente	H: 33 M: 32 H: 25

Nota: Or: Originarios de: Estado de México (EM), Ciudad de México (CM), Michoacán (Mich.), Puebla (Pue.). Rd: Residencia permanente: EM, CM. Estado civil (EC): Unión libre (UL), Casados (C), Solteros (S). Escolaridad: E. Ocupaciones: Oc. Diversiones: Dv; Religión: Rn; Hi: Hijos; M: Mujer; H: Hombre.

Instrumento

Se empleó un instrumento cualitativo que acopiaba datos demográficos, requería el trazo de dos dibujos (uno sobre la experiencia personal y otro sobre la actividad sexual en el primer embarazo). También solicitaba tres relatos escritos sobre su experiencia personal y dos sobre su actividad sexual en ese período. Los dibujos fueron elaborados con un lápiz de grafito y 12 lápices de colores; los relatos se hicieron a lápiz.

Procedimiento

Instrumento

Los padres leyeron y firmaron el consentimiento informado. Tras las indicaciones y entrega de materiales, realizaron las tareas señaladas en el instrumento colocándose en los lugares que desearan. Se obtuvieron dos productos de cada padre: el consentimiento informado ya firmado y la cédula del instrumento resuelta.

Dada la normatividad sanitaria debida a la pandemia de covid-19, que limitaba los encuentros en diversos sitios, algunos instrumentos se enviaron o se acopiaron vía WhatsApp o correo electrónico, aceptándose que los participantes imprimieran los documentos y aportaran los insumos necesarios para su llenado. El instrumento se aplicó en el hogar, excepto a P37 (en su oficina) y P43 (en la casa de familiares). Varió la hora de aplicación, si bien la duración promedio fue de 68 minutos. Se permitió que cada uno de los participantes empleara el tiempo que juzgara conveniente.

Codificación de los datos

Se seleccionaron las cédulas resueltas de los once participantes. Los dibujos trazados en papel (dos

por cada padre) fueron editados, y transcritos los relatos escritos. La modificación de textos para fines de divulgación pública fue de ortografía y sintaxis, sobre todo los elaborados por quienes habían cursado únicamente los niveles escolares básicos. Cada dibujo sobre las vivencias en el embarazo se colocó adjuntamente a los tres relatos referentes al tema. Se hizo lo propio con el dibujo sobre la actividad sexual y los dos relatos correspondientes. Una vez revisados los dibujos y relatos, se describieron los once casos según sus similitudes y diferencias en cuanto a las vivencias del embarazo y la actividad sexual en este período. Los textos de los padres se condensaron y segmentaron, pero conservando las oraciones, frases o palabras que denotaban el contenido relevante.

RESULTADOS

Enseguida se exponen los once casos, describiendo y enmarcando sus dibujos y relatos acerca de las experiencias y la actividad sexual de los padres con la pareja durante el primer embarazo. Dichos casos se agrupan en seis tipos, según las condiciones de ejercicio de la sexualidad del participante con la compañera embarazada. Para cada uno, se incluyen las imágenes editadas de sus dos dibujos y, a la derecha, los respectivos relatos escritos.

Tipo 1. Continuación precavida de la actividad sexual

En esta clase se incluyen los hombres que reportaron realizar su actividad sexual con la misma o similar frecuencia respecto a la que efectuaban antes de que ocurriera el embarazo.

Caso de P37. Él formó una pareja bien avenida que planeó el embarazo deseado. Se trató de un embarazo compartido y protegido por él con gran constancia. La actividad sexual fue una continuación de la previa al embarazo, e involucró posiciones sexuales acordadas que debieron ajustar en función del avance gestacional.

Experiencias		<p><i>Fue una niña muy deseada y planeada. Los nueve meses fueron de mucha ansiedad, pues su mamá y yo ya queríamos que llegara. Mi dibujo representa la espera de mi hija. Cuando nos enteramos, fue fabuloso; seguimos al pie de la letra las recomendaciones de los doctores. Fuimos a todas las consultas y revisiones. El embarazo fue hermoso, genial, alegre [...], nos encantó estar “embarazados”. Cuidar a un bebé en una pancita es lo máximo.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Dibujé una pareja (yo y C) unida, feliz. Fuimos una sola persona: nos quisimos y continuamos nuestra vida sexual de forma normal. Tuvimos una vida sexual activa, cuidando las posiciones, pero entregándonos y amándonos como siempre.</i></p>

Caso de P63. Se trató de un embarazo no planeado pero aceptado, mismo que tuvo lugar cuando la pareja era soltera. Él debió asumir las obligaciones inherentes e involucrarse en la vida conyugal. Ajustaron su actividad sexual a las condiciones progresivas del embarazo.

Experiencias		<p><i>Yo era mecánico, y cuando supe me emocioné al imaginar cómo sería mi hijo [...] El embarazo se dio sin planearlo, y ya cuando me dijo lo acepté [...]. No quería perder mi soltería y [...] el embarazo no lo viví a su lado [...]. Fue algo entre la realidad y la imaginación: la realidad de que estaba embarazada y que había obligaciones y una soltería que no quería perder, y la imaginación de conocer a mi hijo [...] y formar una familia.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Como muchos noviazgos más, nuestra actividad sexual se desarrolló en nuestras salidas al cine o cuando íbamos a alguna fiesta y nos dábamos ese tiempo. Mi historia personal [...] en la cual la pareja está embarazada [es ir] del trabajo a la casa, y en ocasiones comentar con la familia cómo iba el embarazo, y la actividad sexual cuando una mujer está embarazada será adecuándola según su estado y condiciones.</i></p>

Caso de P34. La pareja experimentó una gran felicidad, pero también preocupación ante el embarazo, que consideraron como algo que les pertenecía. Él buscó ilustrarse acerca del embarazo y brindó cuidados preventivos a su compañera. También vigiló el proceso de gestación hasta que ocurrió el nacimiento. El embarazo fue una experiencia formativa para él como cónyuge y padre. La actividad sexual con su pareja se realizó con cariño, cuidado (posición de “cucharita”) y masajes frecuentes para darle alivio y evitar riesgos materno-fetales.

Experiencias		<p>1. Saber que íbamos a tener un hijo fue una gran alegría combinada con esperanza; me dio una felicidad inmensa el saber que iba a ser papá y a la vez preocupación por no saber cómo cuidar a una mujer embarazada. 2. Conforme pasaban los meses mis conocimientos aumentaban y mis cuidados también [...]. Le daba masajes en su pancita, en sus piernas y en sus pies, puesto que eran los que se hinchaban más. 3. La primera vez que vimos a nuestro bebé nos llenó de emoción y alegría porque vimos que estaba bien. 4. El día que nació fue muy especial. El embarazo me forjó un carácter protector, de ver por alguien más que tiene mi sangre.</p>
Actividad sexual		<p>Hubo mucha interacción íntima, siempre favoreciéndola a ella, cuidando mucho al bebé, siempre le masajeaba sus piernas y pies para aliviar el peso extra. Hubo intimidad favoreciéndola a ella, puesto que al tener otra vida dentro de ella era más difícil [practicar] diferentes posiciones riesgosas o que pudieran derivar en algún accidente o lastimarla a ella y al bebé. El de “cucharita” fue principalmente nuestro style.</p>

Tipo 2. Ajuste y cese de la actividad sexual al final del embarazo

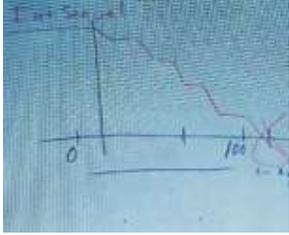
Se incorporan casos en los que la actividad sexual implicó una adaptación de las posiciones sexuales,

frecuencia e intensidad, hasta que se suspendieron conforme llegaba el fin del embarazo.

Caso de P29. Fue un embarazo no planeado pero aceptado. A partir de la noticia, él decidió involucrarse más en el trabajo, los estudios y la obtención de conocimientos sobre el embarazo y el cuidado neonatal, lo que lo hizo madurar. Desapareció paulatinamente el interés sexual mutuo y la actividad sexual debido, según él creía, al cambio hormonal de su compañera.

Experiencias		<p>Es un ciclo escuela-trabajo-transporte-casa a diario, durante cinco años [...] Viajé a Japón [...] Después de ocho meses el embarazo terminó y volví al ciclo ilustrado en el dibujo.</p> <p>Cambio de prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dejar el libertinaje y empezar un trabajo normal, otros estudios para tener una formación económica profesional. -Comprendí que la madurez es necesaria. -Gané gusto por los niños y aprendí a valorar el dinero y las acciones (de) mis padres. <p>Lleno de preguntas y dudas, mi experiencia era nula; tuve que atender talleres para aprender sobre el embarazo y los cuidados del recién nacido. Era un embarazo no planeado, pero bien aceptado y recibido.</p>
--------------	---	--

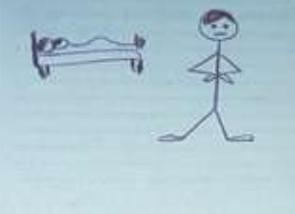
Continúa...

Actividad sexual		<p><i>Representa el interés sexual mutuo desde el inicio del embarazo hasta el final [pero] después de dos años ese interés desapareció. Así fue mi actividad sexual a través del embarazo.</i></p> <p><i>Era muy activa e incluso solía tener muchos encuentros cuando comenzó el embarazo, pero el paso de los meses y el cambio hormonal hizo de esa actividad algo extra.</i></p>
------------------	---	---

Caso de p31. Hubo una alegría incontenible y llanto por la noticia del embarazo y por oír los latidos del corazón fetal. Ha sido continua su comunicación con la familia y ha estado presente en el seguimiento gineco-obstétrico. Se ilustró sobre la paternidad y ha hecho preparativos para el nacimiento. Vive su mejor experiencia. Ha disfrutado la actividad sexual a pesar de que ésta disminuyó por sus dudas, por el temor de dañar al feto y por algún tabú.

Experiencias		<p><i>El día que nos enteramos de que seríamos papás no pude contener la alegría. Me conmovió tanto que lloré. Recuerdo tomar su mano y escuchar el latido de nuestro bebé (...). Hemos disfrutado mucho el embarazo, desde el acompañamiento a las citas médicas. Disfrutar esta etapa con familiares [...] seguir leyendo sobre paternidad [...] desear tanto a esta personita. La hemos vivido aprendiendo juntos, buscando un nombre, comprando su ropa, viendo su cama, y las formas de crianza. [Es] la mejor etapa de mi vida.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Es poder compartir poco tiempo, pero de calidad. Un poco por el tabú o el temor de hacer algo brusco que lastime al bebé.</i></p> <p><i>Esta etapa fue de descubrimiento. Aunque la actividad sexual bajó, las ocasiones que podíamos compartir lo disfrutamos mucho. En las citas médicas lo preguntamos debido a que surgió la duda.</i></p>

Caso de p54. Fue un embarazo vivido con agrado y tensión nerviosa desde el inicio. Destacaron la búsqueda de una posición sexual cómoda para la compañera y una ulterior disminución de la actividad sexual hasta su abandono total.

Experiencias		<p><i>Por ser el primer [embarazo] estaba muy nervioso. Cuando llegó el momento salimos hacia el hospital. Yo veía pasar el tiempo sin saber lo que estaba pasando. Cuando salió la asistente médica y me dio los informes relacionados a mi esposa y mi hijo, me relajé cuando supe que todo había salido bien. Es lo mejor que me ha pasado, lo disfruté de principio a fin.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Al principio era tener una posición cómoda y después fue esperar. Cuando se confirmó el embarazo, se buscó la forma, y conforme fue avanzando dejamos de tener dicha práctica sexual.</i></p>

Tipo 3. Dedicación, sin actividad sexual, al cuidado del embarazo

Aquí se ubica un caso donde la actividad sexual

se suspendió desde la noticia de embarazo, mostrando una total dedicación al cuidado del mismo.

Caso de P56. Sentía preocupación de que el embarazo pudiera no desarrollarse adecuadamente, sobre todo al final. Hubo apoyo de la familia durante el trabajo de parto. Él percibió el parto como demasiado prolongado, pero sintió satisfacción por su culminación exitosa. Más que actividad sexual durante el embarazo, hubo cuidado, expresión de cariño y apoyo de su parte.

Experiencias		<p><i>Tenía siempre la preocupación de que, al dar a luz, mi esposa y mi hija estuvieran bien y no sufrieran algo fuerte. Regresando de trabajar me avisaron que mi hermano se llevaba al hospital a mi esposa porque tenía ya los dolores de parto. Mi cuñada, que vivía delante de nosotros, me dio de comer antes de alcanzarlos al hospital [...] Aprendí a atender las cosas de la casa, en las cuales nunca había yo apoyado a mi esposa [...] Fue un tiempo que me sirvió para acostumbrarme a ayudar a mi esposa en las labores de la casa y a cuidar de nuestra nueva hija.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Desde que supimos del embarazo, fue todo el tiempo de cuidarla y darle mucho cariño y apoyo. El tiempo que duró el embarazo traté de tenerla cómoda, bien alimentada, con atenciones médicas y sin que hiciera trabajos fuertes en casa. Estuvimos los dos esperando la llegada de nuestra hija muy contentos y esperanzados.</i></p>

Tipo 4. Experimentación y mejoramiento de la actividad sexual

Queda incluido aquí el caso en el que el primer embarazo presentó una oportunidad especial para

experimentar y aprender sobre la sexualidad dentro de la pareja.

Caso de P35. Fue un embarazo que él habría de valorar por el éxito del parto y el nacimiento de su hijo. La actividad sexual en este embarazo fue vivida como una mejora en virtud de la experimentación y descubrimientos satisfactorios de lo sexual en este período.

Experiencias		<p><i>El nacimiento de mi hijo [...] y la gente que nos apoyaba [fue] que todos estuvimos felices por la llegada de un nuevo integrante a la familia [...] Hubo muchos cambios emocionales y económicos, miedo a las nuevas cosas que conllevaría un nuevo miembro, y a la vez felicidad por los nuevos pasos.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Fue muy interesante ya que experimentas cosas que no te imaginabas antes. En mi persona fue muy buena [...] Exploramos más como pareja y conocimos lo que nos gustaba hacer.</i></p>

Tipo 5. Evitación masculina de la actividad sexual

Se caracteriza por casos en los que el propio varón erigió sus limitaciones, fundadas principalmente

en su propia subjetividad (emociones, creencias, saberes), para eludir la actividad sexual durante el embarazo.

Caso de P43. Su noticia generó sorpresa, dudas y preocupación, pero también ánimo, sensación de fortaleza y esperanza. Hubo en él estrés que lo hizo sufrir. Sentía deseos sexuales, pero evadió la actividad sexual en virtud de que percibía el embarazo como un suceso extraño.

Experiencias		<p><i>Llevaba un mes en el trabajo y me enteré en la mañana; mi primera reacción fue de sorpresa y dudas y preocupación, pero a la vez un nuevo comienzo y mucha fuerza [...] Lo primero que se me vino a la mente fue ¿cómo será? ¿Estará bien? ¿Cómo se sentirá mi pareja? ¿Ahora qué haré? ¿Qué haremos? ¿Cómo pediré permiso para poder ir a verlos? [...] Fue un tanto emocionante y preocupante, pero a la vez lo más lindo, estrujante y cansado, y varias emociones más que se sienten en su momento.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>Me sentía estresado y preocupado, y mi única manera de poder sacarlo, ya que sentía miedo o [veía] un poco raro o extraño tener relaciones en ese estado, era correr y salir con el balón como una distracción. Era una forma rara y extraña de poder tener relaciones en el estado en que estaba mi pareja. Para mí en lo personal fue un poco incómodo y como muy extraño en su momento, y decidía mejor hacer algo diferente.</i></p>

Caso de P33. Fue un embarazo que vivió con confusión, agobio e inseguridad, pero también con alegría, como una experiencia inolvidable y el mejor suceso. Él logró estar tranquilo para poder ofrecer protección y cuidado. Se debatió entre el temor y la ansiedad de que la actividad sexual perjudicara el embarazo y su necesidad fisiológica de realizarla.

Experiencias		<p><i>Una alegría y emoción inmensas, una sensación de confusión y agobio [...] sentir que no estaba preparado para la paternidad [...] una cascada hermosa de sensaciones que no soy capaz de explicar. Una experiencia inolvidable [...] sensaciones encontradas, tranquilidad para poder proteger a esa personita [...] una experiencia nueva inigualable. Fue lo mejor que me pudo suceder.</i></p>
Actividad sexual		<p><i>No sabía qué podía pasar al hacer alguna actividad sexual, el miedo al pensar en qué pasaría, y a la vez la sensación de que podía tener relaciones ya que es una necesidad fisiológica. [En ella había] una baja del deseo sexual, una alta sintomatología de protección hacia la personita [...] Fue una sensación de mucha ansiedad durante el período de más de seis meses, que es cuando se presentan mayormente dichos cambios.</i></p>

Tipo 6. Frustración por la reducción o privación de actividad sexual

Se incorpora el caso donde el varón rechaza la

idea (aunque comprende la imposibilidad, enojosa para él) de no tener sexo.

Caso de P30. Fue un embarazo inesperado. Sintió temor tras recibir la noticia. Delegó en su compañera la decisión de continuarlo o no. Después, asimiló el embarazo y dio cuidados y protección. Sintió que eso lo hizo madurar. Se enojaba y se frustraba por no tener sexo.

Experiencias		<p><i>Cuando me entero que mi esposa estaba embarazada, no me lo esperaba; me sentí con miedo y a la vez emocionado. No pude tomar una decisión en el momento. Le dejé a ella la responsabilidad [...] Al paso de los meses asimilé que esperábamos a una hija. Traté de apoyar a mi esposa en la casa para que no se pusiera mala, acompañarla al doctor, que comiera saludable. Me daba mucho sueño y se me antojaba mucho el pastel de chocolate con refresco [...] Caminábamos [...] Gracias al embarazo uno madura como persona.</i></p>
Act. sexual		<p><i>Me molestaba por no tener intimidad con mi esposa. Me ponía de malas tener poca intimidad con mi esposa. En el embarazo disminuyó el setenta por ciento de la intimidad y yo me ponía de malas, pero entendí que no se podía.</i></p>

DISCUSIÓN

El instrumento de investigación empleado permitió obtener datos sobre las experiencias significativas, representadas icónica y discursivamente, acerca de sucesos clave y la actividad sexual de los hombres durante el único o primer embarazo.

Dibujos: medios que representaron icónicamente aspectos del embarazo

Los dibujos así producidos contuvieron elementos de las experiencias masculinas vividas en el embarazo: objetos (pelota, caja), muebles, aparatos electrónicos, prendas, lugares, cuerpos humanos femeninos y masculinos (enteros o partes de estos, o bebés, fetos y vientres preñados), gesticulaciones (sonrisas, muecas, miradas), posturas, distancias interpersonales, orientaciones (de frente, lado con lado, detrás o adelante), actividades (tocar, abrazar, besarse, compartir la cama, ir tras un balón, tomarse una foto), señales (gotas de sudor, chapetones rojos), símbolos (prohibición, amor, posición sexual, secuencia, pensar, nacionalidad)

y signos (“stop”, interrogaciones). El contenido icónico de los dibujos fue realista, personal y social. Un dibujo fungió como una totalidad selectiva y sintética; totalidad, porque fue una unidad compleja; selectiva, porque remitió a experiencias significativas, y articulada, porque sus elementos guardaban orden, jerarquía, coherencia y congruencia. El trazo y lo trazado en los dibujos objetivaron habilidades, recuerdos e imaginación de lo vivido.

Dibujo y relato: medios complementarios para representar objetos, eventos, actividades y estados subjetivos

Los dibujos informaron sobre las experiencias representadas, valga la tautología. Los relatos escritos describieron e interpretaron elementos y aspectos de los dibujos; delimitaron, precisaron lo que los dibujos y sus componentes articulados representaban. Fueron idóneos para consignar acontecimientos, actividades, conductas y estados subjetivos respecto al embarazo que no contradecían los dibujos o no aparecían en éstos. Además de ser

complementarios, los dibujos y relatos guardaron coincidencias y especificidades. Así, es aconsejable explorar similitudes, diferencias, complementos y peculiaridades entre ambas formas de representación de los contenidos de las experiencias masculinas durante embarazo: la icónica y la narrativa. Queda acreditado, se presume aquí, el empleo útil del dibujo como estrategia de investigación cualitativa, más aún si éste y el relato escrito son métodos vinculados.

Objetos centrales de la autorrepresentación icónica y narrativa del embarazo

Destacaron como objetos y temas primordiales de la representación icónica sobre el embarazo el vientre preñado, el descendiente en gestación, la parafernalia gineco-obstétrica, las actividades de los roles paternos y maternos en el embarazo y las actitudes y gestos de contenido afectivo y emocional, propios de la diada y del entorno familiar y extrafamiliar. En los relatos se reconocieron esos mismos objetos y temas. Entre los contenidos exclusivos de los relatos aparecieron estados de ánimo diversos, a veces formando complejos o siendo antagónicos; disposiciones cambiantes (deseo paternal, deseo sexual, emociones, sentimientos, aprendizajes, propiocepciones); formas de cuidado conyugal o gestacional más abundantes y detalladas; realidades cuya riqueza y detalle es difícil de representar de modo icónico (puede convenir una descripción intensiva de la posición y la dinámica sexual que se simboliza con una cuchara).

Contexto e intenciones en la generación del primer embarazo

La fecundación presupone una actividad sexual. Ésta admite la existencia de la pareja sexual, la cual a su vez supone la práctica social del noviazgo o de la pareja conyugal. La vinculación sexual fecunda y consensuada involucró alguna forma o nivel de intencionalidad reproductiva en las etapas y momentos de vida de cada miembro de la pareja. En breve, hubo un origen relacional, intencional y contextualizado del embarazo a considerar, en lo particular, desde la perspectiva masculina. En el presente estudio se pudieron dilucidar –al revisar

el conjunto de dibujos y relatos– distintas formas situadas de intencionalidad sexual y reproductiva en el varón: indiferencia ante un posible embarazo, conformidad frente al mismo, imprevisión sorprendente, anuencia pronta ante la concepción imprevista, renuencia a asumir consecuencias del ejercicio sexual, aceptación difícil pero inevitable del embarazo probado, deseo intenso y permanente de un embarazo logrado y planeación pragmática de una concepción. En fin, se hallaron distintas circunstancias al comienzo del embarazo.

Implicación emocional y participación del hombre en el cuidado del embarazo

Los hallazgos del presente estudio son congruentes con los obtenidos en otras latitudes. Así, el diagnóstico de embarazo aproxima a los hombres a reconocer su condición de futuros padres (Drapper, 2002); la noticia de embarazo es un suceso al que deben adaptarse (Fenwick *et al.*, 2012); uno de sus roles principales en el embarazo es dar apoyo financiero a la mujer (Maluka y Peneza, 2018); ayudan en las actividades que requieren un mayor esfuerzo físico (Kwanbai *et al.*, 2013); les corresponde dar ayuda financiera, auxiliar en las tareas físicas, proveer apoyo emocional y brindar compañía en las consultas clínicas (Matseke *et al.*, 2017). No obstante, cumplir sus responsabilidades laborales les dificulta acompañar a su pareja a las clínicas (Secka, 2010); acompañarían a la mujer a los centros de salud de no haber obstáculos en el trabajo y exclusiones en el ambiente hospitalario (Kaye *et al.*, 2014), pues tienden a ser excluidos de los procesos reproductivos (Lafaurie y Valbuena, 2020). Aun así, hay una conciencia creciente en algunos hombres de que cuidar el embarazo es una responsabilidad compartida (Vermeulen *et al.*, 2016). Los padres entrevistados actuaron de conformidad con los dos conceptos de intervención masculina formulados por McLean (2019): el concepto biomédico y el concepto de la cultura local, ya definidos líneas arriba. Asimismo, fue común el efecto psicológico del embarazo en los hombres, pero en un espectro más amplio que el reportado por Texeira *et al.* (2009), quienes encontraron en los varones signos de ansiedad y depresión. Es

plausible afirmar que cuanto más esté consolidada la pareja conyugal, más decididamente se involucra el varón en la planificación de la concepción y antes acepte el embarazo, más si lo considera propio y compartido y más aún si se implica afectiva y emocionalmente en el proceso materno-fetal; entonces, mejor y más ampliamente se implicará en los dos conceptos de participación masculina antedichos durante el primer embarazo.

Formas de apropiación masculina del embarazo

Las circunstancias de origen, asimilación, aceptación y cuidado del embarazo por los varones denotaron las formas de su apropiación. Así, dibujarse con un bebé no nato (en la *nube* de pensamiento (P37) o frente al vientre de la mujer (P43), declarar en los relatos que el embarazo era también suyo o que se hallaban “embarazados” (P31, P34 y P37) y presentar algún síntoma tipo de *couvade* (P30) (Ganapathy, 2014), constituyen representaciones icónicas y verbales, respectivamente, importantes para reconocer subjetividades masculinas emergentes en torno a la sexualidad y reproducción, las que parecen asociarse a posturas masculinas empáticas y de implicación con la pareja preñada, el descendiente en gestación uterina y, por ende, a su participación en el cuidado del bienestar y la salud materno-fetal. Otras apropiaciones del embarazo (tensando la significación del término) son las que aluden o representan también a los familiares del hombre o de su compañera (P63, P31, P56, P35), e incluso a miembros del equipo médico (P34).

Actividad sexual del hombre durante el embarazo

Como se muestra en dibujos y relatos, la actividad sexual en el embarazo fue una relación diádica negociada, contextual, peculiar y cambiante en forma y significación. Se agrupó en seis tipos: 1) continuación precavida de la actividad sexual; 2) ajuste y cese final de la misma; 3) ausencia de sexo, enfocándose en el cuidado gestacional; 4) experimentación y mejora de la actividad sexual; 5) renuencia al sexo, y 6) falta de sexo frustrante. En todos ellos, la constante actitud masculina fue la de lograr un ajuste negociado, con algún balance de poder dentro de la pareja, pero siempre

considerando o cuidando el desarrollo y la salud materno-fetal hasta el parto y el nacimiento. Desde el momento en que se diagnosticó el embarazo, lo prioritario fue consumir los fines reproductivos maternos y paternos hasta alcanzarlos, antes que el deseo erótico-sexual masculino. Estos hallazgos concuerdan con estudios como el de Onah *et al.* (2002), ya que las creencias de los hombres acerca de si el coito empeora o mejora el bienestar fetal afectan sus relaciones sexuales con sus parejas embarazadas, ya reduciéndolas, manteniéndolas o alentándolas; el de Toole *et al.*, (2005), porque las creencias de que puede haber riesgos que afecten al feto e induzcan un aborto predicen la disposición a no tener (o tener, según el caso) relaciones sexuales con la embarazada; el de Jamali *et al.* (2018) debido a que en el embarazo pueden manifestarse ciertos trastornos sexuales en los hombres y en las mujeres, como una disminución del deseo sexual o una insatisfacción en las relaciones sexuales; el de Dwarica *et al.* (2019), debido a que al final del embarazo suele evitarse el sexo, decrece la sensualidad y la comunicación sobre el sexo, y el de Pierrepont *et al.* (2022), pues algunos hombres temen inducir con el sexo la labor de parto o un aborto.

La similitud entre los hallazgos sobre las experiencias, participación y actividad sexual de hombres en el embarazo en distintos contextos culturales, espaciales y temporales, se ha encontrado con diferentes métodos cualitativos (aquí con dibujos y relatos escritos), fortaleciendo así ciertas expectativas de triangulación (Hernández *et al.*, 2014). Por último, el ajuste hecho a la actividad sexual depende de la peculiaridad y el desarrollo del embarazo vivido, asumiéndola a partir de los significados y roles del cónyuge y del padre primerizo, de sus disposiciones afectivas y emocionales y de sus saberes y creencias sobre los riesgos del sexo durante el embarazo. La actividad sexual de los varones en el primer embarazo fue importante por el placer y satisfacción que les produjo a ellos y a sus parejas, pero su fin de obtener o dar placer sexual no supera la prioridad existencial de proteger, como un sólido pilar masculino, la salud maternofilial.

