

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 35 Número 1

Enero-junio 2025

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

EDITORIAL

Avances recientes en evaluación y tratamiento psicológico (no invasivo) del dolor crónico

Luis Alberto Mendoza-Contreras, José Fernando Mora-Romo y Benjamin Domínguez-Trejo

Recuperando la gaudibilidad: análisis de la estructura de la Escala de Gaudibilidad

Elena del Barrio-Álvarez, Marta Herrero-Lázaro y Bernardo Moreno-Jiménez

Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario: una revisión sistemática

Denisse Talamás-Salazar, Abel Lerma-Talamantes, Luis Israel Ledesma-Amaya y María Luisa Escamilla-Gutiérrez

Percepción de dolor y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemofilia

Maricela Osorio-Guzmán, Carmen Yasselin Hernández-Guillén, Carlos Prado-Romero y Georgina Eugenia Bazán-Riverón

Eficacia de una intervención cognitivo-conductual *online* para el autocuidado del pie en pacientes con diabetes

Griselda García-Ávila, Maricela Osorio-Guzmán y Ana Leticia Becerra-Gálvez

Descripción clínica y tratamiento del trastorno del espectro autista: una revisión teórica

Claudia Marcela Arana-Medina y John Jairo García-Peña

Evaluación de comportamientos preventivos del COVID-19 a través del Modelo de Creencias de la Salud

Vianney Daiane Fernández-Iglesias y Rosario Ramón-Pérez

Ansiedad, depresión y abuso de sustancias en estudiantes: cambios durante la pandemia de covid-19

Sarahí del Carmen Manríquez-Calderón, Erwin Rogelio Villuendas-González, Ferrán Padrós-Blázquez y Esteban Gudayol-Ferré

Influencia de la institucionalización en el apego

Andrea Joana Ceja-Magallanes, María del Carmen Manzo-Chávez y Ferrán Padrós-Blázquez

Proceso de resiliencia en la mujer tras la ruptura de pareja: un estudio de caso

María Pía Rodríguez Regardosa y Nora Hemi Campos Rivera

Dependencia emocional y su relación con el autoengaño y los sentimientos negativos

María de la Villa Moral-Jiménez y María López-Suárez

Relación entre las conductas alimentarias de riesgo, los estilos de crianza y el perfeccionismo

en estudiantes universitarios mexicanos

Jimena Padilla-Pascacio, Magally Castaño-Muñoz de Cote, Mariana Mendiola-Robles, Maricarmen Boom-Treviño, Pamela Argüelles-Gutiérrez y Claudia Unikel-Santancini

La experiencia de las pérdidas vividas por pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer

Diana M. Ascanio y José Javier Altuve

Hallazgos clínicos en el trastorno por uso de inhalables: efectos según el sexo

Lizeth Alonso-Matías

Validación de una escala de autoeficacia para la adherencia farmacológica (MASES-R) con mexicanos hipertensos

Aarón Villegas-Caseros, Silvia Susana Robles-Montijo, Cynthia Zaira Vega-Valera, Fabiola González-Betanzos, Yalanda Guevara-Benitez y Oswaldo Christian Acosta-Quiróz

Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en mujeres mexicanas

Leticia Rubí García-Valenzuela, Elva Rosa Valtierra-Oba y Christian Díaz de León-Castañeda

Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia

Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Andrés Gómez-Acosta, Soraya Bernal y Shadye Matar-Khalil

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

EDITORA

Dra. María Erika Ortega Herrera

EDITORA ADJUNTA

Laila Meseguer Posadas

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)*
Dra. Shoshana Berenzon Gorn • *Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (México)*
Dr. Miguel Gallegos • *Universidad Nacional de Rosario (Argentina)*
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)*
Dra. Marisol Pérez Ramos • *Universidad Autónoma Metropolitana (México)*
Dr. Stefano Vinaccia Alpi • *Universidad del Sinú (Colombia)*

EDITORES ASOCIADOS

- Dra. Elba M. Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*
Dr. Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*
Dra. María Elena Teresa Medina-Mora Icaza • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*
Dra. Silvia Pugliese • *Universidad Nacional de Rosario, (Argentina)*
Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*
Dr. Mario Enrique Rojas Russell • *Universidad Nacional Autónoma de México*
Dr. Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*
Dr. Juan Carlos Sierra • *Universidad de Granada (España)*
Dra. Eva Urbón Ladrero • *Universidad de Zaragoza (España)*
Dra. Ma. de los Ángeles Vacio Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Volumen 35, Número 1 • Enero-junio de 2025

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, correo electrónico: psicologiaysalud@uv.mx.

Editor responsable: Dra. María Erika Ortega Herrera.

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 35, Número 1
Enero-junio de 2025

EDITORIAL	5
Avances recientes en evaluación y tratamiento psicológico (no invasivo) del dolor crónico <i>Luis Alberto Mendoza-Contreras, José Fernando Mora-Romo y Benjamín Domínguez-Trejo</i>	7
Recuperando la gaudibilidad: análisis de la estructura de la Escala de Gaudibilidad <i>Elena del Barrio-Álvarez, Marta Herrero-Lázaro y Bernardo Moreno-Jiménez</i>	15
Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario: una revisión sistemática <i>Denisse Talamás-Salazar, Abel Lerma-Talamantes, Luis Israel Ledesma-Amaya y María Luisa Escamilla-Gutiérrez</i>	27
Percepción de dolor y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemofilia <i>Maricela Osorio-Guzmán, Carmen Yosselin Hernández-Guillén, Carlos Prado-Romero y Georgina Eugenia Bazán-Riverón</i>	41
Eficacia de una intervención cognitivo-conductual <i>online</i> para el autocuidado del pie en pacientes con diabetes <i>Griselda García-Ávila, Maricela Osorio-Guzmán y Ana Leticia Becerra-Gálvez</i>	51
Descripción clínica y tratamiento del trastorno del espectro autista: una revisión teórica <i>Claudia Marcela Arana-Medina y John Jairo García-Peña</i>	63
Evaluación de comportamientos preventivos del COVID-19 a través del Modelo de Creencias de la Salud <i>Vianney Daianee Fernández-Iglesias y Rosario Román-Pérez</i>	75
Ansiedad, depresión y abuso de sustancias en estudiantes: cambios durante la pandemia de covid-19 <i>Sarahi del Carmen Manríquez-Calderón, Erwin Rogelio Villuendas-González, Ferrán Padrós-Blázquez y Esteban Gudayol-Ferré</i>	87
Influencia de la institucionalización en el apego <i>Andrea Joana Ceja-Magallanes, María del Carmen Manzo-Chávez y Ferrán Padrós-Blázquez</i>	97
Proceso de resiliencia en la mujer tras la ruptura de pareja: un estudio de caso <i>María Pía Rodríguez Regordosa y Nora Hemi Campos Rivera</i>	105
Dependencia emocional y su relación con el autoengaño y los sentimientos negativos <i>María de la Villa Moral-Jiménez y María López-Suárez</i>	115
Relación entre las conductas alimentarias de riesgo, los estilos de crianza y el perfeccionismo en estudiantes universitarios mexicanos <i>Jimena Padilla-Pascacio, Magally Castaño-Muñoz de Cote, Mariana Mendiola-Robles, Maricarmen Boom-Treviño, Pamela Argüelles-Gutiérrez y Claudia Unikel-Santoncini</i>	127
La experiencia de las pérdidas vividas por pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer <i>Diana M. Ascanio y José Javier Altuve</i>	137
Hallazgos clínicos en el trastorno por uso de inhalables: efectos según el sexo <i>Lizeth Alonso-Matías</i>	149
Validación de una escala de autoeficacia para la adherencia farmacológica (MASES-R) con mexicanos hipertensos <i>Aarón Villegas-Cisneros, Silvia Susana Robles-Montijo, Cynthia Zaira Vega-Valero, Fabiola González-Betanzos, Yolanda Guevara-Benítez y Oswaldo Christian Acosta-Quiroz</i>	161
Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en mujeres mexicanas <i>Leticia Rubí García-Valenzuela, Elva Rosa Valtierra-Oba y Christian Díaz de León-Castañeda</i>	175
Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia <i>Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Andrés Gómez-Acosta, Soraya Bernal y Shadye Matar-Khalil</i>	187

SUMMARY

Volume 35, Number 1
January-June 2025

EDITORIAL	5
Recent advances on Psychological (non-invasive) assessment and treatment of chronic pain <i>Luis Alberto Mendoza-Contreras, José Fernando Mora-Romo and Benjamín Domínguez-Trejo</i>	7
Recovering gaudiebility: an analysis of the Gaudiebility Scale's structure <i>Elena del Barrio-Álvarez, Marta Herrero-Lázaro and Bernardo Moreno-Jiménez</i>	15
Posttraumatic stress disorder symptomatology and adverse childhood experiences in adults with primary chronic pain: a systematic review <i>Denisse Talamás-Salazar, Abel Lerma-Talamantes, Luis Israel Ledesma-Amaya and María Luisa Escamilla-Gutiérrez</i>	27
Pain perception and quality of life in pediatric patients with hemophilia <i>Maricela Osorio-Guzmán, Carmen Yosselin Hernández-Guillén, Carlos Prado-Romero and Georgina Eugenia Bazán-Riverón</i>	41
Efficacy of online cognitive-behavioral intervention for diabetic patients to improve foot care <i>Griselda García-Ávila, Maricela Osorio-Guzmán and Ana Leticia Becerra-Gálvez</i>	51
A clinical description and treatment of autism spectrum disorder: a theoretical review <i>Claudia Marcela Arana-Medina and John Jairo García-Peña</i>	63
Preventive behaviors assessment for COVID-19 through the Health Belief Model <i>Vianney Daianee Fernández-Iglesias and Rosario Román-Pérez</i>	75
Anxiety, depression, and substance abuse in students: changes during the covid-19 pandemic <i>Sarahi del Carmen Manríquez-Calderón, Erwin Rogelio Villuendas-González, Ferrán Padrós-Blázquez and Esteban Gudayol-Ferré</i>	87
Influence of institutionalization on attachment <i>Andrea Joana Ceja-Magallanes, María del Carmen Manzo-Chávez and Ferrán Padrós-Blázquez</i>	97
Resilience process of in women after the breakup of a couple: a case study <i>María Pía Rodríguez Regordosa and Nora Hemi Campos Rivera</i>	105
Emotional dependence and its relationship with self-deception and negative feelings <i>María de la Villa Moral-Jiménez and María López-Suárez</i>	115
Relationship between disordered eating behaviors, parenting styles and perfectionism in Mexican university students <i>Jimena Padilla-Pascacio, Magally Castaño-Muñoz de Cote, Mariana Mendiola-Robles, Maricarmen Boom-Treviño, Pamela Argüelles-Gutiérrez and Claudia Unikel-Santoncini</i>	127
The experience of the losses lived by Venezuelan cancer survivors <i>Diana M. Ascanio and José Javier Altuve</i>	137
Clinical findings in inhalant use disorder: effects according to sex <i>Lizeth Alonso-Matías</i>	149
Validation of a self-efficacy scale for pharmacological adherence (MASES-R) with Mexican hypertensive patients <i>Aarón Villegas-Cisneros, Silvia Susana Robles-Montijo, Cynthia Zaira Vega-Valero, Fabiola González-Betanzos, Yolanda Guevara-Benitez and Oswaldo Christian Acosta-Quiroz</i>	161
Psychometric properties of the Appraisal of Self-care Agency Scale in Mexican women <i>Leticia Rubí García-Valenzuela, Elva Rosa Valtierra-Oba and Christian Díaz de León-Castañeda</i>	175
Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombia <i>Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Andrés Gómez-Acosta, Soraya Bernal and Shadye Matar-Khalil</i>	187

EDITORIAL

Con este número concluyo treinta y cinco años como editor de *Psicología y Salud*. Desde una factura casi decimonónica al principio, armada con tipos movibles, imprenta y portadas elaboradas en serigrafía, hoy, más de tres decenios después, la revista se mueve con fluidez en el moderno mundo digital. De un escaso conglomerado de lectores locales en sus inicios, en esta fecha los tiene en prácticamente en todo el espacio iberoamericano, su ámbito natural. Han sido, pues, treinta y cinco años de progreso técnico continuo que *Psicología y Salud* ha experimentado, con lo que puede considerarse uno de los órganos más añejos de Hispanoamérica, más sólidos y más permanentes en el campo de la psicología de la salud al no haber dejado de publicar un solo número en ese dilatado trayecto, e invariablemente sin retrasos.

Han sido años provechosos. Esta área de la psicología, novedosa a finales de los años ochenta, hoy medra en todos los terrenos y alcanza ya límites insospechados en sus sustratos teóricos y sus aplicaciones prácticas, y el interés de los profesionales en incursionar en esta perspectiva genera permanentemente incontables trabajos, estudios, inquisiciones de solidez incuestionable, de los que esta revista ha dado cuenta cabal.

Es tiempo, para el suscrito, de decir adiós, agradeciendo en todo lo que vale la confianza de los autores que encontraron en sus páginas el vehículo ideal para dar a conocer sus trabajos en el entorno académico y profesional; a los colaboradores que participaron en su cuerpo editorial a lo largo de los años en este apasionante quehacer, y a los lectores que tuvieron la curiosidad de sumergirse en esas páginas en su permanente indagación.

Capítulo aparte merece mi más profundo agradecimiento a mi eficaz colaboradora de tantos años, la arquitecta Laila Meseguer Posadas, quien proveniente de un ámbito tan distinto, halló en las tareas editoriales, de suyo apasionantes, un propósito de vida. Permanentemente actualizada en los secretos de la tecnología, su actividad fue y es tan esencial que es imposible concebir *Psicología y Salud* sin ella. Mil gracias, colaboradora inestimable, ayuda vital y sobre todo amiga queridísima.

No puedo tampoco olvidar la contribución espontánea, desinteresada y eficazísima de mi antiguo maestro, el doctor José Juan Sánchez-Sosa en la revisión técnica, a quien envió un abrazo con el que escasamente puedo retribuir su denuedo. No hubo un momento en que sus valiosos consejos no contribuyeran a la mejor factura de la revista.

Deseo que esta revista, próximamente en manos de personas más capaces que yo, pueda alcanzar cotidianamente las metas que se imponga, pues hay en ellas talento, aspiración y voluntad para ese propósito. Ojalá que viva aún muchos años más.

Rafael Bullé-Goyri Minter

Avances recientes en evaluación y tratamiento psicológico (no invasivo) del dolor crónico

Recent advances on Psychological (non-invasive) assessment and treatment of chronic pain

*Luis Alberto Mendoza-Contreras¹, José Fernando Mora-Romo²
y Benjamín Domínguez-Trejo¹*

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}

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

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar los avances que se han hecho en el manejo del dolor crónico mediante procedimientos no invasivos y no farmacológicos. Se hace una descripción de dicho dolor, de las aproximaciones teóricas para su explicación y abordaje, tales como la teoría de la compuerta y la teoría polivagal, lo que da pie a las aportaciones que desde el campo de la psicofisiología se han propuesto para su estudio. Así, se revisan algunos biomarcadores que han resultado útiles para su evaluación, como la temperatura periférica, la interleucina-6 y la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Estos elementos resultan útiles para la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicológicas (o intervenciones no farmacológicas) para reducir el dolor, como la terapia cognitivo-conductual y la biorretroalimentación. Por último, se subrayan las posibles implicaciones de estas intervenciones en la investigación traslacional como un medio para lograr una mayor apertura del trabajo del psicólogo en los escenarios de atención para la salud.

Palabras clave: Dolor crónico; Psicofisiología; Respuesta inflamatoria; Tratamientos no farmacológicos.

ABSTRACT

The present report describes the advances in chronic pain management through non-invasive and non-pharmacological procedures. It describes the nature of chronic pain and the theoretical approaches to its explanation and management -such as the gate theory and the polyvagal theory-. In this way, we propose some contributions to its study from the psychophysiology field. Some biomarkers that have proven helpful for its evaluation, such as peripheral temperature, Interleukin-6, and heart rate variability, were discussed. These biomarkers can be helpful in evaluating the effectiveness of psychological or non-pharmacological interventions for pain reduction, such as cognitive-behavioral therapy or biofeedback. Finally, we emphasize the possible implications

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: psicoluis90@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1808-3444>; benjamin@unam.mx, <https://orcid.org/0000-0001-9126-1457>.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: j_fmora@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6201-4622>.



of these interventions within translational research as a route to achieve increased openness of the psychologist's work within healthcare settings.

Key words: Chronic pain; Psychophysiology; Inflammatory response; Non-pharmacological treatments.

Recibido: 30/06/2023

Aceptado: 19/01/2024

Dolor crónico

¿Por qué sentimos dolor? La pregunta desafía a especialistas y personas dolientes por igual, pero no tiene una respuesta clara y precisa. El dolor (técnicamente *nocicepción* para los investigadores y médicos) es un sistema de alerta que tiene el cuerpo ante una lesión. Es la alarma que emite el organismo ante un dedo cortado, una articulación inflamada o un tumor en crecimiento. Los médicos algólogos (esto es, los especialistas en el dolor) atenderán el problema subyacente para que aquél disminuya.

Mas, ¿qué sucede cuando esta alarma, una vez que ha cumplido su función, no se apaga?, ¿cuando el dolor no desaparece después de que los tejidos han sanado?, ¿cuando continúa incluso en ausencia del daño tisular? (Odling-Smee, 2023). Es entonces que se habla del dolor crónico (DC en lo sucesivo), definido generalmente como el dolor que dura más de tres meses, el cual afecta a millones de personas todos los días en todo el mundo, provocando una carga personal y económica que aqueja a más de un tercio de la población (Cohen *et al.*, 2021). Asimismo, entre 10.4 y 14.3% de los afectados por el cáncer reportan un dolor incapacitante que va de moderado a grave (Mills *et al.*, 2019). Cabe señalar que alrededor de la mitad de todos los pacientes con DC sufren también trastornos comórbidos del estado de ánimo, como ansiedad y depresión (Bushnell *et al.*, 2015).

El panorama de ese problema en los países con presupuestos bajos o medios, aunque no está plenamente documentado, está lejos de ser promisorio (Engelgau *et al.*, 2018). Es probable que afecte a más personas en las próximas décadas ya

que ciertas condiciones van en aumento, como la obesidad, la diabetes y las enfermedades autoinmunes, así como las infecciones por SARS-CoV-2; de hecho, el DC ha sido también uno de los síntomas persistentes del covid-19, en el que 4% de la población llega a experimentarlo incluso con tres vacunas aplicadas debido a la variante omicron (Ayoubkhani y Bosworth, 2022).

El DC tiene muchas manifestaciones y causas muy variadas, y la investigación básica en los campos de las neurociencias y la inmunología ha contribuido a la comprensión actual de este padecimiento. Genetistas y epidemiólogos investigan hoy día los factores hereditarios y ambientales que contribuyen a las causas y riesgos del DC. También es cada vez más claro que el DC está ligado a una interacción compleja de factores neurológicos, inmunológicos, psicológicos y sociales. Así, varios factores y diversos procesos pueden provocar el dolor en una persona y cambiar con el tiempo (Grayson, 2016).

De acuerdo con esas evidencias, el dolor puede entenderse como una experiencia sensorial y emocional, generalmente asociada a una lesión tisular o a una experiencia subjetiva, que resulta desagradable. Tal síntoma puede clasificarse de acuerdo con diversos criterios, como su duración, la intensidad con que se experimenta, el curso de su desarrollo y la ubicación anatómica. Debido a esos diferentes criterios y a su complejidad y efectos, la evaluación y tratamiento del DC representa un verdadero desafío en virtud, en parte, a que la evaluación de la experiencia del dolor involucra factores que no se limitan a aquellos de interés médico, sino que también incluyen el funcionamiento físico y los cambios emocionales y cognitivos.

En esta línea, se han estudiado ciertas asociaciones entre los factores psicológicos y el DC, como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, las habilidades de afrontamiento deficientes y la catastrofización, entre otros (Bushnell *et al.*, 2015; Cohen *et al.*, 2021; McMurtry *et al.*, 2020; Pinto *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2021). Asimismo, se ha reportado que algunos factores socioculturales se asocian con DC, como un escaso apoyo social, el bajo nivel educativo y ciertos fenómenos culturales (Bushnell *et al.*, 2015; Cohen *et al.*, 2021).

Es importante resaltar los beneficios del apoyo social, toda vez que es un elemento clave en el tratamiento del DC, pues un mayor apoyo social percibido puede disminuir su intensidad, la depresión y las estrategias de afrontamiento desadaptativas en los pacientes que sufren DC (McMurtry *et al.*, 2020). Además, se ha reportado que el apoyo social se asocia con niveles más bajos del dolor cardíaco y del posoperatorio, y reduce también la percepción del dolor inducido en entornos experimentales controlados (Bushnell *et al.*, 2015).

Algunos factores biológicos que, según se ha reportado, favorecen la presencia del DC son los factores genéticos, la edad, el sexo femenino, la calidad del sueño, el sistema hormonal y los sistemas opiáceos endógenos (Cohen *et al.*, 2021; Zhang *et al.*, 2021). Al analizar los efectos negativos de todas estas variables se ha hallado que el DC disminuye la calidad de vida de las personas que presentan esta condición ($\beta = -5.369$, $p < .001$; $\beta = -1.671$, $p < .001$) (Bushnell *et al.*, 2015; Cohen *et al.*, 2021; Davoudi *et al.*, 2021; McMurtry *et al.*, 2020; Mu'taz & Hamdan-Mansour, 2016).

Aproximaciones teóricas al dolor crónico

De acuerdo con el modelo biopsicosocial, el dolor y la discapacidad mantienen interacciones multidimensionales y dinámicas entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que se influyen recíprocamente. Por ello, identificar dichas variables, además de la intensidad del dolor reportada por el propio paciente, tiene una gran importancia en las decisiones relativas a su manejo en los equipos de salud y en la evaluación de los efectos terapéuticos y los riesgos de los diferentes tratamientos (Pinto *et al.*, 2022) debido a que se ha reportado que variables como las descritas hasta este momento –especialmente las de naturaleza psicológica o social– suelen resultar infravaloradas pese a la carga que tienen para empeorar la capacidad para su manejo de los pacientes con DC (Cohen *et al.*, 2021). Debido a ello, a lo largo de los años se han formulado diversas propuestas explícitas para el abordaje del DC.

Una de las principales propuestas teóricas es la llamada *teoría de la compuerta* (*gate control theory*), que postula que la actividad nociceptiva

(la capacidad del sistema nervioso central y periférico para transmitir las señales aferentes recibida de los estímulos externos), al alcanzar ciertos umbrales sensitivos, hace posible que la persona experimente las sensaciones dolorosas, tomando como metáfora una “compuerta” que se abre o se cierra ante esos estímulos. Hoy día, la metáfora de la compuerta ha sido parcialmente reemplazada por una interpretación fisiológica en la que la “apertura de la compuerta” es causada por la activación de la corteza de la ínsula anterior, así como por la actividad simpática del sistema nervioso autónomo (SNA). Por ende, uno de los objetivos principales de las intervenciones psicológicas orientadas a reducir el dolor se centra en favorecer la desactivación de estas estructuras, o “cierre de la compuerta”, para disminuir la activación de neuronas nociactivas y lograr así que la persona pueda modular la intensidad percibida de dolor.

Después, Porges (1995) desarrolló la *teoría polivagal* (TP) como un complemento de la teoría de la compuerta, que postula un modelo neurobiológico que supone el SNA como un sistema relacional que ofrece señales de seguridad o de peligro en la comunicación con otros sistemas nerviosos del entorno que activan o desactivan el sistema de conexión social.

La TP se apoya en un modelo estímulo-organismo-respuesta y considera el estado autónomo como una variable interviniente (organismo) medible, por lo que busca comprobar hipótesis respecto a la relación de la función del SNA y los problemas de salud, tales como el DC (Molina, 2021; Porges, 2021).

Este enfoque facilita la comprensión de la estrecha relación que existe entre las conductas, las emociones y el funcionamiento del SNA. Cuando el organismo se encuentra desregulado por una constante activación de la rama simpática (durante el estrés crónico, por ejemplo), hay una activación de la vía vagal dorsal que induce un estado de lucha, huida o inmovilización ante el peligro. Tales activaciones pueden desencadenar síntomas de ansiedad, depresión o dolor crónico, y si el individuo no tiene la capacidad para regular estas reacciones en el largo plazo, pueden convertirse en condiciones que repercutan negativamente en su vida diaria (Molina, 2021; Porges, 2021).

Aportaciones psicofisiológicas en el estudio del dolor crónico

Se han generado rápidos avances en la aplicación psicofisiológica para el estudio del estado psicológico y el manejo del DC en personas con diversas condiciones. Uno de ellos es el estudio de la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) como un biomarcador del DC, el cual incluso puede considerar las implicaciones que suponen las diferencias de género respecto a la morfología cardíaca. Haciendo mediciones breves, de aproximadamente tres minutos, es posible determinar la dominancia simpática o parasimpática, estando la primera relacionada con un estado de estrés, y la segunda con uno de relajación. Lo anterior tiene importantes implicaciones clínicas en los pacientes con DC ya que supone un indicador objetivo de los efectos terapéuticos de las intervenciones psicológicas. Si mediante estrategias como la escritura emocional, la imaginación guiada o la respiración diafragmática un paciente puede pasar de una dominancia simpática a una dominancia parasimpática, entonces es muy probable que logre una mejoría clínica del grado de dolor que experimenta.

Otra aportación surge a partir de la imagenología; de hecho, los estudios de imágenes en diversas poblaciones con DC muestran que los cerebros de estos individuos difieren de los de los sujetos de control sanos, siendo la anormalidad más pronunciada en aquéllos una reducción de la materia gris, específicamente en la corteza prefrontal, la ínsula y las cortezas cingulada anterior y media. Dichas regiones cerebrales se ven implicadas en el procesamiento y la regulación del dolor, el estado de ánimo y la cognición (Bushnell *et al.*, 2015; Pinto *et al.*, 2022). La conectividad funcional que explica el dominio de la magnitud del dolor integra principalmente la circunvolución temporal media, la ínsula, la circunvolución supramarginal y la corteza orbital frontal. Estas áreas se asocian con frecuencia al DC y, en los sujetos sanos, al control de la inhibición, la regulación emocional, el lenguaje y la toma de decisiones. Tales hallazgos subrayan la importancia de las redes y regiones cerebrales asociadas con la integración multisensorial, como la red de modo predeterminado y la ínsula para predecir la magnitud del DC (Pinto *et al.*, 2022).

Biomarcadores para la evaluación y el manejo del dolor crónico

Tradicionalmente, la evaluación de la intensidad y localización del dolor ha sido realizada mediante autoinformes subjetivos; sin embargo, algunos avances de los últimos años se han enfocado en la propuesta de contar con indicadores biológicos (biomarcadores) útiles para orientar sobre el efecto de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del DC (Zhang *et al.*, 2021). De acuerdo con el grupo de trabajo de biomarcadores FDA-NIH, un biomarcador se define como “una característica que se mide como un indicador de procesos biológicos normales, procesos patológicos o respuestas biológicas a una exposición o intervención, incluidas las intervenciones terapéuticas” (FDA-NIH Biomarker Working Group, 2016). Así, los elementos moleculares, histológicos o fisiológicos se consideran biomarcadores, con la característica de que su magnitud no depende de la evaluación subjetiva del paciente.

Un biomarcador del funcionamiento autónomo afectivo es la temperatura periférica (TP) de la nariz y dedos de las manos (Ji y Lee, 2021). La TP es regulada por el SNA, por el cual la actividad parasimpática ventral vagal induce un estado de relajación y tranquilidad e incrementa la temperatura periférica; por otro lado, la activación de la rama simpática genera un descenso térmico en manos y nariz, acompañado de emociones como ansiedad, estrés, temor y dolor (Cuervo *et al.*, 2020). Se ha reportado que el rango de variación de la temperatura no solamente puede utilizarse como un indicador del dolor (a menor temperatura, mayor grado de dolor), sino que puede ser una medición valiosa para examinar la capacidad para modular la experiencia del dolor en un paciente. Por ejemplo, mediante la contribución de la percepción del apoyo social, o la evocación de recuerdos agradables, un paciente con la capacitación interoceptiva adecuada podría modular su temperatura corporal para alcanzar un grado adecuado para disminuir la intensidad del dolor en prácticamente cualquier situación.