Citación: Sapién L., J.S. (2024). Experiencias y actividad sexual de hombres durante el primer embarazo de sus parejas: dibujos y relatos escritos. *Psicología y Salud*, 34(2), 285-299. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2909>

REFERENCIAS

- Bardos, A.N. y Powell, S. (2000). Human drawings and the Draw -A- Person: Screening procedure for emotional disturbance. En W. A. Dorfman y M. Hersen (Eds.): *Understanding Psychological Assessment*. Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Drapper, J. (2002). 'It's the first scientific evidence': men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563-570.
- Dwarica, D.S., Collins, G.G., Fitzgerald, C.M., Joyce, C., Brincat, C. y Lynn, M. (2019). Pregnancy and sexual relationships study involving women and men (PASSION Study). *The Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 975-980. Doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.014
- Fenwick, J., Bayes, S. y Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3, 3-9. Doi: 10.4103/0975-9727.128944
- Ganapathy, T. (2014). Couvade syndrome among 1 st time expectant fathers. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*, 5(1), 43-47.
- García R., E.B. (2007). El conocimiento y el control del propio cuerpo en la infancia. *Lecturas EF y Deportes. Revista Digital*, 12(107) Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd107/el-control-del-propio-cuerpo-en-la-infancia.htm>
- Garner, D. (1997). The 1997 Body Image Survey results. *Psychology Today*, 30, 30-44.
- Golombok, S. (1985). Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (G.R.I.S.S.). *British Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 63-64.
- Goodenough, F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. World Book Company & The House of Applied Knowledge.
- Hernández S., R. Fernández C., C. y Baptista L., M.P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Jamali, S., Javadvpour, S., Alborzi, M., Haghbeen, M. y Mosallanezhad, Z. (2018). A study of men's sexuality and their attitude during their wives' pregnancy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(5), 24-28. Doi: 10.7860/JCDR/2018/32004.11555
- Kaye, D.K., Kakaire, O., Nakimuli, A., Osinde, M.O., Mbalinda, S.N. y Kakande, N. (2014). Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *Pregnancy and Childbirth*, 14, 54. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/54>
- Kwanbai, K., Dellicour, S., Desai, M., Ameh, C.A., Person, B., Achieng, F., Mason, L., Laserson, K. y Oter, K. (2013). Perspectives of men on antenatal and delivery care service utilization in rural western Kenya: a qualitative study. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 13, 134.
- Lafaurie V., M.M. y Valbuena M., Y. (2020). Male partner participation in pregnancy, childbirth and postpartum: health team members' perceptions in Bogota. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 129-148. Doi: 10.22235/ech.v9i2.2288
- Machover, K. (1963). *Dibujo de la Figura Humana: un método de investigar la personalidad*. Madrid: Rialp.
- Maluka, S.O. y Peneza, A.K. (2018). Perceptions on male involvement in pregnancy and childbirth in Masasi District, Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15, 68. Doi: 10.1186/s12978-018-0512-9
- Matseke, M.G., Ruiter, R.A.C., Barylski, N., Rodriguez, V.J., Jones, D.L., Weiss, S.M., Peltzer, K., Setswe, G., Sifunda, S. (2017). A qualitative exploration of the meaning and understanding of male partner involvement in pregnancy-related care among men in rural South Africa. *Journal of Social Behavior Health Science*, 11. Recuperado de <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1269&context=jsbh>
- McLean, K.E. (2019). *Men's experiences of pregnancy and childbirth in Sierra Leone: Reexamining definitions of "Male partner involvement"*. Trabajo presentado en la reunión de la American Anthropological Association and Canadian Anthropological Society de 2019 en Vancouver, BC. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620306985>
- Observatori de Bioètica i Dret (1979). *El Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Oladeji, O., Farah, A.E., Oladeji, B. y Mohame, J. (2022). Male involvement in pregnancy and childbirth: a qualitative study in rural population in Awbare, District of Somali Region of Ethiopia. *Journal of Women's Health and Development*, 5(1), 24-34. Doi: 10.26502/fjwhd.2644-28840074
- Onah, H.E., Iloabachie, G.C., Obi, S.N., Ezugwu, F.O. y Eze, J.N. (2002). Nigerian male sexual activity during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 76(2), 219-223. Doi: 10.1016/S0020-7292(01)00579-3
- Pérez J., M.J., Echauri O., M.E., Ancizu I. y Chocarro S.J., M. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Gobierno de Navarra.

- Pierrepont, C., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Polomeno, V. y Péloquin, K. (2022). Sexual activity based fears during pregnancy, sexual function and dyadic adjustment in couples who are expecting their first child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 107-113. Doi: 10.1080/0167482x.2022.2052844
- Presidencia de la República (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación* (2 de abril de 2014). Recuperado de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/10._NAL._Reglamento_de_Investigacion.pdf
- 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 assesment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Secka, E. (2010). *Men's involvement in care and support during pregnancy and childbirth: a qualitative study conducted in the Gambia*. Thesis of Master of Philosophy in International Community Health. University of Oslo. Institute of Health and Society. Department of General Practice and Community Medicine. Section for International Health.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México, Paidós.
- Texeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. y Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *National Library of Medicine*, 119(1-3), 142-148. Doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005
- Toole, M., Coghlan, B., Holmes, W. y Xeutvongsa, A. (2005). *Study of young men's sexual behavior*. Vientiane (Laos): Burnet Institute. Recuperado de <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/study-young-men-sexual-behaviour-vientiane-lao-pdr-aug-nov-2004.pdf>
- Vermeulen, E., Miltenburg, A.S., Barras, J., Maselle, N., van Elteren, M. y van Roosmalen, J. (2016). Opportunities for male involvement during pregnancy in Magu district, rural Tanzania. *Bio Med Center Pregnancy and Childbirth*, 16, 66. Doi: 10.1186/s12884-016-0853-8

El registro electroencefalográfico y el cortisol salival en el estudio del estrés: una revisión sistemática

Electroencephalographic recording and salivary cortisol in the study of stress: A systematic review

Mariana Martínez Pelayo, Emiliano Vázquez Pelayo,
Sergio Díaz Medina y Ana Beatriz Moreno Coutiño

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Mariana Martínez P., mariana_martinezp@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

Con la intención de conocer la eficacia de las técnicas de registro electroencefalográfico y de la evaluación del cortisol en saliva en el campo del estudio del estrés, en este trabajo se realizó una revisión sistemática ordenada y explícita de la literatura científica más reciente para indagar estos temas de estudio mediante un análisis crítico de investigaciones de evaluación aguda y crónica del estrés. De manera particular, la revisión se centró en la población masculina debido a que se trata de un grupo poco estudiado, en el cual el estrés se ha asociado con diversos problemas clínicos y sociales, como la agresividad, la violencia y las adicciones. Se presenta al final un resumen cualitativo de la evidencia científica y una discusión sobre el uso de estas técnicas como biomarcadores confiables, reafirmando así su importancia para evaluar el estrés en sus formas aguda o crónica, ya que respaldan los resultados obtenidos mediante los instrumentos psicométricos, lo que fortalece la evidencia de los efectos de las intervenciones empleadas para evaluar y atender este trastorno.

Palabras clave: EEG; Cortisol salival; Estrés; Revisión sistemática.

ABSTRACT

In order to identify the efficacy of both electroencephalographic recording and the evaluation of cortisol in saliva under stress, we conducted an orderly and explicit systematic review of the most recent scientific literature on these topics through critical analysis. We reviewed studies evaluating acute and chronic stress. This review focused on the male population because this is a scarcely studied group, and stress seems associated with various clinical and social problems such as aggression, violence, and addictions. We finally present a qualitative summary of the scientific evidence and a discussion on using these techniques as reliable biomarkers. Results reaffirm the importance of assessing stress in its acute or chronic form since they support results obtained by psychometric instruments. Results also support the evidence of the effects of interventions used to evaluate and treat this disorder.

Key words: EEG; Salivary cortisol; Stress; Systematic review.

¹ Laboratorio de Atención Plena Compasiva, Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, 04510 Coyoacán, Ciudad de México, México, correos electrónicos: emimers@gmail.com, sergioalmn3@gmail.com y moca99_99@yahoo.com.



Recibido: 06/07/2022

Aceptado: 11/09/2023

En las ciencias del comportamiento, la definición más clásica de estrés es aquella que lo considera como la “percepción de amenaza, con malestar resultante de ansiedad, tensión emocional y dificultad de adaptación” (Selye, 1976). Las personas sanas que no experimentan estrés manifiestan en su sistema nervioso central un equilibrio entre el sistema simpático y parasimpático, y la exposición a situaciones amenazantes induce una respuesta de lucha o huida mediante la cual se activan los sistemas emocionales y de vigilancia. Aunque la mayor parte del estrés actual proviene de factores psicosociales que no son potencialmente mortales, la respuesta de lucha o huida aún se genera. Por esta razón, los estudios sobre los patrones de actividad cerebral en condiciones estresantes se han centrado en el estrés causado por las palabras, los exámenes, el ruido y las tareas mentales.

Además de provocar perturbaciones en el sistema nervioso central, el estrés tiene efectos en los sistemas endocrino e inmune, y altera la percepción de los problemas diarios al vivírselos como más graves y difíciles de enfrentar y resolver (Selye, 1956; Folkman, 1984).

El uso de biomarcadores en la evaluación dota de respaldo objetivo a las investigaciones que implementan intervenciones para modularlo o reducirlo (Gómez y Escobar, 2006).

La investigación sobre el estrés es un área que emerge rápidamente en el campo del procesamiento de señales de electroencefalografía. Los estudios con electroencefalograma (EEG), evalúan la suma de la actividad postsináptica en los niveles corticales expresada como actividad eléctrica, la cual se registra mediante electrodos colocados en el cuero cabelludo (Buzsáki *et al.* 2012), lo que permite determinar los distintos estados funcionales (Estévez, 1995) y la obtención de datos objetivos asociados a estados psicológicos particulares.

Al estudiar el estrés con el EEG se ha propuesto a la banda alfa generada en la corteza prefrontal como un marcador de aquél (Saeed *et al.*, 2020). En esta misma línea, Reznik y Allen (2017), en una

revisión sobre la actividad alfa y su relación con el estrés, concluyen que existe una dominancia de la corteza prefrontal (CPF) derecha en situaciones o periodos en los que el estrés es elevado, también llamados “periodos de estrés ambiental”. Dichos autores describen un incremento en la actividad de la banda alfa en la corteza frontal izquierda respecto de la corteza derecha cuando el estrés es agudo, y concluyen que la asimetría en la actividad de la banda alfa en la CPF es un reflejo de las emociones experimentadas; es decir, a mayor asimetría, más estrés.

Por su parte, Perrin *et al.* (2019) encontraron que durante los periodos de bajo estrés la actividad EEG está dominada por las bandas lentas (delta y theta), lo cual se ha asociado con una escasa activación cerebral, un pobre desempeño mental y un nivel de alerta bajo y somnolencia. Además, describen que el estrés moderado está relacionado con una actividad cortical igualmente moderada y un estado de alerta relajado dominado por ondas alfa. Tal conclusión la basaron en el modelo de Sapolsky (2015) de la “U” invertida sobre el estrés, la actividad cortical y el desempeño cognitivo. El estado de estrés óptimo se caracteriza por tener una dominancia de bandas beta y gama, con un estado de alerta perfecto para el desarrollo de actividades mentales. Sin embargo, cuando el estrés es elevado se considera que hay una sobreesestimulación mental, por lo que el EEG mostrará una mezcla de frecuencias altas y bajas, con lo que, en consecuencia, el desempeño en actividades cognitivas será pobre.

Por otro lado, la respuesta fisiológica que la excesiva demanda del ambiente genera en el organismo involucra la liberación de diversas sustancias que facilitan el afrontamiento a dichas demandas, entre las que se encuentra el cortisol, cuya liberación forma parte de la llamada “reacción al estrés” que aumenta el estado de alerta, la vigilancia, la atención enfocada y el procesamiento cognitivo, todo lo cual hace posible una respuesta adaptativa (Permuy, 2011).

Esta reacción está mediada por el eje hipotálamico-pituitario-suprarrenal, que es una vía reguladora clave en el mantenimiento del proceso de homeostasis en los organismos (Russell y Lightman, 2019). La reacción inicia cuando el núcleo

paraventricular del hipotálamo libera la neurohormona corticoliberina (CRH) a la adenohipófisis, lo que estimula la liberación de la hormona adrenocorticotropina (ACTH) al torrente sanguíneo y activa la producción de glucocorticoides, incluido el cortisol, en la corteza suprarrenal (Permuy, 2011). En los seres humanos, este eje muestra un patrón de activación circadiano relacionado con los periodos de sueño-vigilia, de modo que el nivel máximo de cortisol se observa durante las primeras horas del día, registrándose un nivel alto de cortisol matutino, lo que anticipa las necesidades de activación del cuerpo, seguido de una disminución diurna constante hasta alcanzar niveles mínimos en la noche (Russell y Lightman, 2019).

El incremento máximo de esta hormona se puede medir en la saliva entre 15 y 30 minutos después de un suceso estresante, el cual disminuye paulatinamente hasta sus niveles previos entre 60 y 90 minutos más tarde (De Kloet *et al.*, 2005). Cuando esta respuesta se prolonga en el tiempo, se produce una sobrecarga en el organismo que conduce a una amplia gama de síntomas y estados de enfermedad, como ciertos trastornos de salud mental, enfermedades cardiovasculares, obesidad, síndrome metabólico e incremento de la susceptibilidad a infecciones, entre otros (Russell y Lightman, 2019).

Por esta razón, el cortisol en saliva es un biomarcador muy frecuentemente utilizado en la evaluación del estrés psicológico en virtud de que

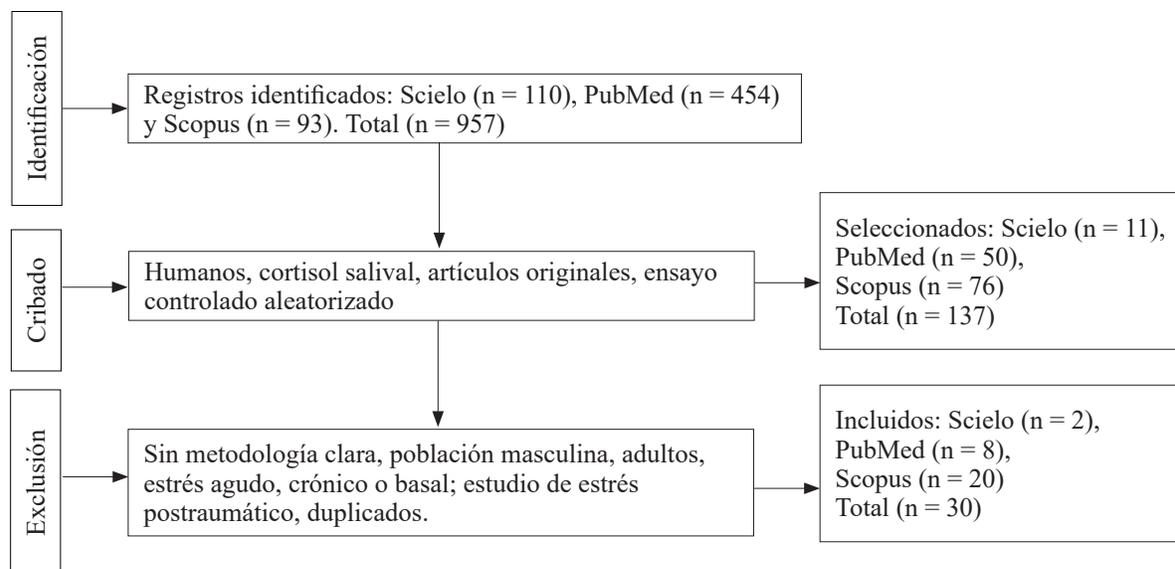
ha mostrado ser uno de los mejores marcadores, convirtiéndose así en una excelente opción debido a que su recolección no es invasiva (Giacomello *et al.*, 2020).

MÉTODO

Se realizó una revisión de los estudios llevados a cabo durante el periodo comprendido entre los años 2015-2021, para lo cual se efectuó una búsqueda en las bases de datos de Scielo, PubMed y Scopus, utilizando para ello los siguientes filtros: año de publicación, población que incluyera seres humanos adultos varones, y en idiomas español o inglés. Dicha búsqueda se dividió en dos temas: “estrés y cortisol” y “estrés y EEG”.

En el primer caso, se buscaron estudios que hubieran evaluado el cortisol salival en relación con el estrés. Se utilizaron los siguientes filtros: *Randomized Controlled Trial, Neuroscience, Psychology, Social Sciences, Health Professions, Medicine, Article* y la combinación de palabras clave en el título y en el resumen de *Cortisol AND Stress*. Esta búsqueda arrojó 957 artículos, de los que se seleccionaron 30. El proceso de selección se muestra en la Figura 1. De estos 30 artículos, 24 evaluaron la actividad del cortisol ante condiciones de estrés agudo. Los otros 6 midieron los niveles basales de estrés y de cortisol.

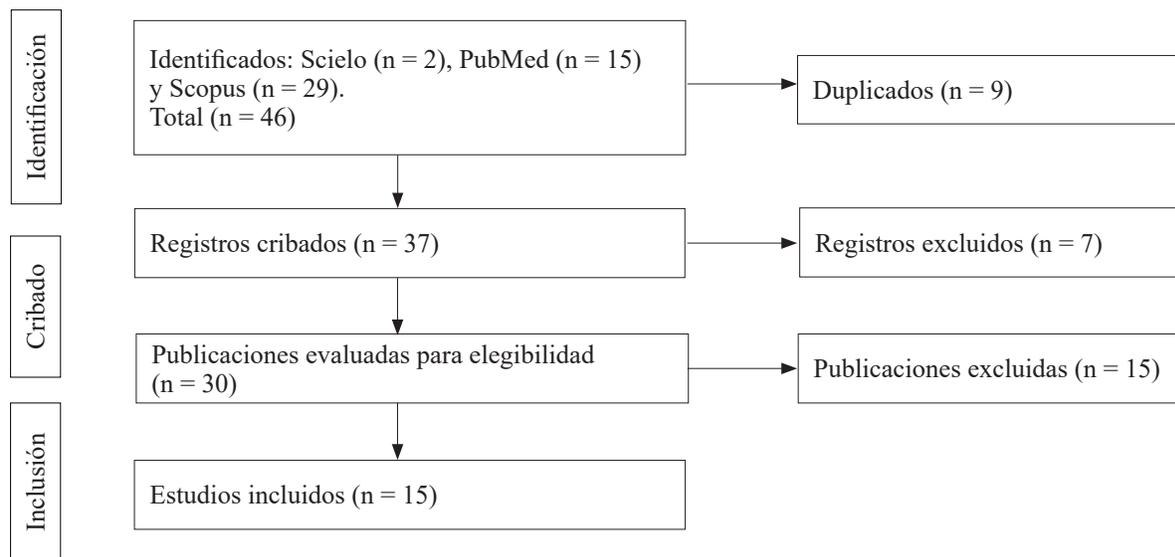
Figura 1. Proceso para la selección de artículos que relacionan cortisol salival y estrés (Page *et al.*, 2020).



Para el segundo caso, se hizo la búsqueda a fin de determinar la efectividad del uso de los registros de EEG para evaluar estrés percibido, agudo o crónico. Se utilizó la combinación de palabras clave y operadores booleanos en el título y títu-

lo-resumen de *EEG AND stress*. Los resultados de tal búsqueda arrojaron un total de 46 registros. En la Figura 2 se puede observar el proceso de selección de quince artículos.

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios (Page *et al.*, 2020).



RESULTADOS

Para facilitar la lectura de los hallazgos recabados en esta revisión, éstos se resumieron en las siguientes tablas: artículos que estudiaron estrés agudo y

cortisol (Tabla 1), artículos que analizan estrés crónico y cortisol (Tabla 2) y aquellos que relacionaron el estudio del estrés con el electroencefalograma (Tabla 3).

Tabla 1. Datos de los artículos revisados sobre estrés agudo y cortisol.

Autores	Título	Estrés	Cortisol	Muestra	Resultados generales
Bachmann <i>et al.</i> (2019)	<i>Test-retest reproducibility of a combined physical and cognitive stressor.</i>	Cold pressor test y Paced Auditory Serial Addition Task.	Vespertino	Varones entre 19 y 31 años.	Reactividad al cortisol más alta en la primera prueba que en la exposición al estrés. Se sugieren efectos de aprendizaje.
Bedini <i>et al.</i> (2017)	<i>Stress and salivary cortisol in emergency medical dispatchers: A randomized shifts control trial.</i>	Atención de llamadas de emergencia de vida o muerte.	Vespertino	Ambos sexos, media 36.4 años.	Niveles de cortisol mayores en los participantes hombres con llamadas de emergencia.
Black <i>et al.</i> (2017)	<i>Mindfulness practice reduces cortisol blunting during chemotherapy: A randomized controlled study of colorectal cancer patients.</i>	Sesión de quimioterapia.	Vespertino	Ambos sexos, entre 18 y 89 años.	Aumentó la reactividad del cortisol en el grupo de atención plena posterior a una sesión de quimioterapia en comparación con los controles.

Continúa...

Autores	Título	Estrés	Cortisol	Muestra	Resultados generales
Bluth <i>et al.</i> (2016)	<i>Does self-compassion protect adolescents from stress?</i>	Trier Social Stress Test (TSST).	No especificado	Ambos sexos, entre 13 y 18 años.	Alta autocompasión relacionada con mayor bienestar emocional y menor respuesta de estrés fisiológico.
Cutler <i>et al.</i> (2017)	<i>Blunted stress reactivity in chronic cannabis users.</i>	Maastricht Acute Stress Test (MAST).	No especificado	Ambos sexos, entre 20 y 64 años.	Los consumidores de cannabis demostraron una respuesta al estrés mitigada.
Ditzen <i>et al.</i> (2019)	<i>Intimacy as related to cortisol reactivity and recovery in couples undergoing psychosocial stress.</i>	Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Ambos sexos, edad media mujeres: 26.3, varones: 28.4 años.	La intimidad redujo las respuestas del cortisol al estrés en las mujeres, excepto si usan anticonceptivos orales, y aceleró la recuperación en los hombres.
Frenkel <i>et al.</i> (2019)	<i>Mindful Sensation Seeking: an examination of the protective influence of selected personality traits on risk sport-specific stress.</i>	Heidelberg Risk Sport-Specific Stress Test (HRSSST).	Vespertino	Varones, edad entre 18 y 31 años.	La atención plena no se correlacionó significativamente con los niveles de cortisol.
Guevara <i>et al.</i> (2019)	<i>Executive functioning and rumination as they relate to stress-induced cortisol curves.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	Matutino	Ambos sexos, entre 45 y 76 años.	La flexibilidad cognitiva se asoció con el AUC _g , mientras que la rumiación lo hizo con el AUC _i .
Hogue (2019)	<i>The protective impact of a mental skills training session and motivational priming on participants' psychophysiological responses to performance stress.</i>	Ego-involving instructional juggling.	Vespertino	Varones, edad media de 20-25 años.	La sesión de entrenamiento de habilidades mentales produjo respuestas más adaptativas al estrés.
Hogue (2020)	<i>Achievement goal theory-based psychological skills training session buffers youth athletes' psychophysiological responses to performance stress.</i>	Ego-involving instructional juggling.	Vespertino	Ambos sexos, edad media 16.08 años.	La intervención ayudó a amortiguar las respuestas de estrés desadaptativo de los atletas.
Jung <i>et al.</i> (2020)	<i>Internalized weight bias and cortisol reactivity to social stress.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Ambos sexos, edad entre 19 y 62 años.	Incremento en la secreción del cortisol en individuos con estigma de peso internalizado bajo; en aquellos con estigma medio o alto fue una respuesta atípica del cortisol.
Lin, Mas-sar <i>et al.</i> (2020)a	<i>Trait mindfulness moderates reactivity to social stress in an all-male sample.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Varones, edad entre 19 y 32 años.	Un rasgo alto de atención plena se asoció con menor estrés subjetivo y reactividad del cortisol al estrés.

Continúa...

Autores	Título	Estrés	Cortisol	Muestra	Resultados generales
Lin, Leung et al. (2020)b	<i>Individual differences under acute stress: Higher cortisol responders performs better on N-back task in young men.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Varones, edad media de 21.9, \pm 2.1 años.	El aumento de cortisol puede facilitar la memoria de trabajo bajo estrés psicosocial agudo.
Manigault et al. (2019)	<i>Cognitive behavioral therapy, mindfulness, and cortisol habituation: A randomized controlled trial</i>	Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Ambos sexos, entre 18 y 50 años.	Las intervenciones MBSR y CBT promueven una mayor habituación del eje HPA, pero no reducen la producción general de cortisol.
Mehrsafar et al. (2019)	<i>The effects of mindfulness training on competition-induced anxiety and salivary stress markers in elite Wushu athletes: A pilot study.</i>	Competencia deportiva.	Vespertino	Varones, edad media de 25.4 años.	El grupo MBI mostró una disminución en la ansiedad competitiva y en los niveles diarios de cortisol salival, así como una menor respuesta a la competencia.
Park et al. (2020)	<i>Changes in psychological anxiety and physiological stress hormones in Korea national shooters.</i>	Competencia deportiva.	No especificado	Ambos sexos, edad entre 22 y 27 años.	Se encontró una correlación positiva entre la puntuación BAI y la concentración de cortisol.
Pilatti et al. (2017)	<i>Efecto del estrés social agudo sobre impulsividad, toma de riesgos y sesgos atencionales en jóvenes con y sin historia familiar de abuso de alcohol.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	Matutino y vespertino	Ambos sexos, edad entre 18 y 30 años.	Los participantes expuestos al estrés tuvieron niveles más altos de cortisol en saliva y una percepción subjetiva de mayor malestar.
Roberts et al. (2019)	<i>A longitudinal examination of military veteran' invictus games stress experiences.</i>	Competencia deportiva.	Al levantarse y antes de dormir.	Ambos sexos, edad entre 24 y 51 años.	Relación negativa entre los niveles altos de cortisol y la conducta evitativa con el desempeño, el bienestar y la salud mental.
Singer et al. (2017)	<i>Acute psychosocial stress and everyday moral decision-making in young healthy men: The impact of cortisol.</i>	Trier Social Stress Test (TSST).	Vespertino	Varones, edad entre 18 y 28 años .	El grupo expuesto a TSST tomó decisiones más altruistas, lo que se relacionó positivamente con el nivel de cortisol.
Smeets et al. (2019)	<i>Stress-induced reliance on habitual behavior is moderated by cortisol reactivity.</i>	Maastricht Acute Stress Test (MAST).	Matutino	Ambos sexos, edad 21.5 y 23.02 años en cada estudio.	Los efectos interactivos de la reactividad del cortisol son clave para que el comportamiento sea más habitual y flexible, pero cognitivamente exigente.
Straup et al. (2019)	<i>I knew you'd understand: How gendered expectations of understanding affect stress.</i>	Debate con un entrevistador muy poco comprensivo.	Vespertino	Ambos sexos, edad entre 18 y 24 años.	La expectativa en la actitud del entrevistador, modulada por su sexo, influyó significativamente en la reactividad al cortisol.

Continúa...

Autores	Título	Estrés	Cortisol	Muestra	Resultados generales
Van Leeuwen <i>et al.</i> (2019)	<i>Reward-related striatal responses following stress in healthy individuals and patients with bipolar disorder.</i>	The Trier Social Stress Test (TSST).	No especificado	Varones, edad entre 38 y 44 años.	El estrés agudo aumentó los niveles de cortisol en ambos grupos. Las respuestas del estriado ventral a la recompensa aumentaron en los sujetos sanos durante la recuperación del estrés.
Vargas <i>et al.</i> (2020)	<i>Negative cognitive style and cortisol reactivity to a laboratory stressor: a preliminary study.</i>	Trier Social Stress Test (TSST).	Matutino	Ambos sexos, edad media 23.1 años.	Relación positiva entre el estilo cognitivo negativo y la respuesta de cortisol al TSST sólo en hombres. En mujeres se observaron respuestas de cortisol menores que en hombres.
Zhu <i>et al.</i> (2020)	<i>Endogenous cortisol-related alterations of right anterior insula functional connectivity under acute stress.</i>	Video aversivo con descargas eléctricas aleatorias.	Vespertino	Varones, edad media 26.05 años.	Se sugiere un vínculo estrecho entre las alteraciones específicas de la conectividad funcional del rAI y la reactividad individual al estrés.

Tabla 2. Datos de los artículos revisados sobre estrés basal y cortisol.

Autores	Título	Cortisol	Muestra	Resultados generales
Blase <i>et al.</i> (2019)	<i>Heart rate variability, cortisol and attention focus during Shamatha Quiescence Meditation.</i>	Vespertino	No especificada.	La meditación Samatha se asoció con una disminución en los niveles de cortisol y con un incremento en la atención sostenida.
Brinkmann <i>et al.</i> (2020)	<i>Comparing effectiveness of HRV-biofeedback and mindfulness for workplace stress reduction: a randomized controlled trial.</i>	Matutino	Ambos sexos, edad media: 43.27 años.	Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención.
Knatauskaitė <i>et al.</i> (2021)	<i>A randomized controlled trial on the influence of two types of exercise training vs control on visuospatial processing and mathematical skills: The role of cortisol.</i>	Vespertino	Ambos sexos de 12 a 15 años. Estudiantes.	El entrenamiento con ejercicios coordinativos logró mejores resultados en la precisión del rendimiento del procesamiento visoespacial.
Kornienko <i>et al.</i> (2020)	<i>Loneliness and cortisol are associated with social network regulation.</i>	Vespertino	Ambos sexos de 18 a 30 años. Estudiantes.	El cortisol modera significativamente la preferencia por amigos con un nivel similar de soledad.
Oken (2017)	<i>Meditation in stressed older adults: improvements in self-rated mental health not paralleled by improvement in cognitive function or physiological measures.</i>	Matutino y vespertino	Ambos sexos de 50 a 85 años.	No hubo diferencias grupales en el cortisol salival ni en la variabilidad de la frecuencia cardíaca.
Tavares <i>et al.</i> (2017)	<i>Relación entre las dimensiones del estrés psicosocial y el cortisol en la saliva de policías militares.</i>	Matutino y nocturno	Varones de 18 a 65 años. Policías militares.	El cortisol al despertar se relacionó negativamente con la carga horaria semanal de trabajo.

Tabla 3. Datos de los artículos revisados sobre estrés y electroencefalograma.

Autores y año	Título	Muestra	Evaluación del estrés	Resultados generales
Merino, M., Gómez, I. <i>et al.</i> , 2015	<i>EEG feature variations under stress situations.</i>	Ambos sexos, 26 a 56 años.	Tareas de memoria y aritmética, añadiendo retroalimentación negativa. Cuestionario estándar STAI.	Existe un efecto en el EEG cuando la prueba de estrés agudo dura más de 4 min. Se registraron variaciones mayores en las bandas theta y alfa en la zonas central y frontal.
Singh, Y. y Sharma, R., 2015.	<i>Individual alpha frequency (IAF) based quantitative EEG correlates of psychological</i>	Varones, 18 a 30 años.	Juego de computadora. Cambios en la respuesta galvánica de la piel y frecuencia cardíaca.	Se registraron aumentos en la potencia absoluta de theta, alfa y gamma inferiores, y una potencia reducida en las bandas alfa y beta superiores asociadas a los cambios en el estrés.
Al-Shargie, F. <i>et al.</i> , 2016.	<i>Mental stress assessment using simultaneous measurement of EEG and fNIRS.</i>	Varones, 18 a 24 años.	Tarea aritmética mental. Método de análisis de máquina de vectores de soporte. Nivel de alfa amilasa salival con un medidor de COCORO	Incrementos en alfa y decrementos en beta en corteza central prefrontal durante la condición estresante. Señales analizadas junto con otros indicadores: concentración de hemoglobina oxigenada (3.4% más exactitud que EEG sólo), y espectroscopía funcional de infrarrojo cercano (11% más exactitud que EEG sólo).
Al-Shargie, T. <i>et al.</i> , 2017a	<i>Towards multilevel mental stress assessment using SVM with ECOC: an EEG approach.</i>	Varones, 20 a 24 años.	Tarea aritmética mental con tres niveles de dificultad. Prueba NASA-TLX.	Reducción de ritmo alfa conforme hubo incremento en la dificultad de la prueba. La corteza prefrontal derecha se identificó como indicador de diferentes niveles de estrés.
Al-Shargie, F. <i>et al.</i> , 2017b	<i>Assessment of mental stress effects on prefrontal cortical activities using canonical correlation analysis: an fNIRS-EEG study.</i>	Varones 19 a 25 años.	Tarea de aritmética. Correlación canónica entre los datos de EEG, espectroscopia funcional del infrarrojo cercano y el nivel de alfa amilasa salival.	En la corteza prefrontal ventrolateral derecha se observaron decrementos en las ondas alfa, así como incrementos en niveles de alfa amilasa.
Schlink, B. R. <i>et al.</i> , 2017.	<i>Independent component analysis and source localization on mobile EEG data can identify increased levels of acute stress.</i>	Varones, 19 a 30 años.	Interacción con un rifle de aire. Respuesta de la conductividad de la piel y niveles de cortisol salival.	Menos de un segundo después de afrontar el rifle de aire se registraron disminuciones significativas en la potencia espectral en las bandas theta y alfa de la corteza prefrontal dorsolateral.
Lotfan, S. <i>et al.</i> , 2019.	<i>Support vector machine classification of brain states exposed to social stress test using EEG-based brain network measures.</i>	Varones, 18 a 28 años.	Tareas de aritmética mental y registro de línea base con ojos abiertos y cerrados.	Se identificaron las bandas alfa y beta como ideales para clasificar el estrés agudo cuando se analizan utilizando la técnica de máquinas de vectores de soporte.
Saeed, S.M. U. <i>et al.</i> , 2018.	<i>Selection of neural oscillatory features for human stress classification with single channel EEG headset.</i>	Ambos sexos, 21 a 34 años.	Estrés crónico. Registro basal. Cuestionario PSS-10.	Las subbandas beta inferior y superior y gamma inferior muestran mayor precisión para clasificar el estrés, cuando se analiza con el algoritmo máquina de vectores de soporte.

Continúa...

Autores y año	Título	Muestra	Evaluación del estrés	Resultados generales
Arsalan, A. <i>et al.</i> , 2019.	<i>Classification of perceived mental stress using a commercially available EEG headband.</i>	Ambos sexos, 18 a 40 años.	Prueba oral con público. Cuestionario PSS-10.	Precisión de clasificación del estrés de 92.85% al analizar densidad espectral de potencia, correlación, asimetría diferencial y racional, así como espectro de potencia de la banda theta con el algoritmo perceptrón multicapa.
Asif, A. <i>et al.</i> , 2019.	<i>Human stress classification using EEG signals in response to music tracks.</i>	Ambos sexos, 20 a 35 años.	Escuchar canciones. Prueba de ansiedad de estado y de rasgo. Banda MUSE.	El método de regresión logística presentó una precisión de 98.76% para identificar el estrés al analizar potencia absoluta y relativa, coherencia, fase de onda y asimetría en la amplitud de las señales de EEG.
Woo Ahn, J. <i>et al.</i> , 2019	<i>A novel wearable EEG and ECG recording system.</i>	Varones Registro: 26 a 32 años. Experimento: 26 a 33 años.	Prueba de color de Stroop y aritmética mental. Banda MUSE.	Incremento en la amplitud de la banda alfa en dos canales, demostrando la fiabilidad de la banda MUSE. El modelo EEG-HRV (Heart Rate Variability) es preciso para clasificar el estrés diario (>95%).
Chang, H.-Y. <i>et al.</i> , 2020.	<i>Stress-induced effects in resting EEG spectra predict the performance of SSVEP-based BCI.</i>	Ambos sexos, 21 a 26 años.	Tarea de juego en computadora. Correlación canónica.	En condiciones de alto estrés hubo un incremento en la potencia de las bandas alfa y theta en las regiones occipital y frontal, así como una amplitud espectral más notoria.
Gupta, R. <i>et al.</i> , 2020.	<i>Modified support vector machine for detecting stress level using EEG signals.</i>	Ambos sexos, 22 a 46 años.	Categorización y reconocimiento de animales.	El método máquina de vectores de soporte es una estrategia precisa para clasificar el estrés agudo en cuatro niveles.
Imperator <i>et al.</i> , 2020.	<i>Neuropsychological correlates of religious coping to stress: a preliminary EEG power spectra investigation.</i>	Ambos sexos, 20 a 25 años.	Escala breve COPE de estilos de afrontamiento: Registro basal.	El afrontamiento al estrés basado en la religión se asocia con niveles bajos de estrés, así como la potencia de la banda theta en el hemisferio derecho, en lóbulos temporal y frontal inferior.
Saeed, S.M. <i>et al.</i> , 2020.	<i>EEG based classification of long-term stress using psychological labeling.</i>	Ambos sexos, 18 a 30 años.	Estrés crónico. Registro basal.	Exactitud de 85.2% del algoritmo máquina de vectores de soporte junto con la regresión logística cuando se aplican a la asimetría en la banda alfa.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio permiten apreciar la importancia de utilizar más de un biomarcador en las investigaciones dirigidas a evaluar el estrés y en las encaminadas a evidenciar el efecto de diversos tratamientos para atender este padecimiento. La utilización de más de un marcador fisiológico ayuda a disminuir el sesgo de las mediciones y, al utilizarlas de manera conjunta con pruebas psicométricas, será posible obtener un en-

tendimiento más completo del estado psicológico de los participantes.

EEG y estrés

Los métodos de análisis de señales de EEG en la evaluación del estrés psicológico muestran diferencias importantes en los hallazgos de las investigaciones. Las variaciones en los resultados podrían deberse a varios factores, incluida la falta de un protocolo estandarizado, la región cerebral

bajo estudio, el tipo de factor estresante, la duración del experimento o el método utilizado para el procesamiento de las señales de EEG y de los datos.

La reciente investigación neurofisiológica de las emociones se ha centrado en el estudio de la actividad hemisférica; por ejemplo, se ha descrito que el hemisferio izquierdo parece estar más involucrado en el procesamiento de emociones positivas, mientras que el derecho se asocia con emociones negativas (Coan y Allen, 2004; Davidson, 2004). Asimismo, se ha visto que los estados de ánimo y las reacciones positivas se asocian con una mayor actividad prefrontal izquierda (LFA). Por su lado, los estados de ánimo y reacciones negativas se relacionan con una mayor actividad prefrontal derecha (RFA) (Davidson *et al.*, 2000). En este orden de ideas, se ha descrito que la corteza prefrontal derecha está críticamente involucrada en la respuesta al estrés, al afecto negativo y a un sistema inmunológico debilitado (Bierhaus *et al.*, 2003; Epel *et al.*, 2004).

De acuerdo con lo hallado en esta revisión, el EEG es un indicador de estrés que puede contribuir al desarrollo de evaluaciones cada vez más precisas, lo que hará posible identificar cambios evocados mediante pruebas estresantes o aquellos patrones asociados al estrés crónico. En algunos de los artículos revisados los registros electroencefalográficos se ven confirmados mediante otro tipo de herramientas, como las pruebas psicométricas, y evaluaciones fisiológicas tales como la frecuencia cardíaca, la respuesta galvánica de la piel, el nivel de cortisol o de alfa amilasa o las neuroimágenes.

En cuanto a las regiones corticales y las bandas de la señal de EEG, los resultados de los artículos apuntan a que en la corteza prefrontal los ritmos alfa (Al-Shargie *et al.*, 2016; Al-Shargie *et al.*, 2017a; Al-Shargie *et al.*, 2017b) y theta (Schlink *et al.*, 2017) son sensibles al estrés de los participantes, sin que se reporten las modificaciones o las características de tales señales. Otros de los estudios incluidos en la revisión tenían como objetivo hallar métodos novedosos para el análisis de datos, como el método de vectores de soporte (Lotfan *et al.*, 2019; Saeed *et al.*, 2020) o de captura de la señal bioeléctrica, como la banda MUSE (Saeed

et al., 2018). Se encontró que ambos métodos de análisis son efectivos para correlacionar las bandas alfa y beta con el estrés, aunque no se reportan las modificaciones encontradas en el EEG.

En otros estudios se encontraron reportes de las bandas alfa y theta en las regiones occipital y frontal (Chang *et al.*, 2020), así como cambios relacionados con el estrés en las circunvoluciones temporal superior, media y frontal inferior, estudio este último que utilizó EEG de alta precisión (Imperatori *et al.*, 2020). En estos reportes resalta la necesidad de describir de un modo más preciso las zonas corticales y las bandas en las que se observan cambios relacionados con el estrés para lograr así un mejor análisis del funcionamiento de estas áreas cerebrales y su relación con el estrés.

Las variaciones en la metodología —como en el tipo de prueba estresante, el dispositivo EEG utilizado, el lugar del experimento, las características de los participantes, la hora del día, entre otras— pueden haber influido en los resultados obtenidos por los distintos investigadores. De igual manera, la varianza encontrada en los estudios se puede asociar a las cualidades analizadas de las señales registradas, como su densidad, el espectro de potencia, la asimetría y sus correlaciones con el tipo de estrés evaluado.

Una herramienta para identificar los patrones del estrés en el EEG que destacó esta revisión fue el método de vectores de soporte (SVM), el cual consiste en una serie de técnicas computacionales supervisadas para resolver tareas de clasificación (Grupta *et al.*, 2020; Lotfan *et al.*, 2019; Saeed *et al.*, 2018; Saeed *et al.*, 2020; Spinetti *et al.*, 2009).

En otro orden de ideas, en esta revisión se consideraron los países en que se efectuaron los estudios, como Malasia, India, Taiwán, Estados Unidos, Corea del Sur, Italia, España y Pakistán. Se advirtió que un número reducido de investigadores está enfocado en el estudio del estrés con el EEG, pues algunos de los reportes incluidos fueron hechos por los mismos autores. También llama la atención que en América Latina hay una escasa producción de este tipo de investigaciones, lo que implica que hay un terreno fértil para el estudio del estrés en esta región del mundo.

Cortisol y estrés

Los artículos incluidos en esta revisión confirmaron la utilidad de evaluar las fluctuaciones en los niveles de cortisol salival a manera de biomarcador de estrés, lo que concuerda con las conclusiones de Giacomello *et al.* (2020).

Según el metaanálisis hecho por Cropley *et al.* (2015), es importante considerar la hora del día en que se toma la muestra salival, toda vez que el estrés crónico está asociado a una disminución de la respuesta del cortisol al despertar (CAR), pero con niveles altos al atardecer (Miller *et al.*, 2007), siendo además el cortisol vespertino muy reactivo a factores externos demandantes o a actividades reconstituyentes, como la relajación. Debido a lo anterior, destaca el hallazgo de esta revisión al advertir que en los estudios analizados se reportaron distintos momentos de medición del cortisol en saliva, no obstante lo cual se encontraron resultados óptimos.

Entre los factores estimuladores de la reactividad del cortisol al estrés se encuentran las expectativas sobre lo que sucederá durante un evento estresante (Straup *et al.*, 2019), el sexo (pues la reactividad del cortisol es mayor en los hombres que en mujeres [Bedini *et al.*, 2017; Guevara y Murdock, 2019; Manigault *et al.*, 2019; Vargas *et al.*, 2020], tener un trabajo profesional demandante (Bedini *et al.*, 2017; Tavares *et al.*, 2017), el estado de salud y el peso corporal (Tavares *et al.*, 2017). Por el contrario, se señalan como amortiguadores los procesos de habituación y el desarrollo de estrategias individuales ante las condiciones estresantes (Bachmann *et al.*, 2019), tener una mentalidad orientada a objetivos, una actitud positiva ante los retos (Hogue, 2019, 2020), rasgos de personalidad de búsqueda de sensaciones (Frenkel *et al.*, 2019), intimidad con la pareja (Ditzen *et al.*, 2019) o consumo de sustancias como *cannabis* (Cuttler *et al.*, 2017).

Otro hallazgo de la presente revisión fue la concordancia en los resultados reportados por Singer *et al.* (2017), Smeets *et al.* (2019) y Lin *et al.* (2020), quienes afirman que cuando la respuesta de estrés es adaptativa, se promueve la toma de decisiones y el estado de alerta y se estimula el funcionamiento cognitivo (Russell y Lightman, 2019).

Además, la correlación negativa entre los niveles elevados de cortisol y el bienestar, la salud mental y el desempeño, reportada por Pilatti *et al.* (2017) y por Roberts *et al.* (2019), confirma lo descrito por Sapolsky (2015), quien señaló que cuando el estrés es prolongado se genera una serie de efectos cognitivos negativos.

En relación con los estudios que abordan los tratamientos psicológicos para el estrés, se encontró que la atención plena (*mindfulness*) es efectiva para reducir los periodos de recuperación posteriores al estrés (Manigault *et al.*, 2019) y en los participantes con niveles basales más altos (Brinkmann *et al.*, 2020) al disminuir también los niveles de cortisol diurno (Blase *et al.*, 2019), contribuyendo incluso a la regulación de los perfiles neuroendocrinos (Black *et al.*, 2017).

La falta de resultados favorables en los estudios que emplearon una intervención basada en la atención plena se puede deber a diversos factores, tales como la utilización de un estresor poco efectivo (Frenkel *et al.*, 2019), una intervención demasiado breve (Oken *et al.*, 2017), la falta de componentes fundamentales en la terapia, como la autocompasión (Bluth *et al.*, 2016) o la flexibilidad cognitiva (Guevara y Murdock, 2019), que han demostrado ser componentes básicos de este tipo de tratamientos ya que amortiguan la respuesta de estrés.

Una limitante del presente trabajo recae en que la búsqueda se llevó a cabo en sólo tres bases de datos digitales, lo cual pudo haber limitado el número de artículos incluidos.

CONCLUSIÓN

Finalmente, tras esta revisión se puede concluir que el EEG es un biomarcador útil para obtener con las pruebas psicométricas.

En esta revisión sistemática de la literatura se encontró que ambos biomarcadores son muy eficaces como parámetros confiables para evaluar el estrés. De manera específica, el cortisol en saliva es un marcador sencillo de utilizar. Se recomienda su recolección en el horario matutino cuando se trate de evaluar el estrés crónico, mientras que una recolección vespertina es idónea cuando se busca

evaluar su reactividad en el estrés agudo. Sin embargo, es necesario considerar a aquellos agentes que moderan la reactividad de dicha hormona en los diseños experimentales.

El estrés en periodos de tiempo cortos y con una reactividad fisiológica controlada puede tener efectos positivos en el individuo; no obstante, su prolongación puede generar estragos en su salud. Por tal motivo, es importante estudiar aquellas variables que pudieran aumentar o mitigar los niveles de estrés.

De acuerdo con la literatura científica revisada, se halló que las terapias psicológicas basadas en la atención plena son las que tienen la mayor efectividad para prevenir y controlar los efectos negativos del estrés (Bluth *et al.*, 2016; Frenkel

et al., 2019; Oken *et al.*, 2017); sin embargo, es necesario investigar más tales intervenciones, sin dejar de lado sus fundamentos filosóficos, que incluyen factores sumamente significativos, como la compasión (Moreno, 2019).

Se propone que en futuros estudios que busquen evaluar el estrés psicológico será de mucha utilidad incluir ambos marcadores fisiológicos: el cortisol salival y el estudio de electroencefalografía, para así disponer de datos fisiológicos que puedan contraponerse, ayudando a los investigadores a lograr conclusiones más detalladas. Además, cuando se busque evaluar intervenciones dirigidas a atender el estrés, ya sea agudo o crónico, el uso de estos dos biomarcadores fortalecerá los resultados al correlacionarse con las pruebas psicométricas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el financiamiento para la realización del artículo al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) mediante el proyecto IN301220: “Efecto de la práctica de atención plena compasiva sobre el estrés en hombres mexicanos: evaluación longitudinal de la actividad EEG y nivel de cortisol”. El autor con CVU 45701 y clave 2019-000037-02NACF agradece igualmente al Conahcyt por el financiamiento a este trabajo.

Citación: Martínez-Pelayo, M., Vázquez-Pelayo, E., Díaz-Medina, S. y Moreno-Coutiño, A.B. (2024). El registro electroencefalográfico y el cortisol salival en el estudio del estrés: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 34(2), 301-315. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2910>

REFERENCIAS

- Al-Shargie, F., Kiguchi, M., Badruddin, N., Dass, S.C., Hani, A.F.M. y Tang, T.B. (2016). Mental stress assessment using simultaneous measurement of EEG and fNIRS. *Biomedical Optics Express*, 7(10), 3882-3898. Doi: 101364/BOE7003882
- Al-Shargie, F., Tang, T.B., Badruddin, N. y Kiguchi, M. (2017a). Towards multilevel mental stress assessment using SVM with ECOC: an EEG approach. *Medical & Biological Engineering & Computing*, 56(1), 125-136. Doi: 101007/s11517-017-1733-8
- Al-Shargie, F., Tang, T.B. y Kiguchi, M. (2017b). Assessment of mental stress effects on prefrontal cortical activities using canonical correlation analysis: an fNIRS-EEG study. *Biomedical Optics Express*, 8(5), 2583-2598. Doi: 101364/BOE8002583
- Arsalan, A., Majid, M., Butt, A.R. y Anwar, S.M. (2019). Classification of perceived mental stress using a commercially available EEG headband. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 23(6), 2257-2264. Doi: 101109/JBHI20192926407
- Asif, A., Majid, M. y Anwar, S.M. (2019). Human stress classification using EEG signals in response to music tracks. *Computers in Biology and Medicine*, 107, 182-196. Doi: 101016/j.combiomed201902015
- Bachmann, P., Finke, J.B., Rebeck, D., Zhang, X., Larra, M. F., Koch, K.P. y Schächinger, H. (2019). Test-retest reproducibility of a combined physical and cognitive stressor. *Biological Psychology*, 148, 107729.
- Bedini, S., Braun, F., Weibel, L., Aussedat, M., Pereira, B. y Dutheil, F. (2017). Stress and salivary cortisol in emergency medical dispatchers: A randomized shifts control trial. *Plos One*, 12(5), e0177094.
- Bierhaus, A., Wolf, J., Andrassy, M., Rohleder, N., Humpert, P.M., Petrov, D., ... y Nawroth, P.P. (2003). A mechanism converting psychosocial stress into mononuclear cell activation. *Proceedings of the National Academy of Science (USA)*, 100(4), 1920-1925. Doi: 101073/pnas0438019100

- Black, D.S., Peng, C., Sleight, A.G., Nguyen, N., Lenz, H.J. y Figueiredo, J.C. (2017). Mindfulness practice reduces cortisol blunting during chemotherapy: A randomized controlled study of colorectal cancer patients. *Cancer*, 123(16), 3088-3096.
- Blase, K.L. y van Waning, A. (2019). Heart rate variability, cortisol and attention focus during Shamatha quiescence meditation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 44(4), 331-342.
- Bluth, K., Roberson, P.N., Gaylord, S.A., Fautot, K.R., Grewen, K.M., Arzon, S. y Girdler, S.S. (2016). Does self-compassion protect adolescents from stress? *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1098-1109.
- Brinkmann, A.E. Press, S.A., Helmert, E., Hautzinger, M., Khazan, I. y Vagedes, J. (2020). Comparing effectiveness of HRV-bio-feedback and mindfulness for workplace stress reduction: a randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 45(4), 307-322.
- Buzsáki, G., Anastassiou, C.A. y Koch, C. (2012). The origin of extracellular fields and currents: EEG, ECoG, LFP and spikes. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 407-420. Doi: 101038/nrn3241
- Chang, H.-Y., Stevenson, C.E., Jung, T.P. y Ko, L.W. (2020). Stress-induced effects in resting EEG spectra predict the performance of sSVEP-based BCI. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 28(8), 1771-1780. Doi: 101016/jcombiomed201902015
- Coan, J.A. y Allen, J.J. (2004). Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. *Biological Psychology*, 67(1-2), 7-50. Doi: 101016/jbiopsycho200403002
- Cropley, M., Rydstedt, L.W., Devereux, J.J. y Middleton, B. (2015). The relationship between work-related rumination and evening and morning salivary cortisol secretion. *Stress and Health*, 31(2), 150-157.
- Cuttler, C., Spradlin, A., Nusbaum, A.T., Whitney, P., Hinson, J.M. y McLaughlin, R.J. (2017). Blunted stress reactivity in chronic cannabis users. *Psychopharmacology*, 234(15), 2299-2309.
- Davidson, R.J. (2004). What does the prefrontal cortex “do” in affect: perspectives on frontal EEG asymmetry research. *Biological Psychology*, 67(1-2), 219-234. Doi: 101016/jbiopsycho200403008
- Davidson, R.J., Jackson, D.C. y Kalin, N.H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126(6), 890. Doi: 101037/0033-29091266890
- De Kloet, E.R., Joëls, M. y Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463-475.
- Ditzen, B., Germann, J., Meuwly, N., Bradbury, T.N., Bodenmann, G. y Heinrichs, M. (2019). Intimacy as related to cortisol reactivity and recovery in couples undergoing psychosocial stress. *Psychosomatic Medicine*, 81(1), 16-25.
- Epel, E.S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabhar, F.S., Adler, N.E., Morrow, J.D. y Cawthon, R.M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA)*, 101(49), 17312-17315. Doi: 101073/pnas040716210
- Estévez B., M. (1995). *Enfoque sistémico del estrés*. La Habana: C.J. Finlay. Doi: 10.13140/RG2110359522
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Frenkel, M.O., Brokelmann, J., Nieuwenhuys, A., Heck, R.B., Kasperk, C., Stoffel, M. y Plessner, H. (2019). Mindful sensation seeking: an examination of the protective influence of selected personality traits on risk sport-specific stress. *Frontiers in Psychology*, 10, 1719.
- Giacomello, G., Scholten, A. y Parr, M.K. (2020). Current methods for stress marker detection in saliva. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 191, 113604
- Gómez G., B. y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 30-38.
- Guevara J., E. y Murdock, K.W. (2019). Executive functioning and rumination as they relate to stress-induced cortisol curves. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 829-838. Doi: 10.1007/s10865-019-00119-z.
- Gupta, R., Alam, M.A. y Agarwal, P. (2020). Modified support vector machine for detecting stress level using EEG signals. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 1-14. Doi: 10.1155/2020/8860841
- Hogue, C.M. (2019). The protective impact of a mental skills training session and motivational priming on participants' psychophysiological responses to performance stress. *Psychology of Sport and Exercise*, 45, november. Doi: 10.1016/j.psychsport.2019.101574
- Hogue, C.M. (2020). Achievement goal theory-based psychological skills training session buffers youth athletes' psychophysiological responses to performance stress. *Psychology of Sport and Exercise*, 51, 101792
- Imperatori, C., Bersani, F.S., Massullo, C., Carbone, G.A., Salvati, A., Mazzi, G., Cicerale, G., Carrara, A. y Farina, B. (2020). Neurophysiological correlates of religious coping to stress: a preliminary EEG power spectra investigation. *Neuroscience Letters*, 728. Doi: 10.1016/j.neulet.2020.134956
- Jung, F.U., Bae, Y.J., Kratzsch, J., Riedel-Heller, S.G. y Luck-Sikorski, C. (2020). Internalized weight bias and cortisol reactivity to social stress. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 20(1), 49-58.