Sin embargo, hay que considerar que no todas las personas pueden beneficiarse en la misma medida de este tipo de intervenciones no invasivas para el manejo del dolor. Es aquí en donde se con-

sidera un tercer biomarcador: la respuesta inflamatoria. Dicha variable puede medirse principalmente mediante la interleucina-6 (IL-6, obtenida en muestras de saliva) y la capsaicina, la cual, al frotarse en la piel (generalmente el antebrazo), genera una respuesta inmunológica debido a la afectación de las células nerviosas asociadas al dolor. En este punto, se han considerado tres grandes grupos de personas según su nivel de inflamación, de las cuales aquellas con una respuesta inflamatoria baja o media serían quienes más podrían beneficiarse de las intervenciones no invasivas para el dolor, sobre todo las que tienen una respuesta media. Por ello, los biomarcadores salivales se emplean frecuentemente como una medida no invasiva en el área de la psiconeuroinmunología (Engeland *et al.*, 2019). En este aspecto, se ha hallado que los niveles salivales de las citosinas proinflamatorias, y en particular la IL-6, aumentan de manera consistente como respuesta al estrés psicosocial (McInnis *et al.*, 2014; Rodríguez-Medina *et al.*, 2020).

Si bien no se busca eliminar completamente la utilización de los autoinformes sobre el dolor y su intensidad, es necesario subrayar la relevancia de los biomarcadores como un indicador objetivo que identifica la interacción que existe entre el estrés y la experiencia del dolor y su efecto en la interocepción, esto es, la capacidad de las personas para detectar cambios subcutáneos ante los estímulos físicos o psicológicos.

Tal capacidad interoceptiva tiene una importancia central en la disminución del dolor debido a su estrecha relación estructural con el nervio vago (véase la TP descrita anteriormente), el cual hace posible las conexiones entre la ínsula cerebral, la frecuencia cardiaca y la respiración entre sus múltiples funciones, conexiones que harían factibles los tratamientos no invasivos al aportar información importante acerca del efecto de las estrategias psicológicas para el manejo del DC y su efecto en la modificación de la dominancia simpática y parasimpática.

Intervenciones psicológicas y conductuales para reducir el dolor

Ante este panorama, se ha hecho un llamado a fortalecer los programas de pregrado y posgrado

en psicología en el manejo del DC, no solamente para responder a las necesidades de formación académica en tratamientos no invasivos, sino para responder ante una necesidad social y de salud pública debida al aumento de la incidencia y prevalencia del DC en la población en general, y actuar en consecuencia ante la llamada “crisis de opioides”, la cual ha sido atribuida a la prescripción excesiva de estas sustancias, lo que ha contribuido a su vez al aumento de la adicción a estos medicamentos.

En este sentido, los nuevos conocimientos acerca de los tratamientos no invasivos han enfatizado el efecto biopsicosocial en el desarrollo, mantenimiento y modulación del dolor. Por ejemplo, se ha podido observar el efecto del apoyo social en la VFC, la temperatura facial periférica y la respuesta inflamatoria (Holt-Lunstad *et al.*, 2010; Pinquart y Duberstein, 2010; Uchino, 2006); por lo que una adecuada percepción del apoyo social puede propiciar un estado idóneo en estos marcadores (Rodríguez *et al.*, 2023). Este tipo de evidencia preliminar sugiere que la diseminación de estas estrategias puede ser útil para esclarecer los mecanismos biológicos de las intervenciones no farmacológicas (o INF) para el dolor a través de la puesta en práctica de estrategias conductuales adecuadas, técnicas de imagen no invasivas, criterios múltiples de valoración fisiológicos y adherencia rigurosa al método científico en estudios preclínicos y humanos, ayudando así a aclarar la relación que hay entre el estado psicológico de los pacientes y la mejora de su salud desde un punto de vista objetivo.

No obstante, aún persisten diversos desafíos para alcanzar una comprensión completa de la eficacia y los mecanismos de las innumerables modalidades de las INF (Bushnell *et al.*, 2021). Para ello, la terapia cognitivo-conductual y la biorretroalimentación han resultado útiles para el manejo del dolor en estos pacientes, sobre todo a través de la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión (Bushnell *et al.*, 2015).

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) constituye un enfoque ampliamente utilizado de estrategias cognitivas (p. ej. Reestructuración y reducción de

pensamientos catastróficos sobre el dolor) y conductuales (p. ej., relajación y activación conductual) para mejorar el manejo del dolor y el funcionamiento relacionado con éste. Se ha demostrado que la TCC reduce la discapacidad funcional, los síntomas del dolor y el catastrofismo y mejora la autoeficacia y el funcionamiento psicológico de las personas con DC (Cunningham *et al.*, 2019).

Biorretroalimentación

Por otro lado, la biorretroalimentación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (BVFC) es un tratamiento complementario muy prometedor para disminuir el DC. Se han reportado sus efectos para reducir los síntomas relacionados con la fibromialgia, como el DC, la fatiga y la ansiedad, así como para mejorar la regulación emocional, el funcionamiento físico y la calidad de vida (Reneau y Nichols, 2022).

De acuerdo con un metaanálisis realizado por Sielski *et al.* (2017) para identificar la eficacia en el corto y el largo plazo del tratamiento de la biorretroalimentación como opción de tratamiento psicológico para el dolor de espalda crónico, se identificó un tamaño del efecto significativo de pequeño a mediano para su reducción ($g = 0.60$; IC 95% = 0.44 – 0.76) que demostró estabilidad con un tamaño de efecto significativo de pequeño a grande durante una fase de seguimiento promedio de ocho meses ($g = 0.62$; IC 95% = 0.40 – 0.84).

Investigación traslacional para el manejo del dolor

La evidencia reseñada constituye una invaluable oportunidad para la investigación traslacional, la cual permitiría transferir los hallazgos obtenidos en procedimientos clínicos en los laboratorios, mientras que los mismos avances observados en la labor clínica pueden influir en los avances de los paradigmas de investigación. Un ejemplo es la teoría polivagal descrita anteriormente, que cuenta con interesantes aplicaciones potenciales en el ámbito bioconductual al brindar información sobre los mecanismos neurofisiológicos de la conducta normal y atípica en las evaluaciones

neurofisiológicas y el desarrollo de intervenciones psicológicas debido a que la teoría describe cómo el sistema nervioso influye en la interacción humana, ya que el nervio vago es un elemento esencial en la reacción y regulación de las experiencias por parte del SNA, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, las reacciones neuroceptivas de seguridad y la percepción de un peligro moderado o de una amenaza a la vida (Domínguez, 2011).

En línea con lo anterior, se han logrado importantes avances respecto a las relaciones contextuales del dolor, siendo una de estas áreas el efecto que tienen las experiencias estresantes y traumáticas en la respuesta inflamatoria y el dolor neurogénico. Estos dos últimos elementos aumentan la hiperalgesia secundaria y la sensibilidad central al ser elementos que participan en casos como el dolor del miembro fantasma, el neuropático diabético y el espontáneo. Ante ello, los estudios realizados mediante la evocación de la respuesta inflamatoria con capsaicina han sido útiles para identificar personas que pueden mostrar un perfil resiliente en situaciones de estrés a través de la evaluación del grado de enrojecimiento del lugar de la piel donde se aplica la capsaicina debido a que la respuesta de las células nerviosas del sitio de aplicación indica el grado de sensibilización central, considerando que una respuesta menor a 15 segundos puede ser un indicador de una persona resiliente (Rosenkranz *et al.*, 2016).

Otro beneficio de la investigación traslacional es que permitiría la participación de psicólogos en la creación de reglamentos de salud y de guías de práctica clínica enfocadas al manejo del dolor, permitiendo así la implementación de tratamientos no invasivos en áreas como los cuidados paliativos. Lo anterior puede contribuir a que en el país se reconozca que el dolor no solamente es un acontecimiento fisiológico, sino que su modulación está afectada por el significado atribuido a esta experiencia por parte del paciente, para lo cual estrategias como la analgesia hipnótica, la escritura emocional, la reestructuración cognitiva, la imaginería guiada o la respiración profunda, por poner algunos ejemplos, serían de gran utilidad en este campo, así como una opción estratégica costo-efectiva.

Perspectivas futuras

Es importante resaltar el beneficio de comprender los mecanismos generales de la evaluación y el tratamiento no invasivo para emplearlos en la práctica clínica multidisciplinaria rutinaria y en la próxima generación de evidencias científicas en el campo del dolor. Tal conocimiento debe utilizarse para identificar el perfil de aquellos pacientes con

DC que se pueden ver más beneficiados por estos tipos de evaluación e intervención, así como canalizar de forma oportuna a aquellos pacientes cuyo perfil psicofisiológico sugiere que no podrían beneficiarse de las intervenciones no invasivas, siempre con la finalidad de que todos los pacientes con DC obtengan el mejor tratamiento integral posible de la mano de los profesionales de la salud mejor calificados para ello.

Citación: Mendoza-Contreras, L.A., Mora-Romo, J.F. y Domínguez-Trejo, B. (2025). Avances recientes en evaluación y tratamiento psicológico (no invasivo) del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 35(1), 7-14. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2945>

REFERENCIAS

- Ayoubkhani, D. y Bosworth, M. (2022). *Self-reported long COVID after infection with the Omicron variant in the UK: 18 July 2022*. Office for National Statistics. Recuperado de <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/selfreportedlongcovidafterinfectionwiththeomicronvariant/18july2022/pdf>
- Bushnell, M., Case, L., Ceko, M., Cotton, V., Gracely, J., Low, L., Pitcher, M. y Villemure, C. (2015). Effect of environment on the long-term consequences of chronic pain. *Pain*, 156(01), S42-S49. Doi: 10.1097%2F01.j.pain.0000460347.77341.bd
- Bushnell, M., Frangos, E. y Madian, N. (2021). Non-pharmacological treatment of pain: Grand challenge and future opportunities. *Frontiers in Pain Research*, 2, 1-4. Doi: 10.3389%2Ffpain.2021.696783
- Cohen, S., Vase, L. y Hooten, W. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. Doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7
- Cuervo, N., Silva, P., Medina, D., Flores, J., Ramírez, A. y Domínguez, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama: Estudio piloto Intervención cognitivo conductual para mujeres con depresión y cáncer de mama. *Psicooncología*, 17(2), 255-271. Doi: 10.5209/psic.70290
- Cunningham, N., Kashikar-Zuck, S. y Coghill, R. (2019). Brain mechanisms impacted by psychological therapies for pain: identifying targets for optimization of treatment effects. *Pain Reports*, 4(4), 1-9. Doi: 10.1097/pr9.0000000000000767
- Davoudi, M., Rezaei, P., Rajaeiramsheh, F., Ahmadi, S. y Taheri, A. (2021). Predicting the quality of life based on pain dimensions and psychiatric symptoms in patients with painful diabetic neuropathy: a cross-sectional prevalence study in Iranian patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-9. Doi: 10.1186/s12955-021-01697-w
- Domínguez, B. (2011). El sistema nervioso autónomo y nuestra capacidad para relacionarnos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(Núm. Esp.) 13-14.
- Engeland, C.G., Bosch, J.A. y Rohleder, N. (2019). Salivary biomarkers in psychoneuroimmunology. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 28, 58-65. Doi: 10.1016%2Fj.cobeha.2019.01.007
- Engelgau, M., Rosenthal, J., Newsome, B., Price, L., Belis, D. y Mensah, G. (2018). Noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: A strategic approach to develop a global implementation research workforce. *Global Heart*, 13(2), 131-137. Doi: 10.1016/j.ghart.2018.05.001
- FDA-NIH Biomarker Working Group (2016). *BEST (Biomarkers, endpoints, and other tools) resource*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326791/>
- Grayson, M. (2016). Pain. *Nature*, 535(7611). Doi: 10.1038/535s1a
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. y Layton, J. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Ji, R. y Lee, S. (2021). Molecular sensors of temperature, pressure, and pain with special focus on TRPV1, TRPM8, and PIEZO2 ion channels. *Neuroscience Bulletin*, 37(12), 1745-1749. Doi: 10.1007/s12264-021-00798-2
- McInnis, C., Thoma, M., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., Breines, J., Hong, S. y Rohleder, N. (2014). Measures of adiposity predict interleukin-6 responses to repeated psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 42, 33-40. Doi: 10.1016/j.bbi.2014.07.018

- McMurtry, M., Viswanath, O., Cernich, M., Strand, N., Freeman, J., Townsend, C., Kaye, A., Cornett, E. y Wie, C. (2020). The impact of the quantity and quality of social support on patients with chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 24(11), 1-5. Doi: 10.1007/s11916-020-00906-3
- Mills, S., Nicolson, K. y Smith, B. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. Doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023
- Molina, I., (2021). *Regulación autonómica desde la teoría polivagal en pacientes con dolor lumbar crónico*. Tesis inédita de Maestría. Ciudad de México: Instituto Politécnico Nacional.
- 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. Doi: 10.1007/s13187-015-0946-5
- Odling-Smee, L. (2023). Chronic pain: The long road to discovery. *Nature*, 615, 782-786. Recuperado de <https://www.nature.com/immersive/d41586-023-00869-6/index.html>
- Pinquart, M. y Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797-1810. Doi: 10.1017/S0033291709992285
- Pinto, C., Bielefeld, J., Barroso, J., Yip, B., Huang, L., Schnitzer, T. y Apkarian, A. (2022). Chronic pain domains and their relationship to personality, abilities, and brain networks. *Pain*, 164(1), 59-71. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000002657
- Porges, S. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. Doi: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
- Porges, S. (2021). Polyvagal theory: a biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 7, 1-7. Doi: 10.1016/j.cpnec.2021.100069
- Reneau, M. y Nichols, M. (2022). Veterans' insights on heart rate variability biofeedback to treat fibromyalgia-related pain. *Pain Management Nursing*, 23(2), 196-203. Doi: 10.1016/j.pmn.2021.06.003
- Rodríguez M., D., Leija A., G., Domínguez, B., Hernández P., M. y Vázquez O., J. (2020). Efectos diferenciales de la citoquina IL-6 después del estrés social agudo: resultados preliminares. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 8(22), 1-9. Doi: 10.22201/enesl.20078064e.2020.22.70467
- Rodríguez M., D., Martínez C., N., Vázquez O., J., Manjarrez I., J. y Ríos Q., Y. (2023). La temperatura nasal: marcador autonómico de relajación y su relación con el apoyo social en adultos mayores. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1), 193-208. Doi: 10.21134/pssa.v11i1.319
- Rosenkranz, M., Lutz, A., Perlman, D., Bachhuber, D., Schuyler, B., MacCoon, D. y Davidson, R. (2016). Reduced stress and inflammatory responsiveness in experienced meditators compared to a matched healthy control group. *Psychoneuroendocrinology*, 68, 117-125. Doi: j.psyneuen.2016.02.013
- Sielski, R., Rief, W. y Glombiewski, J. (2017). Efficacy of biofeedback in chronic back pain: a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 25-41. Doi: 10.1007/s12529-016-9572-9
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387. Doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
- Zhang, Z., Gewandter, J. y Geha, P. (2022). Brain imaging biomarkers for chronic pain. *Frontiers in Neurology*, 12, 1-15. Doi: 10.3389/fneur.2021.734821

Recuperando la gaudibilidad: análisis de la estructura de la Escala de Gaudibilidad

Recovering gaudiebility: an analysis of the Gaudiebility Scale's structure

*Elena del Barrio-Álvarez¹, Marta Herrero-Lázaro²
y Bernardo Moreno-Jiménez¹*

Universidad Autónoma de Madrid¹
Universidad de Deusto²

Autor para correspondencia: Elena del Barrio-Álvarez, elenadelbarrioalvarez@gmail.com.

RESUMEN

La capacidad para gestionar y mantener la experiencia hedónica de disfrute ha sido denominada gaudibilidad por Padrós (2002). Para su evaluación, su autor elaboró la Escala de Gaudibilidad, que ha sido empleada en diversas poblaciones clínicas y aportado resultados interesantes acerca del funcionamiento de las estrategias de mantenimiento y elongación del disfrute; sin embargo, él propio autor recomendó una revisión de este instrumento por las limitaciones psicométricas de que adolecía. Así, el presente estudio da cuenta de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio del instrumento en una muestra de 476 estudiantes de psicología. Se comprueba su validez convergente y divergente y se analiza su funcionamiento como mediador del efecto del estrés percibido sobre la satisfacción con la vida. Los resultados sugieren que de este modo la escala pasaría de tener un solo factor a ser una escala de veinte reactivos con cuatro factores relacionados y catorce ítems.

Palabras clave: Gaudibilidad; Escala de gaudibilidad; Propiedades psicométricas.

ABSTRACT

The ability to manage and maintain the hedonic experience of joy, named Gaudiebility by Padrós (2000), led to the development of a scale to assess this construct. The scale application to clinic populations offers interesting outputs about the functioning of strategies that maintain and prolong the experience of joy. Nevertheless, the scale's author pointed out the need for further analysis of the internal structure of the instrument due to several limitations. The present study conducted exploratory and confirmatory factor analyses with 476 participating psychology students. It also tested divergent and convergent reliability and analyzed the sensibility to detect the role of gaudiebility as a mediator of perceived stress in life satisfaction. The scale evolved from having one factor and 20 items to one with four factors of second order with 14 items.

Keywords: Gaudiebility; Gaudiebility scale; Psychometric properties.

¹ Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, C. Iván Pavlov, 6, 28049 Madrid, España, tel. 91497 5185; correos electrónicos: elenadelbarrioalvarez@gmail.com, ORCID: 0000-0003-1686-9539; bernardo.moreno@uam.es, ORCID: 0000-0001-5360-0518.

² Departamento de Psicología de la Escuela de Ciencias, Av. de las Universidades 24, 48007 Bilbao, España, correo electrónico: marta.herrero-laz@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0128-2033.



Recibido: 22/08/2023

Aceptado: 29/01/2024

“Este precioso día puede ser tan maravilloso como yo lo decida, o tan mediocre como lo deje.”

Anónimo

A pesar del amplio desarrollo de conceptos relacionados con el bienestar y de la metodología de la que se dispone en la psicología positiva, existen todavía campos sin analizar en el abanico de las potencialidades. Como aparece en la frase introductoria, las fortalezas de la persona son decisivas en el proceso de lo que ocurre y deben, en consecuencia, ser evaluadas.

Tales fortalezas del enunciado no pueden equipararse con el optimismo, pues, más que confiar en una resolución positiva de los acontecimientos (Carver *et al.*, 2010), en ese enunciado introductorio se confía en la propia capacidad transformadora. Tampoco el *enjoyment* permite englobar el concepto a analizar (Song y Han, 2009; Sweetser Kyburz, 2020) en virtud de que implica una actividad que rompe con la mediocridad, lo que en ese enunciado no sucede.

Pese a que hay implícito un afecto positivo en esa frase anónima, éste vamos allá (Joseph *et al.*, 2020) e implica una confianza en el disfrute futuro. Tampoco la experiencia que transmite la frase se debe confundir con la satisfacción con la vida (Schnettler *et al.*, 2021) puesto que contiene halos de *flow* que lo anclan más a la experiencia presente que a la pasada. No obstante estas semejanzas con el *flow*, su conexión con el futuro también lo diferencia del concepto de *flujo* (Csikszentmihalyi, 2020), centrado en el presente.

Ni siquiera el concepto de *savouring* (Bryant y Veroff, 2007) expresa correctamente el enunciado de la multimencionada frase anónima en razón de que está vinculado con los aspectos que agradan de una realidad que en sí misma aporta gozo (Bryant 1989), no de una realidad pasiva (que en esencia no implica gozo) y que la persona transforma en un gozo activo. La frase marca la diferencia de la interacción activa entre las capacidades

personales y un hecho neutro. Además, la relación antes mencionada entre los tiempos, pasado, presente y futuro, alejan el enunciado del *savouring*, más vinculado con el pasado. En este contexto, surge la pregunta de si realmente existe un término con el que nombrar esa capacidad intrínseca en apenas dos frases. La propuesta de Padrós (2002) fue denominarla *gaudibilidad*.

La gaudibilidad se refiere directamente a la capacidad para experimentar placer y disfrute, concretamente a los mecanismos moduladores que intervienen en su percepción y manejo. Tales moduladores incluyen tanto habilidades como creencias y estilos de vida que aumentan la capacidad de disfrute y las probabilidades que se tienen de disfrutar (Padrós, 2002). Lo que la hace diferente y genuina es que implica un modelo de recursos personales para experimentar, gestionar y disfrutar lo placentero. No consiste en proponer una disposición de la personalidad, sino en un constructo que insiste en los aspectos procesuales que vinculan los acontecimientos a su disfrute (Sánchez y Robles, 2017). Se sigue así la propuesta de Diener (1998), quien señaló la necesidad de disponer de modelos explicativos para el funcionamiento del bienestar hedónico. Otras investigaciones han enfatizado los aportes en la salud física y psicológica y su vinculación con el bienestar eudaimónico (Bryant, 1989; Tončić y Anić, 2015).

En tal contexto, Padrós (2002) planteó la gaudibilidad como un constructo capaz de aportar herramientas para el análisis de la agencialidad en la experiencia de placer. Consistiría así en la capacidad que tienen las personas para imaginarse y sentirse felices a lo largo del tiempo, lo que es diferente a que las personas experimenten un mismo nivel de afecto positivo según se atribuyan o no la causalidad de esas sensaciones y se consideren o no capaces de reproducirlas en otro contexto.

Aunque los estudios emprendidos con el constructo de gaudibilidad son todavía preliminares (Padrós y Fernández, 2008), algunos de ellos muestran su posible potencialidad explicativa. Así, por ejemplo, en pacientes con esquizofrenia y depresión se encuentran niveles menores de gaudibilidad que en la población general, lo que parece razonable por los elevados niveles de anhedonia y

los bajos niveles de motivación intrínseca y afecto positivo hallados en este tipo de población (Padrós y Martínez, 2009).

El concepto de gaudibilidad se ha analizado en estudiantes de España y México, en personas con daño en la médula espinal (Padrós y Martínez, 2009; Valdés *et al.*, 2023) y en consumidores de alcohol (Madueño y Padrós, 2022), así como para reducir conductas de evitación experiencial (Monstgomery, 2009). Otros desarrollos actuales vinculados con la validez del constructo son los dirigidos a encontrar la relación entre gaudibilidad y la susceptibilidad al refuerzo demorado e inmediato desarrollados en la Universidad Autónoma de México por Arias y Blázquez (2023), o los desarrollados en la Universidad de Guadalajara (México) por Delgado y Mireles (2023) para evaluar la relación entre la gaudibilidad y el rendimiento académico.

Los planteamientos teóricos y los resultados empíricos han ido a la par del desarrollo de la Escala de Gaudibilidad. En un primer momento consistía en un cuestionario con 23 ítems que se evaluaban en una escala Likert de 1 a 5 puntos en el que se incluían habilidades como la imaginación, las creencias y los estilos de vida relacionados con la capacidad de disfrute (Padrós y Fernández, 2002, 2008). Sin embargo, tras su empleo en muestras mexicanas, el autor y sus colaboradores (Padrós *et al.*, 2013) hallaron que, reducido a veinte ítems, dicho instrumento mostraba un mejor funcionamiento tras excluir los ítems inversos de la primera versión. Tal mejora supuso aumentar la calidad de un instrumento de alta fiabilidad test-retest (Padrós, 2002) para analizar un constructo clave en el análisis del funcionamiento del bienestar hedónico. Sin embargo, se indicó que era necesario un análisis más pormenorizado sobre la estructura de dicha herramienta debido a que su funcionamiento no era suficientemente potente (Padrós y Fernández, 2002, 2008). También Padrós *et al.* (2021) han desarrollado una escala de quince reactivos para evaluar la gaudibilidad en niños.

La necesidad de incluir en la investigación un instrumento que considere la capacidad de modular las experiencias gratificantes (Enríquez *et al.*, 2023) obliga a revisar sus propiedades psicométri-

cas para tratar de reducir sus posibles limitaciones metodológicas, como por ejemplo, la propuesta de una estructura unifactorial para evaluar un constructo multidimensional (Padrós *et al.*, 2012); de igual modo, los métodos empleados para comprobar la capacidad predictiva del instrumento podrían ser más robustos.

A pesar de que los datos con poblaciones clínicas muestran el potencial regulador de esta variable en la experiencia del bienestar subjetivo, conviene explorar cómo interactúa con variables hedónicas. Con base en la sólida trayectoria de los estudios que analizan los efectos del estrés percibido en la satisfacción con la vida, se incluirán dichas variables para analizar el valor modulador de la gaudibilidad; es decir, se ha relacionado la percepción de estrés con una disminución de la capacidad hedónica y de la gaudibilidad (Padrós, 2002), pese a lo cual se desconoce la dirección de esta última relación. Padrós (2002) plantea que es posible que tanto el estrés percibido reduzca la gaudibilidad, como que las personas con elevada gaudibilidad perciban un nivel menor de estrés.

De igual manera, la satisfacción con la vida correlaciona con las propias habilidades, creencias y conductas que modulan la experiencia hedónica (Diener *et al.*, 1985), y por lo tanto con la gaudibilidad. Debido a su implicación en un nivel cognitivo con el procesamiento del bienestar subjetivo, el estrés percibido devalúa el resultado de tal proceso valorativo.

En resumen, el objetivo de esta investigación fue contribuir a la mejora de la escala de gaudibilidad de Padrós (2002). Tal aportación se considera de especial interés por tres razones: 1) la aplicación práctica que supone mejorar la escala; 2) las aplicaciones teóricas que esta mejora conlleva, lo que aumenta el análisis de un constructo necesario en la psicología positiva, y 3) las implicaciones prácticas que supone analizar el poder de mediación entre el estrés percibido y la satisfacción con la vida.

En este último análisis se espera observar el rol mediador de la gaudibilidad entre los efectos del estrés percibido y la satisfacción con la vida; esto es, se considera que el estrés percibido disminuirá la satisfacción con la vida y la gaudibilidad.

De este modo, el estrés percibido produciría efectos tanto directos, como indirectos (a través de la gaudibilidad) sobre la satisfacción con la vida.

MÉTODO

Participantes

El acceso a la muestra se llevó a cabo en el Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. De forma voluntaria, se contó con la colaboración de 476 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (372 mujeres y 94 hombres), con una edad media de 20.45 (D.E.= 3.35) y un rango de edades de 19 a 49 años.

Instrumentos

Escala de Gaudibilidad (EG) (Padrós *et al.*, 2012). Esta es una escala mejorada a partir de la original. Consta de 20 ítems en los que se solicita indicar el grado de acuerdo con la afirmación, de 0 (“Nada de acuerdo”), a 4 (“Totalmente de acuerdo”). La puntuación final es extraída de la suma de todos los ítems. Los autores de dicho instrumento consideran que el mismo presenta un solo factor, y en su caso detectan una consistencia interna α de 0.84 a 0.86, y una confiabilidad test-retest a dos meses de $r = 0.741$.

Escala de Estrés Percibido (Cohen *et al.*, 1983). Es ésta una herramienta de autoinforme que estima el grado en el que las situaciones de la vida se valoran como estresantes por las personas. En esta investigación, se ha optado por la versión reducida de diez ítems propuesta por Remor y Carrobbles (2001), seleccionando los que saturaban por encima de 0.60 (2, 8, 9, 10 y 14), y teniendo en cuenta que los ítems 8 y 9 tienen valores inversos. En el presente estudio, la fiabilidad para esta escala fue de 0.82.

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985).

Consta de cinco ítems que evalúan juicios cognitivos generales acerca de la propia vida. Este ins-

trumento ha mostrado tener niveles adecuados de consistencia interna (de 0.82 a 0.88) y la existencia de un factor que agrupa los cinco ítems de la escala utilizando una muestra española e hispanohablante (Zúñiga *et al.*, 2022). En la presente investigación la escala alcanzó una consistencia interna de 0.82.

Procedimiento

Se efectuaron seis sesiones diferentes para cumplimentarla escala de forma grupal en seis grupos distintos. En todas las ocasiones hubo una persona para resolver dudas o inconvenientes. En el caso de que fuera requerida, dicha persona se encargaba de explicar el objetivo y las condiciones de la participación (anónima, voluntaria e individual).