- Knatauskaitė, J., Pukėnas, K., Trinkūnienė, L. y Budde, H. (2021). A randomized controlled trial on the influence of two types of exercise training vs. control on visuospatial processing and mathematical skills: The role of cortisol. *Physiology & Behavior*, 229, 113213.
- Kornienko, O., Schaefer, D.R., Ha, T. y Granger, D.A. (2020). Loneliness and cortisol are associated with social network regulation. *Social Neuroscience*, 15(3), 269-281.
- Lin, L., Leung, A.W., Wu, J. y Zhang, L. (2020). Individual differences under acute stress: Higher cortisol responders performs better on N-back task in young men. *International Journal of Psychophysiology*, 150, 20-28.
- Lin, J., Massar, S.A. y Lim, J. (2020). Trait mindfulness moderates reactivity to social stress in an all-male sample. *Mindfulness*, 11, 2140-2149.
- Lotfan, S., Shahyad, S., Khosrowabadi, R., Mohammadi, A. y Hatf, B. (2019). Support vector machine classification of brain states exposed to social stress test using EEG-based brain network measures. *Biocybernetics and Biomedical Engineering*, 39(1), 199-213. Doi: 10.1016/jbbbe201810008
- Manigault, A.W., Shorey, R.C., Hamilton, K., Scanlin, M.C., Woody, A., Figueroa, W.S. y Zoccola, P.M. (2019). Cognitive behavioral therapy, mindfulness, and cortisol habituation: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 276-285.
- Mehrsafar, A.H., Strahler, J., Gazerani, P., Khabiri, M., Sánchez, J.C.J., Moosakhani, A. y Zadeh, A.M. (2019). The effects of mindfulness training on competition-induced anxiety and salivary stress markers in elite Wushu athletes: A pilot study. *Physiology & Behavior*, 210, 112655.
- Merino, M., Gómez, I. y Molina, A.J. (2015). EEG feature variations under stress situations. En: *Proceedings of the 2015 37th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)*, pp. 6700-6703. Doi: 10.1109/EMBC20157319930
- Miller, G.E., Chen, E. y Zhou, E.S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25.
- Moreno C., A.B. (2019). Atención plena compasiva y su estudio en México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 21(1), 35-40.
- Oken, B.S., Wahbeh, H., Goodrich, E., Klee, D., Memmott, T., Miller, M. y Fu, R. (2017). Meditation in stressed older adults: improvements in self-rated mental health not paralleled by improvements in cognitive function or physiological measures. *Mindfulness*, 8(3), 627-638.
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., ... y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 18(3): e1003583. Doi: 10.1371/journalpmed1003583
- Park, S. H, Park, I. H, Lim, S. T y Lee, E. (2020). Changes in psychological anxiety and physiological stress hormones in Korea national shooters. *Brain Sciences*, 10(12), 926.
- Permy, M.S.L. (2011). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Montevideo: Universidad de la República.
- Perrin, S.L., Jay, M., Vincent, G.E., Sprajcer, M., Lack, L., Ferguson, S.A. y Vakulin, A. (2019). Waking qEEG to assess psychophysiological stress and alertness during simulated on-call conditions. *International Journal of Psychophysiology*, 141, 93-100. Doi: 10.1016/j.jpsycho201904001
- Pilatti, A., Montejano, G.R., Cesar, A., Bertone, M.F.H., Cumin, G. y Pautassi, R.M. (2017). Efecto del estrés social agudo sobre impulsividad, toma de riesgos y sesgos atencionales en jóvenes con y sin historia familiar de abuso de alcohol. *Summa Psicológica*, 24(2), 115-128.
- Reznik, S.J. y Allen, J.J.B. (2017). Frontal asymmetry as a mediator and moderator of emotion: an updated review. *Psychophysiology*, 1-32. Doi: 10.1111/psyp12965
- Roberts, G. A., Arnold, R., Turner, J. E., Colclough, M. y Bilzon, J. (2019). A longitudinal examination of military veterans' invictus games stress experiences. *Frontiers in Psychology*, 10, 19-34.
- Russell, G. y Lightman, S. (2019). The human stress response. *Nature Reviews of Endocrinology*, 15(9), 525-534.
- Saeed, S.M.U., Anwar, S.M., Khalid, H., Majid, M. y Bagci, U. (2020). EEG based classification of long-term stress using psychological labeling. *Sensors*, 20(7). Doi: 10.3390/s20071886
- Saeed, S.M.U., Anwar, S.M., Majid, M., Awais, M. y Alnowami, M. (2018). Selection of neural oscillatory features for human stress classification with single channel EEG headset. *BioMed Research International*, 2018. Article ID 1049257. Doi: 10.1155/2018/1049257.
- Sapolsky, R.M. (2015). Stress and the brain: individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1344-1346. Doi: 101038/nn4109
- Schlink, B.R., Peterson, S.M., Hairston, W.D., König, P., Kerick, S.E. y Ferris, D.P. (2017). Independent component analysis and source localization on mobile EEG data can identify increased levels of acute stress. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 310. Doi: 10.3389/fnhum201700310

- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Selye H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth.
- Singer, N., Sommer, M., Döhnelt, K., Zänkert, S., Wüst, S. y Kudielka, B.M. (2017). Acute psychosocial stress and everyday moral decision-making in young healthy men: The impact of cortisol. *Hormones and Behavior*, 93, 72-81.
- Singh, Y. y Sharma, R. (2015). Individual alpha frequency (IAF) based quantitative EEG correlates of psychological stress. *Indian Journal of Physiological Pharmacology*, 59(4), 414-421.
- Smeets, T., Van Ruitenbeek, P., Hartogsveld, B. y Quaedflieg, C.W. (2019). Stress-induced reliance on habitual behavior is moderated by cortisol reactivity. *Brain and Cognition*, 133, 60-71.
- Spinetti, H., Angulo H.N., Barrera A., M., Sanz, J., Malavé G., V. y Guillén, P. (2009). Máquinas de aprendizaje para clasificar señales electroencefalográficas. *Avances en Sistemas e Informática*, 6(1), 213-218.
- Straup, M.L, White, J., Butterworth, S.E, Dunn, D.S, Tate, K.E, Guermeur, A.S y Crockett, E.E. (2019). I knew you'd understand: How gendered expectations of understanding affect stress. *Personal Relationships*, 26(4), 544-565.
- Tavares, J.P, Lautert, L., Magnago, T.S.B.D.S., Consiglio, A.R. y Pai, D.D. (2017). Relación entre las dimensiones del estrés psicosocial y el cortisol en la saliva de policías militares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. Doi: 10.1590/1518-834511992873
- Van Leeuwen, J.M., Vink, M., Joëls, M., Kahn, R.S., Hermans, E.J. y Vinkers, C.H. (2019). Reward-related striatal responses following stress in healthy individuals and patients with bipolar disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(11), 966-974.
- Vargas, I., Haefel, G.J., Jacobucci, R., Boyle, J.T, Mayer, S.E y Lopez-Duran, N.L. (2020). Negative cognitive style and cortisol reactivity to a laboratory stressor: a preliminary study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(1), 1-14.
- Woo Ahn, J., Ku, Y. y Hee Chan, K. (2019). A novel wearable EEG and ECG recording system for stress assessment. *Sensors*, 19(9), 1991. Doi: 10.3390/s19091991
- Zhu, Y., Wang, Y., Yang, Z., Wang, L. y Hu, X. (2020). Endogenous cortisol-related alterations of right anterior insula functional connectivity under acute stress. *Journal of Affective Disorders*, 274, 231-238.

Indicadores de depresión y conexión académica en estudiantes de la universidad pública de Guatemala

Depression indicators and academic connection in students of the public university of Guatemala

*Sindy S. Linares, Alexandra Vásquez,
Mónica P. Morales y Donald W. González-Aguilar*

Universidad de San Carlos de Guatemala¹

Autor para correspondencia: Sindy S. Linares, slinares.i@psicousac.edu.gt.

RESUMEN

Durante su educación universitaria, los estudiantes experimentan un nuevo entorno que implica adaptarse a las nuevas formas de relacionarse con sus familias y compañeros. Tal periodo se caracteriza por cambios en la edad adulta temprana que pueden afectar la salud mental. Debido a la reciente pandemia de covid-19, las actividades de los estudiantes se llevaron a cabo en un formato virtual. Considerando lo anterior, este estudio analiza la asociación de los indicadores de depresión y la conexión académica en estudiantes universitarios de la universidad pública de Guatemala. Se obtuvieron datos de 494 estudiantes de diferentes carreras. Para medir la conexión académica, los estudiantes completaron una adaptación de la subescala del instrumento What it is Happening in the School (WHITS), y para la depresión el cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ9), además de un cuestionario sociodemográfico. Se llevó a cabo una regresión lineal simple, siendo significativo el modelo ($F [1, 49] = 79.10, p < .001, R^2 13\%$), con una ecuación $Y = \beta_0 (17.53) + \beta_1 (-0.32) X$. Los resultados obtenidos demostraron una asociación negativa entre las variables estudiadas; es decir, que una mayor conexión académica se asocia a una disminución de los indicadores de depresión.

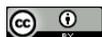
Palabras clave: Salud mental; Depresión; Jóvenes; Vínculos; Conexión; Escuela.

ABSTRACT

During university education, students experience a new environment and need to adapt to new ways of relating to their families and peers. This period involves changes in early adulthood, which can affect mental health. Due to COVID-19, students' activities had to adopt virtual formats. In this context, the present study explored the association of depression and school connectedness in university students from a public university in Guatemala. A total of 494 students from different careers participated. Participants completed an adapted version of the subscale of the "What it is Happening in the School (WHITS)" instrument. For depression, we used the Patient Health Questionnaire (PHQ9) and a demographic questionnaire. Analyses through a simple linear regression resulted in a significant model: $F (1, 49) = 79.10, p < .001, R^2 13\%$, with an equation $Y = \beta_0 (17.53) + \beta_1 (-0.32) X$. The results showed that increased connectedness to school is associated with less depression symptoms.

Key words: Mental health; Depression; Youths; Links; Connectedness; School.

¹ Escuela de Ciencias Psicológicas, Unidad de Investigación Profesional, 9a. Av. 9-45, Zona 11, Edificio "A", Centro Universitario Metropolitano (CUM), 01011 Guatemala, Guatemala, PBX 2485-1909, correo electrónico: investigacion@psicousac.edu.gt.



Recibido: 24/09/2022

Aceptado: 25/09/2023

El periodo universitario está marcado por cambios en las dinámicas sociales que entrañan desafíos académicos e institucionales, como nuevas metodologías de evaluación y de enseñanza. Los jóvenes requieren tomar decisiones vocacionales y adaptarse a las nuevas formas de relacionarse con la familia, los profesores y los pares (Chau y Saravia, 2014). Así, la educación universitaria implica cambios en el desarrollo propios del inicio de la edad adulta que pueden afectar la salud mental a causa del desempeño esperado o de las expectativas personales sobre sus proyectos y metas (Saavedra *et al.*, 2004).

Para Bellet (2011), los universitarios son generalmente jóvenes que se definen por condiciones escolares, sociales, ambientales y, sobre todo, por el sentido que dan a sus estudios; además, indica que la institución educativa de la que son parte desempeña un importante papel ya que establece lineamientos, reglamentos y requisitos que apoyan la definición de un estudiante por el nivel de integración y la obligación que la misma impone.

Sacco (2009) añade que, como ente educativo, la universidad es la encargada de propiciar la participación de los estudiantes en la promoción del desarrollo de las comunidades y las manifestaciones culturales, económicas y políticas de la sociedad.

La educación superior, al igual que los otros niveles educativos, se vio afectada por la pandemia de covid-19 desde el año 2020. Las actividades estudiantiles se debieron trasladar a una modalidad virtual, un entorno educativo totalmente nuevo, lo que orilló a los estudiantes a poner en práctica nuevas estrategias cognitivas, afectivas y motivacionales para hacer efectivo su aprendizaje (Islam *et al.*, 2020). Lozano *et al.* (2020) reportaron que tres de cada cuatro alumnos de educación superior se consideraban afectados psicológica y anímicamente al recibir las clases virtuales.

En otro estudio realizado por Kaparounaki *et al.* (2020), para conocer el efecto del encierro en la salud mental durante los primeros días de

confinamiento se halló un aumento de la depresión (74.30%), la ansiedad (42%) y el pensamiento suicida (63.30%). Además, se reportó que la duración del sueño aumentó en 66.30%, aunque su calidad empeoró en 43%.

Con los cambios ocurridos en las distintas áreas en las que interactúan las personas, es importante conocer el papel que desempeñan los vínculos que establecen los estudiantes dentro de su institución educativa, ya que Bronfenbrenner (1987), creador de la teoría ecológica, propone que el desarrollo de las personas está ligado a la influencia dinámica de los diferentes ambientes en los que el individuo se desenvuelve. En este desarrollo se producen dos hechos continuos: el individuo percibe el entorno, y a la vez se comporta dentro de él. Esta afectación dinámica da relevancia a las socializaciones que el individuo emprende en los diversos contextos (Cortez, 2004). Es por ello necesario determinar el papel que juega la conexión académica en el contexto actual de la educación a distancia.

Conexión académica

“Conexión académica” es un término relativamente nuevo en el ámbito científico, originado en los estudios acerca del abandono escolar (Rowe *et al.*, 2007; Rowe y Stewart, 2009). Para Aldridge y Ala’I (2013), dicha conexión se concibe desde un concepto ecológico y se define como el sentido de pertenencia o identificación subjetiva por la que el estudiante se siente cómodo, bienvenido y aceptado.

Wilson y Gore (2013) señalan la influencia que tiene la conexión académica en el desempeño de los estudiantes universitarios; en efecto, los estudiantes con índices altos de conexión logran por lo general completar una carrera universitaria, no así aquellos que no tienen una afinidad cercana con la institución. Es por ello que la calidad de los nexos que genera el estudiante con sus maestros, compañeros, supervisores, consejeros y demás personas dentro de las instituciones educativas puede propiciar conductas sanas o inapropiadas (Resnick *et al.*, 1997).

A la conexión académica se le ha relacionado con distintos tópicos en el ámbito de la sa-

lud mental, en el que se ha encontrado que una alta conexión disminuye los síntomas depresivos en niñas que han atravesado eventos traumáticos (Schwerdtfeger-Gallus *et al.*, 2014), y asimismo Zhao y Zhao (2015) hallaron que tiene un papel mediador en la regulación emocional y los síntomas depresivos, incluso cuando estas experiencias emocionales hayan sido controladas con anterioridad.

Depresión

La depresión es un trastorno que afecta al estado de ánimo habitual del individuo al generarle una sensación de insatisfacción, tristeza y desánimo, tanto cognitiva como conductualmente, que puede alterar de una manera importante las actividades cotidianas (Rohde *et al.*, 1991). Es producto de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos que se manifiestan como síntomas que advierten que dicha depresión puede generar un trastorno psicológico mayor.

Dependiendo del número e intensidad de los síntomas, la depresión implica un grupo de trastornos afectivos cuyas características más comunes son un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés por realizar ciertas actividades, falta de apetito, alteraciones en el peso corporal y del sueño, sentimientos de culpa, dificultad para pensar claramente y pensamientos suicidas, síntomas todos ellos para cuyo diagnóstico se utiliza el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su quinta edición (American Psychiatric Association [APA], 2014). La depresión afecta el área cognitiva, conductual, emocional y social del individuo y puede ser causada por acontecimientos de la vida diaria, por ciertos cambios químicos en el cerebro o por efectos secundarios de algunos medicamentos, entre otras alteraciones físicas o emocionales (Bartra *et al.*, 2016).

La prevalencia de la depresión establecida por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre 25 y 50%, y está determinado en parte por los diferentes instrumentos que se utilizan para su medición (Campo y Gutiérrez, 2001; Quintero *et al.*, 2004).

Relación entre conexión académica y depresión

Las necesidades de salud mental de los estudiantes universitarios son cada vez mayores, lo que exige novedosos estudios en ese campo. Según Fletcher (2009), en algunos casos la depresión es el resultado de la falta de relaciones sociales de una persona en su vida diaria. Brofenbrenner (1987), asegura que una persona no puede funcionar de manera efectiva alejada de los otros o en un vacío social, ya que, como toda criatura viva, posee fuertes mecanismos para su supervivencia, de modo que al verse en esa circunstancia busca pertenecer por diversos medios a un grupo que le brinde apoyo. Es por ello más probable que los estudiantes permanezcan académicamente integrados si han desarrollado un vínculo social positivo con su centro educativo (Hankin *et al.*, 1998). Fombonne *et al.* (2001) encontraron que los jóvenes diagnosticados como depresivos podrían recaer en la edad adulta. Así, la conexión académica puede retrasar la aparición de tales síntomas (Shochet *et al.*, 2006). Además, es probable que en quienes ya sufren el trastorno los vínculos con sus compañeros, maestros y demás personas del contexto académico disminuyan sus síntomas (Joyce y Early, 2014; Ross *et al.*, 2010).

La depresión se manifiesta de manera periódica en los estudiantes universitarios, por lo que es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de atención psicológica (Agudelo *et al.*, 2008). Según Heiligenstein *et al.* (1996), la depresión ocasiona un deterioro en el rendimiento académico del estudiante que se manifiesta en el decaimiento de la productividad, la pérdida de tiempo durante las clases y el detrimento de sus relaciones sociales. Se sabe que la población universitaria experimenta niveles más altos de esta afección, lo que confirmó Ibrahim *et al.* (2013) en un estudio que exploró su prevalencia entre los estudiantes universitarios.

La conexión académica puede influir en otros aspectos propios de la salud mental. Marraccini y Brier (2017), hallaron que el aumento de dicha conexión reducía los reportes de ideas suicidas. Otro estudio realizado con adolescentes mostró que la

conexión puede incrementar las conductas saludables dependiendo el tipo de conductas de riesgo y el grado de dicha conexión (McNeely y Falci, 2004).

Según Arguedas (2010), las conexiones que el individuo posee pueden marcar la diferencia entre sus logros académicos y el bajo rendimiento escolar u otros problemas conductuales, como la apatía y la deserción escolar. También apunta que, de manera positiva, garantiza la estabilidad emocional y la salud mental, evitando así las conductas asociales.

Debido a la importancia manifestada anteriormente, cabe preguntarse cuál es la asociación de los indicadores de depresión y la conexión académica en los estudiantes de la universidad pública de Guatemala.

MÉTODO

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal con alcance correlacional predictivo. El muestreo fue no aleatorio, por conveniencia. En la investigación participaron 494 estudiantes universitarios de pregrado con edades de entre 20 y 30 años, alumnos de diversos centros universitarios de la Universidad Pública del país que aceptaron participar de manera libre y voluntaria por medio del consentimiento informado, el cual se ajustó a los principios éticos correspondientes de beneficencia, autonomía y justicia.

Obtención de información

Al determinar la población requerida, se estableció contacto con las autoridades correspondientes de cada centro universitario para pedir su autorización. Se procedió a programar la aplicación en una modalidad virtual, según la disponibilidad de esas unidades académicas. Las estrategias utilizadas para la obtención de la información se elaboraron a través de reuniones en las plataformas Zoom y Meet, además de enviarles a los docentes los instrumentos por correo electrónico y WhatsApp para su distribución a los alumnos.

Instrumentos

Para la ejecución de la investigación, los instrumentos fueron transcritos a la plataforma *Alchmer.com* de pago, proporcionada por la Escuela de Ciencias Psicológicas para su aplicación en modalidad virtual debido a las medidas de prevención impuestas por la covid-19 por las autoridades sanitarias guatemaltecas.

Para medir la conexión académica se utilizó una adaptación de la subescala WHITS del instrumento “¿Qué está pasando en la escuela?”, propuesta por Aldridge y Ala’I (2013). Dicha adaptación se sometió a una prueba piloto para adecuarla a los participantes con el propósito de medir el grado en que se sentían bienvenidos, aceptados y respetados en sus centros educativos (González *et al.*, 2021). La mencionada subescala consta de ocho ítems que se evalúan en una gradación que va de 0 (“Nunca”) a 4 (“Siempre”).

Para evaluar depresión se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés (Löwe *et al.*, 2004), que tiene un punto de corte de 15. El PHQ-9 contiene nueve ítems que evalúan la frecuencia con la que los participantes experimentan los enunciados durante la semana anterior, y cada ítem se clasifica en una escala Likert de tres puntos, en la que 0 es “Nunca” y 3 “Todo el tiempo”.

Para la información sociodemográfica de los participantes, el equipo de investigación elaboró un instrumento compuesto por tres preguntas: unidad académica, edad y sexo.

Procesamiento y análisis de información

A partir de los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos hecha de manera digital, se creó una base de datos en *.csv* para luego ser analizada con el programa Jamovi en su versión 1.6.16, la cual fue depurada siguiendo los criterios de selección de participación libre y voluntaria, la firma digital de consentimiento informado, haber resuelto todos los reactivos, tener una edad de entre 20 y 30 años, ser estudiantes de pregrado y ser alumno de algunos de los centros regionales o unidades académicas de la universidad pública del país.

Para el análisis descriptivo y las características sociodemográficas de la población se utilizaron medias, distribución de frecuencias y porcentajes. Para establecer la asociación entre la variable independiente (conexión académica) y la variable dependiente (depresión) se efectuó una regresión lineal. Adicionalmente, se comprobó la confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach (α) y se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de ambas escalas mediante las pruebas Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett.

Consideraciones éticas

El objetivo de la investigación se transmitió a los universitarios a través del consentimiento informado, procedimiento ético que asegura la confidencialidad de los datos reportados para asegurar el anonimato de los participantes. Se hizo una codificación del caso y se atendió la publicación de los resultados siguiendo los procedimientos y normas de la American Psychological Association (2017).

Asimismo, se estableció que la participación en la investigación era libre y voluntaria, que en cualquier momento se podía abandonar dicho proceso sin sufrir ninguna consecuencia alguna, que el participante no recibiría pago alguno en moneda o en especie y tratando siempre de minimizar los riesgos de sufrir daños físicos y mentales. Por último, ajustándose a los beneficios legales correspondientes, se les manifestó la posibilidad de acceder a sus resultados a través del correo electrónico.

RESULTADOS

Se evaluaron 494 estudiantes universitarios de entre 20 y 30 años de edad. La edad media fue de 26.80 y la desviación estándar de 2.91 años, de los cuales 287 (58.10%) eran mujeres y 207 (41.90%) varones, todos ellos alumnos de las quince unidades académicas que se especifican en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de variables sociodemográficas.

Características	<i>f</i>	%
Hombre	207	58.10
Mujer	287	41.90
De 20 a 25 años	178	36.00
De 26 a 30 años	316	64.00
<i>Carrera o Programa</i>		
Derecho y Notaría	5	1.00
Administración de Empresas	141	28.50
Contaduría Pública y Auditoría	63	12.80
Ingeniera Civil	5	1.00
Ingeniera en Agronomía	14	2.80
Ingeniería en Geología	8	1.60
Ingeniera en Gestión Ambiental	85	17.20
Ingeniera Mecánica Industrial	3	0.60
Ingeniera Química e Industrial	2	0.40
Medicina	7	1.40
Pedagogía y Administración Educativa	57	11.50
Psicología	50	10.10
Trabajo Social	43	8.70
Turismo	1	0.20
Zootecnia	10	2.00

N= 494.

Las variables analizadas y su división por género reportaron en conexión académica ($M = 22.30$ (D.E. = 5.59), hombres: 22.20 (5.73), mujeres, 22.40 (5.50), y depresión: 10.30 (4.91), hombres (9.52) (4.81), mujeres (10.80) (4.92).

Se efectuó un análisis factorial exploratorio y una prueba de esfericidad de Bartlett para ambas variables, reportándose en conexión académica $KMO = .85$ ($p < .001$) y depresión $.89$ ($p < .001$). Una consistencia interna en conexión académica ($\alpha = 0.85$) y en la prueba de indicadores de depresión ($\alpha = 0.87$).

La Tabla 2 muestra la regresión lineal realizada para calcular la asociación entre la variable dependiente Depresión y la variable independiente Conexión académica. Se encontró que el modelo fue significativo ($F[1, 49] = 79.10$, $p < .001$, $R^2 = 13\%$), donde los indicadores de depresión disminuyen en presencia de la conexión académica. Con un factor predictor significativo al modelo $t = -8.89$ $p < .001$, la ecuación de regresión fue la siguiente:

$$Y = \beta_0 (17.53) + \beta_1 (\div 0.32) X$$

Tabla 2. Regresión lineal, conexión académica e indicadores de depresión.

Predictor	Estimado	SE	p	t	Estimado estándar	Intervalos de confianza	
						Inferior	Superior
Intercepto	17.536	8.4400	<.001	20.78			
Sumatoria de conexión académica	-0.327	0.0367	<.001	-8.89	-0.372	-0.454	-0.290

Nota. N = 494. S.E. = Error estándar.

Para concluir el análisis, se utilizó un Ombibus test ANOVA, la cual verifica la bondad de ajuste, dando como resultado $F(1,492) = 79.10$, $p < .001$, lo que confirma que los datos se ajustaron al modelo planteado.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados aquí presentados es posible establecer algunas conclusiones preliminares para la población evaluada, pues demuestran una asociación negativa entre la conexión académica y los indicadores de depresión; es decir, los puntajes de conexión académica pueden explicar la reducción de los indicadores de depresión en los estudiantes universitarios.

Tal hallazgo es consistente con algunos estudios previos que evaluaron la relación entre las dos variables (Arango *et al.*, 2018; Bersamin *et al.*, 2018; Perkins *et al.*, 2021). Asimismo, suma al conocimiento científico de la población de estudiantes universitarios y su asociación con las variables analizadas que poco se ha explorado, puesto que la mayoría de las investigaciones al respecto se centran en la niñez y la adolescencia al ser etapas

en las que los estudiantes permanecen más tiempo en los centros educativos.

Los resultados apuntan a que los estudiantes que se sienten más conectados con su institución educativa tienden a sentirse más vinculados con su esfera académica y, como consecuencia, mejoran diversos aspectos de su salud mental al disminuir ciertos síntomas de diversas afecciones psicológicas, como la depresión. En efecto, las experiencias positivas con profesores y compañeros, así como el sentido de pertenencia a la institución educativa son un importante predictor de ajuste positivo (Oldfield *et al.*, 2018).

La conexión académica está asociada a la salud mental, incluso en el contexto de aprendizaje en modalidad virtual resultante de la pandemia de covid-19, como lo muestran los resultados obtenidos, mismos que pueden compararse con los reportados por Perkins *et al.* (2021), cuyos resultados muestran una relación negativa significativa con los síntomas de depresión y ansiedad en el aprendizaje remoto.

Al mismo tiempo, esta variable disminuye las probabilidades de un comportamiento suicida en individuos víctimas del ciberacoso en virtud de nuevas modalidades de socialización. De hecho, las conexiones positivas entre los estudiantes

y el personal escolar disminuyen los riesgos de depresión y de suicidio puesto que el propio entorno escolar se convierte en un sistema de apoyo (Kim *et al.*, 2019).

Por otra parte, es posible que estos hallazgos ofrezcan indicios del clima escolar de los estudiantes universitarios que participaron en la investigación porque la conexión académica cumple un rol mediador de los efectos de dicho clima (Loukas *et al.*, 2006).

Por otra parte, los estudiantes afrontan una serie de condiciones sociales que suelen estar asociadas con la depresión, como el miedo a la adultez, a ejercer una carrera, a experimentar relaciones interpersonales más amplias o problemas financieros o de salud (Acharya *et al.*, 2018; Nguyen *et al.*, 2019). Además, los sentimientos de soledad aumentan en esta etapa, y aún más con el aislamiento inducido por el contexto escolar, lo que conduce a exhibir una sintomatología depresiva más intensa (Moeller y Seehuus, 2019).

Ante tal sintomatología, tener afiliaciones sociales, sentir pertenecer al centro educativo y gozar de un entorno propicio de aprendizaje resultarían establecer una conexión académica saludable, disminuyendo así, significativamente, los indicadores de depresión, tal como lo confirman los resultados de Marraccini y Brier (2017). Además de los síntomas depresivos, los estudiantes que se sienten conectados con su institución educativa tienen menos probabilidades de participar en eventos adversos (Bersamin *et al.*, 2018).

Incluso, la conexión escolar puede llegar a influir en la satisfacción con la vida, puesto que es probable que los estudiantes más conectados con su institución logren desarrollar mejores habilidades sociales y, con ello, sentirse más satisfechos con su vida en general (In *et al.*, 2019), aunque se

recomienda llevar a cabo más estudios para ofrecer conclusiones definitivas sobre dicha relación.

Por otro lado, las poblaciones universitarias reportan una reducción en el sentido de pertenencia a su establecimiento debido a que tal vínculo disminuye a medida que avanzan hacia la adultez (Conway *et al.*, 2018; Lester *et al.*, 2013). Por lo tanto, se recomienda incentivar a la población educativa universitaria a participar en actividades que refuercen esa conexión (Shochet y Smith, 2014).

Además, existe una mayor propensión a la depresión en la mujeres que en los hombres (Acharya *et al.*, 2018; Perkins *et al.*, 2021), aunque para confirmarlo es necesario que futuras investigaciones se enfoquen específicamente en el género.

En relación a las limitaciones, es importante mencionar que la muestra no cumplió con todos los procesos de obtención de muestras probabilísticas, a pesar de lo cual los hallazgos fueron significativos.

Es necesario ahondar en la asociación que existe entre ambas variables en este nivel académico puesto que se favorecería la comprensión del entorno estudiantil y de cómo sus vivencias propician efectos positivos o negativos en su salud mental.

Los resultados presentados pueden contribuir a que los profesionales de la salud, administradores, educadores, proveedores de servicios médicos, profesores, estudiantes y familias identifiquen a los estudiantes de la universidad pública en riesgo, y así ayudar al desarrollo de programas de intervención en el nivel de la atención primaria de trastornos mentales tales como depresión, estrés o ansiedad, así como incentivar la creación de programas de conexión académica que contribuyan a la salud mental de los estudiantes.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue cofinanciada por la Dirección General de Investigación y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la partida presupuestaria B10-2021, durante el año 2021. Se hace un especial agradecimiento a la Unidad de Investigación Profesional de la Escuela de Ciencias Psicológicas, por el apoyo constante.

Citación: Linares, S.S., Vásquez, A., Morales, M.P. y González-Aguilar, D.W. (2024). Indicadores de depresión y conexión académica en estudiantes universitarios de la universidad pública de Guatemala. *Psicología y Salud*, 34(2), 317-325. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2912>

REFERENCIAS

- Acharya, L., Jin, L. y Collins, W. (2018). College life is stressful today - Emerging stressors and depressive symptoms in college students. *Journal of American College Health*, 66(7), 655-664. Doi: 10.1080/07448481.2018.1451869
- Agudelo V., D., Casadiegos G., C. y Sánchez O., D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Aldridge, J. y Ala'I, K. (2013). Assessing students' views of school climate: Developing and validating the What's Happening In This School? (WHITS) Questionnaire. *Improving Schools*, 16(1), 47-66. Doi: 10.1177/1365480212473680
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (5a ed.). Médica Panamericana.
- American Psychological Association (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, D.C.: APA.
- Arango A., Cole-Lewis Y., Lindsay R., Yeguez C., Clark, M. y King C. (2018). The protective role of connectedness on depression and suicidal ideation among bully victimized youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 728-739. Doi: 10.1080/15374416.2018.1443456
- Arguedas, I. (2010). Involucramiento de las estudiantes y los estudiantes en el proceso educativo. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8(1), 63-78.
- Bartra, A., Guerra, E. y Carranza, R. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios*, 6(2), 53-68. Doi: 10.17162/au.v6i2.212
- Bellet, C. (2011). La inserción de la universidad en la estructura y forma urbana. El caso de la Universitat de Lleida. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 15, 348-386.
- Bersamin, M., Coulter, R.W.S., Gaarde, J., Garbers, S., Mair, C. y Santelli, J. (2018). School-based health centers and school connectedness. *Journal of School Health*, 89(1), 11-19. Doi: 10.1111/josh.12707
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. Paidós.
- Campo, G. y Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4, 351-358.
- Chau C., B. y Saravia J., C. (2014). Adaptación universitaria y su relación con la salud percibida en una muestra de jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 269-284. Doi: 10.15446/rcp.v23n2.41106
- Conway, G., Jugarap, E.J., Marquez, V., Crisostomo, K. y Ouano, J. (2018). Examining the salience of school connectedness in college students' academic help-seeking behavior. *Philippine Journal of Counseling Psychology*, 20, 61-80.
- Cortez, A. (2004). La herencia de la teoría ecológica de Bronfenbrenner. *Innovación Educativa*, 14, 51-65.
- Fletcher, J.M. (2009). Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects. *Health Economics*, 19(7), 855-871. Doi: 10.1002/hec.1526
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. y Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217. Doi: 10.1192/bjp.179.3.210
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A. y McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140. Doi: 10.1037/0021-843X.107.1.128
- Heiligenstein, E., Guenther, G., Hsu, K. y Herman, K. (1996). Depression and academic impairment in college students. *Journal of the American College Health Association*, 45(2), 59-64. Doi: 10.1080/07448481.1996.9936863
- Ibrahim, A.K., Kelly, S.J., Adams, C.E. y Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.015
- In, H., Kim, H. y Carney, J.V. (2019). The relation of social skills and school climate of diversity to children's life satisfaction: The mediating role of school connectedness. *Psychology in the Schools*, 56, 1023-1036. Doi: 10.1002/pits.22247
- Islam, M., Barna, S., Raihan, H., Khan, M. y Hossain, M. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 15(8), 1-12. Doi: 10.1371/journal.pone.0238162
- Joyce, H.D. y Early, T.J. (2014). The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: A multilevel analysis. *Children and Youth Services Review*, 39, 101-107. Doi: 10.1016/j.childyouth.2014.02.005
- Kaparounaki, C.K., Patsali, M.E., Mousa, D.P.V., Papadopoulou, E.V.K., Papadopoulou, K. K.K. y Fountoulakis, K.N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece [Letter to the Editor]. *Psychiatry Research*, 290, 113111. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113111

- Kim, J., Walsh, E., Pike, K. y Thompson, E.A. (2019). Cyberbullying and victimization and youth suicide risk: the buffering effects of school connectedness. *The Journal of School Nursing*, 36(4), 251-257. Doi: 10.1177/1059840518824395
- Lester L., Water, S. y Cross D. (2013). The relationship between school connectedness and mental health during the transition to secondary school: a path analysis. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 23(2), 157-171. Doi: 10.1017/jgc.2013.20
- Loukas, A., Suzuki, R. y Horton, K.D. (2006). Examining School Connectedness as a Mediator of School Climate Effects. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 491-502. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2006.00504.x
- Lozano D., A., Fernández P., J., Figueredo, V. y Martínez, A. (2020). Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: satisfacción vital, resiliencia y capital social online. *International Journal of Sociology of Education*, 79-104. <http://dx.doi.org/10.17583/rise.2020.5925>
- Marraccini, M.E. y Brier Z., M.F. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1), 5-21. Doi: 10.1037/spq0000192
- McNeely, C. y Falci, C. (2004). School connectedness and the transition into and out of health-risk behavior among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health*, 74(7), 284-292. Doi: 10.1111/j.1746-1561.2004.tb08285.x
- Moeller, R.W. y Seehuus, M. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of Adolescence*, 73, 1-13. Doi: 10.1016/j.adolescence.2019.03.006
- Nguyen, M., Le, T. y Meirmanov, S. (2019). Depression, acculturative stress, and social connectedness among international university students in Japan: a statistical investigation. *Sustainability*, 11(3), 878-897. Doi: 10.3390/su11030878
- Oldfield, J., Stevenson, A., Ortiz, E. y Haley, B. (2018). Promoting or suppressing resilience to mental health outcomes in at risk young people: The role of parental and peer attachment and school connectedness. *Journal of Adolescence*, 64, 13-22. Doi: 10.1016/j.adolescence.2018.01.002
- Perkins, K.N., Carey, K., Lincoln, E., Shih, A., Donalds, R., Kessel Schneider, S., Holt, M.K. y Green, J.G. (2021). School connectedness still matters: the association of school connectedness and mental health during remote learning due to COVID-19. *The Journal of Primary Prevention*, 42(6), 641-648. Doi: 10.1007/s10935-021-00649-w
- Quintero M., A., Garcia C., C., Jiménez V., L.G. y Ortiz T., M.L. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Resnick, M., Bearman, P., Blum, R., Bauman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. y Udry, J. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832. Doi: 10.1001/jama.1997.03550100049038
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 214-222. Doi: 10.1037/0021-843x.100.2.214
- Ross, A.G., Shochet, I.M. y Bellair, R. (2010). The role of social skills and school connectedness in preadolescent depressive symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 269-275. Doi: 10.1080/15374410903532692
- Rowe, F., Stewart, D. y Patterson, C. (2007). Promoting school connectedness through whole school approaches. *Health Education*, 107(6), 524-542. Doi: 10.1108/09654280710827920
- Rowe, F. y Stewart, D. (2009). Promoting connectedness through whole-school approaches: a qualitative study. *Health Education*, 109(5), 396-413. Doi: 10.1108/09654280910984816
- Saavedra, L., Almeida, L.S., Gonçalves, A. y Soares, A.P. (2004). Pontos de partida, pontos de chegada: Impacto de variáveis sócio-culturais no ingresso ao ensino superior. *Sociedade e Cultura*, 22(2), 63-84.
- Sacco, F. (2009). Responsabilidad, responsabilidad social y responsabilidad social universitaria: Perspectivas de tres conceptos. *Visión Gerencial*, 2(2), 383-397.
- Schwerdtfeger-Gallus, K.L., Shreffler, K.M., Merten, M.J. y Cox, R.B. (2015). Interpersonal trauma and depressive symptoms in early adolescents: exploring the moderating roles of parent and school connectedness. *Journal of Early Adolescence*, 35(7), 990-1013. Doi: 10.1177/0272431614548067
- Shochet, I.M., Dadds, M.R., Ham, D. y Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: Results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 170-179. Doi: 10.1207/s15374424jccp3502_1
- Shochet, I. y Smith C. (2014). A prospective study investigating the links among classroom environment, school connectedness, and depressive symptoms in adolescents. *Psychology in the School*, 51(5), 480-492. Doi: 10.1002/pits.21759
- Wilson, S. y Gore, J. (2013). An attachment model of university connectedness. *Journal of Experimental Education*, 81(2), 178-198. Doi: 10.1080/00220973.2012.699902
- Zhao, Y. y Zhao, G. (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: Examining the mediation effects of school connectedness in Chinese late adolescents. *Journal of Adolescence*, 40, 14-23. Doi: 10.1016/j.adolescence.2014.12.009

Adicción a Instagram y su relación con la conciencia de “cuerpo objetivizado”

Instagram addiction and its relationship with the consciousness of the “objectified” body

Constanza Toscano-Pitol, Michelle Cerón-Haddock, Yazmín Díaz-Flores,
María Huci-Mercado y Alonso Ulibarri-Martínez

Universidad Anáhuac¹

Autor para correspondencia: Constanza Toscano Pitól, constanza.toscanopi@anahuac.mx.

RESUMEN

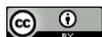
El objetivo de esta investigación fue analizar la relación que existe entre la adicción a *Instagram* y la conciencia del cuerpo objetivizado. La muestra se compuso por 248 participantes mexicanos (68% mujeres), todos ellos usuarios de dicha red social, cuyas edades tuvieron un rango de 18 a 24 años, con promedio de 21 años. La metodología utilizada fue cuantitativa y correlacional, y accediendo los participantes a participar voluntariamente. Los encuestados mostraron una adicción a Instagram ligeramente por arriba de la mediana, la cual correlacionó positivamente y de forma estadísticamente significativa con el factor 1 de la Escala de Autocosificación (Autovigilancia) y negativamente con el factor 2 (Vergüenza Corporal). Los resultados muestran que la apariencia física no está relacionada significativamente con el uso de Instagram y que, por el contrario, se pone en evidencia una menor vergüenza corporal al hacer uso de esta red social. Dentro de los alcances de esta investigación se halló que el uso de Instagram puede traer consigo efectos ventajosos y desventajosos ya que puede funcionar como un facilitador del apoyo social y un espacio para fortalecer el autoconcepto, pero también aumenta la posibilidad de autoexplotarse. Por otro lado, se distingue la relevancia de sensibilizar a la población acerca del uso moderado y regulado de dicha red social.

Palabras clave: Autoobjetivación; Adicción; Tiempo en pantalla; Redes sociales; Autoconcepto; Adultos jóvenes.

ABSTRACT

The main objective of the present study was to examine the relationship between Instagram addiction and objectified body awareness. The sample involved 248 Mexican participants, 68% women and 100% claimed to be users of the Instagram social network. Age ranged from 18 to 24 years, averaging 21 years. The methodology was quantitative and correlational, and contributors agreed to participate voluntarily. The participants showed a slightly above-average addiction to Instagram that correlated positively with factor 1 of the Self Objectification Scale, Self-vigilance, and negatively with factor 2 (Body shame). The present study showed that physical appearance is not significantly related to the use of Instagram and that, on the contrary, less body shame is associated

¹ Facultad de Psicología, Campus Sur, Av. de los Tanques 865, Col. Torres de Potrero, Álvaro Obregón, 01840 Ciudad de México, México, tel. (55)56-28-88-00, correos electrónicos: michelle.ceronha@anahuac.mx, yazmin.diazfl@anahuac.mx, maria.huicim@anahuac.mx y alonso.ulibarrima@anahuac.mx.



with using this social network. Within the scope of this study, results suggest that using Instagram may bring advantages but also disadvantages, as social media can facilitate social support and the strengthening of self-concept. However, it is also possible for it to lead to self-exploitation. Therefore it is essential to make society aware of this app's moderate and safe use.

Key words: Self-objectification; Addiction; Screen time; Social media; Self-concept; Young adults.

Recibido: 23/11/2022

Aceptado: 25/09/2023

Una de las dimensiones más importantes para llegar al conocimiento del ser humano es comprender la importancia de su entorno social (Brehm *et al.*, 2002), toda vez que la interacción social es un elemento imprescindible para su evolución y supervivencia. Es así que es posible observar que la necesidad de aprobación social cobra un gran valor al referirse al fenómeno que acontece cuando la conducta de un individuo se ve influida y modificada para responder a las demandas del grupo social al que pertenece o desea pertenecer para conseguir su aprobación y evitar de la crítica social (Domínguez *et al.*, 2012).

La introducción de la Internet y las nuevas tecnologías en las últimas décadas no sólo ha provocado un cambio sustancial en la forma de entender el mundo, sino que ha introducido nuevas pautas de relación para el ser humano al superar las barreras espaciotemporales. En la actualidad, las redes sociales constituyen una nueva ocasión para la interconexión humana, la cual supone un gran cambio en la conformación de los vínculos sociales. Funcionan como una plataforma de comunicaciones y de formas de interacción social (Rodríguez y Fernández, 2014), que a su vez proporcionan nuevos espacios para explorar la identidad y su presentación a los demás, por lo que es esencial estudiar cómo afectan la construcción del autoconcepto y el afecto percibido en las personas, especialmente en los adultos jóvenes, quienes representan sus consumidores principales (Morán y Felipe, 2021); no obstante, hoy en día se vis-

lumbra que el mundo virtual contribuye a crear una falsa identidad y a distanciarse del mundo real (Be-coña, 2006).

De acuerdo con Anderson y Jiang (2018), la red social más utilizada por los adolescentes, los adultos jóvenes y el público en general es Instagram, la cual se lanzó en el año 2010 con la idea de que la gente pudiera compartir su vida con amigos mediante imágenes. El uso de esta aplicación es sencillo ya que se pueden utilizar las fotografías tomadas desde el propio celular. La idea principal es la de imaginar un mundo más conectado a través de fotos, en el que el uso de los filtros dé un aspecto profesional a las fotografías y el proceso de carga sea rápido y eficiente (Waters, 2014). De forma simultánea, Instagram permite a sus usuarios construir una comunidad de amigos, en la que elementos como “Me gusta”, “Comentar”, “Compartir historia”, entre otros, representan el mayor indicador de aprobación y soporte social respecto al contenido compartido por el usuario (Anderson y Jiang, 2018). De igual forma, parece ser que el contenido que se comparte en Instagram tiende a mostrar la autopresentación del usuario, esto es, la manera en que desea que otros lo perciban.

Tomando en cuenta que Instagram basa su contenido en la fotografía, es importante observar los incentivos que llevan al usuario a publicar determinados contenidos y no otros; y a su vez considerar la motivación del consumidor por elegir un determinado contenido (Oropesa y Sánchez, 2016). Al mismo tiempo, los usuarios de Instagram tienden a publicar imágenes y videos que muestran una realidad ideal o perfecta y a comunicar el mensaje de que cumplen con las expectativas que la sociedad tiene de ellos (Siibak, 2009). Así, Instagram genera diversos comportamientos convenientes o inconvenientes para sus usuarios.

La citada aplicación es una herramienta versátil y útil para conectar a diferentes personas, lo que facilita el sentido de comunidad; sin embargo, es posible que un uso inadecuado de la red genere comportamientos compulsivos que pueden ocasionar la pérdida del autocontrol sobre la misma, y aun cuando sus usuarios la adviertan, no parecen disminuir su uso, por lo que llega a asemejarse a un comportamiento adictivo (Andreassen *et*

al., 2017). Tal adicción supone el surgimiento de distintos síntomas, entre los cuales se encuentran la *saliencia*, que hace referencia a la importancia y dominio que impone la conducta adictiva en el individuo; la *abstinencia*, que se manifiestan en alteraciones emocionales y físicas por la ausencia del medio adictivo (en este caso, Instagram), así como recaídas; la *tolerancia*, que alude al aumento del comportamiento adictivo con el propósito de experimentar los efectos placenteros previos, y por último diversos problemas que son consecuencia del uso inadecuado de dicha red social (Andreassen *et al.*, 2017).

Es posible que las conductas adictivas no sean la única consecuencia del uso inconveniente de Instagram. Se infiere que el uso excesivo de esta red social puede estar vinculado con otro fenómeno psicológico: la *autocosificación*. De acuerdo con las investigaciones de Del Prete y Redón (2020), las redes sociales han evolucionado hasta funcionar como una vitrina, la cual brinda un espacio performativo al usuario, de modo que éste utiliza mecanismos de esa índole para obtener la aceptación de la audiencia, en este caso sus seguidores; es así que ya no se muestra tal y cómo es y que se autocalifique para cumplir con los estándares sociales impuestos a través de Instagram (Del Prete y Redón, 2020).

Finalmente, la teoría de la cosificación sostiene que “el entorno cultural de la cosificación funciona para que las niñas y mujeres sociales, en algún nivel, se traten a sí mismas como objetos para ser mirados y evaluados” (Fredrickson y Roberts, 1997). Asimismo, Gordon (2008) señala que los medios de comunicación están dominados por imágenes de mujeres como objetos sexuales cuyo valor se basa en su apariencia, lo que tiene como resultado diversas limitaciones potenciales en las autopercepciones de las niñas e influye en sus actitudes respecto a la importancia de la apariencia. Algunos autores sugieren que la teoría de la cosificación puede no ser aplicable a los varones tal como se mide actualmente.

Así pues, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el uso adictivo y no adictivo de Instagram y la autocosificación, ya que el comportamiento que se ha visto en los

usuarios de Instagram coincide con lo propuesto en la literatura sobre el tema.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio se contó con un total de 248 jóvenes mexicanos voluntarios, usuarios de la red social Instagram, de los cuales 68% eran mujeres. La edad de los participantes tuvo un rango de 18 a 24 años, con un promedio de 21 años. El muestreo fue de tipo no probabilístico, a través de la técnica llamada “bola de nieve” (Kerlinger, 1988).

Instrumentos

Escala de Consciencia del Cuerpo Objetificado (OBCS por sus siglas en inglés) (McKinley y Hyde, 1996).

Traducida al español por Moya *et al.* (2017), consta de 24 ítems y mide el nivel de consciencia de cuerpo cosificado. La escala está dividida en tres factores, cada uno de ocho ítems: *Vigilancia corporal* (ítems 1-8), que se refiere a verse a sí mismo como lo ven los demás. Es necesaria para garantizar que se cumplan los estándares corporales culturales y evitar así los juicios negativos (por ejemplo, “Rara vez pienso en cómo me veo”). *Vergüenza corporal* (ítems 9-16), que mide la internalización de los estándares corporales culturales que pueden ser una fuente de vergüenza intensa (por ejemplo, “Me siento avergonzado de mí mismo cuando no he hecho mi mejor esfuerzo en verme de mejor forma”), y finalmente *Creencias de control* (ítems 17-24), que pretende ser una medida de las creencias sobre la controlabilidad de la apariencia en general (por ejemplo, “Realmente no creo que tenga mucho control sobre cómo se ve mi cuerpo”).

La escala tiene un rango de respuesta de siete puntos (de 1 = “Totalmente en desacuerdo” a 7 = “Totalmente de acuerdo”). Estar de acuerdo con los enunciados implica un mayor nivel de cosificación. Así, a mayor nivel de consciencia de cuerpo cosificado, más experiencia negativa tendrá la

persona hacia su propio cuerpo. Es decir, cuanto más piense la persona que los cuerpos son para ser mirados desde la perspectiva de un observador externo, y cuanto más interiorizados tenga los ideales de belleza, más cosificado estará. Tiene coeficientes alfa de Cronbach en su primer estudio: Vigilancia: 0.89; Vergüenza, 0.75, y Control, 0.72.

Escala de Adicción a Instagram de Bergen (BIAS) (Chávez y Vallejos, 2021).

Consiste en seis ítems de estructura unidimensional que hace la evaluación temprana de indicadores de uso constante a Instagram. Cuenta con un solo factor, que permite obtener un puntaje total del constructo del nivel de uso y adicción a Instagram, que demuestra un evidente interés y un comprobado incremento en el acceso a medios de socialización virtual, y que posibilita el desarrollo de comportamientos de uso problemático. Consiste de una escala Likert con opciones de respuesta que van de 1 (“Muy raramente” a 5 (“Muy a menudo”) (por ejemplo, “¿Ha sentido el impulso de usar Instagram cada vez más?”). Se comprobó la fiabilidad del instrumento a través del método de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de .925).

Procedimiento

Se utilizó una metodología cuantitativa y correlacional. Como primer paso, se hizo una investigación exhaustiva acerca de las variables utilizadas y su medición (nivel de uso de adicción a Instagram y autocosificación). El tamaño de la muestra fue el adecuado, considerándose el error máximo admisible y el nivel de confianza asociado a dicha

estimación, dada la heterogeneidad de la población y los procedimientos de análisis empleados. Luego, se transcribieron las escalas a la plataforma de Google Forms y se convocó a los participantes con las características determinadas por los criterios de inclusión que accedieran a participar voluntariamente desde las redes sociales durante un mes. La primera pregunta del cuestionario solicitaba su participación voluntaria y anónima, detallando el manejo confidencial de los datos a quienes aceptaran las condiciones del estudio, quienes procedieron a responder los instrumentos. Después se realizó un análisis de frecuencias a través de la plataforma SPSS, versión 29, a fin de identificar errores o los casos que debían excluirse. Finalmente, se efectuó un análisis de correlación de Pearson para obtener la relación entre la autocosificación y la adicción a Instagram.

RESULTADOS

En principio, se les pidió a los participantes que evaluaran su nivel de atractivo físico en una escala del 0 al 9. En promedio, los participantes respondieron la autoevaluación con una puntuación de 6, obteniendo un nivel de adicción a Instagram por arriba de la media, con un promedio de 2.88 en escala del 1 al 5. Después Posteriormente se correlacionó esta pregunta con el nivel de adicción a Instagram, hallándose una correlación negativa y no significativa estadísticamente ($-.07$). Finalmente, la correlación de Pearson entre adicción a Instagram y los factores de Autovigilancia y Vergüenza corporal mostraron cargas estadísticamente significativas (.12 y $-.19$, respectivamente) (Tabla 1).

Tabla 1. Media y desviaciones estándar para los tres factores de autocosificación y la escala de adicción a Instagram (n = 248).

Factores	M	D.E.
Adicción a Instagram	2.88	.92
Factor 1: Autovigilancia	4.20	.81
Factor 2: Vergüenza corporal	4.55	1.06
Factor 3: Control	4.28	.82

Tabla 2. Correlación de tres factores de autocosificación con relación a Instagram.

Factores de la Escala de Cosificación	Correlación de Pearson	Adicción a Instagram
Factor 1: Autovigilancia	Sig.	.12*
	N	.04
	Correlación de Pearson	248
Factor 2: Vergüenza corporal	Sig.	-.19**
	N	.003
	Correlación de Pearson	-.10
Factor 3: Control	Sig.	.10
	N	248

DISCUSIÓN

Inicialmente, los participantes se autoevaluaron por arriba de la media en cuanto a su atractivo físico. En segundo lugar, mostraron puntuaciones ligeramente por arriba del promedio en la Escala de Adicción a Instagram, lo que indica que existe una elevada actividad que sin embargo no llega a ser percibida como una adicción, confirmando lo que apunta Domínguez (*et al.*, 2012) en cuanto a que las redes sociales están relacionadas con el instinto de supervivencia humano y que, en consecuencia, poseen un gran valor para los individuos aunque pueden ser utilizadas de una forma inadecuada, lo que puede ocasionar comportamientos de tipo compulsivo que implican la pérdida de autocontrol ante su empleo (Andreassen *et al.*, 2017).

Con relación a la Escala de Autocosificación, se mostraron puntuaciones altas en promedio: Autovigilancia, 4.2; Vergüenza corporal, 4.55, y Control, 4.28, que demuestran que los participantes se hallaban ligeramente por arriba del promedio, lo que coincide con los hallazgos de Díaz *et al.* (2017), quienes afirman que aquellos individuos que poseen niveles altos del uso de Instagram tienen una visión más cosificada de sí mismos y de los demás, especialmente las mujeres.

Respecto a las correlaciones entre adicción a Instagram y autocosificación, en primer lugar se obtuvo una correlación significativa y positiva entre esa adicción y el factor 1 de la Escala de Autocosificación (Autovigilancia) de .12. La presente investigación muestra que a mayor adicción a Ins-

tagram, mayor tendencia hay por el autoexamen, la conciencia del aspecto físico y la anticipación ante la crítica de terceros. Estos hallazgos coinciden con la idea de que las redes sociales incitan a las personas a actuar y a pensar como pequeñas empresas, vigilándose para acumular ganancias que se traducen en *likes* o número de seguidores, guiándose por los valores que circulan fuera y dentro de las redes sociales. De la misma manera, los resultados hallados coinciden con los de Bard y Magallanes (2021), quienes sugieren que la realidad actual exige una autovigilancia permanente. Así, las personas son constituidas a partir de la autoexplotación mediante la autopromoción, lo que lleva a que respondan con diferentes estrategias de autovigilancia, como la consulta previa a los pares vía WhatsApp antes de publicar, así como el borrado o archivado de publicaciones de su perfil, o el uso de cuentas secundarias que les permitan expresiones del yo adaptadas a públicos concretos (Caro, 2022).