Una vez obtenidos los datos se procedió de inmediato a su análisis. Los pasos seguidos en esta investigación se podrían resumir en cuatro: división de los datos en dos mitades aleatorias; análisis exploratorio; análisis confirmatorio, y análisis del funcionamiento del constructo planteado. En el primer paso, una mitad se emplea para el análisis exploratorio mediante un análisis paralelo previo, un método de máxima verosimilitud y rotación oblimin (se supone la relación de los factores), el análisis de la consistencia interna de cada factor y de la escala a través del coeficiente alfa de Cronbach. La otra mitad se usa para testar los modelos propuestos con el análisis factorial confirmatorio mediante el estimador de máxima verosimilitud.

La muestra total se usa para analizar la validez convergente del instrumento mediante el análisis de correlaciones entre los factores encontrados y la escala de satisfacción con la vida; analizar la validez divergente por medio del análisis de correlaciones entre los factores encontrados y la escala de estrés percibido, y testar el modelo de la gaudibilidad como mediador del efecto del estrés percibido sobre la satisfacción con la vida.

Para el análisis confirmatorio se utilizó el MPLUS 8.9, y para el resto de las etapas el IBMSPSS Statistics 28. El análisis de mediación se llevó a cabo con la macro Process para SPSS Statistics 28 (Hayes, 2018).

RESULTADOS

Análisis exploratorio

Tras la división de la muestra en dos mitades aleatorias, se procedió a realizar el análisis paralelo (Horn, 1965). La estructura sugerida fue de cuatro factores. Una vez extraídos dichos factores, se eliminaron los ítems que no saturaban en ningún factor, o lo hacían por debajo de 0.35. Tras repetir el análisis, los cuatro factores resultantes suponían 21.40, 13.02, 9.78 y 6.33% de la varianza, solución que explicaba 50.53% de la varianza. Todos los ítems seguían una distribución normal.

Se probó también la adecuación de los datos para proceder al análisis factorial mediante el análisis Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett. La prueba de KMO dió un valor por encima de 0.60 (0.76) y la de Barlett fue significativa (887.56, $p < 0.01$).

La escala de 14 ítems concuatro factores se estructura tal como aparece en la Tabla 1. Muestra un coeficiente alfa de Crombach de 0.759; el primer factor, de 0.748; el segundo, de 0.813; el tercero, de 0.616, y el cuarto factor, de 0.643. Todos los factores mostraron una consistencia interna adecuada (Osborne y Costello, 2009).

Tabla 1. Estructura propuesta de gaudibilidad tras el análisis exploratorio. Cuatro factores y catorce ítems.

Ítems	Factores			
	1	2	3	4
21. Organización de vida para el disfrute	.730			
14. Disfrute en el futuro	.680			
23. Gobierno de vida para disfrutar	.676			
16. Disfrute proyectando el futuro	.623			
13. Organización de ocio para el disfrute	.589			
3. Imaginativa		.869		
5. Con poco, imagino todo un mundo		.863		
4. Imagino con detallle		.821		
9. Disfrute en grupo			.845	
10. Pasarlo bien con gente			.826	
2. Cosas que me hacen gracia			.430	
12. Espera gratificante				.798
11. Disfrute contemplando				.760
20. Disfrute de lo aburrido				.688
Alfa de Cronbach				
Total: 0.759	0-.748	0-.813	0-.616	0-.643
Varianza explicada por factor	13.421	12.683	13.551	6.692

TOTAL: 46.347

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

Análisis descriptivo de la escala reducida propuesta

El funcionamiento de los ítems del factor 1 ($M = 2.51$, $D.E. = 0.621$), el factor 2 ($M = 2.82$, $D.E. = 0.827$),

el factor 3 ($M = 2.44$, $D.E. = 0.724$) y el factor 4 ($M = 2.77$, $D.E. = 0.674$) puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones entre los ítems de cada factor.

						Ítem-factor
Factor 1	13	14	16	21	23	
13 Organización de ocio para disfrute	1	.295**	.231**	.298**	.346**	.655**
14 Disfrute en el futuro		1	.249**	.478**	.497**	.701**
16 Disfrute proyectando el futuro			1	.286**	.273**	.604**
21 Organización de vida para disfrute				1	.540**	.742**
23 Gobierno de vida para disfrutar					1	.756**
Factor 2	3	4	5			
3 Imaginativa	1	.577**	.628**			.862**
4 Imagino con detalle		1	.586**			.835**
5 Con poco imagino todo un mundo			1			.867**
Factor 3	2	8	9	10		
2 Cosas que me hacen gracia	1	.169**	.280**	.315**		.243**
8 Interés por interesarse		1	.269**	.228**		.277**
9 Disfrute en grupo			1	.549**		.210**
10 Pasar lo bien con gente				1		.178**
Factor 4	11	12	20			
11 Disfrute contemplando	1	.395**	.383**			.195**
12 Espera gratificante		1	.298**			.235**
20 Disfrute de lo aburrido			1			.250**

Análisis confirmatorio

Los datos obtenidos en el análisis exploratorio de la estructura interna de la escala se procedieron a testar con la segunda mitad de los datos, empleándose para ello los siguientes indicadores de bondad de ajuste: $S-B\chi^2 = \chi^2$ escalado de Satorra-Bentler (el valor no significativo indica un buen ajuste del modelo). Los valores de χ^2/gl iguales o inferiores a 3, los de CFI, TLI iguales o superiores a 0.90, de SRMR y el RMSEA, unos valores iguales o inferiores a 0.06 para indicar un muy buen ajuste. En estos últimos casos, cuanto menor sea el valor, mejor será el ajuste, pero se pueden considerar aceptables los valores alrededor de 0.08 (Hu y Bentler, 1999). Del mismo modo, los valores bajos de AIC indican un mejor ajuste del modelo cuando se comparan modelos. El AIC es un indica-

dor relativo: en ausencia de otros criterios sustantivos, el mejor modelo es el que posee un AIC más bajo (a menor valor, mejor ajuste).

Tal como aparece en la Tabla 3, el análisis confirmatorio con los catorce reactivos mantenidos, se ha efectuado atendiendo a tres modelos teóricos: uno primero como unifactorial de los catorce ítems, un segundo considerando cuatro factores independientes, y finalmente un tercero con cuatro factores relacionados. Ni el modelo unifactorial ni el modelo que considera a los factores como independientes mostraron buenos índices de ajuste, pese a que los resultados del modelo de cuatro factores independientes son mejores que el propuesto en la estructura unifactorial de veinte ítems. Sin embargo, el modelo que considera la gaudibilidad constituido por cuatro factores relacionados muestra un buen ajuste.

Tabla 3. Ajuste de los modelos propuestos.

Versión de la escala	SB χ^2	gl	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	AIC
Modelo 1: Unifactorial	735.746	170	3.19	0.448	0.383	0.105	0.122	11782.334
Modelo 2: Cuatro variables independientes	160.148	77	2.079	0.878	0.856	0.106	0.070	7637.555
Modelo 3: Cuatro variables relacionadas	120.799	73	1.65	0.930	0.913	0.068	0.054	7606.206

Nota: Índices corregidos (método robusto). $S-B\chi^2 = \chi^2$ Escalado de Satorra-Bentler; CFI = Comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis coefficient (Bentler y Bonett, 1980); SRMR = Standardized root mean square residual; RMSEA = Root mean square error of approximation; AIC = Akaike.

Análisis de validez

Para atender la validación de la propuesta de una nueva configuración de la Escala de Gaudibilidad de catorce reactivos, se procedió primeramente a establecer su validación de constructo, convergente y divergente.

Validez de constructo

Para establecerla, se verificaron las correlaciones de la nueva propuesta con la inicial unifactorial de veinte ítems. La correlación entre la escala global de cuatro factores y la unifactorial original fue de 0.951. Los cuatro factores implementados correlacionaron todos ellos con la escala unifactorial por encima de 0.5, menos el factor 2, que correlacionó por encima de 0.4.

Validez convergente

Se procedió a correlacionar la escala global de gaudibilidad de catorce reactivos y cada uno de sus cuatro factores con la variable de satisfacción con

la vida. La correlación global de ambas variables fue significativa, con un valor de .450. Las correlaciones con los factores encontrados fueron significativas, menos en el caso del factor 2 (imaginación), que no fue significativa.

Validez divergente

La percepción de estrés se ha utilizado como variable divergente de la gaudibilidad. La correlación entre la escala global de gaudibilidad de catorce reactivos y la percepción de estrés resultó negativa, con un valor de $-.256^{**}$. Los cuatro factores correlacionan negativamente con el estrés percibido, menos el factor 2, cuya correlación fue positiva aunque no significativa (.027).

En la Tabla 4 se ponen en común las correlaciones de la escala de gaudibilidad de cuatro factores (con catorce ítems), la escala propuesta por el autor y sus colaboradores de veinte ítems, la escala de satisfacción con la vida y la de estrés percibido, así como los cuatro factores que componen la estructura propuesta.

Tabla 4. Análisis de convergencia y correlaciones de Pearson entre los factores propuestos de la escala.

	X	D.E.	Gaudi4 f	EP	SAT	Gaudi20	factor 1	factor 2	factor 3	factor 4
Gaudi4f	2.62	.443	1	$-.256^{**}$	$.450^{**}$	$.951^{**}$	$.752^{**}$	$.541^{**}$	$.641^{**}$	$.559^{**}$
EP	1.53	.738		1	$-.502^{**}$	$-.301^{**}$	$-.311^{**}$.027	$-.143^{**}$	$-.183^{**}$
SAT	2.74	.723			1	$.498^{**}$	$.509^{**}$.057	$.155^{**}$	$.362^{**}$
GAUDI20	2.53	.431				1	$.729^{**}$	$.461^{**}$	$.617^{**}$	$.568^{**}$
Factor 1	2.51	.621					1	$.131^{**}$	$.300^{**}$	$.288^{**}$
Factor 2	2.82	.827						1	$.180^{**}$.037
Factor 3	2.44	.724							1	$.208^{**}$
Factor 4	2.77	.674								1

Nota: Gaudi4f hace referencia a la estructura de cuatro factores propuesta en la presente investigación. SAT: Escala de Satisfacción con la vida. GAUDI20: Escala de Gaudibilidad propuesta por el autor. EP: Escala de Estrés percibido.

Análisis del papel mediador de la gaudibilidad

Para establecer los efectos directos e indirectos de la gaudibilidad se efectuó un análisis de su mediación sobre la percepción de estrés en la satisfacción con la vida. Se empleó esta herramienta para poder testar la significación de los efectos directos e indirectos y contrastar su potencia en todas las variables de manera individual (Preacher y Hayes, 2008). Para ello, se utilizó la macro PROCESS (Hayes, 2018), así como el Modelo 4 de SPSS para testar el modelo de mediación descrito en la Figura 1. Se

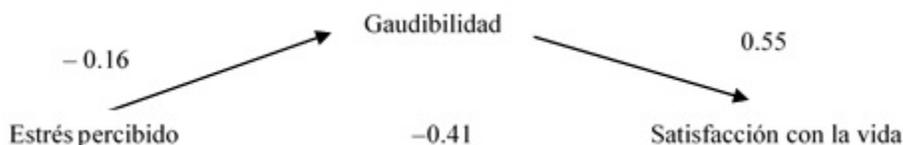
empleó asimismo la técnica de *bootstrapping* con 1000 añadidos muestrales con 95% de intervalo de confianza para los efectos indirectos. En este tipo de análisis, si el intervalo de confianza no contiene 0, se concluye que la mediación es significativa (Preacher y Hayes, 2008).

Los resultados de la mediación usando *bootstrapping* se pueden observar en la Figura I. El análisis de los efectos indirectos revela la significatividad de la mediación propuesta, en la que la gaudibilidad media el efecto del estrés percibido

sobre la satisfacción con la vida (efecto indirecto no estandarizado: -0.09 ; SE: 0.04 ; LLCI: -0.49 ;

ULCI: -0.32). La varianza explicada de este modelo sobre la satisfacción fue de 25%.

Figura 1. Modelo de mediación.



DISCUSIÓN

La metodología que se ha utilizado en este estudio para explorar la estructura de la escala de gaudibilidad fue diferente a la empleada por Padrós *et al.* (2002). Sellevó a cabo un análisis paralelo en vez de observar simplemente el porcentaje de varianza explicada a fin de obtener mayor seguridad en el número de factores extraídos (Longman *et al.*, 1989). También se decidió no emplear el método de extracción de componentes principales, y utilizar mejor el de máxima verosimilitud, que es más robusto (Osborne y Costello, 2009). Asimismo, teniendo en cuenta que desde una perspectiva teórica tiene sentido asumir que las variables no son ortogonales, se utilizó un método de rotación oblimin en vez de varimax (Osborne y Costello, 2009).

Una vez variado el método de extracción de factores, es posible observar que se obtiene una estructura con mayor capacidad predictiva, tal como indican los índices de ajuste empleados. El ajuste del modelo se muestra también más robusto tras la depuración de los ítems que no funcionaban adecuadamente en la escala. La varianza explicada pasó de 25% (Padrós, 2002) a 50.53%. Los índices de ajuste, de ser débiles, pasaron a ser muy aceptables (Hu y Bentler, 1999).

Los cuatro factores obtenidos en el análisis factorial suponen cuatro aspectos de la gaudibilidad. El factor 1 podría denominarse “disfrute futuro” en tanto que evalúa el disfrute proyectado a futuro con ítems como “Creo que podré disfrutar mucho en el futuro”. El factor 2 (“Con pocos datos soy capaz de imaginar todo un mundo”) hace alusión a la imaginación, por lo que se propone la denominación “Disfrute imaginado”. El factor 3, con ítems como “Creo que con la mayoría de la gen-

te te lo puedes pasar bien” se ha etiquetado como “disfrute grupal”. El factor 4, con ítems como “Soy capaz de pasarlo muy bien contemplando un paisaje o a la gente” se ha categorizado como “disfrute contemplativo”. La gaudibilidad se presenta así como una variable multifactorial.

Conjuntamente, los cuatro factores constituyen una propuesta más amplia del constructo de gaudibilidad. Tal como se propone aquí, tal constructo implica la posibilidad de gestionar en el presente el mantenimiento del disfrute futuro, para lo cual es necesaria la conexión con el presente y el futuro. De este modo, el disfrute tiene lugar en el aquí y el ahora, imaginativamente, en grupo o de una forma distanciada, la confianza en la capacidad de sentir es lo que permite anticipar su disfrute futuro (Quoidbach *et al.*, 2010). Es decir, no sólo es importante la vivencia placentera del presente, sino que supone un conjunto de capacidades mentales de tipo personal. Tal como Chadwick *et al.* (2021) han comprobado, el disfrute implica una diversidad de capacidades mentales que lo hacen diferente en cada momento. Ello hace de la gaudibilidad una variable también inevitablemente diferente entre los individuos.

En este proceso, la imaginación tiene un importante papel; en efecto, desempeña un papel esencial en el disfrute del futuro y del presente. Se puede gozar al pensar en lo que se disfrutará en el futuro de algo que aún no ha sucedido cuando se infiere que se logrará entonces (Quoidbach *et al.*, 2010). Por tanto, la imaginación y la percepción de control están implicadas en los factores 1 y 2 considerados en el instrumento: el disfrute del futuro y su imaginación.

No hay, pues, un único modo de percibir y disfrutar del presente, como ya han indicado otras investigaciones centradas en este ámbito (Padrós

et al., 2021). Tanto la capacidad de compartir las experiencias, como la capacidad para ser plenamente conscientes de nuestras vivencias, son estrategias útiles para experimentar una sensación placentera que incide en un aumento del bienestar (Quoidbach *et al.*, 2010). Esta estructura interna, multifactorial, es similar a la que muestra la escala de *savoring* de Bryant y Veroff, (2007), lo que resulta congruente en virtud de que ambos conceptos incluyen el manejo de estrategias, actitudes y atribuciones causales internas o externas que modulan el disfrute de los eventos positivos (Chadwick *et al.*, 2021).

Sin embargo, al igual que los conceptos de *savoring* y gaudibilidad se diferencian en la importancia que conceden al pasado, también divergen en determinados aspectos. Mientras que *savoring* considera los antecedentes como evocadores del disfrute, no lo hace así la gaudibilidad. Tal diferencia revela el tipo de muestra y la población para la que ha sido creado cada instrumento. Mientras que *savoring* es empleado con la población general (Bryant y Veroff, 2007), gaudibilidad sería un constructo operativizado para personas en las que incidir en el pasado no es lo más importante o conveniente.

Por otra parte, los referidos conceptos parecen converger en la capacidad de disfrute en el momento presente, las escalas del instrumento empleadas para su evaluación difieren estructuralmente. El Savoring Beliefs Inventory (SBI) considera el disfrute relacional y el contemplativo como un mismo factor, mientras que la Escala de Gaudibilidad (EG) los supone factores independientes. Complementariamente, la EG reconoce la imaginación como un factor integrante del disfrute, no así la SBI. En conclusión, ambos instrumentos medirían la capacidad de disfrute, aunque cada uno de ellos podría ser más adecuado en función de los objetivos buscados y de la población que es objeto de estudio. En caso de que se desee evaluar el disfrute del presente, se recomendaría la EG, toda vez que permite un análisis más preciso de sus componentes.

El análisis correlacional del conjunto de variables utilizadas ha permitido ir más allá de la EG en la comprensión de las funciones de la gaudibilidad. Aparece así que la gaudibilidad correla-

ciona significativamente con la satisfacción con la vida sin implicar un solapamiento, puesto que son conceptos que abordan el bienestar hedónico de un modo dispar. Mientras que la gaudibilidad expresa el acto agente de mantener y esperar gozo y disfrute (Padrós, 2002), la satisfacción con la vida expone una positiva valoración cognitiva de la misma (Diener *et al.*, 1985). El análisis de la validación divergente, la correlación negativa moderada encontrada entre gaudibilidad y estrés, muestra que la gaudibilidad puede asociarse al factor de activación y cambio que los procesos de estrés suponen al estrés percibido (Nelson y Simmons, 2003), lo que indica que el disfrute puede implicar igualmente ciertos aspectos relacionados con el cambio, la ocasión y el reto. Hanley *et al.* (2017) han mostrado la posible concurrencia del estrés y la agradabilidad de los acontecimientos.

Uno de los posibles aciertos de la EG que aquí se propone es la exposición multifactorial del constructo. No obstante, la coherencia estructural del instrumento, el Factor 2, formulado como un “disfrute imaginado” debería ser revisado con detenimiento, puesto que muestra una baja o nula correlación con los otros factores y con la escala original. Tampoco correlaciona con la satisfacción con la vida, ni con el estrés percibido, por lo que cabe cuestionar su función. Sin embargo, el factor de imaginación parece ser un componente intrínseco del constructo, tal como Padrós *et al.* (2014), los promotores del constructo, lo hacen al incluirlo como una variable interna del Gaudibility Protocol Treatment como un factor básico de gratificación y disfrute. Aun así, es recomendable un mayor análisis al respecto en lo que concierne a la EG y al mismo constructo.

El posterior análisis de mediación indica que es posible que la gaudibilidad sea una capacidad que modula la experiencia hedónica y que la escala es sensible a este proceso. La relación inversa entre el estrés percibido y la satisfacción con la vida ha sido ampliamente documentada (Rogowska *et al.*, 2021). En tal caso, el poder predictivo de este modelo se amplía al incluir la gaudibilidad en el proceso. Dichos resultados son congruentes con las líneas de investigación encaminadas a mostrar que ante un mismo hecho, incluso ante una misma percepción, la agencialidad modula sus efectos,

obteniendo así *outputs* diversos (Lazarus y Folkman (1984). En este caso, la gaudibilidad podría estar mostrando que la acción de buscar y procurar el gozo sería un factor de satisfacción con la vida, incluso ante la presencia y la acción del estrés, reflexión que parece confirmarse al constatar la fiabilidad y permanencia del proceso de gaudibilidad en el tiempo (Padrós, 2002).

Los análisis y resultados obtenidos muestran la necesidad de una mayor investigación de la Escala de Gaudibilidad, así como del constructo de gau-

dibilidad en tanto aportes de una línea de reflexión novedosa al área teórica, todavía incipiente, del bienestar hedónico. Las propuestas y resultados presentados sobre el citado instrumento parecen indicar la multifactorialidad de la escala más que una posible configuración unifactorial. Por otra parte, los resultados de la validación convergente y divergente muestran la complejidad de constructo de gaudibilidad y la conveniencia y necesidad de su análisis en los procesos del bienestar hedónico, un área insuficientemente desarrollada.

Citación: del Barrio-Álvarez, E., Herrero-Lázaro, M. y Moreno-Jiménez, B. (2025). Recuperando la gaudibilidad: análisis de la estructura de la Escala de Gaudibilidad. *Psicología y Salud*, 35(1), 15-25. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2946>

REFERENCIAS

- Arias M., V. y Blázquez F., P. (2023). Asociaciones entre gaudibilidad y susceptibilidad al refuerzo inmediato y demorado. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(31), 33-48.
- Bryant, F.B. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, coping, obtaining, and savoring. *Journal of Personality*, 57, 773-797.
- Bryant, F.B. y Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Chadwick, E.D., Jose, P.E. y Bryant, F.B. (2021). Styles of everyday savoring differentially predict well-being in adolescents over one month. *Journal of Happiness Studies*, 22, 803-824.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404
- Csikszentmihalyi, M. (2020). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. UK: Hachette.
- Delgado G., G. y Mireles J., E.R. (2023). Salud mental y rendimiento académico en estudiantes de educación media superior en un entorno pospandémico. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año 10, Publicación 3. Doi: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v10i3.3589>
- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Sapyta, J.J. y Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry*, 9(1), 33-37. Doi: 10.1207/s15327965pli0901_3
- Enriquez S., I.R., García P., J.J., Vega H., B. y Luján J., C.B. (2023). Medición del bienestar psicológico mediante la utilización de Cuestionarios de Autorreporte. Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 33(1), 209-216.
- Hanley, A.W., Garland, E.L. y Tedeschi, R.G. (2017). Relating dispositional mindfulness, contemplative practice, and positive reappraisal with posttraumatic cognitive coping, stress, and growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 526-536. Doi: 10.1037/tra0000208
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). Paris: The Guilford Press.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factoranalysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Joseph, D.L., Chan, M.Y., Heintzelman, S.J., Tay, L., Diener, E. y Scotney, V.S. (2020). The manipulation of affect: A meta-analysis of affect induction procedures. *Psychological Bulletin*, 146(4), 355.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Longman, R.S., Cota, A.A., Holden, R.R. y Fekken, G.C. (1989). A regression equation for the parallel analysis criterion in principal components analysis: Mean and 95th percentile eigenvalues. *Multivariate Behavioral Research*, 24, 59-69.
- Madueño V., S.A. y Blázquez F., P. (2022). Gaudibilidad (moduladores del disfrute) y consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en adolescentes. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 8(2), 18-24.
- Nelson, D.L. y Simmons, B.L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. *Handbook of Occupational Health Psychology*, 2, 97-119.
- Osborne, J.W. y Costello, A.B. (2009). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Pan-Pacific Management Review*, 12(2), 131-146.
- Padrós B., F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/record/38024>
- Padrós B., F. y Fernández C., J.A. (2008). Proposal to measure a modulator of the experience of enjoyment: The gaudiebility scale. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.
- Padrós B., F., Herrera G., I. y Gudayol F., E. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Gaudibilidad en una población mexicana. *Revista Evaluar*, 12(1), Doi: 10.35670/1667-4545.v12.n1
- Padrós B., F. y Martínez M., M.P. (2009). Terapia de gaudibilidad en pacientes con depresión: descripción y aplicación de un protocolo breve. En *Memorias del XXV Congreso Mundial de Prevención del Suicidio*. Montevideo: International Association for Suicide Prevention (IASP) (p. 112).
- Padrós B., F., Martínez M., M.P. y Graf G., A. (2014). Gaudiebility group therapy in depressed patients: a pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 59-69.
- Padrós B., F. y Martínez M., M.P., Guardia O., J. y Graff G., A. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Gaudibilidad (Moduladores de Disfrute) para Niños y Adolescentes (EGNA). *Anales de Psicología*, 37(1), 69-76.
- Padrós B., F., Medina M., M.P., Rico C., M. y Gallemí M., L.C. (2013). Nivel de gaudibilidad en pacientes con lesión en la médula espinal. *Psicología y Salud*, 23(1), 97-102.
- Preacher, K.J. y Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891.
- Quoidbach, J., Berry, E.V., Hansenne, M. y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
- Remor, E. y Carrobles, J.A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Rogowska, A.M., Kuśniercz, C. y Ochnik, D. (2021). Changes in stress, coping styles, and life satisfaction between the first and second waves of the COVID-19 pandemic: A longitudinal cross-lagged study in a sample of university students. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 4025.
- Sánchez T., D. y Robles B., M.A. (2017). La gaudibilidad y el bienestar subjetivo en la salud: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 11-23.
- Schnettler, B., Miranda Z., E., Sánchez, M., Orellana, L., Lobos, G., Adasme B., C., ... y Hueche, C. (2021). Cross-cultural measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Chilean and Spanish university students. *Suma Psicológica*, 28(2), 128-135.
- Song, Y. y Han, J. (2009). Is enjoyment important? An empirical research on the impact of perceive enjoyment on adoption of new technology. *Information Management, Innovation Management and Industrial Engineering, 2009 International Conference on*, 4, 511-514). IEEE.
- Sweetser Kyburz, P. (2020). GameFlow 2020: 15 years of a model of player enjoyment. En *Proceedings of 32nd Australian Conference on Human-Computer-Interaction (OzCHI'20)*. ACM.
- Tončić, M. y Anić, P. (2015). Everyday activities: beneficial effects of eudaimonic and hedonic motivation on subjective well-being. *Current Psychology*, 34(4), 644-653.
- Valdés G., K.P., Sánchez L., L.M., Blázquez F., P., Delgadillo L., E.A. y Hermosillo T., A.E. (2023). Gaudibilidad y depresión en estudiantes universitarios de Coahuila. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(31), 120-137.
- Zúñiga J., O., Lara G., A.G., Pérez O., C. y Jiménez C., E.P. (2022). Satisfacción con la vida en universitarios del sur de México. *Know and Share Psychology*, 3(3), 103-118.

Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario: una revisión sistemática

Posttraumatic stress disorder symptomatology and adverse childhood experiences in adults with primary chronic pain: a systematic review

*Denisse Talamás-Salazar, Abel Lerma-Talamantes,
Luis Israel Ledesma-Amaya y María Luisa Escamilla-Gutiérrez*

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo¹

Autor para correspondencia: Denisse Talamás Salazar, denisse.talamas@gmail.com.

RESUMEN

La posible relación entre el estrés temprano y el posterior desarrollo del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en adultos con dolor crónico primario aún no es comprendida del todo. Esta revisión sistemática pretende analizar, explicar y resumir información para entender cómo las experiencias adversas en la infancia, o trauma temprano, debido a su estrecha relación con el desarrollo de la sintomatología de TEPT en la vida adulta, podrían implicar el posterior desarrollo del mencionado dolor crónico primario. De 133 artículos elegibles, se seleccionaron 9 que cumplieron con los criterios de inclusión, cuatro de los cuales concluyen que hay una probabilidad de que los síntomas somáticos sean severos en quienes experimentaron las citadas experiencias adversas con la presencia diagnóstica de TEPT.

Palabras clave: Experiencias de estrés temprano; Maltrato infantil; Trauma psicológico; Síndromes de dolor; Trastornos relacionados con traumas.

ABSTRACT

The relationship between early life stress and post-traumatic stress disorder in adults with primary chronic pain (PCP) is not fully understood. This systematic review aims to explain, analyze, and summarize information to understand how adverse childhood experiences (ACES) or early life stress and their relationship with the development of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in adulthood, could imply the later development of primary chronic pain. Of 133 eligible articles, nine that met the inclusion criteria for this study were selected. Four of the studies concluded that there is a probability of severity of somatic symptoms (such as PCP) in those who experienced ACE with a diagnostic presence of PTSD.