En segundo lugar, se obtuvo una correlación significativa y a la vez inversamente proporcional entre la variable de Adicción a Instagram y el Factor 2 de la Escala de Autocosificación: Vergüenza corporal (-.19). Es decir, a mayor uso de Instagram, menor temor de mostrar de forma digital una parte corpórea del usuario. Este resultado está en concordancia con lo que hallado por Morán y Castaño (2021) sobre los beneficios del uso de las redes sociales. En su investigación, describen cómo Instagram puede otorgar al usuario un espacio para practicar roles simultáneos y crear una identidad flexible. De igual modo, el contexto vir-

tual facilita la capacidad de recibir apoyo social por parte de amigos y conocidos, por lo que un uso más frecuente de las redes sociales puede implicar mayores bienestar y gratificación al construir un nuevo autoconcepto *online* (Morán y Castaño, 2021). Más aún, Del Prete y Redón (2020) apuntan que hoy en día hay un acto volitivo por el cual el usuario decide cómo ser y qué mostrar en las redes sociales. Dichas redes ofrecen un espacio performativo en el que la persona decide construir y proyectar una imagen socialmente reconocida y valorada mostrando únicamente la parte de sí mismo que “vale la pena”. Instagram favorece la libertad de expresarse y de ser en la pantalla, pues el anonimato provoca un efecto desinhibitorio; esto es, disminuye el grado de vergüenza corporal (Del Prete y Redón, 2020). Cwynar-Horta (2016) encontró que el contenido positivo del cuerpo desafía los ideales de apariencia estrecha antes mencionados, y en su lugar brinda una diversa gama de cuerpos cuyo objetivo supuesto es fomentar la aceptación y el aprecio del cuerpo.

El presente estudio demuestra que la apariencia física o el nivel de autopercepción de la apariencia física no está relacionado significativamente con el uso de Instagram; por el contrario, evidencia una menor vergüenza corporal al hacer uso de esta red social.

Se sugiere para futuras investigaciones que el tamaño de la muestra incluya la población adolescente ya que es la que hace el mayor uso de las redes.

Ya que actualmente el mundo de las redes sociales está en constante crecimiento, otra sugerencia que se debe tomar en cuenta es la posibilidad de poder ampliar la investigación hacia diferentes tipos de redes sociales y observar las afectaciones en la autoobjetivación a causa de su uso. Una sugerencia adicional es llevar a cabo un análisis de las diferencias por sexo y las posibles ventajas que puede tener el uso de las redes sociales en los usuarios.

Finalmente, los alcances de este estudio apuntan a la necesidad de sensibilizar a la población sobre el uso regulado de redes sociales, las cuales van en aumento, y de informar sobre las consecuencias psicológicas que el uso de las mismas ocasiona cuando son utilizadas de un modo extremo.

Por otro lado, se pudo observar que el uso de redes sociales no es completamente negativo, por lo que este análisis también puede ayudar a hacer conciencia de que un uso controlado puede tener ventajas y beneficios, ya que puede ser un medio para que el usuario establezca contacto con los demás, forme redes de apoyo y cree una imagen positiva de sí mismo.

Citación: Toscano-Pitol, C., Cerón-Haddock, M., Díaz-Flores, Y., Huci-Mercado, M. y Ulibarri-Martínez, A. (2024). Adicción a Instagram y su relación con la conciencia de “cuerpo objetivizado”. *Psicología y Salud*, 34(2), 327-333. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2913>

REFERENCIAS

- Anderson, M. y Jiang, J. (2018). *Teens, social media and technology*. Pew Research Center [Internet y American Life Project], 1-9. Recuperado de <http://publicservicesalliance.org/wp-content/uploads/2018/06/Teens-Social-Media-Technology-2018-PEW.pdf>
- Andreassen, C.S., Pallesen, S. y Griffiths, M.D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.
- Bard W., G. y Magallanes U., M.L. (2021). Instagram: la búsqueda de la felicidad desde la autopromoción de la imagen. *Culturales*, 9, 1-29. Doi: 10.22234/recu.20210901.e519
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y definición del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Brehm, S., Miller, R., Perlman, D. y Campbell, S. (2002). *Intimate relationships*. McGraw-Hill.
- Caro C., L. (2022). Jugando a ser influencers: un estudio comparativo entre jóvenes españoles y colombianos en Instagram. *Comunicacion y Sociedad*, 35(1), 81-99.
- Chávez S., A. y Vallejos F., M.A. (2021). Diseño y validez de la Escala de Adicción a Instagram de Bergen (BIAS) en adultos peruanos. *Propósitos y Representaciones*, 9(1). Doi: 10.20511/pyr2021.v9n1.973

- Cwynar-Horta, J. (2016). The commodification of the body posiive movement on Instagram. *Stream: Culture/ Politics/ Technology*, 8(2), 36-56. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue1-fulltext-1834
- Del Prete, A. y Redon P., S. (2020). Las redes sociales on-line: espacios de socialización y definición de identidad. *Psicoperspectivas*, 19(1), 86-96.
- Díaz, B., Ventisca, M. y Llovet R., C. (2017). ¿Empoderamiento o empobrecimiento de la infancia desde las redes sociales? Percepciones de las imágenes de niñas sexualizadas en Instagram. *Profesional de la Información*, 26(1), 77-87.
- Domínguez, C., Mijares S., A., Acosta, T., Navarro, G. y Ruiz, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808-824.
- Fredrickson, B. y Roberts, T.A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206. Doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Gordon, M.K. (2008). Media contributions to African American girls' focus on beauty and appearance: exploring the consequences of sexual objectification. *Psychology of Women Quarterly*, 32(3), 245-256. Doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00433.x
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento* (4ª ed.). McGraw-Hill.
- McKinley, N.M., Hyde, J.S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181-215. Doi:10.1111/j.1471-6402.1996.tb00467.x
- Morán P., N. y Felipe C., E. (2021). Self-concept in social networks and its relation to the affect in adolescents1. *Behavioral Psychology*, 29(3), 611-625. Doi: 10.51668/bp.8321306n
- Moya G., A., López M., J., Rodríguez B., R.M. y Moya M., M.C. (2017). Spanish version of the Objectified Body Consciousness Scale (OBCS). Results from two samples of female university students. *International Journal of Social Psychology*, 32(2), 377-394.
- Oropesa M., P. y Sánchez X., C. (2016). Motivaciones sociales y psicológicas para usar Instagram. *Communication Papers*, 5(09), 27-36.
- Rodríguez P., A.P. y Fernández P., A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 131-140. Doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.13
- Siiibak, A. (2009). Constructing the self through the photo selection: visual impression management on social networking websites. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 3(1), 1. Recuperado de <http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2009061501yarticle=1>
- Waters, R. (2014). *Instagram®: How Kevin Systrom and Mike Krieger changed the way we take and share photos*. Simon & Schuster.

Revisión sistemática de instrumentos válidos y confiables que miden resiliencia en adultos hispanoparlantes

Systematic review of valid and reliable instruments that measure resilience in Spanish-speaking adults

*María Fernanda Fernández-García¹, Sandra Milena Alvarán López²,
Sandra Milena Rueda Ramírez², Constanza Londoño Pérez³
y Magda Evelyn Mendivelso³*

Autor para correspondencia: Sandra Milena Alvarán López, smalvaranl@gmail.com.

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universidad de Antioquia²
Universidad Cooperativa de Colombia³

RESUMEN

El concepto de resiliencia ha tenido un desarrollo importante a partir de la década de los noventa en el ámbito de las ciencias sociales, esos avances han impulsado la generación de instrumentos de medición para este constructo. Dada la importancia que tiene este concepto, y que se perfila como uno de los objetivos de desarrollo sostenible, se realiza esta investigación con el objetivo de identificar las escalas o cuestionarios existentes y sus adaptaciones a los diferentes contextos socioculturales, para avanzar en la medición de la resiliencia y sus futuros campos de intervención. Este estudio se centró en hacer una revisión sistemática en tres bases de datos, se identificaron 82 artículos que reportan estudios que analizan o utilizan instrumentos de evaluación de resiliencia en personas entre 15 y 94 años hispanohablantes. Este estudio presenta 15 instrumentos hallados y se hace una comparación acerca de los factores, edad de aplicación, fiabilidad y adaptaciones disponibles. Los resultados muestran que los instrumentos con mayor aplicabilidad en diferentes contextos, países y edades son CD-RISC en ambas versiones (abreviada y extensa) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young en sus diferentes versiones. Las conclusiones del estudio ponen de manifiesto la necesidad de utilizar y realizar instrumentos que midan la realidad de los diferentes contextos, así como la falta de ellos para Latinoamérica.

Palabras clave: Resiliencia; Instrumentos; Escalas de medición; Adultos hispanoparlantes.

ABSTRACT

The concept of resilience has significantly developed in the social sciences since the nineties. These advances have driven the generation of measurement instruments for this construct. Given the importance of this concept as an objective of sustainable development, the present study aimed at identifying the existing scales or questionnaires adapted to different sociocultural contexts to

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente, Indeco II, ISSSTE, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, México, correo: fernandafg260299@gmail.com.

² Facultad Nacional de Salud Pública, Cl. 62 Núm. 52-59, La Candelaria, Medellín, Antioquia, Colombia, correo: sandra.alvaran@udea.edu.co y sandra.rueda@udea.edu.co.

³ Carrera 9 Núm. 172-08, Usaquén, Bogotá, Colombia, correos: constanza.londono@campusucc.edu.co, constanzalc@gmail.com y magda.mendivelsod@campusucc.edu.co.



measure resilience and, hopefully, guide interventions. We conducted a systematic review in three databases, identifying 82 articles that analyzed or used assessment instruments for resilience in Spanish-speaking adults. The study found 15 instruments and compared their factors, age of application, reliability, and available adaptations. The results show that the instruments with the most significant applicability in different contexts, countries, and ages are the CD-RISC in both versions (abbreviated and extended) and the Wagnild and Young Resilience Scale in their different versions. The study's conclusions highlight the need to use and develop instruments that measure the reality of Latin American contexts and their scarcity.

Key words: Resilience; Instruments; Measurement scales; Spanish-speaking adults.

Recibido: 08/02/2023

Aceptado: 29/09/2023

En los últimos años, el término *resiliencia* ha tenido un auge y un importante uso en las ciencias sociales; sin embargo, ha presentado dificultades en su definición debido a la diversidad de puntos de vista existentes. Por consiguiente, Aguilar *et al.* (2019) han revisado las definiciones que ofrecen diversos autores y fuentes, concluyendo que la resiliencia es un proceso que, compuesto de múltiples factores internos y externos, implica diversas etapas y se genera a lo largo del tiempo. Este proceso puede ser atribuible a cualquier organismo individual o a un grupo o comunidad, pero se subraya que para que haya resiliencia debe existir *adversidad*, como problemas, situaciones difíciles, presiones, angustia, desafíos, cambios, amenazas, fuentes de tensión, traumas, destrucción o riesgos diversos, de modo que la situación calificada como adversa dependerá de cada individuo o comunidad.

Para poder llevar a cabo la medición de un fenómeno es necesario definirlo de forma clara e identificar las propiedades que lo constituyen. Así pues, cuando hay muchas definiciones o demasiados factores que intervienen en un mismo fenómeno, tal medición se dificulta considerablemente (Ospina, 2007). En el caso de la resiliencia, no se ha llegado a un consenso acerca de cómo medirla, pues aún se discute dónde se debería po-

ner el énfasis de esa medición, si en los productos, los procesos involucrados, las capacidades, la percepción de otros o la autopercepción, por sólo mencionar algunos ejemplos (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2014). No obstante, ya Rutter (1993) afirmaba que la resiliencia ha sido considerada como una característica del individuo y del contexto que permite a aquél adaptarse, responder y recuperarse ante eventos adversos y alcanzar así un desarrollo óptimo a partir del evento estresante. Luego entonces, la resiliencia hace posible vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, no obstante la fatiga o la adversidad, que suelen implicar un riesgo grave de desenlace negativo.

Se han diseñado instrumentos psicométricos que evalúan la resiliencia, y muchos de ellos han sido sometidos a estandarización, que es un procedimiento específico para que la utilización de una prueba sea similar en cualquier entorno (Jornet-Meliá, 2017), así como de adaptación, que se refiere a adecuar un test a un contexto diferente sin que pierda sus propiedades semánticas y psicométricas originales (Balluerka *et al.*, 2007). Sin embargo, Gómez *et al.* (2010) señalan que es necesaria la utilización de instrumentos libres de sesgo que puedan evaluar las necesidades personales y sociales de individuos con diferentes características, por lo que surge la necesidad de responder a la pregunta de cuáles son los instrumentos que hay disponibles en español para medir la resiliencia en adultos.

Para ello, se planteó el objetivo de elaborar una revisión sistemática de los instrumentos de evaluación de la resiliencia disponibles en dicho idioma, sus adaptaciones y condiciones psicométricas (validez y confiabilidad) de los mismos, y además identificar los elementos conceptuales comunes y sus componentes.

MÉTODO

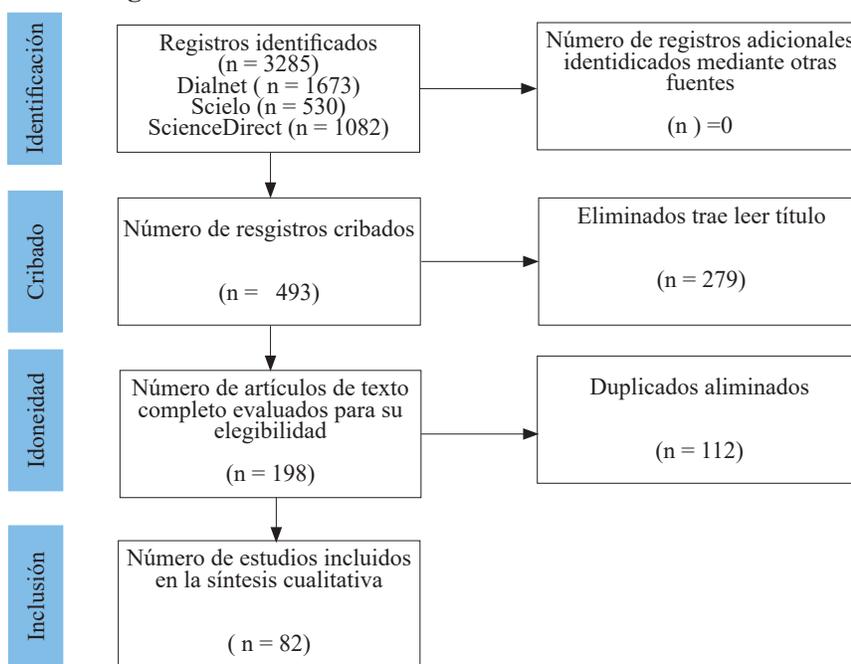
Muestra documental

Los documentos seleccionados para su análisis forman parte de la literatura científica publicada en las bases de datos Scielo, Dialnet y Science Direct,

siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Urrutia y Bonfill, 2010, 2013). Los criterios de elección de los documentos fueron, a saber: 1) artículos de investigación original centrados en el diseño o uso de al menos un instrumento psicométrico en español (escala, cuestionario, inventario) que mida la resiliencia en personas de entre 15 y 94 años; 2) con acceso abierto al texto completo; 3) aquellos en los que en su título apareciera la palabra “resiliencia”, y 4) publicados o en prensa entre los años 1972 y 2022. Cabe anotar que el límite temporal de inicio de la pesquisa corresponde a la fecha del primer escrito conceptual e investigativo al respecto efectuada por Michael Rutter en ese año.

La búsqueda se hizo a través de combinaciones de términos en español o inglés con operadores booleanos. Dichos términos fueron los siguientes: “resiliencia” AND “instrumento” (escala, cuestionario, inventario) AND “adulto” OR “universitarios” OR “adulto joven” AND “medición” AND “validación” AND “Latinoamérica”. Se excluyeron los capítulos de libros, manuales o estudios de caso único, publicaciones sin texto completo y con acceso privado o de paga, así como aquellos publicados en una lengua diferente al español y que no incluyeran en sus poblaciones a mayores de 18 años (Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de la muestra final estudiada.



Así, la muestra final se integró con 82 artículos en los que se registró el uso de quince instrumentos aplicados en muestras de individuos con edades de entre 15 y 94 años, siete de ellos con población femenina, dos con población masculina y dos no especificados.

RESULTADOS

En cuanto al tamaño de muestra, 21 estudios reportaron menos de 100 participantes, 47 entre 100 y 500, y 32 entre 501 y 3,267. La mayor parte de

dichas investigaciones fueron hechas en población universitaria de países como España, México, Perú, Colombia, Ecuador, Guatemala y Puerto Rico. Además, se encontró que los instrumentos reportados se aplicaron a diversas poblaciones, como indígenas en situación de discapacidad, deportistas, personas con adicciones, extutelados y privados de la libertad, trabajadores del ámbito de la salud y población adulta general (c.f., Salgado, 2005) (Tabla 1)⁴.

⁴ En dicha tabla no se proporciona la referencia de las adaptaciones ni las de autores y artículos relacionados.

Tabla 1. Descripción de principales características de los instrumentos.

Nombre y autor(es)	NF	NI	Rangos		Adaptaciones	Autor y artículos relacionados
			Edad	α		
BRS: Escala de Resiliencia Breve (Smith <i>et al.</i> , 2008).	1	6	16-83	.61-.85	Validado en español (Rodríguez-Rey <i>et al.</i> , 2016).	Hidalgo-Rasmussen <i>et al.</i> , 2021; Tomás <i>et al.</i> , 2017; Hidalgo-Rasmussen <i>et al.</i> , 2017; Mercado <i>et al.</i> , 2020; León <i>et al.</i> , 2020.
CD-RISC-10 (Connor-Davidson 10 ítems) (Campbell y Stein, 2003).	1	10	17-72	.83-.92	Traducida al español (Notario-Pacheco <i>et al.</i> , 2011) y validada en Colombia (Riveros <i>et al.</i> , 2017).	Vizoso <i>et al.</i> , 2018; Vizoso <i>et al.</i> , 2019; Soler <i>et al.</i> , 2015; Daniel-González <i>et al.</i> , 2020; Vizoso, 2019; Riveros <i>et al.</i> , 2017; Herrera <i>et al.</i> , 2018; González-Aguilar <i>et al.</i> , 2018; Sánchez, 2018; Fernández <i>et al.</i> , 2018; Riquelme <i>et al.</i> , 2021; Álava <i>et al.</i> , 2020.
BRCS: Escala Breve de Estrategias Resilientes (Sinclair y Wallson, 2004).	1	5	18-68	.68-.69	Adaptada al español (Moret <i>et al.</i> , 2015; Limonero, s.f).	Bojórquez <i>et al.</i> , 2019; Fajardo <i>et al.</i> , 2021.
E-PORE: Escala de Potencial Resiliente (García y García-Méndez, 2013).	2	33	30-57	.68	Sin evidencia ubicada.	García <i>et al.</i> , 2015.
Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993). Traducida al español por Heilemann <i>et al.</i> (2003) y Novella (2002).	2	25	12-83	.79-.93	Aplicada en Colombia, México, Ecuador y Perú. Sólo validada en población española.	Bernal <i>et al.</i> , 2017; Segers <i>et al.</i> , 2018; Benavente-Cuesta <i>et al.</i> , 2018; Quiceno <i>et al.</i> , 2012; Bernal <i>et al.</i> , 2015; Hernández <i>et al.</i> , 2020; Caldera <i>et al.</i> , 2016), Cieza-Guevara <i>et al.</i> , 2020; Cerquera <i>et al.</i> 2020–2016; García-Rojas <i>et al.</i> , 2021; Flores <i>et al.</i> , 2020; Cahuana-Cuenta <i>et al.</i> , 2019; Neyra-Elguera <i>et al.</i> , 2020; Gómez-Molinero <i>et al.</i> , 2018.
ERC: Escala de Resiliencia Comunitaria (Ruiz, 2015).	2	14	18-30	.87	Sin evidencia ubicada.	Ruiz-Pérez <i>et al.</i> , 2019.
Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993).	4	25	12-65	.78-.95	Validada por Castilla (2014). Validada en mexicanos (Sánchez-Perales <i>et al.</i> , 2013). (59, 60, 62, 65) Adaptada para España (Ruiz <i>et al.</i> , 2012). Adaptada a Argentina (Rodríguez <i>et al.</i> , 2009).	Gorozabel <i>et al.</i> , 2020; Holguín <i>et al.</i> , 2020; Pimental-Jaimes <i>et al.</i> , 2015. Canaval <i>et al.</i> , 2007; Antonio <i>et al.</i> , 2015; Betancourt <i>et al.</i> , 2021; Villalba <i>et al.</i> , 2019; Cejudo <i>et al.</i> , 2016; Santiago <i>et al.</i> , 2021; Zapater-Ferrer, 2019; Felix-Mena <i>et al.</i> , 2017; Reche-García <i>et al.</i> , 2020; Facal <i>et al.</i> , 2020.; Ruíz-Barquín <i>et al.</i> , 2017; Sánchez-Teruel <i>et al.</i> , 2014; Salvador-Ferrer <i>et al.</i> , 2019; García <i>et al.</i> , 2017;
Cuestionario de Resiliencia (González-Arriata, 2011; 2016).	3	32	18-32	.89-.93	Sin evidencia ubicada.	León <i>et al.</i> , 2019; González-Arriata <i>et al.</i> , 2015; Vargas <i>et al.</i> , 2020.

Continúa...

Nombre y autor(es)	NF	NI	Rangos		Adaptaciones	Autor y artículos relacionados
			Edad	α		
RESI-M: Escala de Resiliencia Mexicana (Palomar y Gómez, 2010).	5	43	18-33	.93-.97	Sin evidencia ubicada.	Palomar y Gómez, 2010; Blanco <i>et al.</i> , 2018; Sanjuan-Meza <i>et al.</i> , 2018; Almanza-Avendaño <i>et al.</i> , 2018.
RSA: Escala de Resiliencia para Adultos (Friborg <i>et al.</i> , 2003).	5	37	17-73	.77	Validada en México (Ruvacaba <i>et al.</i> , 2014).	Ruvalcaba <i>et al.</i> , 2019.
CD-RISC Connor-Davidson (Connor y Davidson, 2003).	3	25	17-72	.81-.90	Adaptada y traducida al español (Manzano-García <i>et al.</i> , 2013; Boes, 2001; García-Portilla <i>et al.</i> , 2008; Crespo <i>et al.</i> , 2014).	Grass <i>et al.</i> , 2020; Castañeda <i>et al.</i> , 2022; Ríos <i>et al.</i> , 2012; Millán-Gómez <i>et al.</i> , 2021; Román <i>et al.</i> , 2019; Álava <i>et al.</i> , 2020; Chacón <i>et al.</i> , 2017; Domínguez-Lara <i>et al.</i> , 2019; García-León <i>et al.</i> , 2019; Vergel-Ortega <i>et al.</i> , 2021; Chacón <i>et al.</i> , 2016; Jerez, 2021.
Escala de Resiliencia para Adolescentes (Prado y Del Águila, 2000).	7	34	11-20	.86	Sin evidencia ubicada.	Sosa <i>et al.</i> , 2020.
IRES: Inventario de Resiliencia (Gaxiola <i>et al.</i> , 2011).	8	20	19-73	.93	Sin evidencia ubicada.	Mandujano <i>et al.</i> , 2020.
Cuestionario de Resiliencia para Estudiantes Universitarios (CRE-U) (Peralta <i>et al.</i> , 2006).	8	90	17-36	.70	Adaptado a población española (Soler <i>et al.</i> , 2015).	Soler <i>et al.</i> , 2015, Peralta <i>et al.</i> , 2006.
SV-RES: Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos (Saavedra y Villalta, 2008).	12	60	15-94	.76-.96	Sin evidencia ubicada.	Saavedra <i>et al.</i> , 2019; Durand <i>et al.</i> , 2020; Saavedra <i>et al.</i> , 2008; Tarazona <i>et al.</i> , 2020.

Nota: NF = número de factores, NI = Número de ítems.

La confiabilidad evalúa la magnitud de asociación del conjunto de ítems de un instrumento, en tanto que la validez hace referencia al cálculo de un coeficiente que estima el grado en el que cada uno de los ítems aporta a la medida del constructo, concepto o factor medido (Celina y Campo, 2005). Así pues, en 73 artículos se encontró que el índice de confiabilidad alfa de Cronbach (α) oscilaba entre .58 (en el FPR-1) y .97 (en RESI-M). Además, se identificó que el constructo es evaluado mediante un variado número de preguntas, que oscilan entre cinco y noventa; que tres de los instrumentos correspondían a una escala unidimensional (BRS, CD-RISC-10 y BRCS), las otras escalas eran multidimensionales y con entre dos y doce factores.

Es importante señalar que las escalas y cuestionarios son a menudo validados y adaptados a diferentes contextos socioculturales; así, los que son más utilizados en diferentes países y con participantes de diversas edades son el CD-RISC en ambas versiones (abreviada y extensa) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young en diferentes adaptaciones. Respecto a la base teórico-conceptual de los instrumentos, fue posible evidenciar la unicidad de los elementos teóricos básicos, aun cuando se apliquen en diversos contextos (laboral, educativo y clínico) y en distintos grupos etarios. Es importante resaltar que los aspectos comunes de la definición de resiliencia implican varios aspectos: primero, la presencia de un even-

to adverso; segundo, la capacidad individual de recuperación y adaptación, y tercero, la presencia reconocida por algunos autores de desarrollo, de

salir fortalecido de la situación y de la existencia de recursos (Figura 2).

Figura 2. Nube de palabras principales en la definición de resiliencia.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación buscó ubicar y describir los instrumentos disponibles en español para medir la resiliencia en adultos, para lo cual se revisaron las condiciones asociadas a dicho constructo, ante lo cual es posible afirmar que hay unicidad en su significado, ya que en los instrumentos identificados no se modifica en sí mismo, sino que es analizado y evaluado desde diversos puntos de vista, propiciados por su ajuste a partir de las principales características de la situación compleja que afronta cada persona en cada contexto en que ocurre, así como el conjunto de condiciones generales que enmarcan tal contexto (escolar, laboral y comunitario), y que específicamente aluden a las condiciones personales, entre las que se cuentan la etapa de desarrollo (y por ende la edad). Solo en dos de los casos revisados se establece que los instrumentos fueron desarrollados bajo la idea de que la atención previa realizada en ambientes escolares potencia el afrontamiento resiliente; es decir, que bajo esa mirada la resiliencia es una habilidad adquirida más que heredada, tal como lo plantean Rodríguez y Urrea (2021).

Estos hallazgos van en línea con la definición integral del concepto de resiliencia, esto es,

un proceso dinámico y multidimensional que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos adversos, tal como lo proponen Barrios *et al.* (2018). Además, debe subrayarse que aún no es completamente claro el origen y desarrollo de la resiliencia; es decir, diferenciar si en realidad es una característica o habilidad aprendida, o una condición genética inherente a las personas o propias de condiciones antagonistas; en definitiva, la pregunta es si es posible afirmar que se aprende a ser resiliente o se es resiliente gracias a determinadas condiciones heredadas, discusión ésta ya abordada por Rodríguez y Urrea (2021). Por ello, es preciso determinar si la discusión en torno al origen, en especial, surge debido a que se han creado, empleado y adaptado cuestionarios cuyo fin es medir la forma en que se manifiesta la resiliencia en poblaciones ubicadas en diversos ámbitos y distintas labores, entre las que se identifican ciertas investigaciones llevadas a cabo en ambientes sanitarios.

Además, debe subrayarse que entre los principales aspectos que delimitan el concepto de resiliencia son, a saber: 1) el reconocimiento de que la fortaleza radica en una capacidad individual de adaptación y recuperación de las condiciones positivas personales ante la adversidad; 2) una

capacidad que puede ser fortalecerse gracias a la acción de otros recursos personales, sociales y ambientales disponibles, y 3) la falta de claridad acerca de si se adquiere a lo largo del ciclo vital o es heredada, o incluso puede considerarse como mediada por dos componentes, que implican una condición heredada que puede estimularse por el evento contextual, o la necesidad de disponer de una capacidad específica para afrontar la situación adversa y sus efectos.

A partir de esta revisión, también se evidencia que la aplicación de los instrumentos existentes, aunque no modifica el constructo, ha variado en poblaciones que podrían considerarse de bajo riesgo en las condiciones generales y específicas de distintos contextos, grupos de edad, ambientes escolares o comunitarios. Es importante subrayar que incluso se utilizan como parte del desarrollo y puesta en marcha de algunos programas de atención con la idea de potenciar el afrontamiento resiliente en los participantes. Por supuesto, es posible decir que aunque hay una considerable diversidad poblacional en la que se validan o emplean tales instrumentos, es posible hablar de un solo constructo que es tomado como base para el diseño de dichos instrumentos y que incluso la Mayo Clinic (2022) reconoce.

Buena parte de las investigaciones se efectuaron utilizando muestras conformadas por una población universitaria que había atravesado un evento adverso, o que al menos había percibido una situación como sumamente demandante debido al alto número de pérdidas, daños y efectos emocionales, lo cual es congruente con el concepto de resiliencia (Shae-Leigh y Nagesh, 2019). Al menos dos estudios indican la posibilidad de trabajar en el fortalecimiento de la resiliencia desde la escuela, buscando aminorar el daño psicológico generado por las dificultades vividas por las personas, en especial cuando están expuestas a ambientes de desarrollo muy complejo, entre los que se cuenta buena parte del territorio latinoamericano (Alvarán *et al.*, 2020; Saavedra y Villalta, 2008a).

En América Latina se han sido aplicados esos instrumentos frecuentemente, lo que demuestra un claro interés actual sobre la resiliencia; incluso puede hablarse de la validación por el uso que se ha hecho de los mismos en las poblaciones de di-

versos países hispanoparlantes de Centroamérica y Sudamérica, sobre todo en personas que han vivido al menos un evento de complejidad extrema no incluido en la lista de eventos vitales estresantes (EVE); por ejemplo, indígenas en situación de discapacidad, deportistas, personas con adicciones, extutelados y reclusos, trabajadores del ámbito de la salud y población adulta (Barrios *et al.*, 2018; Ruiz, 2015; Peralta *et al.*, 2006).

Respecto a las condiciones psicométricas, se evidencia la existencia de un número importante de instrumentos válidos y confiables que evalúan el mismo constructo en diferentes momentos traumáticos y en distintos contextos. Es importante subrayar que existe la urgencia de optimizar la calidad evaluativa de dos instrumentos, como es el caso del FPR-1 debido al número reducido de ítems, por lo que es necesario aumentar su número, y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), de la que debe retomarse la versión original de la Escala de Resiliencia de Smith *et al.* (2008). Por el contrario, en el caso de las escalas muy extensas (con más de treinta ítems), se sugiere trabajar en el diseño de versiones más breves, como es el caso de la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M), de Palomar y Gómez (2010), el Cuestionario de Resiliencia para Estudiantes Universitarios (CRE-U) de Peralta *et al.* (2006) y la Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos (SV-RES) de Saavedra y Villalta (2008).

En el caso de los factores que componen al constructo base de los instrumentos, es esencial efectuar estudios que permitan unificar cada uno de los componentes o dimensiones que forman parte de la resiliencia, para lo cual es necesario reconocer que en todas las escalas y cuestionarios se retoman claramente aspectos que indican que sin duda, la resiliencia puede ser definida como la capacidad individual de adaptación y recuperación ante la adversidad, la que puede ser reforzada por la acción del entorno y de los recursos personales, sociales y del ambiente, que en conjunto le aportan a la persona los elementos necesarios para el fortalecimiento y recuperación de las condiciones personales positivas. En otros términos, que la resiliencia potencia las habilidades de afrontamiento, las que pueden ser desplegadas en ambientes diferentes como la escuela, los distintos momen-

tos de la vida y las condiciones sanitarias y sociales propias de cada persona que actúan como promotores de la construcción de habilidades para el crecimiento humano.

Por otra parte, los hallazgos de la búsqueda analítica de instrumentos hacen posible afirmar que la mayor producción científica apunta a la creación de cuestionarios y escalas válidas y confiables para evaluar la resiliencia en diversas poblaciones (Morán y Olaz, 2014) y contextos propios de la psicología y de algunas ciencias sociales y sanitarias. Sin embargo, es necesario anotar que buena parte de las pruebas utilizadas en Latinoamérica se diseñaron en una cultura angloparlantes, y en muchos de los artículos revisados se habla de adaptaciones y validaciones en poblaciones de diferentes países y contextos; por ejemplo, las dos escalas más utilizadas son la versión en español de la Connor-Davidson Resilience Scale (CD RISC), creada por Connor y Davidson (2003) y analizada y refinada por Campbell y Stein (2007), así como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

La problemática que Alvarán *et al.* (2020) evidencia cuando trabajaron en la validación del JJ63 con población infantil y adolescente de Colombia, muestra que la vasta cantidad de instrumentos aplicados en otros países no alcanza a medir de forma válida y confiable tan diversas realidades, por lo que consideran pertinente trabajar en el diseño de instrumentos adecuados que cuenten con evidencias psicométricas válidas y confiables para lograr una óptima estrategia de evaluación que capte el efecto de los diferentes fenómenos psicosociales complejos presentes en el contexto.

En conclusión, se hizo evidente que la aplicación de los instrumentos existentes, si bien no modifica el constructo, sí evidencia la creación

de pruebas ajustadas a cada contexto o a ciertas condiciones generales y específicas, como por ejemplo el abordaje de grupos de edad en ambientes como la escuela o la comunidad, e incluso en intervenciones dirigidas a estimular el potencial resiliente de la persona o de la comunidad.

Limitaciones y futuras direcciones

Finalmente, acerca de las limitaciones de este estudio, es preciso reconocer que puede haber otras pruebas diseñadas y usadas en población latina de habla no hispana aún no ubicadas; por ello, vale la pena que nuevos estudios aporten más datos a la revisión de investigaciones publicadas en otros idiomas, como es el caso de Brasil.

Además, se confirma la necesidad de contar con instrumentos creados y validados por equipos profesionales latinoamericanos conocedores de la realidad de sus contextos, así como de adaptaciones de las escalas disponibles, con énfasis en la concordancia factorial y empleando un lenguaje comprensible a fin de que su aplicación arroje resultados confiables. Incluso, en nuevos análisis deberán identificarse los componentes de la resiliencia y analizar si su inicio depende de factores heredados o de la experiencia que se tiene en situaciones adversas, esto es, si la resiliencia se hereda o se aprende, o bien implica la interacción de esos aspectos.

Finalmente, teniendo en cuenta que este momento de pospandemia ha sido muy compleja y vivida y percibida por la población mundial como una situación adversa, es recomendable idear, analizar y validar instrumentos para evaluar la resiliencia con el propósito de que sean aplicadas universalmente.

Citación: Fernández-García, M.F., Alvarán-López, S.M., Rueda-Ramírez, S.M., Londoño-Pérez, C. y Mendivelso, M.E. (2024). Revisión sistemática de instrumentos válidos y confiables que miden resiliencia en adultos hispanoparlantes. *Psicología y Salud*, 34(2), 335-344. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2914>

REFERENCIAS

- Aguilar M., S., Gallegos C., A. y Muñoz S., S. (2019). Análisis de componentes y definición del concepto resiliencia: una revisión narrativa. *Revista de Investigación Psicológica*, 22, 77-100.
- Alvarán, S., Rueda, S., Vieco, G. y Gaviria, J. (2020). Validación del instrumento J63 para la medición de resiliencia en niños y adolescentes escolarizados en cinco instituciones públicas de Antioquia. *Zona Próxima*, 37, 122-146. Doi: 10.14482/zp.37.380.421
- Amar, J., Utria, L., Abello, R., Begoña, M. y Crespo, F. (2014). Construcción de la Escala de Factores Personales de Resiliencia (FRP-1) en mujeres víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Universitas Psychologica*, 13(3), 15-26. Doi: 10.11144/Javeriana.UPS13-3.cefp
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso A., I. y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133.
- Barrios, O., Mercado, S. y Vargas, J. (2018). Medición de la resiliencia del personal del Instituto Tecnológico de Lázaro Cárdenas, Michoacán, México. *Administración y Organizaciones*, 21, 105-124. Doi: 10.24275/uam/xoc/dcsh/rayo/2018v21n41/Barrios
- Campbell-Stills, L. y Stein, M. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Trauma & Stress*, 20(6), 1019-1028. Doi: 10.1002/jts.20271
- Celina O., H. y Campo A., A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 76-82. Doi: 10.1002/jts.20271
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76. Doi: 10.1002/mpr.143
- García, J. y García M., M. (2013). Construcción de una escala de potencial resiliente para adultos. *En Memorias in Extenso del XIV Congreso Mexicano de Psicología Social y VI Congreso Internacional de Relaciones Personales. Revista Mexicana de Psicología*, Número Especial, 896-897.
- Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, M., Salcido, L. y Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del Noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963006>
- Gómez B., J., Dolores, M. y Guilera, G. (2010). El sesgo de los instrumentos de medición. *Tests justos. Papeles del Psicólogo*, 31(1), 75-84.
- González-Arratia L., N.I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Dirección de Difusión y Promoción de la Investigación y los Estudios Avanzados.
- Jornet-Meliá, J. (2017). Evaluación estandarizada. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 10(1). Doi: 10.15366/riee2017.10.1
- Mayo Clinic (2022). *Resiliencia: desarrolla habilidades para resistir frente a las dificultades*. 14 julio. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/resilience-training/in-depth/resilience/art-20046311>
- Morán, V. y Olaz, F. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología*, 23(1), 93-105.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). *Principios sobre la medición de la resiliencia. Hacia una agenda para el diseño de la medición*. FAO. Recuperado de <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=3346810>
- Ospina, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 1, 58-65. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28168772_La_medicion_de_la_resiliencia
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de Resiliencia con Mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Peralta, S., Ramírez, A. y Castaño, H. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 17, 196-219. Recuperado de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2054/9366>
- Prado, R. y Del Águila C., M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, 6, 179-196. Doi: 10.26439/persona2003.n006.885
- Rodríguez R., R., Alonso T., J. y Hernansaiz G., H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS), Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101-e110.

- Rodríguez R., J. y Urrea M., A. (2021). Com avaluar la resiliència. Una revisió de las escales de mesura en espanyo. *Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades*, 10(1), 125-135.
- Ruiz, J. (2015). Resiliencia comunitaria: propuesta de una escala y su relación con indicadores de violencia criminal. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 119-135.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. Doi: 10.1016/1054-139X(93)90196-v
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos*. Santiago (Chile): Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM). Recuperado de https://www.academia.edu/26343874/Saavedra_Villalta_SV_RES60_ESCALA_DE_RESILIENCIA_SV_RES
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11), 41-48.
- Shae-Leigh, C. y Nagesh, P. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233. Doi: 10.4103/amhs.amhs_119_19
- Sinclair, V. y Wallston, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101. Doi: 10.1177/1073191103258144
- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. Doi: 10.1080/17439760.2010.482186
- Urrutia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica Barcelona*, 135(11), 507-511. Doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Urrutia, G. y Bonfill, X. (2013). La declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la revista española de salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 99-102. Doi: 10.4321/s1135-57272013000200001
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Recuento

El devenir de la psicología en Sonora: de la estructura asociativa de la situación a la estructura histórica del ser

The becoming of Psychology at Sonora: From the situation's associative structure, to the historical structure of being

Jorge Borja Castañeda¹

Hace algún tiempo recibí de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, y especialmente de la doctora Karla Fabiola Acuña Meléndrez, la invitación para hacer un recuento de la psicología en el noroeste del país. No soy el único que podría abordar esta tarea, por lo que estoy doblemente agradecido.

Recapitular los sucesos de la psicología sonoreense no es tarea que se aborde apresuradamente, pues no hay historia de la psicología en Sonora que no sea, al mismo tiempo, la historia de la psicología en México. La tarea es asimismo ingrata, pues ya sea por omisión o por comisión, alguien se sentirá olvidado, otro más pensará que no lo comprendí o que no tengo la versión correcta de algún suceso, pero no hay manera de que todos queden satisfechos, y ni siquiera lo intentaré, pues lo que hay en mis recuerdos es lo que hay, aunque no todo lo que se pueda decir se debe decir. Hacer historia y no solamente historiografía es hurgar, con criterios de análisis bien definidos, tanto en los proyectos logrados como en los fallidos, en las buenas intenciones y en los productos reales.

La historia como disciplina tiene métodos de trabajo que exceden las pretensiones de este escrito; por ello, todo recuento no formal de la psicología en el noroeste es una carga para la memoria, la que, como bien se sabe, no existe como sustantivo, es decir, no tiene existencia real e independiente, pero a la que empezamos a extrañar cuando ya nos falla, privilegiando sin querer la anécdota por sobre el dato frío. Pero, al fin y al cabo, eso es la historia: memorias que sólo existen en el acto efímero de recordar.

Hay que señalar, sin embargo, que la historia, como testimonio y registro, tiene su propio *tempo*, por lo que quizás sea demasiado pronto para evaluar los avances y los retrocesos, dado que la importancia de cualquier suceso tarda en consolidarse en la memoria social, y 44 años son muy pocos en la escala de los acontecimientos humanos.

¹ Correo electrónico: jorge.borja@unison.mx.



Por otro lado, una cosa es la sucesión de eventos en la flecha física del tiempo, y otra distinta es el relato de esos eventos, nunca descritos fidedignamente, sino necesariamente interpretados por quien cuenta la historia. De tal modo que, cada vez que se habla de “lo que ocurrió”, en verdad no hay actualización del suceso como reflejo objetivo de la realidad, sino una mera reconstrucción personal que no obedece a la línea del tiempo.

Pero indudablemente hay un devenir; algo ha ocurrido en Hermosillo, en la entidad y en el país que puede ser relatado en alguna de las tantas maneras posibles. Este escrito basculará, entonces, entre el anecdótico y la evaluación de algunos resultados, para lo cual he adoptado la estrategia de identificar las transiciones que nos llevaron de una circunstancia a otra, recordando lo que fuimos, lo que llegamos a ser y lo que queda por hacerse.

Por necesidad, puedo referirme únicamente a lo acontecido en el ámbito de la psicología conductual, tal como la he vivido, y sólo tangencialmente sobre lo que se ha hecho en el marco de otras teorías, cuidando de que lo que diga no se convierta en apología de unos en detrimento de otros, sino en una reflexión comunicable sobre los acontecimientos que nos han traído hoy a este lugar.

Primera transición: desde Xalapa a la Universidad del Noroeste

Salvo cuando se trata de líderes que revolucionan el pensamiento, la historia explica acontecimientos, no glorifica individuos; por eso no mencionaré nombres, salvo cuando sea estrictamente necesario.

Esta primera transición comienza, por supuesto, en la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana, la que constituye la génesis de la psicología conductual en México. Desde su fundación, en 1963, y hasta 1979, aproximadamente, la Facultad se distinguió dentro y fuera de México por su compromiso con el análisis experimental de la conducta, el análisis conductual aplicado y la modificación de conducta. No abundaré en este asunto, pues las memorias de Emilio Ribes Iñesta (2010) dan cuenta de todo eso con sobrados detalles y fidelidad.

Me tocó estudiar en los remanentes todavía dignos de lo que había sido la escuela de psicología más importante de América Latina. Y, aunque en un inicio estuve convencido de que la psicología estudia la conducta, ciertas afirmaciones me hacían pensar que algo debía cambiar en su análisis. Me refiero, por ejemplo, a la siguiente anécdota: en la materia Aprendizaje, cursada en el segundo semestre de la licenciatura, el profesor explicaba los efectos del reforzador en una rata sedienta en su respuesta de apretar la palanca; mientras lo oía, se me ocurrió preguntarle si el efecto “reforzante” de la primera gota de agua que recibía la rata era mayor que el efecto de las siguientes gotas; enunciaba yo un principio básico de la economía; el profesor, que estaba escribiendo algo en el pizarrón, se volvió hacia donde yo estaba y me dijo: “Lo que pasa es que tú quieres entender a la rata”. Callado, me dije que sí, que eso era lo que quería: entender a la rata, pero, como dice Paquita la del Barrio, a la rata de dos patas. Aún sigo pensando de esa manera, pues no me interesa tanto entender los procedimientos, sino los procesos y los fenómenos psicológicos, toda vez que los procedimientos, los modelos y las teorías son solamente los medios, muchas veces transitorios, para aproximarse a nuestras formas de ser como humanos (Borja, 2016).

Una anécdota más puede servir a mi propósito: mientras el profesor explicaba los diagramas de estado para entender la lógica de los programas de reforzamiento, pregunté si un programa de reforzamiento era algo que se podía identificar en la realidad empírica; por segunda ocasión, mi profesor se volvió, se me quedó mirando y me dijo: “Sí, algo así”, pero supe que lo que verdaderamente quiso decir fue “Jorge, no entiendes nada”. Aún pienso que las investigaciones científicas deben modelar la parte de la realidad empírica que nos interesa comprender; en nuestro caso, alguna dimensión de los fenómenos humanos.

Mi cuestionamiento no era ingenuo, pues al cabo del tiempo mis compañeros profesores intentaban poner ejemplos de la vida cotidiana para explicar –por decir algo– un programa de intervalo fijo. El estudiante siempre pedirá, con mucha razón, ejemplos que ilustren los conceptos, pues si un término no tiene referencialidad empírica directa o indirecta, entonces no es un concepto sino una

entelequia, en el sentido de algo que solamente existe en la imaginación. Volviendo al programa de intervalo fijo, recordarán ustedes que en este programa simple se define un tiempo, después del cual la primera respuesta emitida es seguida de un reforzador, mientras que todas las respuestas previas a aquella no tienen ninguna consecuencia expresa. Pues bien, el ejemplo con humanos era comúnmente el de un profesor que cobra su salario cada quince días, por lo que sólo recibe el cheque al cabo de ese tiempo, no antes. Sólo que en ese programa la ejecución de la rata en la caja de Skinner genera un *festón* en el registro de respuestas acumuladas, esto es, una curva que empieza con escasa frecuencia y se acelera cada vez más conforme transcurre el tiempo, pues el organismo responde más rápidamente al final del intervalo. Esto ocurre en la mayoría de los sujetos experimentales, si son ratas, en las condiciones controladas del laboratorio, pero en el caso de los seres humanos la “respuesta de dar clases” es mucho más compleja que apretar una palanca; además, el patrón generado por el profesor (si se pudiera identificar alguno) no es un festón, ni se trata de una situación controlada, ni todos los maestros hacen las mismas cosas... excepto, creo, cobrar puntualmente su cheque.

Entiendo que con los programas de reforzamiento se deseaba ilustrar cómo la conducta ocurre con un cierto orden bajo el control del ambiente, pero se trataba de un orden inducido por el procedimiento, no el orden que puede existir en la conducta de forrajeo de una rata en una situación abierta. Por otro lado, se requeriría de mucha imaginación para afirmar que “dar clases” es una forma de forrajeo dado que el cheque permite eventualmente comprar comida. No es una buena estrategia querer que la realidad encaje en preparaciones experimentales surgidas muchas veces de las limitaciones técnicas del laboratorio en el que se emplearon por primera vez (Borja, 2016). Los programas de reforzamiento intermitente son un buen ejemplo de lo anterior².

Más adelante, mi formación se vio interrumpida por algo que acostumbran hacer los psicólogos cada cierto tiempo: dejar de lado el debate académico y convertirlo en afrentas personales.

² Véase el artículo de B. F. Skinner “Una historia de caso en el método científico” (1956).

En 1976, durante la Semana Santa, un grupo de profesores tomó las instalaciones de la Facultad acusando a otro grupo de profesores de múltiples fechorías; el trasfondo, por supuesto, era el control político y económico de la institución, para lo cual había que sacar de la escena a los conductistas más convencidos. El asunto escaló hasta que, cuatro meses más tarde, el Consejo Universitario de la Universidad Veracruzana tomó la decisión de crear el Centro de Estudios y Desarrollo Humano, hoy Instituto de Investigaciones Psicológicas, donde fuimos ubicados transitoriamente profesores y alumnos de las áreas clínica y experimental. El área experimental duró únicamente dos generaciones, 1974-1977 y 1975-1978, compuesta esta última, al final, solamente por mí. No obstante, un psicólogo clínico y tres experimentales tendrían, en su momento, la oportunidad de aportar algo al estudio conductual fuera de Xalapa.

Alrededor de 1978, casi todos los profesores del área experimental habían dejado Xalapa para irse a la nueva ENEP-Iztacala. Así que, al finalizar 1979, de la psicología experimental sólo quedaban bonitos recuerdos. El apoyo gubernamental a los programas relacionados con la educación y con la salud llevó al Centro al campo de la educación para la salud, buscando originalmente un soporte teórico y metodológico en Cuba. Pero la idea original de la educación para la salud pasó a ser psicología de la salud, un cambio que ocurrió sin más fundamento que el que los psicólogos se interesaran en el tópico (tiempo después, en 1990, Ribes justificó su existencia como *interfase*). Este cambio de rumbo tuvo como producto la I Reunión Multidisciplinaria de la Salud, celebrada en 1987, y la primera revista sobre este campo, *Psicología y Salud*, bajo el cuidado, hasta la fecha, de Rafael Bullé-Goyri Minter.

Así las cosas, tuve la oportunidad de visitar la ENEP-Iztacala durante varios meses; fue una grata sorpresa, pues no se impartían clases como en otras escuelas, sino que el acento estaba dado en el aprendizaje de los estudiantes mediante el *hacer* en los espacios de práctica, en *leer* lo que se relacionaba con ese hacer y en *reflexionar* sobre todo ello escribiendo pequeños ensayos. Al terminar ese periodo, opté por regresar a Xalapa, donde trabajé por un tiempo en la UV, sin imaginar que poco después estaría atravesando el país. El 16 de

marzo de 1981 llegué a Hermosillo, donde ya trabajaban dos egresados de la UV. Tal es el contexto histórico de lo que relato a continuación.

En ese tiempo, había dos instituciones sonorenses de educación superior: el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON) y la Universidad del Noroeste (UNO), creadas ambas en 1979; aunque ya entonces había psicólogos en la Universidad de Sonora realizando tareas de planeación educativa, como el maestro Saúl Hernández López. Del ITSON poco puedo decir, pues a pesar de la cercanía geográfica, el contacto entre ambas instituciones fue esporádico y abandonado después de la coorganización del II Coloquio Regional de Análisis de la Conducta.

Pero hay que reconocer que los egresados de la Facultad de Psicología de Xalapa no fuimos quienes trajimos la visión skinneriana a Sonora. Años antes, Juan Robinson había fundado la comunidad denominada Los Horcones, diseñada con base en los principios del análisis conductual aplicado (ACA), al estilo de *Walden Dos*. De igual modo, en 1979, María Elena Barajas y Elisa Eugenia Corrales crearon el jardín de niños “Nuevos Horizontes”, inspirado también en el ACA. Entiendo que ambos proyectos contaron siempre con el apoyo del doctor Sidney Bijou y, en lo que concierne al trabajo con niños autistas, Los Horcones tuvo el apoyo de Ivar Lovaas.

En 1974, algunos jóvenes sonorenses, influenciados por Juan Robinson, se dirigieron a Xalapa, a aprender psicología. Posteriormente, a partir de 1978, algunos de aquellos sonorenses, junto con unos veracruzanos perdidos en el desierto, llegaron a la UNO. Mencionaré aquí, en el orden de aparición en escena, únicamente los nombres de los implicados, dejando de lado a quienes no compartían la visión conductual: Raúl Nevárez Grijalva (sonorense), Juan José Irigoyen Morales (veracruzano), Francisco Javier Obregón Salido (sonorense), el de quien esto escribe (veracruzano) y Rafael Bullé-Goyri Minter (veracruzano). Desafortunadamente, dos de los sonorenses y un veracruzano ya no nos acompañan hoy día. Para ellos nuestro recuerdo y reconocimiento, al margen de lo hecho por ellos y de lo que quizá se les olvidó hacer.

Como parte de lo que sí se hizo, en 1982, Emilio Ribes Iñesta ofreció una conferencia en la

UNO, que resultó ser un avance de la taxonomía conductual. Muy importante también fue la presencia del doctor Bijou, quien explicó su visión del desarrollo infantil, entre muchos otros cursos y pláticas recibidos.

Pues bien, Hermosillo parecía ser un buen lugar para la psicología como disciplina científica, entre otras razones porque “había mucho por hacer”. No había *mafias* académicas, y la ciudad tenía un número suficiente de librerías con obras científicas y literarias. En esa época, Ribes ya había publicado sus reflexiones críticas sobre el conductismo (1981). Su incomodidad con Skinner —hay que decirlo— era producto del espíritu de los tiempos; así lo entendíamos, y buscábamos alternativas.

El balance de estos años es bueno, pero no hubo tiempo para más. Menciono otros logros, Rafael Bullé-Goyri diseñó y puso en operación una economía de fichas, con excelentes resultados, en uno de los tres hospitales psiquiátricos que existían aquí, hasta que un psiquiatra canceló el proyecto. Por su parte, Juan Irigoyen habilitó un pequeño laboratorio experimental con cajas de Skinner para las prácticas de los estudiantes. Respecto de la investigación, sólo recuerdo un estudio llevado a cabo por la maestra Elisa Eugenia Corrales y por mí en el jardín de niños “Nuevos Horizontes”, en 1982, que se publicó con el título de “Efectos inducidos por la presentación de eventos reforzantes en la ejecución de una tarea mantenida por reforzamiento intrínseco”. Debo aclarar que no hay tal cosa como reforzamiento intrínseco, pero el concepto parecía atractivo en aquel tiempo.

Fue, pues, una buena época, pero todo cambió por razones de dinero, como siempre ocurre; así que, unos primero y otros después, los que llegamos a la UNO desde Xalapa, emprendimos un nuevo éxodo, ahora a la Universidad de Sonora (UNISON).

De la UNO a la UNISON

En 1982, mientras se desarrollaba el campeonato mundial de fútbol en España, un pequeño grupo de profesores diseñó la licenciatura en psicología de la UNISON, entre ellos, Víctor Corral Verdugo, primer coordinador de la Licenciatura en Psicología, así como Ernesto Valenzuela Medina y

otros; de los llegados de Xalapa, únicamente Raúl Nevárez participó, pues fue el primero en dejar la UNO, aunque a la postre regresaría a esa institución. Era un buen plan, donde se revisaban los temas clásicos de la psicología. Destacable en este tiempo fue la libertad de cátedra; dentro de los lineamientos de cada materia, el profesor tomaba decisiones sobre temas, textos y evaluaciones. Esta estrategia solía arrojar buenos resultados en virtud de que los profesores estábamos entusiasmados por la oportunidad de enseñar y de seguir aprendiendo. Había lo que los textos clásicos llaman “motivación intrínseca”.

La vida académica no era una actividad acar-tonada; ocurría en las aulas, pero también en los pasillos de la escuela. Sentados en las banquetas de los dos o tres edificios que la componían, profesores y alumnos platicábamos sobre psicología. No había envidias evidentes, e intercambiábamos libros, opiniones y anhelos. Éramos jóvenes; quizá por eso.

Además de la gente de Xalapa, es decir, tres psicólogos, la escuela de la UNISON contaba también con psicólogos de la UNAM, Guadalajara, Izta-cala y otras partes del país. Algunos permanecieron, no así otros. La escuela fue creciendo, pues la psicología tiene buena demanda, así que se requirieron más profesores. El aumento de tamaño tuvo consecuencias inesperadas. En algún momento de su historia, la escuela llegó a recibir hasta 380 alumnos de nuevo ingreso, lo que generó apuros e improvisaciones. En este semestre, hasta donde sé, ingresaron 560 jóvenes. Me imagino que habrá mayores aprietos, en su doble acepción.