Key words: Early life stress; Child maltreatment; Psychological trauma; Pain syndromes; Trauma-related disorders.

¹ Instituto de Ciencias de la Salud, Carretera Pachuca-Actopan, Camino a Tilcuautla s/n, 42160 San Juan Tilcuautla, Hgo., México, tel. (771)717-20-00, ext. 4300, correos electrónicos: ta472501@uaeh.edu.mx; abel_lerma@uaeh.edu.mx; luis_ledesma@uaeh.edu.mx; maria_escamilla@uaeh.edu.mx.



Recibido: 12/05/2023

Aceptado: 12/01/2024

La presente revisión surgió de la necesidad de analizar y sintetizar la información que haga posible entender cómo es que las experiencias adversas en la infancia (EAI), en su estrecha relación con desarrollo de sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la adultez, podrían tener una implicación en el posterior desarrollo del dolor crónico primario.

El dolor es una señal perceptiva del cuerpo, tanto sensorial como emocional, que lleva a evaluar un daño real o potencial; como resultado, puede hacer que quien lo padece busque tratamiento para su alivio. Es una experiencia individual con contribuciones biopsicosociales muy complejas, por lo que es una de las principales causas de la consulta médica (García, 2017; Martucci y MacKey 2018).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2020) define al dolor como “una vivencia sensorial y emocional desagradable asociada, o semejante a ésta, con una lesión tisular actual o potencial”. En general, el dolor crónico es aquel que persiste y no responde a los tratamientos médicos habituales, y continúa por más de tres meses, a veces sin explicación médica (Wang y Mullally, 2020). Es la enfermedad con mayor prevalencia en todo el mundo, la cual provoca incapacidad, lo que implica un gran costo económico y un alto impacto en la salud pública. Entre las condiciones crónicas, el dolor es la que causa el mayor número de años vida con incapacidad (Nijs *et al.*, 2021). De acuerdo con Barragán *et al.*, (2007), el dolor crónico es prevalente en adultos y adultos mayores, y 41.5% de los adultos de más de 50 años indica tener síntomas de dolor, siendo predominante en las mujeres y personas con comorbilidades. Muy a menudo suele ser inespecífico, lo que implica que no existe una patología o daño que lo justifique (Nijs *et al.*, 2021), como es el caso del dolor crónico primario.

En 2019 surgió la nueva clasificación diagnóstica para el dolor crónico: el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

(2019), donde se categorizó aquél en siete grupos: dolor crónico primario, por cáncer, posquirúrgico o postraumático, neuropático, orofacial y cefalea, visceral crónico y musculoesquelético. Además, el citado manual hace una distinción entre el dolor crónico primario y el secundario, de modo que el primero es aquel en el que existe una alteración funcional o estrés emocional que no se explica por otra causa. Por otro lado, en el dolor crónico secundario hay una condición clínica subyacente (Margarit, 2019).

El dolor crónico primario se presenta en una o más regiones anatómicas y se caracteriza por angustia emocional significativa (ansiedad, ira, frustración o estado anímico deprimido) o discapacidad funcional (interferencia en las actividades de la vida diaria). Es multifactorial, pues en su generación están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2019).

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico de aquellos síntomas físicos crónicos que no pueden ser explicados médicamente, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales* (DSM) ha sufrido modificaciones en su clasificación a través del tiempo: desde el diagnóstico de histeria (DSM I y II), pasando por los trastornos somatomorfos (DSM III y IV), hasta llegar al trastorno con síntomas somáticos del DSM-V.

Dentro de los tipos más comunes de dolor crónico se encuentran los síndromes de dolor funcional o dolor crónico primario, como la fibromialgia, la migraña crónica o el dolor pélvico crónico (Martucci, 2020), y dentro de este último, considerado como uno de sus subtipos, la vulvodinia (Radici *et al.*, 2020).

Un metaanálisis encontró una prevalencia de 26 a 35% de un trastorno somático funcional en pacientes que requerían atención médica en consulta primaria (Pitron *et al.*, 2019). Los trastornos neurológicos funcionales, antes denominados trastornos conversivos, pueden llegar a justificar hasta 14% de las nuevas consultas en la especialidad de neurología, y suelen ser la segunda causa de remisión a esta especialidad; en la atención primaria, los trastornos neurológicos funcionales tienen una prevalencia de 20 a 25%, y son más frecuentes en países no industrializados y con bajo nivel socioeconómico (Restrepo y Restrepo, 2019).

En cuanto a la etiología del dolor crónico primario, se requiere un mejor enfoque explicativo, para lo cual es necesario abolir la distinción entre el origen biomédico o el psicológico, para así integrar el concepto en un enfoque más equilibrado (Henningsen *et al.*, 2018; Rabhi *et al.*, 2010).

Se sabe que hay factores genéticos que contribuyen a la vulnerabilidad de los síndromes somáticos funcionales y al dolor crónico general, pero que sólo explican hasta 30% de la varianza; en el factor psicosocial predisponente a estos síndromes, las EAI aumentan la probabilidad de desarrollarlos hasta cuatro veces; otros factores predisponentes son las enfermedades orgánicas agudas, las condiciones laborales estresantes y los eventos vitales adversos (Denk *et al.*, 2014; Gillespie *et al.*, 2000; *cf.* Henningsen *et al.*, 2018; Kato *et al.*, 2010; Lembo *et al.*, 2009; McEwen, 2017). Karatzias *et al.* (2017) compararon un grupo de mujeres con enfermedades orgánicas y otro con síntomas médicamente inexplicables, encontrando una relación entre el trauma psicológico vivido en la infancia y la adultez en el caso de las variables predictoras de síntomas neurológicos funcionales.

Se han documentado ampliamente las consecuencias de haber experimentado EAI (como el maltrato físico o psicológico, la negligencia, el abuso sexual, el ser testigo de violencia familiar, la separación o divorcio, el consumo de sustancias por parte de los cuidadores primarios, la muerte, la enfermedad mental o el encarcelamiento de uno o ambos cuidadores o de un familiar cercano, lo que deriva en su mayoría en el TEPT (Felitti *et al.*, 2019; Lanius *et al.*, 2010; Morgart *et al.*, 2021; Tesarz *et al.*, 2018; Vega y Núñez, 2018) y el efecto negativo que las mismas pueden ocasionar en la salud física en los adultos.

La experiencia de dolor puede ser generada en el cerebro por las experiencias pasadas, por el contexto y por la información emocional (Martucci y MacKey, 2018). Ciertos estados psicológicos pueden significar un alto riesgo para la cronificación del dolor debido a procesos como la sensibilización cruzada, donde la exposición a un estrés en el pasado (como un trauma infantil, la pérdida de uno de los progenitores o una adicción) genera una mayor sensibilidad a estímulos aparentemente no relacionados (Ortiz y Velasco, 2017).

Las EAI o el estrés durante la infancia son factores que producen cambios neurobiológicos que afectan de manera negativa el desarrollo pleno del sistema nervioso, principalmente de las estructuras corticales relevantes para la respuesta de ataque-huida (eje adrenal-hipotalámico-hipofisiario) y el procesamiento de situaciones estresantes (corteza prefrontal) (Morgart *et al.*, 2022). Por otra parte, Bierer *et al.* (2020) y Hossack *et al.* (2020), en sus estudios epigenéticos con personas descendientes de padres que vivieron el Holocausto, y personal militar con diagnóstico de TEPT, señalan que a nivel celular existe una modificación de la expresión genética mediante bajos niveles de metilación (en genes relevantes para la plasticidad neural y el funcionamiento del eje adrenal-hipotalámico-hipofisiario y del sistema inmune), lo que desregula la producción proteica para el correcto funcionamiento celular.

A pesar de diversos estudios sobre las EAI con el TEPT en la etapa adulta (p.ej., Bierer *et al.*, 2020; Kessler *et al.*, 2014; Lehmann *et al.*, 2020; Owen, 2020), el estudio del efecto de estas variables en población con dolor crónico primario no está del todo comprendido. En consecuencia, el objetivo de esta revisión de tipo observacional fue identificar y analizar artículos publicados entre los años 2013 y 2023 en adultos con sintomatología o diagnóstico de TEPT, diagnosticados con dolor crónico primario, correlacionados con experiencias adversas en la infancia, y con efecto o influencia en la vivencia del dolor.

MÉTODO

Muestra

Se utilizaron artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos PubMed, Medline, Science Direct, Dialnet, Springer y RedALyC.

En las tres primeras bases, los términos de búsqueda y operadores booleanos utilizados fueron, con cuatro búsquedas (*adverse childhood experiences*) OR (*childhood adversities*) AND (*posttraumatic stress disorder*) AND (*chronic pain*); (*adverse childhood experiences*) OR (*childhood adversities*) OR (*childhood trauma*) AND (*posttrau-*

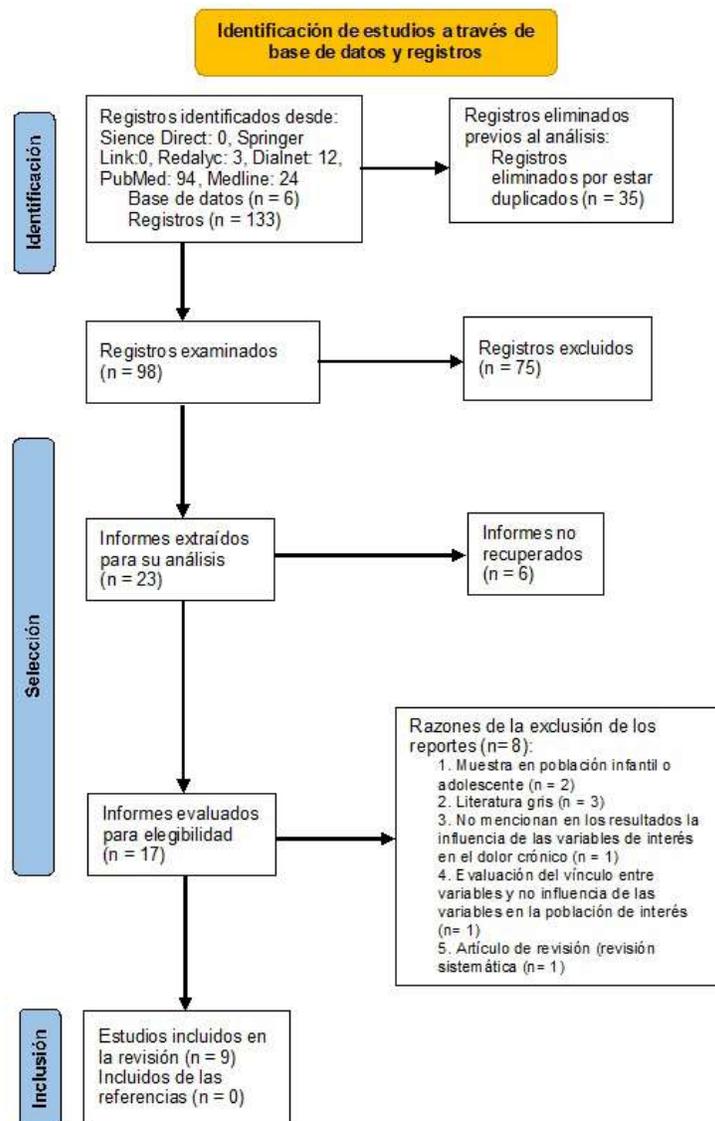
matic stress disorder) AND (chronic pain) NOT (oncological); (adverse childhood experiences) AND (health outcomes) AND (adults) NOT (children) NOT (cancer) AND (chronic pain); (adverse childhood experiences) OR (childhood adversities) AND (post-traumatic stress disorder) AND (chronic pain) OR (functional somatic syndroms). En Dialnet se utilizaron los siguientes términos: “dolor crónico y trastorno por estrés postraumático”, y en RedALyC se hicieron dos búsquedas: la primera con “dolor crónico and trastorno por estrés postraumático”, y en la segunda con “dolor crónico AND experiencias adversas en la infancia”. Las plataformas de Science Direct y Springer Link no se incluyen porque no arrojaron ningún artículo

con las búsquedas realizadas. La búsqueda se realizó a lo largo de cuatro meses.

Los criterios de inclusión fueron, a saber: estudios observacionales cuantitativos, con medición de las variables de interés (trastorno por estrés postraumático, con criterios diagnósticos del DSM, y experiencias adversas en la infancia), en mujeres y hombres con dolor crónico primario, en un rango de edad de 18 a 65 años y de origen étnico indistinto. Se excluyeron los artículos de casos únicos y con muestra en población infantil o adolescente.

El proceso de selección de los artículos se efectuó en cuatro fases, según lo recomendado por la guía PRISMA 2020 (Figura 1).

Figura 1. Resultados y registros de las búsquedas realizadas en bases de datos Prisma 2020.



RESULTADOS

Tras revisar los títulos y resúmenes obtenidos de las búsquedas se obtuvieron 133 registros; 35 estaban duplicados y 75 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Asimismo, se extrajeron 23 artículos para su evaluación, de los cuales 6 no fueron recuperados. Se analizaron

los textos completos de los 17 artículos restantes, quedando al final 9 que cumplían con los criterios de selección, de los cuales se extrajeron el año de publicación, las edades de los participantes, el tamaño de la muestra, los instrumentos empleados, el diseño utilizado en el estudio, los resultados y las conclusiones (Cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen de los artículos revisados.

Autores	Objetivo	Diseño y muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Coppens <i>et al.</i> , 2017.	Encontrar la asociación entre EAI y TEPT y la percepción de la severidad del dolor en pacientes con dolor crónico.	Transversal N = 290 mujeres, 154 con FM y DCG, M = 42.46 años. 83 con DF, M = 41.9 años, y 53 con A, M = 53.7 años.	1. EAI: The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein and Fink, 1998). 2. TEPT: Self-rating inventory for PTSD (PTSD-ZIL, Hovens <i>et al.</i> , 2000).	EAI: 49% de las pacientes con FM y DCG tienen al menos un tipo de EAI. El 39.7% de las pacientes con DF y el 23.4% con A. TEPT: 26% F y DCG, 4.9% DF, 12.2% A	Fibromialgia y dolor crónico generalizado fueron de 5 a 7 veces más propensas para tener TEPT comparado con dispepsia funcional (OR = 6.98, [2.38 – 20.52], $p < 0.001$) y acalasia (OR = 4.60, [1.55 – 13.66], $p < 0.001$)
Sachs-Ericsson <i>et al.</i> , 2017	Examinar la asociación entre EAI con condiciones médicas dolorosas.	Cohorte N = 5001 Hombres y mujeres en edades entre 15 y 55 años M = 43.03 años.	1. EAI: Reporte retrospectivo de abuso en la infancia a través de entrevista. 2. DC: Reporte retrospectivo de problemas médicos recientes a través de entrevista. 3. TEPT: criterios diagnósticos del DSM-3R y el CIE-10.	31.5% = 1 EAI, 14.5% = 2 EAI, 8% = 3 EAI y 4.4% más de 4 EAI. El 42.4% de quienes vivieron más de 4 EAI sufrieron TEPT. El número de EAI y el número de trastornos del ánimo y ansiedad (TEPT, entre otros) están asociados con un incremento en las condiciones de dolor.	Los autores logran demostrar que el reporte retrospectivo de EAI, así como los trastornos del rubro de ansiedad, como el TEPT, contribuyen de forma independiente a la ocurrencia de condiciones médicas dolorosas. También encontraron que tener EAI aumenta el riesgo de desarrollar trastornos del ánimo y de ansiedad.
Hellou <i>et al.</i> , 2017.	Evaluar el impacto que tienen las EAI en pacientes con FM.	Transversal. N = 98 hombres y mujeres, mayores de 18 años, 75 con FM y 23 con AR.	1. Interferencia del dolor: The Pain Disability Index (PDI; Tait <i>et al.</i> , 1990). 2. Maltrato en la infancia: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein y Fink, 1998). 3. TEPT: The Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa <i>et al.</i> , 1997).	Personas con FM tienen mayores niveles de abuso emocional y negligencia física y emocional, comparadas con AR. El 37.3% de TEPT en FM, el 8.7% en AR. En FM, 21% reportó negligencia y abuso emocional en la infancia, a diferencia de 3% del grupo de AR	Los autores concluyen que la diferencia en el rol de la adversidad temprana entre los dos grupos comparados puede tener un vínculo con la etiología de la FM. Se observan mayores porcentajes tanto de EAI como de TEPT en el grupo de FM.

Continúa...

Autores	Objetivo	Diseño y muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Smith <i>et al.</i> , 2019.	Establecer la prevalencia de incapacidad en mujeres en libertad condicional que experimentaron victimización interpersonal en la niñez y/o en la adultez	Transversal N = 406. Mujeres mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor corporal: 36-Item Short-Form Survey Instrument (Ware y Sherbourne, 1992). 2. Adversidad y victimización infantil: <ol style="list-style-type: none"> A) Adaptación del Revised Conflict Tactics Scale (Straus <i>et al.</i>, 1996). B) Adaptación del Tolman's Psychological Maltreatment of Women Inventory (Tolman, 1989). 3. Funcionamiento psicológico: Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993). 4. TEPT: 49-item. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995). 	<p>En conjunto, ambos grupos reportaron una peor salud y dolor crónico, del cual 40.3% fue dolor moderado y 25% dolor severo.</p> <p>En el grupo con ASS, 43.4% padecía dolor severo, en contraste con 20.2% del grupo sin ASS.</p> <p>EAI 42.29% en el total de la muestra, 49.93% con ASS y el 40.37% sin ASS. En el total de la muestra, 48.6% cumplió los criterios para TEPT, del cual 18.1% presentó síntomas severos de TEPT. Con ASS fue 61.4% con TEPT y 45.3% en el grupo sin ASS.</p>	<p>No hubo diferencia entre los grupos con y sin ASS en las variables de salud mental y trauma. El grupo que recibió ASS reportó mayor abuso psicológico, físico y sexual, así como mayor negligencia física (inseguridad en el alimento). Sin embargo, en el abuso psicológico (61.47%), físico (59.65%) y sexual (41.55%), el grupo ASS reportó mayores porcentajes, en comparación con el grupo sin ASS (50.7%, 47.15% y 24.65%, respectivamente).</p>
McCall-Hosenfeld <i>et al.</i> , 2014	Examinar la asociación entre la severidad de los síntomas somáticos y tres tipos de trauma interpersonal: trauma sexual, violencia de pareja e historia de trauma en la infancia (igual o más de 3 EAI)	<p>Transversal N = 597</p> <p>Pacientes con dolor crónico Edades entre 18 y 60 años. Promedio de edad de 47 años. 59% mujeres.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia de pareja: Adaptación del Add Health Home Questionnaire (Harris <i>et al.</i>, 2013). 2. TEPT y Violencia sexual: Composite International Diagnostic Instrument (CIDI; WHO, 1990), PTSD module. 3. EAI: Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia (Felitti <i>et al.</i>, 1998). 	<p>El 43% de los hombres y 41% de las mujeres experimentaron tres o más EAI. El 17% de los hombres y 23% de las mujeres mostraban síntomas de TEPT.</p> <p>Las mujeres reportaron mayor severidad de síntomas somáticos que los hombres (42 vs. 24%). Estos síntomas aumentaban entre los supervivientes de trauma interpersonal.</p>	<p>En las mujeres, tener tres o más EAI estuvo asociado con 2.8 veces más probabilidades de padecer un nivel severo de síntomas somáticos.</p> <p>La asociación entre trauma interpersonal y TEPT fue más marcada en los hombres.</p> <p>Haber vivido EAI, violencia en la pareja y trauma sexual contribuyen a la vulnerabilidad para desarrollar TEPT en el caso de que ocurra una siguiente experiencia traumática.</p>

Continúa...

Autores	Objetivo	Diseño y muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Sprang <i>et al.</i> , 2017	Encontrar la asociación entre el dolor que limita actividades físicas con haber vivido abuso físico y/o sexual en la infancia o violencia en la adultez, física y/o sexual.	Transversal N = 16,093. Mujeres mayores de 18 años.	1. Violencia física y sexual en la adultez: realizaron cuatro preguntas de respuesta sí o no. 2. Violencia física y sexual en la infancia: realizaron dos preguntas con respuesta sí o no. 3. Dolor: se les preguntó si padecían dolores físicos que limitaran su funcionalidad.	El 25% sufrió algún tipo de EAI; el 39.5% reportó limitaciones debido al DC. Del 42.4% que vivió abuso en la adultez, el 34% reportó limitaciones debido al dolor. El 31% que sufrió tanto abuso físico como sexual reportó tener limitaciones debido al dolor crónico. El abuso infantil estuvo asociado en el 56% de incremento en la prevalencia del dolor.	El 51% habían vivido violencia, ya fuese de niñas o adultas. El efecto de la exposición a trauma (en la infancia, en la adultez o en conjunto) en personas con DC llegó a ser un dolor incapacitante en mayor proporción que para el grupo sin trauma. Los autores no evaluaron TEPT.
McKernan <i>et al.</i> , 2019	Conocer cómo tanto la exposición a trauma (de la infancia hasta la adultez) como síntomas de TEPT están relacionados con el dolor crónico.	Transversal N = 202. 64 diagnóstico de SDV. 137 diagnóstico de DC. Mayores de 18 años. Con una media de edad de 44.89 y siendo 79.7% mujeres.	1. TEPT: PTSD-Checklist-5 (PCL-5; Blevins <i>et al.</i> , 2015). 2. Trauma en la infancia: Childhood Abuse and Trauma Scale (CATS; Sanders y Becker-Lausen, 1995). 3. Exposición a trauma a lo largo de la vida: Trauma History Questionnaire (THQ; Hooper <i>et al.</i> , 2011).	Las mujeres reportaron mayores tasas de negligencia infantil. El 42% del grupo de SDV cumplió con los criterios del diagnóstico provisional de TEPT al reportar mayores tasas de dolor y trauma en la niñez. Aquellos con este diagnóstico que estuvieron expuestos a abuso infantil tuvieron mayores probabilidades de cumplir con el criterio de TEPT. Del grupo de dolor crónico, 29.5% estuvo expuesto a trauma en la infancia, mientras que las personas con SDV representaron 38%.	La exposición al trauma no difirió entre los grupos; sin embargo, las personas con SDV tenían una mayor probabilidad de desarrollar TEPT, especialmente quienes estuvieron expuestos a trauma en la infancia.

Continúa...

Autores	Objetivo	Diseño y muestra	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Driscoll <i>et al.</i> , 2015.	Examinar diferencias de género en las experiencias de trauma en veteranos con dolor crónico y conocer si el trauma está asociado a la severidad e interferencia del dolor.	Longitudinal N = 460. 201 hombres (44%) y 259 mujeres (56%) Adultos.	1. Severidad e interferencia del dolor: Brief Pain Inventory-Short Form (BPI-SF; Cleeland y Ryan, 1994). 2. Exposición a trauma en combate: 7-item self-report Combat Exposure Scale (CES; Keane <i>et al.</i> 1989). 3. Eventos de trauma interpersonal: Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany <i>et al.</i> , 2000). 4. Trauma sexual: Military Sexual Trauma (MST; Seng <i>et al.</i> , 2013).	En relación con los hombres las mujeres reportan mayores porcentajes de trauma interpersonal en la niñez (51% vs 34%) y trauma sexual militar (54% vs 3%). De los 662 veteranos que completaron el cuestionario para reportar dolor crónico, 69% (N = 460) reportó tenerlo por tres meses o más.	La variable de trauma en la infancia según el género interactuó significativamente con la asociación a la interferencia del dolor. No evaluaron TEPT.
Prangnell <i>et al.</i> , 2020	Explorar la relación entre el abuso emocional en la infancia con la interferencia del dolor en personas con uso y abuso de sustancias.	Transversal N = 882. 34.1% mujeres y 58.3 % hombres.	1. Interferencia del dolor: Brief Pain Inventory (BPI; Cleeland y Ryan, 1994). 2. Trauma infantil: The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein y Fink, 1998). 3. TEPT: autores preguntaron por la historia de diagnósticos de trastornos mentales.	El 41.5% sufrió violencia emocional en la niñez. El 74.8% reportó interferencia del dolor de moderado a severo en los últimos 6 meses. Encontraron asociación entre las variables de abuso emocional en la infancia e interferencia de dolor (AOR = 1.33, CI = 1.05-1.70). El 20.2% reportaron TEPT.	Los resultados demuestran que, en la población de uso y abuso de sustancias con comorbilidad de dolor crónico, quienes experimentaron abuso emocional en la infancia fueron más propensos a presentar interferencia del dolor.

Nota: Significado de abreviaturas, A: acalasia; AR: artritis reumatoide; ASS: apoyo de la seguridad social; CI: colon irritable; DC: dolor crónico; DCG: dolor crónico generalizado; DCP: dolor crónico primario; DF: dispepsia funcional; EAI: experiencias adversas en la infancia; FM: fibromialgia; SDV: síndrome de dolor de vejiga.

De los nueve artículos que cumplieron con los criterios de selección, dos evaluaron el trauma psicológico en una población con dolor crónico (Driscoll *et al.* 2015; Sprang *et al.* 2020). El primer estudio valoró el trauma en la infancia y la violencia sexual en la adultez utilizando cuestionarios validados, pero no describe el tipo de dolor crónico de los participantes (Driscoll *et al.* 2015). El segundo evaluó la exposición a la violencia física y sexual en la infancia y la adultez dando

los resultados globalmente; en él no se utilizaron instrumentos estandarizados ni se especificó el tipo de dolor crónico de la muestra (Sprang *et al.* 2020). Los restantes siete evaluaron ambas variables de interés y las describieron específicamente (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014; McKernan *et al.*, 2019a; Prangnell *et al.*, 2020; Sachs-Ericsson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2022). Los artículos sin claridad en la evaluación del dolor crónico primario

fueron los de Sachs-Ericsson *et al.* (2017) y Smith *et al.* (2019). En cuanto al diseño de los estudios, tres de los nueve fueron de cohorte (Driscoll *et al.*, 2015; Prangnell *et al.*, 2020; Sachs-Ericsson *et al.*, 2017) y seis transversales (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014; McKernan *et al.*, 2019b; Smith *et al.*, 2022; Sprang *et al.*, 2020).

Hallazgos relativos a las experiencias adversas de la infancia y TEPT

En cinco de los seis artículos de diseño transversal (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014; McKernan *et al.*, 2019a; Sachs-Ericsson *et al.*, 2017; Sprang *et al.*, 2020) se encontró una alta prevalencia de EAI que va de 29.5 a 58.4%. El sexto (Smith *et al.*, 2019) no especificó el porcentaje. Haber experimentado tres o más EAI está asociado con una mayor probabilidad de tener síntomas somáticos severos: en las mujeres con 2.8 (OR = 2.76, 95%, CI 1.81-4.21) y en los hombres con 1.4 (OR = 1.45, 95%, CI .89-2.35) (McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014). Prangnell *et al.* (2020) hallaron una asociación entre el abuso emocional en la infancia y una interferencia del dolor de moderada a grave (OR = 1.33, 95%, CI 1.05 - 1.70); esto es, el abuso emocional en la infancia explica hasta en 33% el dolor que impedía o limitaba las actividades diarias de la vida. Por otro lado, Sprang *et al.* (2020) reportaron que el abuso infantil está asociado en 56% de los participantes con un aumento en la prevalencia del dolor y que 31% que sufrió abuso tanto físico como sexual reportó tener limitaciones debidas al dolor crónico.

Los pacientes con diagnóstico de fibromialgia y dolor generalizado, comparados con pacientes con otros diagnósticos de dolor crónico (Coppens *et al.*, 2017), tienen una mayor prevalencia de EAI (49% fibromialgia y dolor generalizado, 39.7% dispepsia funcional y 23.4% acalasia), y

hasta casi siete veces más probabilidades de padecer TEPT (OR = 6.98, 95%, IC 2.38-20.52) en comparación con otro grupo con dispepsia funcional y hasta casi cinco veces más, comparados con otros diagnosticados con acalasia (OR = 4.60 [1.55- 13.66], $p < 0.001$). Se ha reportado una prevalencia TEPT en pacientes con fibromialgia de entre 20.2% (Prangnell *et al.*, 2020) y 37.3% (Hellou *et al.*, 2017).

Driscoll *et al.* (2015) hallaron un porcentaje mayor de trauma en la infancia en las mujeres que en los hombres (51% vs. 34%). Además, descubrieron que el trauma en la infancia se asociaba con la severidad del dolor ($t = 0.21$, $p < 0.01$), si bien dichos autores no evaluaron el TEPT.

En uno de los dos artículos en los que no quedó claro el tipo de dolor crónico evaluado, pero que pretendía conocer la prevalencia de incapacidad en mujeres en libertad condicional que habían sido víctimas de abuso interpersonal en la niñez o adolescencia, se reporta que 42.29% había vivido EAI y 48.6% cumplía el diagnóstico de TEPT, para lo cual utilizaron un instrumento validado, pero para valorar las EAI adaptaron uno; sin embargo, no queda claro si el mismo había sido debidamente validado (Sachs-Ericsson *et al.*, 2017). El otro artículo da cuenta de la prevalencia de una EAI en 31.5%, de dos en 14.5%, de tres en 8% y de cuatro o más en 4.4%; de este último grupo, 42.4% exhibía sintomatología de TEPT, lo que significa que el trauma acumulativo conlleva una mayor propensión para desarrollar esta última condición (Smith *et al.*, 2019).

Calidad de los estudios

La calidad de los artículos se apreció mediante la lista de criterios de la Escala Newcastle-Ottawa. Los artículos con diseño de cohorte puntuaron una calidad intermedia (Driscoll *et al.*, 2015; Prangnell *et al.*, 2020; Sachs-Ericsson *et al.*, 2017) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Evaluación de la calidad metodológica de la cohorte según la Escala Newcastle-Ottawa.

Artículo	Sachs-Ericsson <i>et al.</i> (2017)	Driscoll <i>et al.</i> (2015)	Prangnell <i>et al.</i> , 2019
SELECCIÓN			
Representatividad de la cohorte expuesta.	*	*	*
Selección de la cohorte no expuesta.	*		*
Determinación de la exposición.	*	*	*
Determinación de que el resultado de interés no estaba presente al inicio del estudio.	*		
COMPARABILIDAD			
Comparabilidad de las cohortes en la base del diseño o el análisis.	*	*	*
EXPOSICIÓN			
Determinación de la exposición: ¿El seguimiento fue lo suficientemente prolongado para que se produjeran los resultados?	*	*	*
Adecuación del seguimiento de las cohortes.			
Número total de estrellas.	6	4	5

Nota: La calidad del estudio se califica como “mala” (de 1 a 3 estrellas), “intermedia” (4 a 6 estrellas) o “alta” (7 a 9 estrellas).

En el caso de los transversales, la calidad de uno de ellos fue alta (McCall-Hosenfeld *et al.*, 2014); de los restantes, la calidad de cinco fue intermedia (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McKernan *et al.*, 2019a; Smith *et al.*, 2019; Sprang *et al.*, 2020). Hubo debilidades en relación con la evaluación en virtud de que en todos los trabajos

reportados se utilizaron encuestas autoadministradas, y en cinco de los seis estudios transversales no se informaron la tasa ni el porcentaje de los no respondientes (Coppens *et al.*, 2017; Hellou *et al.*, 2017; McKernan *et al.*, 2019a; Smith *et al.*, 2019; Sprang *et al.*, 2020) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Evaluación de la calidad metodológica de estudios transversales mediante la Escala Newcastle-Ottawa.

Artículo	Coopens <i>et al.</i> , 2017	Hellou <i>et al.</i> , 2017	McCall-Hosenfeld <i>et al.</i> , 2014	McKernan <i>et al.</i> , 2019a	Smith <i>et al.</i> , 2019	Sprang <i>et al.</i> , 2017
SELECCIÓN						
Representatividad de la muestra	*	*	*	*	*	*
Tamaño de la muestra	*	*	*	*	*	*
No respondedores			*			
Determinación de la exposición	*	*	*	*	*	*
COMPARABILIDAD						
Los sujetos en diferentes grupos de resultados son comparables	*	*	*	*	*	*
RESULTADO						
Evaluación del resultado	*	*	*	*	*	*
Prueba estadística	*	*	*	*	*	*
Número total de estrellas	6	6	7	6	6	6

Nota: La calidad del estudio se califica como mala (de 1 a 3 estrellas), intermedia (4 a 6 estrellas) o alta (7 a 9 estrellas).

DISCUSIÓN

En este estudio se revisó la evidencia en la literatura científica respecto a población adulta diagnosticada con dolor crónico primario que habían vivido experiencias adversas en la infancia y desarrollado sintomatología de trastorno de estrés postraumático. Asimismo, se identificaron los artículos que analizaban la asociación entre las variables de trauma en la infancia y de trastorno por estrés postraumático, hallando que había una mayor interferencia del dolor en la población con trauma.

La revisión evidenció la prevalencia alta de experiencias adversas en la infancia, en porcentajes que iban de 29.5 a 58.4, y de TEPT entre 20.2 y 48.6% en la población adulta con dolor crónico primario. También se apreció que a mayor cantidad de experiencias adversas en la infancia, mayor probabilidad de sintomatología de TEPT (hasta 42.4% en personas con cuatro o más experiencias).

Los resultados encontrados en esta revisión coinciden con los de otros estudios; por ejemplo, Andersen *et al.* (2014) reportaron que en personas con dolor crónico habían encontrado una prevalencia de TEPT de 26.3% al inicio del estudio, y que en el seguimiento de un año tal porcentaje había aumentado a 30.4%. Otros autores señalan que entre 20 y 80% de las personas con historia de trauma sufren de dolor crónico, y que aproximadamente entre 10 y 50% de las personas diagnosticadas con TEPT afirman padecer dolor crónico (Sharp y Harvey, 2001; *cf.* Gasperi *et al.*, 2021).

En cuanto al riesgo de que personas expuestas a maltrato en la infancia desarrollen dolor crónico primario, recientemente Chandan *et al.*, (2020) reportaron un mayor riesgo de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y colon irritable,

en comparación con un grupo no expuesto. De igual manera, un metaanálisis halló una mayor propensión al dolor crónico en la población con trauma psicológico y que dicha propensión tenía una asociación significativa con diversas variables, como una sintomatología de trastorno de estrés postraumático, abuso físico y abuso sexual. El síndrome de fatiga crónica se asocia con la vivencia de un trauma psicológico, fibromialgia y colon irritable (Afari *et al.*, 2014).

Es necesario emprender investigaciones con grupos de personas sanas y con dolor crónico primario para poder realizar comparaciones de la influencia que pudieran tener las experiencias adversas en el desarrollo de este último. Los trabajos incluidos en la presente revisión no analizaron a población general, lo que limita el conocimiento de la influencia de las variables de interés, esto es, las citadas experiencias y el trastorno de estrés postraumático como posibles factores de riesgo para desarrollar dolor crónico primario. Aun y cuando el número de estudios hallados fue limitado, es de subrayarse que todos fueron examinados y evaluados rigurosamente mediante las guías internacionales. Además, los resultados de esta revisión indican la importancia de atender los aspectos psicoemocionales en los pacientes con enfermedades físicas, en particular los aspectos y consecuencias de las experiencias traumáticas, ya que podrían influir en su calidad de vida, agravando la percepción de la enfermedad y posiblemente su autoconcepto. De igual manera, a la luz de los presentes resultados se podrían efectuar intervenciones focalizadas en los traumas para evaluar el impacto que tienen en la mejora de la percepción del dolor y la calidad de vida en general.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial al organismo Conahcyt (Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología) ya que el artículo se realizó con su financiamiento dentro del programa de la Maestría en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, con número de beca 814320.

Citación: Talamás-Salazar, D., Lerma-Talamantes, A., Ledesma-Amaya, L.I. y Escamilla-Gutiérrez, M.L. (2025). Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y experiencias adversas en la infancia en adultos con dolor crónico primario: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 35(1), 27-40. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2947>

REFERENCIAS

- Afari, N., Ahumada, S.M., Johnson-Wright, L., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V. y Gundy, C.J. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000010
- Andersen, T.E., Andersen, L.A.C. y Andersen, P.G. (2014). Chronic pain patients with possible co-morbid posttraumatic stress disorder admitted to multidisciplinary pain rehabilitation –A 1-year cohort study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. Doi: 10.3402/ejpt.v5.23235
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (2020). *Nueva definición de dolor según la IASP*. Washington: IASP. Recuperado de <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
- Barragán B., A.J., Mejía A., S. y Gutiérrez R., L.M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49(Suplemento 4), 488-494. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals074h.pdf>
- Bierer, L., M., Heather, N. Bader, N. Daskalakis, P. Lehrner, A., Provençal, N., Wiechmann, T., Klengel, T., Makotkine, I., Binder, E.B. y Yehuda, R. (2020). Intergenerational effects of maternal holocaust exposure on FKBP5 methylation. *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 744-753. Doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19060618
- Chandan, J.S., Keerthy, D., Zemedikun, D.T., Okoth, K., Gokhale, K.M., Raza, K., Bandyopadhyay, S., Taylor, J. y Nirantharakumar, K. (2020). The association between exposure to childhood maltreatment and the subsequent development of functional somatic and visceral pain syndromes. *Journal of Clinical Medicine*, 23. Doi: 10.1016/J.ECLINM.2020.100392
- Coppens, E., P., van Wambeke, B., Morlion, N., Weltens, H., Giau, L., Tack, J., Luyten, P. y van Oudenhove, L. (2017). Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *European Journal of Pain*, 21(9), 1582-1590. Doi: 10.1002/ejp.1059
- Denk, F., McMahon, S.B. y Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature Neuroscience*, 17(2), 192-200. Doi: 10.1038/nn.3628
- Driscoll, M.A., Higgins, D.M., Seng, E.K., Buta, E., Joseph, L., Goulet, A.A., Heapy, R.D., Kerns, B., Haskell, C.A. y Sally, G. (2015). Trauma, social support, family conflict, and chronic pain in recent service veterans does gender matter. *Pain Medicine*, 16(6), 1101-1111. Doi: 10.1111/pme.12744
- Felitti, V.J., Robert, F., Anda, D., Nordenberg, D.F., Williamson, A.M., Spitz, V., Edwards, M., Koss, P. y James, S.M. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. Doi: 10.1016/J.AMPRE.2019.04.001
- García A., J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(1), 77-85.
- Gasperi, M., Afari, N., Goldberg, J., Suri, P. y Panizzon, M.S. (2021). Pain and trauma: the role of criterion a trauma and stressful life events in the pain and PTSD relationship. *The Journal of Pain*, 22(11), 1506-1517. Doi: 10.1016/j.jpain.2021.04.015
- Gillespie, N.A., Zhu, G., Heath, A.C., Hickie, I.B. y Martin, N.G. (2000). The genetic aetiology of somatic distress. *Psychological Medicine*, 30(5), 1051-1061. Doi: 10.1017/S0033291799002640
- Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O., Aloush, V. y Ablin, J.N. (2017). Self-reported childhood maltreatment and traumatic events among Israeli patients suffering from fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Pain Research & Management*, 3865249. Doi: 10.1155/2017/3865249
- Henningsen, P., Zipfel, S., H Sattel, H. y Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(1), 12-31. Doi: 10.1159/000484413
- Hossack, M.R., Matthew, W., Reid, J.K., Aden, T., Gibbons, J., Noe, C. y Willis, A.M. (2020). Adverse childhood experience, genes, and PTSD risk in soldiers: A methylation study. *Military Medicine*, 185(3-4), 377-384. Doi: 10.1093/milmed/usz292
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J.I., Brewin, C.R. y Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 1(207), 181-187. Doi: 10.1016/j.jad.2016.09.032
- Kato, K., Sullivan, P.F. y Pedersen, N.L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 447-453. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.010
- Kessler, R.C., Sherri, R., Karestan, C., Koenen, E.G., Karam, P.E., Stang, D.J., Stein, S.G., Heeringa, E.D., Hill, I., Liberzon, K.A., McLaughlin, S.A., McLean, B.E., Pennell, M.P., Anthony, J., Rosellini, A., M., Ruscio, V., Shahly, A.Y., Shalev, Silove, D., Zaslavsky, A.M., Angermeyer, M.C., Bromet, J., Caldas de Almeida, J.M., de Girolamo, G., Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S.E. Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M.E., Murphy, S.D., Navarro M., F., Piazza, M., Posada V., J., Scott, K., Torres, Y. y Viana, M.C. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, 13(3), 265-274. Doi: 10.1002/wps.20150

- Lanius, R.A., Frewen, P.A., Vermetten, E. y Yehuda, R. (2010). Fear conditioning and early life vulnerabilities: two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1), 54-67. Doi: 10.3402/ejpt.v1i0.5467
- Lehmann, S., Breivik, K., Monette, S. y Minnis, H. (2020). Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104374. Doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104374
- Lembo, A.J., Zaman, M., Krueger, R.F., Tomenson, B.M. y Creed, F.H. (2009). Psychiatric disorder, irritable bowel syndrome and extra-intestinal symptoms in a population-based sample of twins. *The American Journal of Gastroenterology*, 104(3), 686-694. Doi: 10.1038/ajg.2009.23
- Margarit, C. (2019). La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas (Editorial). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26(4), 209-210. Doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019
- Martucci, K.T. y Mackey, S.C. (2018). Neuroimaging of pain: Human evidence and clinical relevance of central nervous system processes and modulation. *Anesthesiology*, 128(6), 1241-1254. Doi: 10.1097/ALN.0000000000002137
- McCall-Hosenfeld, J.S., Winter, M., Heeren, T. y Liebschutz. M.J. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(3), 196-204. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.07.011
- McEwen, B.S. (2017). Epigenetic interactions and the brain-body communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 1-4. Doi: 10.1159/000449150.
- McKernan, L.C., Johnson, B.N., Crofford, L.J., Lumley, M.A., Bruehl, S. y Cheavens, J.S. (2019a). Posttraumatic stress symptoms mediate the effects of trauma exposure on clinical indicators of central sensitization in patients with chronic pain". *The Clinical Journal of Pain*, 35(5), 385-393. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000689
- McKernan, L.C., Johnson, B.N., Reynolds, W.S., Williams, D.A., Cheavens, J.S., Dmochowski, R.R. y Crofford, L.J. (2019b). Posttraumatic stress disorder in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Relationship to patient phenotype and clinical practice implications. *Neurourology and Urodynamics*, 38(1), 353-362. Doi: 10.1002/nau.23861
- Morgart, K., Harrison, J.N., Hoon, A.H. Jr. y Wilms Floet, A.M. (2021). Adverse childhood experiences and developmental disabilities: risks, resiliency, and policy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(10), 1149-1154. Doi: 10.1111/dmcn.14911
- Nijs, J., Lahousse, A., Kapreli, E., Bilika, P., Saraçoğlu, İ., Malfliet, A., Coppieters, I., de Baets, L., Leysen, L., Roose, E., Clark, J., Voogt, L. y Huysmans E. (2021). Nociceptive pain criteria or recognition of central sensitization? Pain phenotyping in the past, present and future. *Journal of Clinical Medicine*, 10(15). Doi: 10.3390/JCM10153203
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. OMS. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Owen, C. (2020). Obscure dichotomy of early childhood trauma in PTSD versus attachment disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(1), 83-96. Doi: 10.1177/1524838017742386
- Pitron, V., Ranque, B., Vulser, H., Rotgé, J.Y., Limosin, F. y Lemogne, C. (2019). Troubles somatiques fonctionnels: un modèle cognitif pour mieux les comprendre. *La Revue de Médecine Interne*, 40(7), 466-473. Doi: 10.1016/j.revmed.2019.04.005
- Prangnell, A., Shoveller, J., Voon, P., Shulha, H., Grant, M.J., Cameron, M., Kerr, T. y Hayashi, K. (2020). The impact of childhood emotional abuse on pain interference among people with chronic pain who inject drugs in Vancouver, Canada. *Pain Medicine*, 21(4), 704-713. Doi: 10.1093/pm/pnz233
- Rabhi, M., Ennibi, K., Chaari, J. y Toloune, F. (2010). Les syndromes somatiques fonctionnels. *Revue de Medecine Interne*, 31(1), 17-22. Doi: 10.1016/j.revmed.2009.03.011
- Radici, G., Preti, M., Vieira-Baptista, P., Colleen, K., Stockdale, J. y Bornstein, J. (2020). The International Classification of Diseases (11th Revision): A step-back for women with vulvodynia? *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 24(3), 332-333. Doi: 10.1097/LGT.0000000000000513
- Restrepo, M. y Restrepo, D. (2019). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 174-181. Doi: 10.1016/j.rep.2017.10.005
- Sachs-Ericsson, N.J., Sheffler, J.L., Stanley, I.H., Piazza, J.R. y Preacher, K.J. (2017). When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences: pain, and the role of mood and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1403-1428. Doi: 10.1002/jclp.22444
- Sharp, T.J. y Harvey, A.G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-877. Doi: 10.1016/s0272-7358(00)00071-4
- Smith, K.E., Bunting, A.M., Golder, S., Hall, M.T., Higgins, G.E. y Logan, T.K. (2019). Prevalence and correlates of disability among a sample of victimized women on probation and parole. *Journal of Correctional Health Care*, 25(2), 143-161. Doi: 10.1177/1078345819833387
- Smith, R., Persich, M., Lane, R.D. y Killgore W.D.S. (2022). Higher emotional awareness is associated with greater domain-general reflective tendencies. *Scientific Reports*, 12(1), 3123. Doi: 10.1038/s41598-022-07141-3

- Sprang, G., Bush, H.M. Coker, A.L. y Brancato. C.J. (2020). Types of trauma and self-reported pain that limits functioning in different-aged cohorts. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(23-24), 5953-75. Doi: 10.1177/0886260517723144
- Tesarz, J., Gerhardt, A. y Eich, W. (2018). Influence of early childhood stress exposure and traumatic life events on pain perception. *Schmerz*, 32(4), 243249. Doi: 10.1007/s00482-018-0301-y
- Vega A., M. y Núñez U., G. (2018). Adverse childhood experiences: Bibliometric mapping of the scientific literature in the web of science. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(1), 25-40.
- Wang, V.C. y Mullally, Wi. J. (2020). Pain neurology. *The American Journal of Medicine*, 133(3), 273-280. Doi: 10.1016/j.AMJ-MED.2019.07.029
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Percepción de dolor y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemofilia

Pain perception and quality of life in pediatric patients with hemophilia

Maricela Osorio-Guzmán, Carmen Yosselin Hernández-Guillén,
Carlos Prado-Romero y Georgina Eugenia Bazán-Riverón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Maricela Osorio Guzmán, maricela.osorio@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

La hemofilia es un padecimiento hemorrágico caracterizado por la deficiencia del factor de coagulación VIII (hemofilia A) o factor IX (hemofilia B). Los pacientes con este padecimiento sufren episodios hemorrágicos a lo largo de su vida y en ocasiones dolor, lo que implica un bajo nivel de calidad de vida. El objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre la percepción de dolor y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes pediátricos con hemofilia y en sus padres. Participaron 173 diadas de pacientes y padres o tutores residentes del centro de México, a quienes se aplicaron un cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL) y el Cuestionario de Dolor Pediátrico. Los resultados obtenidos muestran una diferencia significativa entre la percepción de calidad de vida y dolor entre los pacientes y sus padres. De acuerdo con las escalas visuales análogas, los padres reportaron un mayor nivel de dolor que sus hijos. Además, se encontraron correlaciones significativas entre la calidad de vida y el dolor con algunas variables sociodemográficas. En conclusión, el dolor afecta la calidad de vida del paciente con hemofilia, y además está asociado con variables como la edad, la gravedad de dicha condición y las complicaciones de la misma.

Palabras clave: Dolor; Calidad de vida relacionada con la salud; Hemofilia; Niños; Adolescentes.

ABSTRACT

Hemophilia is a hemorrhagic condition characterized by a deficiency of clotting factor VIII (hemophilia A) or factor IX (hemophilia B). Patients with this condition suffer hemorrhagic episodes throughout their lives and may experience pain and low levels of quality of life. Objective: Analyze the relationship between pain perception and health-related quality of life in pediatric patients with hemophilia and their parents. A total of 173 patient and parent/guardian dyads from central Mexico participated. The study involved the application of three questionnaires: 1. an ad hoc questionnaire on sociodemographic data, 2. the Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL), and 3. the Pediatric Pain Questionnaire. The results show a difference between patients and their parents' perceptions of quality of life and pain. According to the visual analog scales, parents reported a higher pain level in their children. In addition, significant correlations resulted between

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Jefatura de Psicología, Av. de los Barrios 1, los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Estado de México, México, tel. (55)56-23-13-33, ext.39806, correos electrónicos: maricela.osorio@iztacala.unam.mx, yocelynhg10@gmail.com, carlos.prado@iztacala.unam.mx y gebrmx@yahoo.com.mx.



quality of life and pain with some sociodemographic variables. In conclusion, the presence of pain affects the quality of life of the hemophilia patient and is associated with variables such as age, severity, and complications.

Key words: Pain; Health-related quality of life; Hemophilia; Children; Adolescents.

Recibido: 23/03/2023

Aceptado: 09/11/2023

Actualmente, las intervenciones para cualquier paciente diagnosticado con algún padecimiento crónico buscan abordar las dimensiones física, psicológica y social, por lo que la participación de los psicólogos de la salud es relevante ya que pueden modificar actitudes, promover y mejorar la salud, modificar ciertos procesos fisiológicos para prevenir la enfermedad y poner en marcha las campañas de educación (Fernández *et al.* 2003; García *et al.*, 2008).

Una de las enfermedades que son objeto de interés en el área de la psicología de la salud por sus secuelas físicas, emocionales y sociales es la hemofilia, una enfermedad crónica hereditaria de carácter recesivo, no contagiosa y ligada al sexo, que se caracteriza por la insuficiencia de uno o más factores necesarios para la coagulación sanguínea (Osorio *et al.*, 2015). La prevalencia del padecimiento en el mundo es de un caso por cada 10 mil personas para la hemofilia tipo A y de un caso por cada 50 mil para la hemofilia tipo B. En el caso de México, hay aproximadamente 5,759 pacientes con hemofilia, de los cuales 70% son por herencia y 30% por mutación (Federación Mundial de Hemofilia, 2016).

Hay tres niveles de severidad en el caso de la hemofilia, de acuerdo a la actividad plasmática: leve, moderada y severa (Federación Mundial de Hemofilia, 2020). La esperanza de vida en pacientes con hemofilia en la primera mitad del siglo XX era de 16 a 23 años, en la segunda mitad alcanzó los 65 años, y actualmente se considera similar a la de alguien sin este padecimiento (Federación de Hemofilia de la República Mexicana, 2016).

Algunas de las complicaciones de la hemofilia son la sinovitis, la artropatía hemofílica crónica, las deformaciones, la pérdida de movilidad, los pseudotumores y las fracturas (Federación Mundial de Hemofilia, 2020; Prado y Osorio, 2022), así como aparición de inhibidores que neutralizan los factores de coagulación, e incluso el VIH, la hepatitis B y C por transfusiones o derivados sanguíneos contaminados, lo que cada vez es menos probable ya que hoy día los tratamientos son biológicamente seguros (Kelley y Narváez, 2006; Royal *et al.*, 2002).

En cuanto a las comorbilidades, Villegas *et al.* (2018) indican que los pacientes pueden padecer osteoporosis, obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, lo que tiene un considerable efecto en su calidad de vida.

Los pacientes con hemofilia, al sufrir hemorragias espontáneas desde la infancia, pueden llegar a tener consecuencias de tipo articular y muscular que pueden llegar a producirles un dolor extremo e incluso a incapacitarlos. Otros estudios han reportado que al menos 80% de los pacientes con hemofilia padece algún tipo de dolor (Pérez y Buitrago, 2017; Prado y Osorio, 2022). Como consecuencia de lo anterior, dichos pacientes suelen tener emociones y pensamientos adversos sobre el dolor que los llevan a evitar las actividades cotidianas, lo que a su vez provoca en muchas ocasiones su aislamiento social (Rambod *et al.*, 2016; Sarmiento *et al.*, 2006).

Por otra parte, el término *calidad de vida* es definido como la evaluación del efecto de los múltiples aspectos de la vida en el bienestar general (Remor, 2011), en tanto que la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) es la evaluación subjetiva del efecto de las enfermedades y su tratamiento en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y somáticos para el funcionamiento y el bienestar. El principal objetivo de evaluar la CVRS es examinar cómo los pacientes perciben y experimentan los efectos del tratamiento o la intervención en su vida diaria (López, 2019; Remor, 2011).

Se han efectuado diversas investigaciones en pacientes con hemofilia para analizar el citado constructo. En una de ellas, Walsh *et al.* (2008) encontraron que el aumento de la edad y del índi-

ce de masa corporal, el deterioro articular, la frecuencia de sangrado, la infección por VIH y el grado de enfermedad provocan una baja CVRS. Por su parte, Williams (2016) y Villegas *et al.* (2018) reportaron que el nivel de CVRS varía de acuerdo con la edad del paciente, pues en los niños la CVRS está determinada por las relaciones interpersonales, la familia y el tratamiento, y en los adultos por la salud física y los planes a futuro. Por último, Buckner *et al.* (2018) hallaron que la CVRS es menor cuando hay depresión y dolor, dependiendo del nivel de hemofilia en los pacientes.

Como consecuencia de las complicaciones antes mencionadas, el paciente puede manifestar altos niveles de dolor, una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a algún daño causado por factores biológicos, psicológicos o sociales (Raja *et al.*, 2020). La clasificación del dolor puede basarse en su duración (crónico y agudo), localización, patogenicidad, curso e intensidad (García, 2017). En los pacientes con hemofilia el dolor puede ser una señal de advertencia temprana de alguna hemorragia; además, ante la ocurrencia frecuente de hemorragias el dolor puede acompañarse de hormigueo, irritación, ardor e hinchazón (Humphries y Kessler, 2013).

Rambod *et al.* (2016) encontraron que las articulaciones en las que hay dolor con más frecuencia son las rodillas, tobillos, codos, manos y caderas. Las estrategias para afrontar el dolor descritas por los pacientes son la aplicación del factor, la inmovilización, las compresas de hielo y los analgésicos.

Otros estudios agregan el uso de técnicas de fisioterapia y de autorregulación, hipnosis, relajación, meditación e imaginación guiada (Holstein, 2012), además del estiramiento muscular y de un ejercicio regular (Schäfer *et al.*, 2016), así como el trabajo con las distorsiones cognitivas y las creencias relacionadas con el dolor (Young *et al.*, 2014).

Witkop *et al.* (2017) reportan que la obesidad en los pacientes puede propiciar el dolor, y que éste afectará sin duda la CVRS de los pacientes con hemofilia.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio transversal correlacional (Hernández y Mendoza, 2018) fue analizar la relación entre la percepción de dolor y la calidad de vida relacionada

con la salud en pacientes pediátricos con hemofilia y en sus padres. El citado tipo de estudio permite recoger datos de las variables para analizar y describir sus características, así como establecer asociaciones de interés.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 173 diadas de familias y pacientes con hemofilia de ocho a 18 años, residentes en el Estado de México y Ciudad de México.

Instrumentos

Cédula de datos generales

Cuestionario PedsQL (Varni *et al.*, 1999).

Validado para la población mexicana por Villaruel y Lucio (2010), consta de 23 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 0, "Nunca", a 4, "Casi siempre", y divididos en cuatro subescalas (Problemas físicos, Problemas emocionales, Problemas sociales y Funcionamiento escolar) que examinan las dificultades en la salud y las actividades diarias del paciente. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0.86 en la versión para adolescentes y de 0.90 en la de padres.

Cuestionario de Dolor Pediátrico (Varni *et al.*, 1987).

En sus versiones para adolescentes y para padres, este instrumento tiene como objetivo medir el dolor, incluyendo su intensidad, localización y cualidades sensitiva, evaluativa y afectiva mediante una escala visual análoga (EVA).

Procedimiento

El estudio cumplió con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología en el trato de los participantes en investigaciones con humanos y estuvo conforme a las disposiciones de la Declaración de Helsinki de 1995 y a sus modificaciones posteriores, así como a lo estipulado en el Código

Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología.