La escuela organizó, sola o con la colaboración de otras, diversas reuniones académicas, como el I Coloquio Regional de la Conducta, en diciembre de 1985, en Hermosillo; el II Coloquio Regional de Análisis de la Conducta, en 1987, en Ciudad Obregón, y el X Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, en marzo de 1989.

Alrededor de 1986 se creó la *Revista Sonorense de Psicología*, llamada originalmente *Cuadernos de Psicología*. La creación de ese órgano fue idea de tres autoridades de la escuela: Daniel Carlos Gutiérrez Rohan, Víctor Corral Verdugo y Francisco Obregón Salido, quienes me hicieron el encargo de dirigirla. Comencé, pero no pude continuar porque tuve que ausentarme por un tiempo

de Hermosillo; sin embargo, el primer número ya había quedado preparado. A partir de ahí, y por algún tiempo, quedó a cargo de Juan Irigoyen. Después se optó por una dirección conjunta entre Laura Urquidi Treviño y Daniel González Lomelí. Aproximadamente en 1998 me dieron nuevamente el encargo, pero había que remar a contracorriente, pues la falta de regularidad en su publicación, la acumulación por años de los ejemplares no distribuidos, la merma en la calidad y cantidad de los artículos, así como la falta de financiamiento, hacían particularmente dificultosa la tarea. Con la intención de “levantar” la revista, le pedí a Josep Roca i Balasch que colaborara con un artículo, pero sus muchos compromisos se lo impidieron. Logré sacar uno o dos números, y después la revista murió por inanición presupuestaria. Además, los psicólogos buscaban ya publicar en revistas de alto impacto.

En ese tiempo ya era posible reconocer a dos grupos académicos bastante diferenciados, que respondían a su formación de origen: los psicómetras y psicodinámicos, por un lado, y los que, por el otro, contaban con una formación científica, como conductistas y psicólogos del desarrollo.

Entre los conductistas, por ejemplo, Juan Irigoyen deseaba llevar a cabo investigación básica en el laboratorio. De lo poco que él me dijo, pude darme cuenta que pretendía estudiar los patrones de forrajeo de una rata en una situación más abierta, mediante lo que llamaba “la cajota”, en referencia a un espacio experimental que sustituía a la caja de Skinner. Tengo entendido que esa “cajota” se había diseñado en Izta-cala y que el espacio experimental se habilitó durante el breve paso de Elías Robles por la UNISON.

Eventualmente, este grupo perdió el control del laboratorio, y el espacio se dedicó a efectuar “prácticas”, en las que los estudiantes podían ver en videos a ratas trabajando en una caja de Skinner, así que las prácticas consistían en “ver”. En el ínterin, Juan y su grupo de estudiantes llevó a cabo otro tipo de investigaciones, las que sí se tradujeron en un buen número de publicaciones sobre competencias científicas y comprensión lectora, principalmente. Sus trabajos alcanzaron el reconocimiento de sus pares fuera de Sonora, aunque no tuvieron mayor repercusión intramuros. Irigoyen consideraba que no valía la pena intentar

cambiar las cosas en la escuela, excepto por unos cuantos estudiantes considerados como promesas. Yo comprendía su actitud, mezcla de desamparo y enojo, pues la falta de comunicación académica en la escuela era el contexto en el que nos movíamos; todo mundo trabajaba en “lo suyo”, cualquier cosa que ello significase. Pero debe decirse que fue y sigue siendo esta institución la que ha apoyado los proyectos de este grupo; sin duda, porque valían la pena, entre ellos, el IV Seminario Internacional sobre Comportamiento y Aplicaciones, llevado a cabo en noviembre de 2013, en el que, según entiendo, por primera vez Josep Roca visitó la escuela. El apoyo, como se puede ver, ha continuado, dado que estamos hoy en este lugar.

De Juan Irigoyen, Karla Acuña y Miriam Yerith Jiménez, hay que destacar el esfuerzo continuado, a lo largo de quince años, de los seminarios sabatinos, ofrecidos a grupos reducidos de estudiantes que se interesaban en lo que ellos tenían que decir y que, por lo visto, no discutían en el salón de clases. El trabajo rindió algunos frutos individuales, pero no tuvieron efecto en el conjunto de la escuela.

Ese grupo aún continúa. Karla investiga los modos lingüísticos en el aprendizaje de la ciencia; Miriam Yerith sigue evaluando competencias científicas y profesionales, pero destaco su interés en apoyar a niños con necesidades diferentes utilizando perros. El balance que se puede hacer del trabajo de ambas es excelente, pues la cantidad de sus artículos publicados es ya muy relevante. Hoy, el grupo cuenta con nuevos integrantes: Kenneth Madrigal, Cinthia Marisol Hernández, Jamné Dávila Inda, Desiderio Ramírez Romero, Andrea Acosta Gómez, Pedro Rey Murrieta y Alfonso López Corral, de quienes espero que no olviden que el conocimiento es relativo y provisional. Es verdad que el estado de confusión conceptual que guarda la escuela es atribuible a diversos factores, como la depauperación de la inteligencia resultante del sistema educativo mexicano, pero hay que decir que, en general, los conductistas no supieron evitar las crisis; por el contrario, quizás las generaron o al menos las exacerbaron.

La “verdad científica”, si tal expresión tiene sentido, no existe sólo en una persona o grupo, conductista o no, toda vez que es un contrasentido dia-

léctico; de hecho, buscando esa verdad hay quien ha ido, por ejemplo, de Skinner a Freud, de Ribes al cognoscitivismo o, en otros casos, de Skinner a Kantor, de Kantor a Ribes, de Ribes a Sidman y de Sidman de vuelta a Skinner; pero con este ir de un lado a otro se puede caer en la tentación de suponer que se pueden estudiar las mismas cosas con modelos distintos, sólo que *respuesta* o *estímulo* no son lo mismo en Skinner que en Kantor, o en Roca, por poner un ejemplo; el término es el mismo, pero los conceptos son diferentes. Cuando se hace un cambio de modelo teórico porque se piensa que es más sencillo y metodológicamente más manejable, se pierde de vista que le subyacen epistemologías diferentes, y eso sí es inconmensurable entre sí. Que no nos confunda la semejanza aparente de los términos, pues no hay tal cosa como el dato básico, dado que todo hecho es un hecho conceptual.

En la actualidad, la escuela debe rehacerse y llegar a acuerdos, pues no hay que olvidar que las licenciaturas en psicología con una visión teórica rígida siempre llevan en su seno las contradicciones que las obligan a cambiar o a perecer. Es verdad, debe cuidarse que el currículo sea siempre científico, pero no es la licenciatura el entorno en que obligatoriamente un estudiante define su filiación teórica, pues si no hay comparación de teorías y métodos, si no hay historia, el conocimiento no contrastado se convierte en un credo, y los profesores que lo predicán caen en la tentación de sentirse apóstoles.

Con todo, en la mencionada escuela nunca ha habido una sola visión; por ejemplo, Martha Montiel Carvajal y Laura Urquidí Treviño, por separado, han estudiado el estrés, el burnout, la nutrición y la obesidad, entre otros temas. Menciono a ambas en el mismo espacio, pues entiendo que ellas no se reconocerían como conductistas, pero sí como científicas, aunque sus publicaciones necesitan ser conocidas internamente.

Es el caso también de Marcela Sotomayor. Su interés en el desarrollo psicológico la ha llevado a realizar investigaciones muchas veces iconoclastas, como la que lleva por título *La madre homicida y el mito del instinto materno*, que tampoco se conocen en la escuela. Cito, de igual modo, en el mismo ámbito, la tesis de Saúl Hernández López,

Criterios psicológicos para la construcción de un sistema de evaluación del desarrollo humano, y no olvido a Claudia Cecilia Norzagaray debido a su interés en el desarrollo humano; confieso que no he leído sus escritos, pero sé bien que deben darse a conocer.

Hay trabajos que no puedo ubicar en algún contexto psicológico, como la tesis de Ernesto Valenzuela (2011), *Formación de identidad en estudiantes universitarios: un diseño combinado secuencial explicativo*, pero que merecería una mayor difusión interna.

Ahora bien, el estudio conductual de la salud se apoyó en parte en el modelo de Ribes (1990) y en la extensión del mismo efectuada por Piña (2008), lo que ha producido, por parte del segundo, abundantes artículos sobre el sida, el covid y, actualmente, la obesidad, todo ello desde una perspectiva epidemiológica.

No hablaré más sobre estos estudios en virtud de que desconozco con detalle cuántos y de qué tipo son, pero diré, de pasada, que se han olvidado las aportaciones de Selye, de Hefferline y del grupo de Yale, así como las ideas de Víctor Alcaraz sobre el condicionamiento de los sistemas internos de respuesta, que podrían explicar algunas de las enfermedades crónicas; investigar estos problemas requeriría otros recursos teóricos y metodológicos, pero sobre todo la voluntad de ir más allá de la estadística epidemiológica.

Fuera del conductismo, sería injusto no mencionar el trabajo de Lilia Encinas y de Olimpia Salazar, quienes han abordado penetrantes problemas humanos, como el suicidio, con la intención de prevenirlos, trabajo que considero muy respetable, al margen de que, una vez más, sus resultados debieran ser del conocimiento general.

No puedo decir lo mismo de un programa denominado “tutoría de pares”, pues no pudo prevenir un trágico suceso ocurrido en su propio seno, pese a las muchas señales previas de alarma. Tampoco puedo estar de acuerdo con un grupo de “apoyo psicológico a estudiantes”, que suele remitirlos a la consulta psiquiátrica con la intención de que se les prescriban medicamentos. Si bien no en todos los que lo conforman, hay en este grupo una perspectiva médica del comportamiento

divergente, cuando, a mi juicio, lo que debería hacerse en ese espacio es educar a la comunidad universitaria acerca de la diversidad psicobiológica humana y sobre las frustraciones que deben afrontar todos los estudiantes. He denunciado en algún artículo (Borja, 2017) la persecución psicológica de la vida cotidiana y su relación con las escuelas de psicología. Sería deseable que el programa docente de la licenciatura en psicología propiciara la difusión de todo lo que llevan a cabo sus profesores, pues hay cosas muy notables, pero también otras muy lamentables que ocurren en la oscuridad científica.

Finalmente, debo mencionar a Benjamín Barraza, porque mediante sus profundos conocimientos de informática apoyó la buena marcha de las primeras computadoras que facilitaron el trabajo en la escuela; a Teresa Sotelo Quiñones por sus trabajos en el campo de la salud; a Ivette Márquez Munguía por su dedicación en la docencia; a Farah Gisela Arreola por su interés en las adicciones. Seguramente, he dejado fuera a otros que debería mencionar, por lo que ofrezco una disculpa por el olvido involuntario o por el desconocimiento de su trabajo.

Dejaré aquí este punto y hablaré, en cambio, de la siguiente transición: *el Programa de Estímulos al Desempeño del Personal Docente y la motivación extrínseca*.

Alrededor de 1991 se habilitó este programa, que incentiva económicamente a los profesores e investigadores para que hagan lo que ya se les paga por hacer como una obligación contractual con la universidad. Ciertamente, ha aumentado la producción. Los psicólogos rápidamente nos ajustamos a los criterios del citado programa, no obstante que deberíamos conocer los efectos que la motivación extrínseca tiene en la ejecución de tareas que deberían hacerse, digámoslo así, por gusto. Me acordé, por supuesto, de la estereotipia inducida por reforzamiento de Barry Schwartz (1982); de la conducta desordenada de los cerdos en el trabajo de Breland y Breland (1961); del lado negativo de los reforzadores positivos de Balsam y Bondy (1983), así como del trabajo realizado por Corrales y yo mismo (1988) sobre cómo desorganizar una tarea previamente bien hecha.

Se lee lo siguiente en una página web: “El Sistema Nacional de Investigadores fue creado [...] para reconocer la labor de las personas dedicadas a producir conocimiento científico y tecnología”. No supongo que esto ocurra en casi todos los casos, pero me pregunto cómo se puede producir conocimiento científico y tecnología mientras se está ocupado haciendo mil cosas para obtener los prometidos incentivos monetarios. Nadie ha ofrecido un balance del resultado de estas políticas, salvo que se considere únicamente el ingente número de publicaciones, la proliferación de los estudios de posgrado y el dinero invertido en proyectos diversos, sin efecto discernible en el estado que guarda el país en materia de salud, educación, convivencia social e información.

Sin duda hay un antes y un después. Antes, no había prisa, se compartían ideas, libros y planes; los espacios propicios eran los pasillos, el hogar de quien generosamente compartía el agave, la malta, la uva, el centeno o la caña. Había una apasionada defensa de las posturas, pero no estereotipia ni dogmatismo; uno se sentía orgullo de lo que hacía, pero sin soberbia; las opiniones de los otros no se descalificaban *a priori*. Eso sí, se publicaba menos de lo que se hablaba, pero se intuía un futuro promisorio.

Después, una falsa fenomenología ha servido de base para encuestas sobre muy diversos temas, sin sustento teórico, pero con escalas Likert, cuyos resultados se analizan mediante la estadística, lo que permite, año con año, una producción abundante.

A pesar de todo, alrededor de 1991 Francisco Obregón y Víctor Corral dieron comienzo a la maestría en psicología experimental, que cobijaba líneas de investigación tan disímiles como la educación, la salud y el cuidado del agua. El proyecto recibió el apoyo de Emilio Ribes, Elías Robles y otros. Por desgracia, como muchas cosas más, ya tampoco existe.

Avanzando un poco en el tiempo, identifico una transición más, caracterizada por la creación de *un nuevo programa de estudios*.

En el año de 1998, quien era entonces coordinador del programa académico de la Licenciatura en Psicología consideró necesario actualizar los planes de estudio, aunque el Consejo Nacional

para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) había dado recientemente su visto bueno al programa existente. De cualquier manera, el funcionario pidió la ayuda de dos asesores externos y se formó la comisión para el cambio del citado plan de estudios. Quienes llevaban la batuta en la definición de esos cambios eran los asesores externos, a pesar de que desconocían la historia de la escuela, las peculiaridades de la planta de maestros, las necesidades de los estudiantes y la opinión de la comunidad académica en general. En algún momento, solicité participar en ese trabajo, pues no entendía cómo alguien ajeno a la escuela definiría su rumbo; asimismo, le pedí a otro de los profesores, quien siempre se había interesado en la educación y en las cuestiones curriculares, que, de igual modo, solicitara su inclusión. Se negó a hacerlo, pues, según pude entender, él sentía que no se le había invitado para ser el líder de la comisión.

El resultado es difícil de platicar con detalle, pero se puede resumir así:

Primero. La obra de Ribes y López, *Teoría de la conducta*, se convertiría en el fundamento del nuevo plan de estudios. A pesar de no ser un libro de texto, se revisaría en los dos primeros semestres, con una pequeña unidad dedicada al modelo interconductual de Kantor. Ante mi justa incredulidad sobre la viabilidad de esta idea –pues entender una obra como esa requiere una gran preparación anterior–, el coordinador me respondió: “Los estudiantes no necesitan saber nada previamente, pues se trata de una nueva competencia”. Ante una afirmación tan carente de sustento, poco había que responder. En la práctica, nunca se estudió el citado libro sino sólo la taxonomía.

Dada la magnitud de la matrícula, pronto fue evidente que había que habilitar profesores un poco al vapor, lo que me recuerda parte de una canción de Joan Manuel Serrat: “Nos empeñamos en dirigir sus vidas, sin saber el oficio y sin vocación; les vamos transmitiendo nuestras frustraciones, con la leche templada y en cada (lección)”.

Después de haberse aprobado ese plan de estudios, se organizaron cursos sobre la taxonomía pero no sobre *Teoría de la conducta*; era difícil suponer que en un mes se podía aprender, con fines docentes inmediatos, las complejidades de

la taxonomía. Un profesor me dijo que se podía enseñar perfectamente la citada obra en el primer semestre, siempre y cuando se simplificara el lenguaje, aunque cuando se le simplifica ya no quiere decir lo mismo.

Recuerdo una buena anécdota. Uno o dos años después de poner en marcha el plan de estudios, Emilio Ribes visitó la escuela y ofreció una plática; en algún momento, una estudiante le preguntó que en qué estaba pensando cuando escribió ese libro, y el autor, divertido, le contestó con su particular sentido del humor que estaba pensando precisamente en el libro; la estudiante no se amilanó y formuló una nueva pregunta: “¿Qué sentiría si a usted le enseñaran *Teoría de la conducta* en el primer semestre de la carrera”? Ribes respondió que se sentiría como uno de los personajes de *Amarcord*, la película de Fellini, en aquella escena en la que una mujer muy grande coloca la cabeza de un joven entre sus senos prominentes. Aunque la referencia era ajena a la gran mayoría de los presentes, Ribes pudo dar a entender lo que quería al acompañar sus palabras con los ademanes precisos que hablaban de sentirse asfixiado. Más claro, difícilmente.

Segundo. No se consideraron importantes las asignaturas de Historia de la Psicología y Metodología, entre otras, con el argumento de que podían enseñarse de modo implícito mientras se enseñaba la teoría. Me hubiera gustado saber si tal afirmación estaba sustentada en alguna reflexión o análisis y no era una mera ocurrencia.

Tercero. El plan pretendía generar competencias profesionales, pero salvo por nueve materias prácticas, muchas de las cuales se imparten en el aula, nada apuntaba a este objetivo, además de que para generar una competencia hay que poseerla. No era éste el caso, salvo honrosas excepciones, como el de María Antonieta Hernández Moreno, cuya preparación en la educación le permite modelar lo que debe hacerse.

Tras todo eso, el deseo de cambiar nuevamente el plan de estudios surgió prontamente, toda vez que muchos no querían *Teoría de la conducta*, como si la obra fuera culpable de las carencias y contradicciones del sistema educativo y de un currículo con notorias debilidades. En todo caso, hubiese sido conveniente pedir que los creadores

de ese plan efectuaran una evaluación más precisa para detectar las fallas y corregirlas.

Por mi parte, pienso que es necesario cambiarlo, en efecto, pues es evidente que se ha desgastado y ha generado en la planta docente y en los estudiantes descalificaciones de ida y vuelta, pero no por culpa de la multicitada obra –que quede claro–, pues nunca ha habido discusiones serias sobre la misma.

Pues bien, este es el estado de la psicología en la UNISON. A pesar de todo, los docentes han seguido investigando y publicando. Es indudable que mucha de esa actividad es honrada, coherente y valioso, pero hubiese sido más meritorio que ocurriera en una escuela intelectualmente competitiva y competente.

Que los psicólogos no podamos responder a las expectativas de la sociedad se debe a algo más que un plan de estudio fallido, y no me refiero a que debamos resolver problemas psicológicos, tal como los entienden las teorías psicodinámicas y la psiquiatría, sino a que vivimos en un universo autocontenido dado que se experimenta y se escribe para que nos lean otros que piensan como uno mismo.

Un asunto más que se deberá enfrentar de forma colegiada es la proliferación de escuelas eclécticas que han convertido la enseñanza de la psicología en un lugar en el que los jóvenes esperan encontrar respuesta a lo que consideran ser sus problemas mentales. No basta con decirles a los estudiantes –si así se quiere– que la mente no existe y que, por lo tanto, tampoco los problemas mentales, sin ofrecerles respuestas a sus preguntas, preocupaciones y sufrimientos. Es importante que el profesor les pueda explicar, por ejemplo, que esos “problemas” son formas de relación interpersonal estructuradas como reacciones de huida, congelamiento o ataque que interfieren con la curiosidad y la exploración.

Tampoco sirve decir que los estudiantes tienen problemas para comprender lo que leen, pues no hay una lectura única de ningún texto; siempre alguien entiende algo, aunque no sea lo que otro espera; de igual modo, uno siempre puede llegar a entender lo que espera el maestro, si éste primero genera las condiciones precurrentes para lograrlo, aun si esas condiciones se deban remontar a

la educación preescolar o a la primaria. Exactamente esto hizo una alumna de esta escuela, Lidia Mompala Montero, en sus memorias de prácticas profesionales, bajo la dirección de Belén Guadalupe Carranza Heredia, en lo que tituló *Programa de rehabilitación de precurrentes básicas en un niño de tercero de preescolar y programas de promoción de conductas saludables en niños de segundo año de preescolar*. No se trata de la llamada “comprensión lectora”, pero es un trabajo que considera la atención, la imitación y el seguimiento de instrucciones como condiciones previas del logro escolar.

Hacen falta coloquios internos, donde cada quien pueda defender lo que hace y lo que escribe; además, por supuesto, grandes congresos. Sin ellos no hay vida académica.

Estoy convencido de que es posible hacer ciencia psicológica y, al mismo tiempo, comunicarle a un público medianamente instruido las conclusiones derivadas de nuestros estudios; no se trata de simplificar el lenguaje técnico, sino de encontrar la interfase conceptual apropiada, pues sólo así se podrá contrarrestar el efecto pernicioso de la psicopatologización de la vida cotidiana.

Leonardo da Vinci dijo que una obra no se termina sino que se abandona; así que abandono este relato citando a Vigotsky (1960/1987), quien, a su vez, cita a otros:

Ya el análisis [...] mostró que en la reacción de selección en realidad no tienen lugar los procesos de selección. Podemos considerar perfectamente establecido el hecho de que la reacción de selección –desde el punto de vista psicológico– no encierra en sí, en medida alguna, los procesos de selección y, por esto, puede servir de magnífico ejemplo de cómo la apariencia externa de cualquier proceso puede no coincidir con su naturaleza psicológica real. “En esta reacción –dice Aj– no se puede hablar de selección. Desde el punto de vista psicológico, todos los procesos transcurren de tal modo que, para la selección, no queda lugar alguno”. La misma idea fue formulada por Titchener al afirmar: “Es necesario recordar firmemente que las denominaciones, los datos de la reacción compleja (la reacción simple, la reacción de diferenciación, la reacción de selección), son arbitrarias, que la diferenciación y la selección pertenecen a las condiciones externas del experimento y sólo a ellas. En la reacción de diferenciación no distinguimos; en la reacción de selección podemos realizar distintas operaciones, pero no seleccionamos”.

Quizá sea hora de pasar del estudio de la estructura asociativa de la situación a la comprensión de la estructura histórica del ser.

Citación: Borja C., J. (2024). El devenir de la psicología en Sonora: de la estructura asociativa de la situación a la estructura histórica del ser. *Psicología y Salud*, 34(2), 345-355. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2915>

REFERENCIAS

- Balsam, P.D. y Bondy, A.S. (1983). The negative side effects of reward. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 283-296.
- Borja, J. (2016). Las preparaciones experimentales en psicología, ¿estudio de procesos o de procedimientos? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 311-318.
- Borja, J. (2017). La persecución psicológica en la vida cotidiana y la enseñanza de la psicología. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 380-387.
- Borja, J. (2018). Psicología, recuperando el objeto de estudio perdido. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(2), 142-149.
- Borja, J. y Corrales, E.E. (1988). Efectos inducidos por la presentación de eventos reforzantes en la ejecución de una tarea mantenida por reforzamiento intrínseco. *Revista Sonorense de Psicología*.
- Breland, K. y Breland, M. (1961). The misbehavior of organisms. *American Psychologist*, 16, 681-684.
- Ferster, C.B. y Skinner, B.F. (1957). *Schedules of reinforcement*. Appleton-Century-Crofts.
- Fuentes M., T. y Ribes I., E. (2006). Influencia de tres repertorios precurrentes en la lectura comprensiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 149-172.
- Kantor, J.R. (1978). *Psicología interconductual, un ejemplo de construcción científica sistemática*. Trillas.

- Kuhn, T. (1982). *La tensión esencial*. Fondo de Cultura Económica.
- Piña L., J.A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes, justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7(1), 19-32.
- Ribes I., E. (1981). *Reflexiones críticas sobre el conductismo*. Fontanella.
- Ribes I., E. (1990). *Psicología y salud, un análisis conceptual*. Martínez Roca.
- Ribes I., E. (2010). Remembranzas y reflexiones autobiográficas. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(1), 31-50.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. Trillas.
- Schwartz, B. (1982). Reinforcement-induced behavioral stereotypy, How not to teach people to discover rules. *Journal of Experimental Psychology, General*, 111(1), 23-59.
- Skinner, B.F. (1956). A case history in scientific method. *American Psychologist*, 11, 221-233.
- Skinner, B.F. (1979). *Contingencias de reforzamiento*. Trillas.
- Ulrich, R., Stachnik, T. y Mabry, J. (1966). *Control de la conducta humana I*. Trillas.

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.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

- Psychosocial intervention program to prevent alcoholism in teenagers by means of fostering new social representations
Yordanis Arias Barthelemi, Clara Ofelia Suárez Rodríguez and Justo Reinaldo Fabelo Roche
- Anorexia nervosa, anxiety, and cutting in adolescence
Jenny Jeanette Casanova Zavala and Ana Cecilia Cetina Sosa
- Internet addiction in adolescents during the Covid-19 pandemic
Andrea María Marín Marrufo and Ana Cecilia Cetina Sosa
- Effectiveness of integrative psychotherapy in a parentized adolescent with anxiety symptoms
Natalia Isabel Arango Prado, Elia María Escoffié Aguilar and Verónica Ruiz González
- Psychological flexibility and covid: The Acceptance and Action Questionnaire in the COVID-19 context (AAQ-COVID-19). A preliminary study
Carmen Antonia Buenfil Heredia, Sally Vanega Romero and Carlos David Carrillo Trujillo
- Online group cognitive-behavioral treatment for youth with drug abuse
Omar Bravo-Alcocer, Kolina Isela Martínez-Martínez, Roberto Oropeza-Tena and Cecilia Colunga-Rodríguez
- Family functioning in young people with suicide attempt in Cuenca (Ecuador)
Yolanda Dávila-Pontán, Ximena Vélez-Calvo, Ma. José Peñaherrera-Vélez and Agustín Sparrer
- Overtraining syndrome in music undergraduates: Differences between women and men
Karla María Reynoso Vargas, Jaime Salvador Moysén and María del Rocío Guzmán Benavente
- Psychosocial factors associated with cancer pain: A narrative review
Luis Alberto Mendoza-Contreras, Benjamín Domínguez-Trejo, David Alberto Rodríguez-Medina and Oscar Galindo-Vázquez
- Socio-psychological factors in discharged persons from intensive care units
Mariana Flores-Constantino, Francisco Lorenzo Juárez-García, Abigail Quintana-Sánchez and Óscar Galindo-Vázquez
- Experiences and sexual activity of men during their couples' first pregnancy: Drawings and written narratives
José Salvador Sapién López
- Electroencephalographic recording and salivary cortisol in the study of stress: A systematic review
Mariano Martínez Pelayo, Emiliano Vázquez Pelayo, Sergio Díaz Medina and Ana Beatriz Moreno Coutiño
- Depression indicators and academic connection in students of the public university of Guatemala
Sindy S. Linares, Alexandra Vásquez, Mónica P. Morales and Donald W. González-Aguilar
- Instagram addiction and its relationship with the consciousness of the "objectified" body
Constanza Toscano-Pital, Michelle Cerón-Haddock, Yazmin Díaz-Flores, María Huci-Mercado and Alonso Ulibarri-Martínez
- Systematic review of valid and reliable instruments that measure resilience in Spanish-speaking adults
María Fernanda Fernández-García, Sandra Milena Alvarán López, Sandra Milena Rueda Ramírez, Constanza Landoña Pérez and Magda Evelyn Mendiveiso

AN ACCOUNT

The becoming of Psychology at Sonora: From the situation's associative structure, to the historical structure of being
Jorge Borja Castañeda