Se firmó un convenio de colaboración con los directivos del Registro Nacional de Personas con Hemofilia siguiendo las medidas y lineamientos establecidos para tener acceso al mismo. Se siguieron los criterios éticos y de confidencialidad requeridos. El protocolo fue revisado y aprobado por esa entidad, a la cual se proporcionaron los criterios de inclusión para los pacientes. El administrador del Registro hizo llegar a los responsables de la investigación la lista de quienes cumplían con los requisitos. Se estableció contacto con los padres de los pacientes que se encontraban en el listado mediante correo electrónico, mensajería instantánea o llamada telefónica para invitarlos a participar en el estudio.

A quienes aceptaron formar parte de la investigación se les explicaron los objetivos del estudio, se les leyó o remitió una carta de consentimiento informado y un enlace para contestar los cuestionarios mediante la plataforma de *Google Forms*. Sólo el investigador principal tuvo acceso a la base de datos, la cual se procesó mediante el software SPSS, v. 25.

Análisis de datos

En un primer momento, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, el nivel del dolor y la CVRS de los participantes. Para comparar las variables de interés (las respuestas dadas por los progenitores y los pacientes, tipos de hemofilia, nivel de estudios, entre otros) se aplicó la prueba *t* de Student para grupos independientes y se efectuó un análisis de varianza (ANOVA). Después, se hizo un análisis correlacional para encontrar la asociación entre las variables de interés (dolor y CVRS) mediante el coeficiente de correlación *r* de Pearson.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los datos demográficos de los padres o tutores. Se halló que la media de edad fue de 38.37 años (D.E. = 7.541). En cuanto a su escolaridad, 12.7% había concluido la primaria, 38.7%

la secundaria, 30.1% la preparatoria y 18.5% la universidad.

Por su parte, la media de edad de los pacientes fue de 11.95 (D.E. = 3.38) y una edad al momento del diagnóstico de 0 a 180 meses. Se encontró asimismo un intervalo de hospitalizaciones de 0 a 12 ocasiones en el último mes ($M = 1.16$; D.E. = 1.95), y un número de complicaciones de 0 a 20 ($M = 1.46$; D.E. = 2.81).

De todos ellos, 99.4% recibía tratamiento de sustitución de factor y 0.6% de crioprecipitados alguna vez. En cuanto a los antecedentes familiares, 53.2% afirmó tener algún familiar con el padecimiento.

Acerca de la escolaridad de los pacientes, llama la atención el dato de que 2.9% de ellos, no obstante tener la edad requerida para iniciar la educación primaria, aún no ingresaba por razones relacionadas con el padecimiento. En cuanto al deporte, el más practicado era la natación, en tanto que 59.5% no hacía ninguno.

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes.

Variable	%
Hemofilia	
Hemofilia A	86.1
Hemofilia B	13.9
Grado clínico de hemofilia	
Leve	12.7
Moderada	28.9
Severa	58.4
Antecedentes familiares	
Si	53.2
No	46.8
Escolaridad	
Preescolar	2.9
Primaria	54.3
Secundaria	24.9
Preparatoria	12.7
Universidad	5.2
Deportes practicados	
Ninguno	59.5
Natación	28.3
Basquetbol	4.6
Futbol	1.7
Gimnasio	1.2
Natación interrumpida	4.6

Niveles de CVRS

Los pacientes reportaron una mayor puntuación general de CVRS ($M = 67.76$; $D.E. = 15.29$) en comparación con lo reportado por los padres ($M = 65.01$; $D.E. = 16.55$). Respecto a los puntajes reportados por los padres, el área con la media mayor fue la sa-

lud física ($M = 66.87$; $D.E. = 21.30$), seguida por el funcionamiento emocional ($\bar{x} = 66.18$; $D.E. = 18.89$). A su vez, el reporte de los pacientes indicó que la media más alta fue en el funcionamiento social ($M = 71.15$; $D.E. = 19.16$), seguida por la de la salud física ($M = 70.33$; $D.E. = 8.03$) (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en el PedsQL: comparación entre padres y pacientes.

Escala	Informe de los padres		Informe de los pacientes	
	M	D.E.	M	D.E.
Puntuación general	65.01	16.55	67.76	15.29
Salud física	66.87	21.30	70.33	18.03
Salud psicosocial	64.01	17.00	66.39	15.91
Funcionamiento emocional	66.18	18.89	68.03	18.84
Funcionamiento social	64.91	21.25	71.15	19.16
Funcionamiento escolar	60.95	22.49	60.00	21.96

Para analizar si había diferencias significativas entre la percepción de pacientes y los padres o tutores, se aplicó la prueba t de Student, de donde se vio que tales diferencias eran estadísticamente significativas en las escalas de funcionamiento físico ($t = 2.01$; $p = .031$) y funcionamiento social ($t = 3.09$; $p = .002$), así como en el puntaje total ($t = 1.962$; $p = .05$).

Niveles de dolor

Respecto a los niveles de dolor, se obtuvo una media de 1.75/10 en el dolor *que se siente ahora* ($D.E. = 2.59$) y una media de 2.59/10 ($D.E. = 3.06$) en el dolor *durante la semana*. Asimismo, emergieron diferencias estadísticamente significativas entre el reporte de los pacientes y el de sus pa-

dres ($F = 3.130$; $p = .001$; $F = 3.441$; $p = .001$, respectivamente).

Sobre la “*parte del cuerpo donde siente dolor*” en ambos reportes, las rodillas, tobillos y codos fueron las principales áreas mencionadas.

Correlaciones

Al aplicar la r de Pearson para analizar la asociación entre los puntajes de CVRS y el dolor reportado por los pacientes y sus padres, se encontraron correlaciones moderadas positivas y significativas en la mayoría de las áreas (Tabla 3), lo cual indica que hubo concordancia en lo reportado por unos y otros.

Tabla 3. Correlaciones reportadas por los pacientes y sus padres en el PedsQL y el Cuestionario de Dolor Pediátrico.

PedsQL	
Escala	r de Pearson
Funcionamiento físico	.412**
Funcionamiento emocional	.293**
Funcionamiento social	.274**
Funcionamiento escolar	.419**
Salud psicosocial	.387**
Salud total	.398**
Cuestionario de Dolor Pediátrico	
Dolor que siente ahora	.301**
Dolor que tuvo durante la semana	.338**
Parte del cuerpo donde siente dolor	.292**

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En lo que atañe al reporte de la percepción de los padres en el PedsQL, las principales correlaciones fueron entre la severidad del padecimiento y el funcionamiento físico ($r = -.214$; $p < 0.01$) y CVRS general ($r = -.162$; $p < 0.05$), así como entre el funcionamiento físico y las complicaciones ($r = -.225$; $p < 0.01$), lo que indica que cuanto mayor es la severidad del padecimiento y las complicaciones, un menor funcionamiento físico y CVRS hay.

Sobre el reporte de los padres en el Cuestionario de Dolor Pediátrico, se obtuvo una correlación positiva baja entre la edad y el dolor padecido en la semana ($r = .248$; $p < 0.01$), lo que señala que a mayor edad, mayor percepción de dolor. También se encontró una asociación débil entre el tipo de hemofilia y el dolor sufrido en la semana

($r = .199$; $p < 0.01$), que indica una asociación entre el tipo de hemofilia (B) y el dolor.

Por su parte, en lo reportado por los pacientes se destaca la presencia de correlaciones positivas significativas con la edad en el PedsQL, lo que significa que a mayor edad de los pacientes, mejor funcionamiento psicosocial ($r = .213$; $p < 0.01$), escolar ($r = .184$; $p < 0.05$) y emocional ($r = .176$; $p < 0.05$). A mayor severidad y mayor número de hospitalizaciones y complicaciones, menor será su funcionamiento físico. En cuanto al Cuestionario de Dolor Pediátrico se hallaron correlaciones positivas significativas entre la temporalidad del dolor con la edad y con el número de hospitalizaciones y complicaciones (Tabla 4), lo que indica que los pacientes de más edad, con más hospitalizaciones y complicaciones, reportan niveles mayores de dolor.

Tabla 4. Correlaciones reportadas por pacientes en el PedsQL y el Cuestionario de Dolor Pediátrico con variables sociodemográficas.

PedsQL						
Variable	F. físico	F. emocional	F. social	F. escolar	Salud psicosocial	Salud total
Edad	.109	.176*	.147	.184*	.213**	.189*
Severidad	-.169*	.020	-.137	-.069	-.079	-.123
Hospitalizaciones	-.150*	-.029	-.138	-.064	-.097	-.127
Complicaciones	-.166*	-.017	-.077	.098	.007	-.063
Cuestionario de Dolor Pediátrico						
Variable	Dolor ahora	Dolor en la semana				
Edad	.264**	.181*				
Hospitalizaciones	.158*	.033				
Complicaciones	.190*	.015				

Nota: F = funcionamiento. ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

DISCUSIÓN

Tal como se apuntó en el desarrollo del presente trabajo, los pacientes con hemofilia se enfrentan a diversas situaciones que pueden afectar su CVRS; sin embargo, en México no se ha hecho una suficiente investigación al respecto, por lo que el objetivo de aquél fue analizar la relación entre la percepción de dolor y la calidad de vida relacionada con la salud según los pacientes pediátricos con hemofilia y sus padres.

En primer lugar, se reportó que más de la mitad de los pacientes sufría hemofilia severa. Según Kelley y Narváez (2006), los niños con este nivel de hemofilia presentan al menos una hemorragia a la semana sin alguna lesión aparente. Tales hemorragias son causa de hospitalizaciones que en algunos casos llegan a derivar en intervenciones quirúrgicas (Villegas *et al.*, 2018; von Mackensen, 2018). Sumado a ello, la Federación Mundial de Hemofilia (2020) añade la sinovitis, la artropatía, los pseudotumores y las fracturas como las prin-

cipales causas de complicaciones. En el presente trabajo se observaron complicaciones u hospitalizaciones en un rango de uno a diez veces en el último mes, dato que se asemeja a lo reportado por los autores antecitados.

En su mayoría, los participantes reportaron recibir un tratamiento con factor; sin embargo, se obtuvieron datos de pacientes a los que se les había administrado crioprecipitados, lo que se considera un tratamiento obsoleto, aunque en ocasiones se utiliza por la falta de recursos de quienes sufren esta condición (Federación Mundial de Hemofilia, 2020; Kelley y Narváez, 2006; Osorio *et al.*, 2015; Prado y Osorio, 2022). Lo anterior tiene una relación directa con las secuelas físicas, ya que el paciente, al no contar con un tratamiento eficaz, puede padecer complicaciones graves que aumenten el dolor, generen secuelas permanentes y pongan en peligro su vida (Osorio *et al.*, 2015).

En cuanto a la práctica deportiva en pacientes con hemofilia y su importancia en la reducción del dolor, se han efectuado investigaciones como la de Schäfer *et al.* (2016), quienes afirman que el deporte promueve la producción de líquido sinovial, lo que reduce la posibilidad de una degeneración articular, brinda fuerza a los músculos y lubrica el cartílago para así reducir la rigidez y el dolor; de igual forma, afirman que los pacientes que practican deportes reducen la frecuencia de sangrados y muestran una mayor inclusión social. Pese a lo anterior, en el presente análisis se encontró que 40% de los pacientes practicaban diversas actividades deportivas, como natación, basquetbol, fútbol y gimnasia, pero no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre esa práctica y los niveles de dolor que reportaron en el Cuestionario de Dolor Pediátrico y en las diferentes áreas del PedsQL.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, se obtuvo una correlación negativa significativa entre el funcionamiento físico y la severidad y las complicaciones, coincidiendo así con lo hallado por Royal *et al.* (2002), quienes afirman que algunos factores que pueden afectar la CVRS de una persona con hemofilia son el estado de salud, el tratamiento (profiláctico *vs.* bajo demanda), el grado de severidad de la hemofilia, el número de hemorragias, la intensidad del dolor y la disminución de la movilidad.

Además, se obtuvo una correlación positiva entre la edad y el funcionamiento emocional y escolar, coincidiendo con los resultados de Williams *et al.* (2016), quienes también reportaron una correlación entre dichas variables; es decir, conforme aumenta la edad de los pacientes, sus niveles de funcionamiento emocional y escolar también aumentan, lo que les permitirá comenzar a participar en otras actividades.

Por otra parte, en esta muestra se halló una correlación positiva entre la edad y el dolor; así, a mayor edad de los pacientes, mayor dolor debido a daños articulares que hacen que con el tiempo aumenten las molestias, lo cual puede tener importantes efectos en la CVRS (Pérez y Buitrago, 2017; Villegas *et al.*, 2018)

Se encontró en la muestra que, en el caso de la CVRS, los padres, más que los propios pacientes, reportaban que estos tenían una menor calidad de vida y más dolor. Esto resulta de interés en virtud de que la diferente percepción de la calidad de vida y del dolor entre los padres y los pacientes mismos podría suscitar, por ejemplo, que aquellos prohíban a estos participar en ciertas actividades deportivas, generando así una posible limitación en la gama de actividades posibles y acentuando la sobreprotección de los menores. Lo anterior es semejante a lo reportado por Sarmiento *et al.* (2006), quienes señalan que los pacientes con hemofilia pueden afrontar diferentes problemas o riesgos, entre ellos los familiares y los socioeducativos. Los primeros abarcan la sobreprotección o el exceso de permisividad de los padres, lo que puede limitar el desarrollo de los pacientes en las actividades sociales, así como generar una escasa confianza en ellos mismos. En cuanto a los segundos, se incluyen las dificultades que pueden tener los pacientes al establecer relaciones de amistad o compartir juegos y actividades sociales, lo que es de gran importancia para su desarrollo.

Los hallazgos del presente estudio subrayan la importancia de llevar a cabo investigaciones en la población infantil y adolescente, toda vez que, tal como se observó, la percepción de dolor aumenta conforme crece la edad de los pacientes con hemofilia. En efecto, es pobre la investigación que se efectúa en este rango etario, y los resultados obtenidos muestran un panorama general de las necesidades crecientes de los pacientes, a la

vez que remarcan la importancia de incluir a los padres en las intervenciones.

Una de las limitaciones de esta investigación fue que los datos hallados provienen del centro del país (Ciudad de México y área metropolitana), por lo que los niveles de CVRS pueden no representar los de otras regiones. Otra es que, aunque este estudio es cuantitativo y permite obtener medidas objetivas y numéricas de las variables de interés, no hace posible conocer la experiencia percibida del dolor en los pacientes y en sus padres, información que sin duda es relevante.

Una propuesta para futuras investigaciones es profundizar en las razones de los pacientes para dejar de practicar deporte, así como indagar si hay una correlación entre la práctica deportiva y el dolor. Asimismo, analizar las técnicas que utilizan

los pacientes para el manejo de dolor y los factores que éstos y sus padres consideran que aumentan o disminuyen su CVRS. Así, al disponer de tales datos, el psicólogo de la salud puede intervenir mediante técnicas que disminuyan el dolor y promuevan una mejor CVRS; de igual manera, psicoeducar a los padres y pacientes en todo lo que concierne a este padecimiento, lo que puede incentivar a que se desarrollen los medios apropiados de capacitación para activadores físicos profesionales que trabajen con este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista metodológico, sería recomendable emprender un análisis funcional de las variables implicadas, complementándolo con un enfoque mixto que muestre una perspectiva más amplia del referido fenómeno.

Citación: Osorio-Guzmán, M., Hernández-Guillén, C.Y., Prado-Romero, C. y Bazán-Riverón, G.E. (2025). Percepción de dolor y calidad de vida en pacientes pediátricos con hemofilia. *Psicología y Salud*, 35(1), 41-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2948>

REFERENCIAS

- Buckner, T.W., Witkop, M., Guelcher, C., Sidonio, R., Kessler, C.M., Clark, D.B., Owens, W., Frick, N., Iyer, N.N. y Cooper, D.L. (2018). Impact of hemophilia B on quality of life in affected men, women, and caregivers-assessment of patient-reported outcomes in the B-HERO-S study. *European Journal of Haematology*, 100(6), 592-602. Doi: 10.1111/ejh.13055
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana (2016). *Reporte de hemofilia en México*. Recuperado de <http://www.hemofilia.org.mx/files/reportesobre-hemofilia-mexico.pdf>
- Federación Mundial de Hemofilia (2016). *Informe de la federación mundial de hemofilia sobre el sondeo mundial anual*. Recuperado de <https://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1717.pdf>
- Federación Mundial de Hemofilia (2020). *Guías para el tratamiento de la hemofilia*. Recuperado de <https://elearning.wfh.org/resource/guias-para-el-tratamiento-de-la-hemofilia/>
- Fernández R., C., Amigo V., I., Pérez Á., M. y Fernández H., J.R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Pirámide.
- García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *CES Psicología*, 1(1), 70-93.
- García A., J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(Suppl 1), 77-85.
- Hernández S, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Holstein, K., Klamroth, R., Richards, M., Carvalho, M., Pérez G., R. y Gringeri, A. (2012). European Haemophilia Therapy Standardization Board. Pain management in patients with haemophilia: a European survey. *Haemophilia*, 18(5), 743-752. Doi: 10.1111/j.1365-2516.2012.02808.x
- Humphries, T.J. y Kessler, C.M. (2013). The challenge of pain evaluation in haemophilia: can pain evaluation and quantification be improved by using pain instruments from other clinical situations? *Haemophilia*, 19(2), 181-187. Doi: 10.1111/hae.12023
- Kelley, A. y Narváez, L. (2006). *La crianza de un niño con hemofilia en América Latina*. Baxter. Recuperado de <https://www.kelleycom.com/wp-content/uploads/2018/09/RCHLA-Spanish.pdf>
- López R., F.J., Morales J., A., Ugarte E., A., Rodríguez M., L.E., Hernández T., J.L. y Sauza N., L.I.C. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, 18(54), 410-425.

- Osorio G., M., Olvera G., S., Bazán R., G.E. y Gaitán F., R.C. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud percibida por pacientes pediátricos con hemofilia y por sus padres. *Salud Pública de México*, 57(2), 112-114.
- Pérez, D. y Buitrago, C. (2017). Dolor en pacientes con hemofilia: evaluación y manejo en un centro hospitalario de cuarto nivel. Serie de casos. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(2), 24-29. Doi: 10.1016/j.rca.2017.08.007
- Prado R., C. y Osorio G., M. (2022). Adherencia terapéutica en hemofilia. Adaptación lingüística del VERITAS-Pro en población mexicana. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 38(2). Recuperado de <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/1667>
- Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. y Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
- Rambod, M., Forsyth, K., Sharif, F. y Khair, K. (2016). Assessment and management of pain in children and adolescents with bleeding disorders: a cross-sectional study from three haemophilia centres. *Haemophilia*, 22(1), 65-71. Doi: 10.1111/hae.12765
- Remor, E. (2011). Quality of life in hemophilia. En E. C. Rodríguez y L. A. Valentino (Eds.): *Current and future issues in hemophilia care*. Wiley Blackwell.
- Royal, S., Schramm, W., Berntorp, E., Giangrande, P., Gringeri, A., Ludlam, C., Kroner, B. y Szucs, T. (2002). European Haemophilia Economics Study Group. Quality-of-life differences between prophylactic and on-demand factor replacement therapy in European haemophilia patients. *Haemophilia*, 8(1), 44-50. Doi: 10.1046/j.1365-2516.2002.00581.x
- Sarmiento, S., Carruyo, C., Carrizo, E., Arteaga, M.V. y Vizcaíno, G. (2006). Funcionamiento social en niños hemofílicos. Análisis de encuesta para determinar factores psicopatológicos de riesgo. *Revista Médica de Chile*, 134, 53-59.
- Schäfer, G.S., Valderramas, S., Gomes A., R., Budib, M.B., Wolff, Á.L. y Ramos A., A. (2016). Physical exercise, pain and musculoskeletal function in patients with haemophilia: a systematic review. *Haemophilia*, 22(3), e119-129. Doi: 10.1111/hae.12909
- Varni, J.W., Seid, M. y Rode, C.A. (1999). The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 37(2), 126-139. Doi: 10.1097/00005650-199902000-00003
- Varni, J., Thompson, K. y Hanson, V. (1987). The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38. Doi: 10.1016/0304-3959(87)91056-6
- Villaruel R., M.B. y Lucio G., M.E. (2010). Propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4.0, en adolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 20(1), 5-12.
- Villegas, J., Martínez, L. y Jaramillo, L. (2018). Calidad de vida: un aspecto olvidado en el paciente con hemofilia. *Archivos de Medicina*, 18(1), 172-180.
- von Mackensen, S., Shah, J., Seifert, W. y Kenet, G. (2019). Health-related quality of life in paediatric haemophilia patients treated with rIX-FP. *Haemophilia*, 25(1), 45-53. Doi: 10.1111/hae.13624
- Walsh, M., Macgregor, D., Stuckless, S., Barrett, B., Kawaja, M. y Scully, M.F. (2008). Health-related quality of life in a cohort of adult patients with mild hemophilia A. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 6(5), 755-761. Doi: 10.1111/j.1538-7836.2008.02929.x
- Williams, V.K., Antoniou, G., Jackson, A., Atkins, A. (2016). Parents' perception of quality of life in their sons with haemophilia. *Journal of Paediatric Child Health*, 52(12), 1095-1098. Doi: 10.1111/jpc.13340
- Witkop, M., Neff, A., Buckner, T.W., Wang, M., Batt, K., Kessler, C.M., Quon, D., Boggio, L., Recht, M., Baumann, K., Gut, R.Z., Cooper, D.L. y Kempton, C.L. (2017). Self-reported prevalence, description and management of pain in adults with haemophilia: methods, demographics and results from the Pain, Functional Impairment, and Quality of life (P-FiQ) study. *Haemophilia*, 23(4) 556-565. Doi: 10.1111/hae.13214
- Young, G., Tachdjian, R., Baumann, K. y Panopoulos, G. (2014). Comprehensive management of chronic pain in haemophilia. *Haemophilia*, 20(2), e113-e120. Doi: 10.1111/hae.12349

Eficacia de una intervención cognitivo-conductual *online* para el autocuidado del pie en pacientes con diabetes

Efficacy of online cognitive-behavioral intervention for diabetic patients to improve foot care

Griselda García-Ávila¹, Maricela Osorio-Guzmán¹
y Ana Leticia Becerra-Gálvez²

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}

Autor para correspondencia: Griselda García Ávila, gris.ga096@gmail.com.

RESUMEN

El pie diabético es una de las complicaciones más comunes en las personas con diabetes, ya que aproximadamente 25% de las personas con este padecimiento sufrirán en algún momento de su vida una lesión en el pie, por lo que es necesario trascender de un modelo curativo a uno preventivo, en el que el eje primordial sean las conductas de autocuidado. Por ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual en línea acerca del conocimiento de la diabetes y la adquisición de conductas de autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Participaron seis personas en un rango de edad de 40 a 74 años ($M = 56.67$, D.E. = 12.32) y con diagnóstico de DMT2. La intervención se efectuó en un formato de taller *online* sincrónico en seis sesiones, a razón de dos por semana, cada una con una duración de dos horas, y empleando técnicas de psicoeducación, modelamiento, moldeamiento, encadenamiento, solución de problemas y autoinstrucciones. Los resultados indican que tanto el conocimiento relacionado con la enfermedad como las conductas de autocuidado del pie mostraron un incremento significativo al finalizar el taller, por lo que se concluye que las intervenciones basadas en la educación y la modificación conductual aplicadas en contextos digitales pueden favorecer la adquisición de conductas de autocuidado.

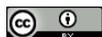
Palabras clave: Diabetes mellitus; Pie diabético; Autocuidado; Salud digital; Intervención cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Diabetic foot is one of the most common complications in people with diabetes, since approximately 25% of people with this condition will suffer a foot injury at some point in their lives. Moreover, it is necessary to transcend a curative model to a preventive one where the primary axis is self-care behaviors. Therefore, the present study aimed to evaluate the effectiveness of an online cognitive-behavioral program on knowledge of diabetes and the acquisition of self-care behaviors

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, 54090 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, correos electrónicos: gris.ga096@gmail.com y mosguz@gmail.com.

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente, Indeco II ISSSTE, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, correo electrónico: behaviormed.ana@gmail.com.



for the feet in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). Six people participated aged from 40 to 74 years ($M = 56.67$, $SD = 12.32$) with confirmed diagnosis of T2DM. The intervention involved a synchronous online workshop format along six, two-hour sessions weekly. The intervention included psychoeducation, modeling, shaping, chaining, problem-solving, and self-instructions. The results indicate that knowledge related to the disease and foot self-care behaviors increased at the end of the workshop. We conclude that interventions based on education and behavioral modification applied in digital contexts can promote self-care behaviors.

Key words: Diabetes mellitus; Diabetic foot; Self-care; Digital health; Cognitive-behavioral intervention.

Recibido: 24/02/2023

Aceptado: 11/10/2023

La diabetes mellitus (DM en lo sucesivo) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un estado hiperglucémico crónico-degenerativo que ocurre cuando el cuerpo no puede producir la suficiente cantidad de insulina o usarla eficazmente (International Diabetes Federation [IDF], 2019; Secretaría de Salud [SSA], 2018). En la clasificación, el tipo 2 (DMT2 en lo que sigue) corresponde a 90-95% de todos los tipos, y aparece cuando el individuo tiene una relativa deficiencia de insulina y una resistencia a la misma (American Diabetes Association [ADA], 2021).

En el mundo hay 537 millones de adultos de entre 20 y 79 años de edad que sufren diabetes. Entre los jóvenes de entre 20 y 24 años la prevalencia es de 2.2%, y de 24.0% en adultos mayores de entre 75 y 79 años. En cuanto al sexo, la prevalencia en las mujeres es de 10.2% y en los varones de 10.8% (IDF, 2021).

La enfermedad tiene múltiples complicaciones, como el pie diabético, el cual se caracteriza por ser el resultado de la neuropatía diabética, la insuficiencia vascular y la hiperglucemia constante, las que propician infecciones, úlceras, daños en

los tejidos e insensibilidad (Pereira *et al.*, 2018). En cuanto a su prevalencia, la IDF (2019) indica que el pie diabético aparece en un promedio mundial de 6.4% y de 13% en América del Norte, siendo más frecuente en los países de ingresos bajos y medios, como México. A tal efecto, esta condición repercute en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, genera ausentismo, incapacidad laboral y pérdida de años de vida saludable (Torres *et al.*, 2020). Del mismo modo, la recuperación es complicada dado el alto riesgo de infecciones o gangrena, que tienen consecuencias aún más graves, como la amputación o la muerte (Chen *et al.*, 2020).

En la prevención de tales complicaciones destacan dos elementos esenciales: el conocimiento sobre la enfermedad y las conductas de autocuidado (Bonner *et al.*, 2019; Caruso *et al.*, 2019). Este último elemento es definido por Riegel y Dickson (2008) como “un proceso racional que involucra comportamientos y toma de decisiones, resultado del conocimiento y los pensamientos” (p. 192). Al respecto, Marchand *et al.* (2018) y Sulistyó *et al.* (2018) indican que el autocuidado propicia que el paciente solucione diversos problemas relacionados con su enfermedad, aumente su calidad de vida y salud percibida, mejore su autonomía y reduzca la probabilidad de amputación, a la vez que se reducen los gastos económicos y los ingresos al hospital. Asimismo, cuando las personas que viven con el padecimiento conocen su enfermedad, es más probable que tengan comportamientos saludables, tomen más decisiones y asuman un papel activo para adquirir ciertas habilidades (Almutairi *et al.*, 2020; Gharaibeh y Tawalbeh, 2018).

Se han efectuado diversos estudios educativos y de modificación conductual en contextos hospitalarios y clínicos para mejorar las prácticas de autocuidado del pie en personas con DMT2; por ejemplo, Fan *et al.* (2014) desarrollaron una intervención educativa y de entrenamiento de habilidades en 50 pacientes de nacionalidad china con diabetes para mejorar las conductas de autocuidado del pie y la autoeficacia. Sus resultados indican que después de la intervención hubo cambios

estadísticamente significativos en el conocimiento del autocuidado del pie, la autoeficacia y las conductas de autocuidado en general.

En la misma línea, Elías y González (2018) llevaron a cabo un estudio cuasiexperimental con 72 personas nacionalidad mexicana diagnosticadas con DMT2 (40 en el grupo experimental y 32 en un grupo control) para evaluar una intervención educativa sobre el conocimiento y las conductas de autocuidado del pie. El grupo experimental recibió tres sesiones educativas basadas en acciones de autocuidado para prevenir el pie diabético. Los resultados indican que sólo el grupo experimental mejoró sus conocimientos y conductas de autocuidado.

En China, Li *et al.* (2019) implementaron una intervención educativa basada en folletos y videos sobre el autocuidado de los pies en 80 pacientes hospitalizados con retinopatía diabética. Los resultados revelan que después de la intervención la puntuación media de los participantes en la Diabetic Foot Self-care Behavior Scale aumentó de 54.19 ± 8.01 a 75.85 ± 5.04 , con diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest.

Dados los crecientes efectos de la tecnología, el aprendizaje en línea o basado en la red ha demostrado ser efectivo para el control metabólico, el autocuidado de la diabetes y la transmisión de conocimientos a través de dispositivos electrónicos (Sinclair *et al.*, 2015). Por tanto, se han efectuado numerosas intervenciones basadas en esa modalidad para mejorar las prácticas de autocuidado en personas diabéticas. Un ejemplo es el trabajo hecho por Hassan (2017), quien administró una intervención educativa sobre el conocimiento y autocuidado del pie a una muestra de 225 personas con DMT2. El estudio se compuso de dos fases: en la primera se proporcionó educación verbal y escrita sobre el pie diabético, sus complicaciones y conductas de autocuidado, y en la segunda se enviaron recordatorios a través de mensajes de texto sobre los comportamientos de

autocuidado de los pies. Los resultados muestran que tanto el conocimiento como las prácticas de autocuidado mejoraron de un modo importante tras la intervención.

De manera similar, Moradi *et al.* (2019) llevaron a cabo un estudio con un grupo control y un grupo experimental (cada uno con 80 participantes) para evaluar los efectos de una intervención educativa a través de mensajes de texto sobre el conocimiento y las prácticas de autocuidado de los pies en participantes iraníes con DMT2. Los resultados indicaron que ambas variables aumentaron significativamente en el grupo de intervención.

Ante la creciente demanda del uso de las nuevas tecnologías en el contextos de la salud, y atendiendo la necesidad de crear programas psicoeducativos y de cambio comportamental para las personas con DM, el objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual *online* sobre el conocimiento de la diabetes y la adquisición de conductas de autocuidado de los pies en pacientes con DMT2.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo-explicativo con diseño preexperimental de un solo grupo, con pretest-postest, lo que permite identificar cambios tras aplicar la intervención (Moreno *et al.*, 2014).

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística intencional, conformada por cinco mujeres y un varón en un rango de edad de 40 a 74 años ($M = 56.67$, $D.E. = 12.32$), cuyas características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1, siendo los criterios de inclusión ser personas con diagnóstico de DMT2, con una edad de 18 a 75 años, saber leer y escribir, contar con un dispositivo con conexión a internet y aceptar la firma de una carta de consentimiento informado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Datos demográficos	%	Datos demográficos	%
<i>Estado civil</i>		<i>Lugar de residencia</i>	
Soltero/a	16.6	Estado de México	16.60
Casado/a	83.3	Veracruz	33.33
		Ciudad de México	50.00
<i>Ocupación</i>		<i>Comorbilidades</i>	
Empleado/a	16.6	Hipertensión	66.66
Jubilado/a	16.6	Sobrepeso-obesidad	100.00
Desempleado/a	16.6		
Labores del hogar	50.0		
<i>Escolaridad</i>		<i>Historia de pie diabético</i>	
Primaria	16.60	Sí	16.60
Secundaria	33.33	No	83.30
Bachillerato	16.60		
Licenciatura	33.33		

Instrumentos

Cuestionario sobre conocimientos de la diabetes

Elaborado *ad hoc* por las presentes autoras, consta de dos secciones: datos sociodemográficos y 32 afirmaciones sobre la DM: síntomas, tratamiento, complicaciones y conductas de autocuidado, con dos opciones de respuesta: verdadero o falso. Por medio de un jueceo por expertos, se obtuvo una *V* de Aiken de 0.91, la cual ofrece evidencia de un alto grado de validez de contenido (Aiken, 1985).

Lista de chequeo

Elaborada asimismo por las presentes autoras, cuenta con treinta indicadores de conductas de autocuidado del pie en pacientes con DMT2, relacionados con higiene, inspección, calzado y cuidado de las uñas, donde se evalúa la ocurrencia y frecuencia de la conducta. Por medio del jueceo por expertos citado, se obtuvo una *V* de Aiken de 0.91.

Materiales

Infografías

Se emplearon infografías con dimensiones de 800 x 2000 px en formato png, realizadas en Canva®, abordándose los siguientes temas: factores de riesgo de la DMT2, síntomas, complicaciones,

factores de riesgo del pie, signos y síntomas de pie diabético, conductas de autocuidado (higiene, inspección, corte de uñas, elección de calzado), solución de problemas y autoinstrucciones.

Videos

En formato mp4 con duración aproximada de cinco minutos, dichos videos fueron elaborados en Animaker®, Canva® y Power Point®, siendo de dos tipos: informativos y modelado de conductas. En los primeros, se incluyeron temas como DMT2, hipoglucemia, hiperglucemia y pie diabético. En el segundo tipo se utilizaron modelos para mostrar cómo efectuar cada conducta de autocuidado.

Manual

Titulado *Cuidando mis pies, cuidando mi vida: Manual práctico para el adecuado cuidado de los pies*, este manual se elaboró en formato PDF, en Canva®, con seis secciones: “Presentación”, “Aprendamos sobre la diabetes”, “Hablemos de pie diabético”, “Cuidando mis pies”, “¿Problemas? Aprendamos a solucionarlos” y “¡Tome el control de su cuidado!”.

Autorregistros

En formato apropiado para identificar la ocurrencia o frecuencia de las conductas de autocuidado que se practican de manera semanal.

Sitio web

Titulado *Taller: Cuidando mis pies, cuidando mi vida*, diseñado en la plataforma de Google Sites², está conformado por nueve subpáginas en las que se alojaron los materiales del taller (infografías, videos y manual) para su descarga y consulta.

Procedimiento

La intervención se efectuó en un formato de taller *online* constituido por tres fases: en la primera, se

aplicó el cuestionario de conocimientos y la lista de chequeo de las conductas de autocuidado del pie y se explicaron las generalidades del taller. La segunda fase estuvo constituida por seis sesiones llevadas a cabo a través de la plataforma Zoom®, donde cada tema se abordó mediante una presentación oral, con ejemplos, videos explicativos, gamificaciones, actividades para desarrollar las técnicas y cuestionarios (Tabla 2). Por último, la tercera fase consistió en la clausura del taller y la aplicación de los instrumentos.

Tabla 2. Intervención cognitivo-conductual.

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnica empleada
1	Que el participante identifique generalidades de la diabetes.	Psicoeducación
2	Que el participante identifique generalidades sobre el pie diabético.	Psicoeducación
3	Que el participante aplique conductas de higiene e inspección de los pies.	Modelamiento Moldeamiento Encadenamiento
4	Que el participante aplique conductas de cuidado de las uñas y elección e inspección del calzado.	Modelamiento Moldeamiento Encadenamiento
5	Que el participante aplique solución de problemas para favorecer la realización de conductas de autocuidado del pie.	Solución de problemas
6	Que el participante aplique el control de estímulos y las autoinstrucciones para favorecer la realización de conductas de autocuidado del pie.	Control de estímulos Autoinstrucciones

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo cumpliendo con los estándares éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) en el tratamiento de los participantes en investigaciones con humanos, y se conformó de acuerdo a las disposiciones de la Declaración de Helsinki de 1995 (*cf.* Asociación Médica Mundial [AMM], 2017) y de sus modificaciones posteriores. Se siguió además lo estipulado en el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010). Se emplearon procedimientos psicoterapéuticos flexibles y con evidencia científica, y al ser un estudio desarrollado en medios digitales, se utilizaron plataformas con herramientas de seguridad, como el uso de contraseñas y cifrados.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25.0, para crear una base de datos con la información recolectada. Para evaluar las diferencias entre el pretest y el postest se aplicó la prueba de Wilcoxon, una herramienta apropiada para medir los cambios antes y después en grupos en los que cada sujeto funciona como su propio control (Siegel y Castellan, 1995), así como la *r* de Rosenthal (Rosenthal y Rubín, 1994) para evaluar el tamaño del efecto. Además, para determinar los cambios de cada participante, se calculó el índice de cambio clínico objetivo (CCO), que se considera clínicamente significativo cuando se obtiene un puntaje mayor o igual a .20 (Cardiel, 1994).

² Disponible en <https://sites.google.com/iztacala.unam.mx/autocuidopiediabetes/inicio>.

RESULTADOS

La descripción de los resultados de este estudio muestra las diferencias en el conocimiento y el autocuidado en el pretest y el postest, y después se describen los cambios en cada conducta de autocuidado antes y después de la intervención. En cada comportamiento, se evaluaron las conductas a incrementar, que son las siguientes:

Higiene: Utilizar agua tibia, revisar la temperatura del agua, lavar debajo y entre los dedos, usar una toalla exclusiva para los pies y utilizar crema hidratante.

Revisión del calzado: Utilizar calzado ligero, flexible y sin costuras interiores; utilizar zapatos de tacón de 2 a 3 cm en los varones y de 3 a 4 cm en las mujeres; utilizar zapatos cómodos y a la medida; revisar el interior de los zapatos con el tacto y la vista; cambiar los calcetines a diario; usar calcetines de fibra natural, sin costuras internas y a la medida.

Inspección de los pies: Examinar el dorso y la planta del pie; al revisar los pies tener apoyo; aplicar crema hidratante al encontrar callos pequeños; revisar las zonas entre los dedos; revisar los

pies una vez a la semana por lo menos; acudir al podólogo al encontrar callos gruesos.

Cuidado de las uñas: Cortar las uñas después del baño, utilizar tijeras de punta redonda, cortar las uñas horizontalmente, asistir al podólogo en caso de anomalías en las uñas, utilizar lima de cartón.

Conductas a decrementar:

Higiene: Aplicar crema entre los dedos y tallar después de secar los pies.

Revisión del calzado: Caminar descalzo.

Inspección de los pies: Curar las lesiones por sí mismo.

Cuidado de las uñas: Dejar menos de un milímetro en el borde superior.

En la Tabla 3 se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la evaluación pretest y la postest en cuanto al conocimiento ($z = -2.201$; $p < .05$) y las conductas de autocuidado ($z = -2.232$; $p < .05$), las que presentaron un incremento tras la intervención.

En la Tabla 4 se describen las diferencias entre la evaluación pretest y postest en cada conducta de autocuidado.

Tabla 3. Diferencias entre el pretest y postest en las variables conocimiento y autocuidado.

Variable	Pretest		Postest		z	p	r
	M	Mdn	M	Mdn			
Conocimiento	22.00	21.50	28.00	28.00	-2.201	.028*	-0.80
Autocuidado	16.50	17.50	23.00	23.50	-2.232	.026*	-0.91

Nota. M = Media; Mdn = Mediana; z = Valor de la prueba estadística; r = Valor del tamaño del efecto.

* Nivel de significancia: $p < .05$.

Tabla 4. Evaluación pretest y postest en cada conducta de autocuidado.

		Pre		Post		z	p	r
		M	Mdn	M	Mdn			
Conductas de higiene	Conductas por incrementar	12	5.50	22	21	-2.023	.043*	-0.826
	Conductas por decrementar	6.83	5	.50	0	-2.032	.042*	-0.829
Conductas de revisión de calzado	Conductas por incrementar	26.50	28.50	29.67	35.50	-2.032	.042*	-0.829
	Conductas por decrementar	.17	0	.17	0	.01	-----	-----

Continúa...

		Pre		Post		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
		M	Mdn	M	Mdn			
Conductas de inspección de los pies	Conductas por incrementar	4	4.5	5.3	5	-1.667	.096	----
	Conductas por decrementar	.67	1	.33	0	-1	.31	----
Conductas de cuidado de las uñas	Conductas por incrementar	2	2	3.17	3.50	-1.7	.08	----
	Conductas por decrementar	.33	0	.83	1	-1.73	.08	----

Nota. Pre = Pretest; Post = Posttest; M = Media; Mdn = Mediana; *z* = Valor de la prueba estadística de Wilcoxon; *r* = Valor del tamaño del efecto; *Nivel de significancia $p < .05$

En el caso de la higiene, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las conductas a aumentar ($z = -2.023$, $p < .05$, $r = -0.826$) y en las conductas a disminuir ($z = -2.032$, $p < .05$, $r = -0.829$).

Los comportamientos que presentaron el incremento más evidente fueron los de revisar la temperatura del agua y usar una toalla exclusiva para los pies, y a la vez, aplicar crema entre los dedos fue la práctica que más disminuyó.

En la revisión del calzado, sólo las conductas a incrementar mostraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la postevaluación ($z = -2.032$, $p < .05$, $r = -0.829$). Así, aumentaron en la postevaluación utilizar un calzado ligero, flexible y sin costuras interiores; utilizar zapatos cómodos y a la medida; revisar el interior de los zapatos con el tacto y la vista, y usar calcetines de fibra natural, sin costuras internas, principalmente. Por otra parte, caminar descalzo no tuvo cambios entre la evaluación inicial y la final ($z = 0$, $p > .05$), ya que no era una conducta que estuviera presente.

En relación con la inspección de los pies, no se hallaron diferencias estadísticamente significa-

tivas entre las evaluaciones en las prácticas por incrementar ($z = -1.667$, $p > .05$), ni en los comportamientos por decrementar ($z = -1$, $p > .05$). Las conductas que aumentaron de forma notoria fueron las de apoyarse al revisar los pies y aplicar crema hidratante al encontrar callos pequeños, en tanto que curar las lesiones por sí mismo disminuyó después de la intervención.

En el cuidado de las uñas no se encontraron diferencias que fuesen estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en las conductas por incrementar ($z = -1.7$, $p > .05$) ni en aquéllas a decrementar ($z = -1.73$, $p > .05$). En las prácticas que aumentaron en la evaluación final destacan las de utilizar limas de cartón y asistir al podólogo en caso de haber anomalías en las uñas, así como dejar menos de un milímetro en su borde superior.

Por otra parte, con la intención de conocer los cambios clínicos por participante, se empleó el CCO, el cual, tal como se observa en la Tabla 5, demuestra que la mitad de los participantes (1, 2 y 3) alcanzaron valores significativos positivos en sus conocimientos. Al mismo tiempo, en lo que se refiere al autocuidado, la totalidad de los participantes obtuvo valores significativos y positivos.

Tabla 5. Puntuaciones pretest y posttest del conocimiento y autocuidado.

Participantes	Conocimientos		CCO	Autocuidado		CCO
	Pretest	Posttest		Pretest	Posttest	
1	16	25	0.56*	18	23	0.27*
2	20	31	0.55*	19	24	0.26*
3	19	29	0.52*	17	25	0.47*
4	30	31	0.03	10	17	0.7*
5	23	25	0.08	15	22	0.46*
6	24	27	0.12	20	27	0.35*

Nota. cco: Cambio Clínico Objetivo. * cco $> .20$.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual en línea sobre el conocimiento de la diabetes y la adquisición de conductas de autocuidado de los pies en pacientes con DMT2. Para ello, se diseñó un programa basado en psicoeducación, modelamiento, moldeamiento, encadenamiento, control de estímulos, autoinstrucciones y solución de problemas, el cual se aplicó en una modalidad de taller *online* sincrónico a un grupo de seis pacientes, evaluando el conocimiento y las conductas de autocuidado del pie al inicio y término de la intervención. Los resultados mostraron diferencias grupales estadísticamente significativas y un cambio clínico objetivo entre el pretest y el postest.

En términos generales, el análisis grupal indicó que hubo un aumento del nivel de conocimiento y autocuidado del pie al finalizar el taller, por lo cual es posible afirmar que la intervención *online* sincrónica tuvo un efecto favorable y resultados similares a los obtenidos en estudios desarrollados en entornos clínicos y hospitalarios (Elías y González, 2018; Fan *et al.*, 2014; Li *et al.*, 2019) o a través de dispositivos móviles (Hassan, 2017; Moradi *et al.*, 2019).

En el análisis individual del conocimiento relacionado con el cuidado del pie, se observó que tres participantes obtuvieron un cambio clínico objetivo mayor a .20, lo que indica que, comparado con el puntaje inicial, mostraron un conocimiento significativo tras la intervención. El caso de los participantes que lograron un cambio clínico objetivo menor a .20 puede ser atribuido a dos motivos: su grado académico y edad; en efecto, quienes lograron puntajes altos desde la evaluación inicial tenían un mayor nivel educativo, a la inversa de quienes habían alcanzado un menor grado académico y tenían más edad. Estos resultados están en línea con lo que señalan Hu *et al.* (2013) y Sari *et al.* (2020), quienes proponen que los pacientes con mayor conocimiento de la enfermedad tienen niveles más altos de educación y son más jóvenes.

En contraste con lo anterior, en lo que concierne al autocuidado, todos los participantes obtuvieron un cambio clínico objetivo significativo;

es decir, adquirieron, modificaron o incrementaron sus conductas para cuidar los pies después de la intervención. Este hallazgo es similar a lo reportado en otros estudios, que indican que los programas basados en las técnicas de modificación conductual benefician las prácticas de autocuidado (Cradock *et al.*, 2017; Pan *et al.*, 2020). En el caso del autocuidado del pie, Paton *et al.* (2021) señalan que las técnicas educativas, las de entrenamiento en habilidades y las de persuasión y reestructuración ambiental favorecen el conocimiento, cambian el comportamiento y mejoran la salud de los pies, información que se corrobora en el presente trabajo.

La mayoría de los participantes fueron mujeres, lo que puede explicarse porque tienden a identificarse como personas que requieren hacer ajustes en el estilo de vida y adoptar conductas de autocuidado por su enfermedad, y porque son a la vez quienes hacen más uso de los servicios sanitarios y asisten con más frecuencia a los grupos educativos, de apoyo o de salud (Elías y González, 2018). La asistencia del participante masculino puede explicarse por su historia de pie diabético. De acuerdo con Matricciani y Jones (2015), las personas con lesiones previas modifican su percepción de riesgo, y por ende es más probable que asistan a los programas de educación en salud y se comprometan con su cuidado.

Por otro lado, el presente estudio aporta evidencia sobre la eficacia de una intervención cognitivo-conductual que, al llevarse a cabo en medios digitales, hace posible reducir los costos, tener un mayor alcance geográfico y posibilitar que personas con una movilidad limitada participen en las intervenciones para su salud. Es por ello que la instrumentación de talleres como el aquí descrito aumenta la probabilidad de comprender la enfermedad y de mostrar una mayor adherencia a las conductas de autocuidado, esenciales para la prevención del pie diabético, una de las principales complicaciones en esta población.

Aunado a lo anterior, el formato sincrónico favorece la interacción en tiempo real entre los participantes y el profesional de la salud, lo que facilita el intercambio de información, experiencias y aclaraciones, así como el moldeamiento verbal en cada sesión. Lo anterior concuerda con

lo propuesto por Vedhara *et al.* (2012), quienes apuntan que las intervenciones grupales en la diabetes promueven el aprendizaje a partir de la experiencia de otros, al igual que el sentimiento de afrontar retos semejantes en la experiencia de la enfermedad. Asimismo, el comunicar la información y aclarar dudas en el mismo momento afecta favorablemente el conocimiento (Fan *et al.*, 2014). Como es posible notar, los programas digitales sincrónicos favorecen el que los pacientes con DMT2 adquieran un rol activo en el control de su enfermedad, amplíen sus redes de apoyo, logren mejoras en el autocuidado y reduzcan la frecuencia de ingresos hospitalarios (Hanlon *et al.*, 2017; Verhoeven *et al.*, 2010).

En consideración a las limitaciones del estudio, algunos pacientes manifestaron tener dificultad para cumplir con las actividades por su escaso dominio de los equipos tecnológicos, motivo por el cual fue necesario destinar algunos minutos de las sesiones para capacitarlos en estas herramientas, o bien para modificar la estrategia didáctica. Por lo tanto, en el caso de las intervenciones digitales se sugiere agregar sesiones para la adquisición de habilidades para el uso de las plataformas, incluir tutoriales en video y considerar como un

requisito de participación el apoyo de familiares o cuidadores con conocimientos digitales.

Además de lo anterior, resulta necesario continuar con la investigación e incluir nuevas variables, tanto fisiológicas como psicológicas. En las primeras, partiendo de la premisa de que un eje fundamental en el autocuidado de la DM y la prevención de complicaciones es el control glucémico (Caruso *et al.*, 2019), se sugiere por consiguiente incluir el monitoreo de los niveles de glucosa; en cuanto a los factores psicológicos, valdría la pena valorar las creencias ya que, en palabras de Gale *et al.* (2008), si estas contradicen las prácticas de autocuidado, los pacientes podrían llevar a cabo comportamientos de riesgo, como caminar descalzos, por ejemplo. También es necesario considerar ciertas evaluaciones de largo plazo que hagan posible valorar si los comportamientos adquiridos se mantienen en el tiempo.

A manera de conclusión, el pie diabético es una de las principales complicaciones crónicas de la DMT2, la que sin embargo puede prevenirse utilizando la modificación conductual, en la que la educación y el entrenamiento de habilidades específicas son la clave para la adquisición de prácticas saludables.

Citación: García-Ávila, G., Osorio-Guzmán, M. y Becerra-Gálvez, A.L. (2025). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual *online* para el autocuidado del pie en pacientes con diabetes. *Psicología y Salud*, 35(1), 51-61. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2949>

REFERENCIAS

- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of Railings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142. Doi: 10.1177/0013164485451012
- Almutairi, N., Hosseinzadeh, H. y Gopaldasani, V. (2020). The effectiveness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: a systematic review of RCTs. *Primary Care Diabetes*, 14(1), 12-20. Doi: 10.1016/j.pcd.2019.08.009 1751-9918
- American Diabetes Association (2021). Diabetes care. Standards of medical care in diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 44. Recuperado de https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2020/12/09/44.Supplement_1.DC1/DC_44_S1_final_copyright_stamped.pdf
- Asociación Americana de Psicología (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. APA. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Asociación Médica Mundial (2017). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. AMM. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bonner, T., Guidry, J. y Jackson, Z. (2019). Association between foot care knowledge and practices among African Americans with type 2 diabetes: an exploratory pilot study. *Journal of the National Medical Association*, 111(3), 256-261. Doi: 10.1016/j.jnma.2018.10.004

- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). Interamericana-McGraw Hill.
- Caruso, R., Reborá, P., Dellafiore, F., Fabrizi, D., Riegel, B., Ausili, D. y Di Mauro, S. (2019). Clinical and socio-demographic determinants of inadequate self-care in adults with type 1 diabetes mellitus: the leading role of self-care confidence. *Acta Diabetológica*, 56(2), 151-161. Doi: 10.1007/s00592-018-1259-z
- Chen, H., Cai, C. y Xie, J. (2020). The effect of an intensive patients' education program on anxiety, depression and patient global assessment in diabetic foot ulcer patients with Wagner grade ½. A randomized, controlled study. *Medicine*, 99(6), 1-10. Doi: 10.1097/MD.00000000000018480
- Cradock, K.A., ÓLaighin, G., Finucane, F.M., Gainforth, H.L., Quinlan, L.R. y Ginis, K.A.M. (2017). Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-17. Doi: 10.1186/s12966-016-0436-0
- Eliás A., D. y González, L. (2018). Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. *Aquichan*, 18(3), 343-354.
- Fan, L., Sidani, S., Cooper, A., Metcalfe, K. (2014). Improving foot self-care knowledge, self-efficacy, and behaviors in patients with type 2 diabetes at low risk for foot ulceration: A pilot study. *Clinical Nursing Research*, 20(2), 1-16. Doi: 10.1177/1054773813491282
- Gale, L., Vedhara, K., Searle, A., Kemple, T. y Campbell, R. (2008). Patients' perspectives on foot complications in type 2 diabetes: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58(553), 555-563.
- Gharaibeh, B. y Tawalbeh, L.I. (2018). Diabetes self-care management practices among insulin-taking patients. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 553-565. Doi: 10.1177/1744987118782311
- Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D. y Pinnock, H. (2017). Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: a systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5) 1-36. Doi: 10.2196/jmir.6688
- Hassan, Z.M. (2017). Mobile phone text messaging to improve knowledge and practice of diabetic foot care in a developing country: feasibility and outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 23(s1), 1-6. Doi: 10.1111/ijn.12546
- Hu, J., Gruber, K.J., Liu, H., Zhao, H. y Garcia, A.A. (2013). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 51-60. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04273.x
- International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9th ed.). IDF. Recuperado de <https://www.diabetesatlas.org>
- International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes* (10th ed.). IDF. Recuperado de https://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2022/01/IDF_Atlas_10th_Edition_2021-comprimido.pdf
- Li, J., Gu, L. y Guo, Y. (2019). An educational intervention on foot self-care behaviour among diabetic retinopathy patients with visual disability and their primary caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2506-2516. Doi: 10.1111/jocn.14810
- Marchand, C., Margat, A., Decache, C., Van, G., M'Bemba, J., Schuldiner, S., Martini, J., Parer, C., Gagnayre, R., Lombrail, P., François d'Ivernois, J. y Hartemann, A. (2018). Evaluation of two therapeutic patient education programs for prevention of diabetic foot ulcers. *Education Therapeutic du Patient*, 10, 2-8. Doi: 10.1051/tpc/2018004
- Matricciani, L. y Jones, S. (2015). Who cares about foot care? Barriers and enablers of foot self-care practices among non-institutionalized older adults diagnosed with diabetes: an integrative review. *The Diabetes Educator*, 41(1), 106-117. Doi: 10.1177/0145721714560441
- Moradi, A., Alavi, S.M., Salimi, M., Noughjah, S. y Shahvali, E.A. (2019). The effect of short message service (SMS) on knowledge and preventive behaviors of diabetic foot ulcer in patients with diabetes type 2. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research y Reviews*, 13(2), 1255-1260. Doi: 10.1016/j.dsx.2019.01.051
- Moreno, D., López, M.R., Cepeda, M.L., Alvarado, I.R. y Plancarte, P. (2014). *El proceso de investigación. Diseños de investigación* (2^a ed.). UNAM.
- Pan, X., Wang, H., Hong, X., Zheng, C., Wan, Y., Buys, N., Yongqing, Z. y Sun, J. (2020). A group-based community reinforcement approach of cognitive behavioral therapy program to improve self-care behavior of patients with type 2 diabetes. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00719
- Paton, J., Abey, S., Hendy, P., Williams, J., Collings, R. y Callaghan, L. (2021). Behaviour change approaches for individuals with diabetes to improve foot self-management: a scoping review. *Journal of Foot and Ankle Research*, 14(1), 1-14. Doi: 10.1186/s13047-020-00440-w
- Pereira, N., Suh, H. y Hong, J. (2018). Úlceras del pie diabético: Importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. *Revista Chilena de Cirugía*, 70(6), 535-543. Doi: 10.4067/s071840262018000600535
- Riegel, B. y Dickson, V.V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Rosenthal, R. y Rubin, D.B. (1994). The counter null value of an effect size: A new statistic. *Psychological Science*, 5(6), 329-334. Doi: 10.1111/j.1467-9280.1994.tb00281.x

- Sari, Y., Upoyo, A.S., Isworo, A., Taufik, A., Sumeru, A., Anandari, D. y Sutrisna, E. (2020). Foot self-care behavior and its predictors in diabetic patients in Indonesia. *BMC Research Notes*, 13(1), 1-6. Doi: 10.1186/s13104-020-4903-y
- Secretaría de Salud (2018). *Panorama epidemiológico 2018. Enfermedades no transmisibles*. México: SS. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/Panorama_OMENT_2018.pdf
- Siegel, S. y Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta* (4ª ed.). Trillas.
- Sinclair, P., Kable, A. y Levett-Jones, T. (2015). The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 13(1), 52-64. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.011
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Sulistyo, A.A., Sia, W. y Maneewat, K. (2018). The effect of a foot care camp on diabetic foot care knowledge and the behaviours of individuals with diabetes mellitus. *Journal of Research in Nursing*, 23(5), 416- 425. Doi: 10.1177/1744987118765903
- Torres M., A., Ruben C., C., Torres R., J., Francisco M.G., Ó., .Catrip T., J. e Hinojosa B., C. (2020). Estado actual, costos económicos y sociales del pie diabético y las amputaciones en la población mexicana. *Revista Mexicana de Angiología*, 48(2). Doi: 10.24875/RMA.20000019.
- Vedhara, K., Beattie, A., Metcalfe, C., Roche, S., Weinman, J., Cullum, N., ... y Chalder, T. (2012). Development and preliminary evaluation of a psychosocial intervention for modifying psychosocial risk factors associated with foot re-ulceration in diabetes. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 323-332. Doi: 10.1016/j.brat.2012.02.013
- Verhoeven, F., Tanja-Dijkstra, K., Nijland, N., Eysenbach, G. y van Gemert- Pijnen, L. (2010). Asynchronous and synchronous teleconsultation for diabetes care: a systematic literature review. *Journal of diabetes science and technology*, 4(3), 666-684. Doi: 10.1177/193229681000400323

Descripción clínica y tratamiento del trastorno del espectro autista: una revisión teórica

A clinical description and treatment of autism spectrum disorder: a theoretical review

Claudia Marcela Arana-Medina y John Jairo García-Peña

Universidad Católica Luis Amigó¹

Autor para correspondencia: John Jairo García Peña, john.garciape@amigo.edu.co.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el trastorno del espectro autista teniendo en cuenta sus características neurocognitivas, según los manuales diagnósticos estadísticos para las enfermedades mentales, y en particular profundizar en el tratamiento a partir de los diversos modelos de intervención descritos teóricamente en los últimos veinte años. El estudio se efectuó tras una revisión documental de diferentes enfoques conceptuales y clínicos sobre la etiología e intervención de este síndrome. Se resaltan los procedimientos psicoeducativos, dado que es un problema de interés actual de la neuropsicología y la psicopedagogía. Como conclusión, se evidencia no sólo la necesidad de mostrar el estado del arte del trastorno, sino poner a discusión la obligatoriedad de desarrollar y probar protocolos integrales e interdisciplinarios para su tratamiento.

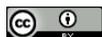
Palabras clave: Trastorno del espectro autista; Descripción diagnóstica; Tratamiento; Interdisciplinariedad.

ABSTRACT

The objective of the present study was to characterize the autism spectrum disorder in terms of its neurocognitive characteristics, according to the statistical diagnostic manuals for mental illnesses. In particular we sought to examine this scope so as to deepen the treatment from various intervention models theoretically described in the last 20 years. The study stemmed from a specialized literature review of different conceptual and clinical approaches to the etiology and intervention of this syndrome. Psychoeducational procedures received emphasis since they are of contemporary interest to neuropsychology and psychopedagogy. In conclusion, it seems evident not only the need to show a state-of-the-art on this disorder but also the obligation to develop and test comprehensive and interdisciplinary protocols for its treatment.

Key words: Autism spectrum disorder; Diagnostic description; Treatment; Interdisciplinarity.

¹ Transversal 51ª N° 67B90, tel. 57(604)448-76-66, Medellín, Colombia, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3660-9526> y <http://orcid.org/0000-0001-8390-5945>, correos electrónicos: arana.marcela@gmail.com y john.garciape@amigo.edu.co.



Recibido: 13/02/2023

Aceptado: 11/10/2023

El autismo se refiere a un conjunto de alteraciones heterogéneas en el neurodesarrollo que comienzan en la infancia y permanecen durante toda la vida. Las principales alteraciones cognitivas implican trastornos en la comunicación y la interacción social y afectiva; a su vez, se evidencia un desorden general en los comportamientos, los intereses y las actividades de la vida cotidiana.

Es importante tener en cuenta que, en la actualidad, el constructo teórico clásico de autismo ha cambiado significativamente en sus descripciones originales; en efecto, ya no se habla de una categoría estática, sino de una categoría dinámica y multidimensional porque afecta múltiples dimensiones vitales, por lo cual algunos autores modernos, como Farmer *et al.* (2014), Hill *et al.* (2015), Bonilla y Chaskel (2016), Gutiérrez (2016), Coy y Martín (2017), Falla y Ortega (2019) y Robles *et al.* (2019), entre muchos otros, han llegado al consenso de usar el término *trastorno del espectro autista* (TEA en lo sucesivo), dada la variabilidad de la afectación cognitiva, relacional y del lenguaje.

La prevalencia mundial de dicho síndrome se estima en alrededor de 1%, presentándose con más frecuencia en hombres que en mujeres, en una relación de 4 a 1. A ese respecto, se ha observado que las mujeres con autismo tienden a expresar un mayor compromiso cognitivo, evidenciado en problemas atencionales, pobre desarrollo mental y baja o nula empatía (André *et al.*, 2020; Marín *et al.*, 2016).

Tanto los hombres como las mujeres con TEA se caracterizan por un perfil cognitivo particular, de tal forma que pueden evidenciarse alteraciones en la cognición y en la percepción social, además de disfunción ejecutiva. Los perfiles descritos se centran en un desarrollo neuronal anormal en el que la genética, en interacción con factores ambientales, desempeña un papel clave en su etiología (Bonilla y Chaskel, 2016).

Para establecer un perfil neurocognitivo de este síndrome se requiere de un proceso de evaluación interdisciplinario, en el que participen médicos pediatras, neurólogos, neuropsicólogos, psicó-

logos y pedagogos, de modo que puedan evaluarse exhaustivamente cada una de las dimensiones vitales comprometidas, como la fisiológica y la cognitiva, el componente afectivo emocional, el neurodesarrollo y las áreas educativa y social. De esta manera, es posible determinar de forma integral la existencia de cada uno de los síntomas y el nivel en que aparecen.

Del diagnóstico hay que decir que se recomienda una detección temprana, la cual es esencial para una intervención oportuna, la que debe centrarse en trabajar en el proceso de la adaptación al entorno del sujeto con dicho el síndrome, centrándose en el desarrollo de las habilidades requeridas para una comunicación básica y la adquisición de habilidades sociales (Cabrera, 2007; Gutiérrez, 2016; Millá y Mulas, 2009; Robins *et al.*, 2001; Vargas y Navaz, 2012; Vázquez *et al.*, 2017).

En Colombia, la Liga Colombiana de Autismo (LICA), impulsada por la Organización Mundial del Autismo, advierte acerca de la necesidad de una detección precoz del TEA en los servicios sanitarios de atención primaria y en los entornos educativos. LICA, a la luz de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014), promueve acciones públicas que reconocen a las personas autistas como sujetos de derecho, a fin de optimizar su calidad de vida. En efecto, es imperativo reconocer las necesidades específicas de las personas con TEA.

Como espectro clínico, este síndrome es multidimensional y singular; es decir, el TEA no se puede generalizar en virtud de que cada caso es único y particular; así, el autismo, independientemente de su grado de severidad, varía de un sujeto a otro en sus manifestaciones sociales, de comunicación, forma de ser de cada persona, manera de pensar y reacciones comportamentales en los diversos contextos.

Es necesario comprender que en el TEA, independiente de su singularidad, se manifiestan síntomas que dificultan y hasta obstaculizan las relaciones familiares, sociales, escolares y ocupacionales, constituyéndose en uno de los trastornos graves que afectan el desarrollo desde edades tempranas; por consiguiente, es necesario insistir en que la detección precoz es la mejor oportunidad para efectuar intervenciones que logren mejorar la calidad de vida de quienes lo presentan, así como

la de aquellos que acompañan a la persona, pues una de las ganancias significativas de un diagnóstico rápido y oportuno es optimizar la capacidad de adaptación.

MÉTODO

Esta investigación teórica aborda el TEA con el propósito de caracterizarlo neurocognitivamente y profundizar en el concepto en cuanto a sus niveles de gravedad, diagnóstico, tratamiento y modelos de intervención, descritos teóricamente en los manuales diagnósticos estadísticos para las enfermedades mentales y en los diversos estudios que aquí se refieren.

Para ello, se utilizaron diferentes bases de datos, como EBSCO, RedALYC, SCIELO y SCOPUS, de los que se obtuvieron 57 artículos, que se clasificaron como artículos de revisión, artículos de investigación, guías, libros y documentos, todos ellos incorporados en fuentes indizadas, publicados en los últimos veinte años y centrados temáticamente en las características clínicas del TEA y en su tratamiento, pues este último ha sido bastante complejo en términos de su eficacia y efectividad, lográndose así evidenciar diferentes posturas teóricas en la caracterización, diagnóstico e intervención, de las cuales se resaltan las más relevantes.

Hallazgos y discusión

Factores etiológicos y descripción diagnóstica.

Las descripciones diagnósticas aceptadas por la comunidad científica en el campo de la medicina psiquiátrica, la neurología y la psicología están contenidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V) (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) y el CIE 10 (acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (Organización Mundial de la Salud, 2022)). Estos manuales diagnósticos contienen descripciones del síndrome acordes con los avances científicos. Debe considerarse que, en cuanto a los trastornos mentales, la investigación avanza constantemente y que evoluciona en la medida en la que se van conociendo los síntomas a mayor profundidad.

En el caso particular del TEA, tal como señalan Bonilla y Chaskel (2016) y Chandler *et al.* (2018) tras revisar las descripciones propuestas por el DSM en sus distintas ediciones a través del tiempo, ha habido diversas definiciones y sintomatología. Por ejemplo, en el DSM-I (1952) y en el DSM-II (1968) el autismo era considerado como un síntoma psicótico que configuraba el cuadro esquizofrénico. En el DSM-III (1980) cambió el enfoque diagnóstico de los trastornos mentales, que hasta entonces eran considerados estados psicológicos y que a partir de este momento se definieron como categorías de enfermedad. Este cambio permitió que se introdujera el término “autismo infantil”.

Con la publicación del DSM III-R (1987), el autismo se mantuvo en la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo, aunque se suprimió el citado término de “autismo infantil” de este grupo, reemplazándolo por el de “trastorno autista”, pues se consideró que los síntomas persistían aun en la etapa adulta. Después, con la publicación del DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000), se conceptualizó el trastorno del autismo bajo tres categorías diagnósticas: alteración en la interacción social; alteración en la comunicación, y patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

Finalmente, el DSM-V (2013) ubica el síndrome en una sola categoría denominada “trastornos del espectro autista”, o TEA, reemplazando así el término “trastornos generalizados del desarrollo”. Luego entonces, cuatro de los cinco subtipos vigentes en el DSM-IV-TR se agrupan en esta categoría diagnóstica: trastorno autista, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En este orden de ideas, en las nuevas clasificaciones se eliminan los diagnósticos de Asperger, el desintegrativo infantil y el de síndrome de Rett, los cuales se clasificaban como trastornos del neurodesarrollo, distintos del denominado autismo. Así, queda abarcado en este único trastorno el TEA. Autores como Scaler-Scott (2015) indican que la clasificación del DSM-V (2013) pasa de ser una aproximación categorial del autismo a una conceptualización con perspectiva multidimensional, teniendo en cuenta múltiples variables que se conjugan a partir de la aparición de los signos tempranos.

En cuanto a la descripción diagnóstica, un importante cambio es que la edad de inicio ya no se encuentra especificada en los criterios; únicamente se establece que los síntomas comienzan durante la primera infancia (de 1 a 7 años). Al diagnosticar el trastorno, el clínico debe especificar los términos generales y el nivel de gravedad en el que se encuentra el sujeto evaluado.

Causas del TEA

Respecto a la etiología del TEA, las hipótesis más aceptadas se basan en teorías neurocientíficas y genéticas, aunque aún no se ha logrado identificar un modelo que precise su etiología y fisiopatología. Diversos estudios han mostrado alteraciones neurobiológicas y genéticas asociadas, así como factores epigenéticos y ambientales involucrados (Posar y Visconti, 2017; Reynoso *et al.*, 2017; Wing, 1997).

Se han encontrado anomalías en el trazado electroencefalográfico y trastornos convulsivos hasta en 20-25% de los pacientes con autismo. También se referencian altas tasas de epilepsia, las cuales sugieren un papel fundamental de los factores neurobiológicos en la génesis del autismo (Parellada *et al.*, 2014).

En los estudios que utilizan neuroimágenes funcionales y estructurales y técnicas electrofisiológicas, los hallazgos moleculares y genéticos han evidenciado que el TEA se caracteriza por una conectividad neuronal atípica, más que por una alteración en áreas precisas, aunque no se ha establecido claramente tal asociación. Por otra parte, técnicas como la resonancia magnética cerebral han mostrado un aumento global del tamaño del cerebro en el autismo (Ghacibeh y Fields, 2015).

En este orden de ideas, se han documentado alteraciones neuroquímicas relacionadas con el autismo, como una elevación de los niveles periféricos de serotonina, y también se ha encontrado una reducción en la expresión del ácido gamma-aminobutírico, o GABA (Yang *et al.*, 2015).

McConachie *et al.* (2009) estudiaron el papel que cumplen la oxitocina y la vasopresina en la génesis de esta condición debido a la relación de estas hormonas con las conductas sociales y de vínculo, alteradas en el TEA.

Respecto a los aportes de las teorías genéticas, se ha documentado que los estudios efectuados con gemelos han encontrado que el autismo tiene una alta heredabilidad (más de 80%). No obstante, es evidente un grado alto de heterogeneidad en los reportes que muestran alrededor de mil genes implicados en esta condición (Volkmar *et al.*, 2004).

Asimismo, se ha asociado la etiología del autismo con ciertas vacunas, pero los estudios han confirmado que no se evidencia relación alguna entre ambos. Desde 1998 se han realizado múltiples estudios enfocados a determinar la relación de las vacunas con el TEA, sin lograr confirmar el hallazgo del doctor Andrew Wakefield² (*cf.* Bonilla y Chaskel, 2016; Roque, 2004).

Características clínicas y diagnóstico del TEA

Las alteraciones más evidentes en un niño con TEA se centran, en primer lugar, en el desarrollo del lenguaje, tanto en su aspecto expresivo como comprensivo, lo que genera dificultades para su adaptación social (Accardo y Malow, 2015; Staal, 2015). En segundo lugar, se evidencian particularidades en sus intereses; la motivación para las tareas de la vida cotidiana es limitada y restringida, lo que implica problemas de comportamiento (Salvadó *et al.*, 2005). En el nivel conductual se reportan también comportamientos estereotipados y compulsivos, e incluso en algunos diagnósticos se observan comorbilidades con el trastorno obsesivo (Staal, 2015), en el mismo orden de ideas se encuentran también otras comorbilidades, como es el caso de la epilepsia (Accardo y Malow, 2015; Ghacibeh y Fields, 2015; Mannion y Leader, 2014).

Otras alteraciones características que pueden guiar el diagnóstico son las siguientes: incapacidad para pronunciar su nombre y para llevar a cabo un seguimiento visual; poco o nulo interés por el grupo familiar, e intención comunicativa pobre o nula. A medida que el niño se desarrolla, las habilidades cognitivas se muestran en un nivel inferior o por debajo de las esperadas para su edad (Carrascón, 2019; Etchepareborda, 2001; Hernández *et al.*, 2015).

² Por tal afirmación, al doctor Wakefield se le impidió ejercer la medicina en Gran Bretaña (N. del E.).

Sin embargo, las características clínicas del TEA varían de manera significativa, pues se ha documentado suficientemente que la gravedad y los síntomas difieren de un individuo a otro, y en ocasiones el síndrome puede pasar desapercibido cuando los niños se encuentran levemente afectados por el trastorno (Millá y Mulas, 2009).

Sin embargo, la medicina y la psiquiatría han definido unos signos de alarma en el niño que vale la pena tener en cuenta para realizar un diagnóstico oportuno, y de igual manera una intervención eficaz. Tales signos de alarma los constituyen las expresiones conductuales que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Signos de alarma y expresiones conductuales.

EXRESIÓN CONDUCTUAL	EDAD
No sonrío o muestra otras expresiones que denote placer.	A partir de los 6 meses.
No responde a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones.	A partir de los 9 meses.
No balbucea.	A los 12 meses.
No hace gestos sociales o no responde ante estos, como señalar, mostrar o decir adiós con la mano, entre otros.	A partir de los 12 meses.
No pronuncia palabras sencillas.	A partir de los 16 meses.
No expresa frases espontáneas de al menos dos palabras con sentido (no ecolalia).	A partir de los 24 meses.
Finalmente, manifiesta pérdidas del lenguaje o de la habilidad social.	A cualquier edad.

Cualquiera de estos signos debe considerarse como una señal de alerta para analizar la necesidad de una evaluación médica-pediátrica, neurológica y neuropsicológica que confirme o descarte la presencia del TEA, pues la detección temprana permite que el tratamiento comience prontamente, posibilitando así una mejor adaptación del niño al entorno (Hernández *et al.*, 2015; Mulas *et al.*, 2010).

Todas estas manifestaciones aparecen en los primeros meses de vida; sin embargo, es importante tener en cuenta que el diagnóstico no debe realizarse antes de los 2 años de edad a fin de permitir la expresión de ciertas características en el proceso del neurodesarrollo infantil (McGrew *et al.*, 2007). En la Tabla 2 se muestran los criterios diagnósticos definidos por el DSM-V (2013) para el diagnóstico del TEA.

Tabla 2. Criterios diagnósticos y niveles de gravedad.

Criterio diagnóstico	Niveles de gravedad
1. Alteraciones persistentes en la comunicación y la interacción social en múltiples contextos, manifestadas actualmente o en sus antecedentes*.	N3 alta gravedad N2 moderada gravedad N1 baja gravedad
2. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes síntomas, actuales o pasados: movimientos estereotipados, utilización persistente de objetos o habla estereotipada o invariable, insistencia en la monotonía, adherencia inflexible a rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal, intereses sumamente restringidos y fijos o estáticos, atípicos en cuanto a su intensidad o foco de interés, e hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales*.	N3 alta gravedad N2 moderada gravedad N1 baja gravedad
3. Los síntomas están presentes en las primeras fases del período de desarrollo.	N3 alta gravedad N2 moderada gravedad N1 baja gravedad
4. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, escolar, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual y cotidiano.	N3 alta gravedad N2 moderada gravedad N1 baja gravedad
5. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.	N3 alta gravedad N2 moderada gravedad N1 baja gravedad

* Se debe especificar la gravedad presente, que se basa en deterioros de la comunicación y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

Estos criterios se clasifican en niveles de gravedad, los cuales se encuentran establecidos entre el nivel 3 y el 1, y analizados respecto a la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos. El nivel 3 está caracterizado por una alta gravedad y el nivel 1 por una gravedad disminuida.

Finalmente, es importante que, respecto al diagnóstico, los síntomas pueden ser similares a los de otros trastornos, por lo cual es imprescindible hacer un diagnóstico diferencial. Tener clínicamente esa claridad posibilita reconocer lo específico de cada caso. Tal ocurre, por ejemplo, con el mutismo selectivo y los trastornos de lenguaje, de comunicación, de movimientos estereotipados, déficit de atención con hiperactividad y discapacidad intelectual.

En este sentido, en cuanto al TEA se ha cambiado su descripción clínica, se ha avanzado en la comprensión de su etiología y se han avalado nuevas explicaciones neurocientíficas que pueden aclarar tanto su diagnóstico como su pronóstico (Matson y Jang, 2014).

Tratamiento

Respecto al tratamiento, es importante tener en cuenta, como se ha venido afirmando, que las dificultades que caracterizan a los sujetos que padecen el síndrome comienzan a evidenciarse, en su mayor parte, en las fases tempranas del desarrollo infantil, en particular cuando las funciones cerebrales superiores, tales como la capacidad de comprender a los demás, la comunicación y el lenguaje, la comprensión de símbolos y la flexibilidad cognitiva, hacen su aparición para hacer posible la adaptación al entorno (Rogers y Vismara, 2008).

En el tratamiento de un niño con esta condición no sólo se hace necesario seleccionar métodos para su “corrección” o “habilitación”, sino además procesos que vayan encaminados a intervenir en la familia y la escuela, que son finalmente los entornos en los cuales el niño se desenvuelve, y para ello se requiere un asesoramiento y supervisión constantes (Mulas *et al.*, 2010; Posar y Visconti, 2017).

Para el tratamiento del TEA no se encuentra aún un protocolo integral que abarque tanto los aspectos fisiológicos como neurocognitivos, emocionales y psicoeducativos; sin embargo, se han hecho algunos avances significativos que se exponen a continuación.

Entre las recomendaciones actuales en cuanto al tratamiento del TEA, está un acercamiento integral que reconozca su multidimensionalidad; en esta vía, se ha visto que, independientemente del modelo de atención, se debe promover una continua psicoeducación que capacite a quienes forman parte de los contextos inmediatos del sujeto autista. Debe tenerse un enfoque interdisciplinario y estructurado. Además, debe tenerse en cuenta el contexto del sujeto y su núcleo familiar para comprender los comportamientos que impiden la adaptación de aquél (Bonilla y Chaskel, 2016; Falla y Ortega, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015; Posar y Visconti, 2017).

Se ha encontrado asimismo que para los niños con autismo en edad preescolar o escolar se hace necesario intervenir especialmente en las dificultades del comportamiento; por lo tanto, el uso de la farmacoterapia es fundamental para controlar en particular los comportamientos relacionados con la hiperactividad y la impulsividad (Falla y Ortega, 2019). En el caso de los adolescentes, la intervención debe centrarse en aumentar su independencia, de modo que desarrollen una cierta autonomía; en este aspecto, el apoyo de la familia, padres y hermanos es fundamental (Posar y Visconti, 2017).

Modelos de intervención

Intervenciones psicodinámicas

Estas intervenciones se basan en una apuesta psicoterapéutica. Hoy día, tales psicoterapias, tras un tiempo de haber perdido vigencia, vuelven a ser tomadas en cuenta por el reconocimiento que otorgan a las vivencias subjetivas de la persona afectada por una sintomatología específica. Este enfoque concibe el TEA como una alteración del lenguaje simbólico causada por un compromiso afectivo que puede analizarse en la historia del

sujeto, lo que hace posible reparar una afectación emocional secundaria a la falta o alteración del vínculo afectivo con sus figuras parentales, específicamente con la figura materna (Ramírez, 2010).

Entre los tratamientos fundamentados en este modelo se encuentran la *holding therapy*, el *gentle teaching* y el *Pheraplay*. Este enfoque tiene en su contra que, hasta este momento, no se ha demostrado que el autismo tenga una causa psicológica; sin embargo, los tratamientos contemporáneos retoman cada vez más algunas técnicas psicoterapéuticas, como la sociabilidad, el relacionamiento afectivo, la atención o lo lúdico, las que exigen comprender el TEA como una parte de un entorno familiar y social (Peralta, 2015).

Intervenciones biomédicas

Respecto a los modelos biomédicos, se han elaborado protocolos de tratamiento relacionados con el uso de medicamentos y la modificaciones de la dieta para tratar los síntomas más representativos del autismo; sin embargo, ninguno ha demostrado un nivel contundente de efectividad (Christison e Ivany, 2006).

Las intervenciones biomédicas suponen dos tipos de autismo según su origen: el *sindrómico*, dentro del cual se encuentran ciertas alteraciones cromosómicas, esto es, cambios en el número de copias de alguno de los cromosomas no sexuales y alteraciones mendelianas o monogénicas, producidas por alteraciones en la secuencia de ADN de un solo gen, y el *autismo no sindrómico*, que sustenta el efecto poligénico con heterogeneidad genética (defectos en diferentes genes que pueden generar un mismo fenotipo) y heterogeneidad alélica (defectos en el mismo gen que pueden generar distintos fenotipos) que afecta la diferenciación neuronal y la sinaptogenia entre el tercer y el séptimo mes de vida intrauterina (Arberas y Ruggieri 2019).

Otras propuestas teóricas que cuentan con evidencia empírica, como los estudios neuroquímicos de Parellada *et al.* (2014) y Yang *et al.* (2015), dan cuenta de alteraciones en los sistemas serotoninérgico, gabaérgico, catecolaminérgico y colinérgico, entre otros, sin especificidad o valor diagnóstico. Parellada *et al.* (2014) encontraron que el TEA se diagnostica con mayor frecuencia en los hombres

y que su etiología tiene que ver con anomalías del metabolismo de la metionina y el glutatión compartidas por sus padres, lo que sugiere un origen genético para estas anomalías, siendo el gen del receptor de tirosina quinasa un buen candidato para producir el TEA.

Asimismo, se ha encontrado evidencia celular, anatómica, fisiológica, farmacológica, genética y conductual que habla de una falla del sistema de la oxitocina en una etapa temprana del desarrollo. Quattrocki y Friston (2014) suponen que una fisiopatología temprana en dicho sistema podría interrumpir la asimilación de señales interoceptivas y exteroceptivas en los modelos generativos del “yo”. Estos déficits primarios podrían afectar la capacidad del niño para dar prominencia a las señales socialmente relevantes en el medio ambiente y alterarían la atenuación sensorial necesaria para una regulación homeostática adecuada.

Farmacoterapia

Este enfoque es un efecto de las intervenciones biomédicas. No se enfoca en trabajar con los síntomas nucleares del autismo, pero utiliza medicamentos para tratar los síntomas y las enfermedades que suelen asociarseles, como la epilepsia, los trastornos de conducta o las alteraciones del sueño. Fármacos como la risperidona y el ácido valproico, por ejemplo, han mostrado ser efectivos para el control sintomatológico (Mulas *et al.*, 2005). La risperidona reduce la agresividad, la ansiedad y la impulsividad y mejora la conducta social. También hay estudios que reportan el uso de la clomipramina para controlar los comportamientos repetitivos y obsesivos, o de la venlafaxina, que mejora la socialización. La fluoxetina y la sertralina han mostrado efectividad en las conductas repetitivas y los intereses restrictivos. El citalopram, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, ha demostrado reducir la ansiedad y la agresividad, sin variar las conductas obsesivas y compulsivas en niños con TEA de primer nivel, y tiene una buena tolerancia (Blacher *et al.*, 2003; Parellada *et al.*, 2014; Yang *et al.*, 2015).

Medicina complementaria y alternativa

En cuanto a la medicina alternativa, se han reportado algunos estudios que recomiendan el manejo del TEA mediante dietas sin gluten ni caseína dado

que se ha sugerido que los péptidos de estas sustancias pueden tener alguna participación en los orígenes del autismo, y que la fisiología y psicología de este trastorno pueden explicarse por medio de la excesiva actividad opioide vinculada a dichos péptidos. Un estudio mixto, exploratorio, descriptivo y transversal de Audisio *et al.*, (2013), efectuado con 30 padres de niños con autismo que hicieron una dieta libre de gluten y de caseína, revela a través de una encuesta estructurada los cambios y mejoras de los síntomas clásicos del autismo tras la implementación de dicha dieta, como alteraciones gastrointestinales, hiperactividad, interacción social y contacto ocular.

Por otra parte, que no se apliquen vacunas –en especial de la triple viral– termina siendo un riesgo más que un beneficio, pues la evidencia científica ha confirmado que ninguno de los estudios realizados para establecer la relación entre vacunas, quelantes y suplementos vitamínicos han corroborado una asociación causal con el TEA (Calderón y Calderón, 2000).

Intervenciones psicoeducativas

El ámbito psicoeducativo se refiere a establecer espacios que ofrecen procesos formativos sobre los estilos de vida y el manejo de hábitos adecuados para mejorar las condiciones cotidianas de las personas con TEA. La mayoría de las intervenciones psicoeducativas se centran en los supuestos de la psicología, como las teorías del aprendizaje y la interacción social de construcción conjunta. Dichas intervenciones se basan en enseñar nuevos comportamientos y habilidades a los niños, adolescentes o personas adultas con TEA y sus familias, usando para ello técnicas especializadas y estructuradas (Ojea, 2004). A continuación, según dicho autor, se señalan algunos de los procesos psicoeducativos más utilizados.

Intervenciones evolutivas

Tales intervenciones contribuyen a desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, así como en desarrollar habilidades funcionales y motoras para la vida diaria.

Intervención conductual

Generalmente se efectúan de manera sistemática, con base en los principios de la teoría del aprendizaje, para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas objetivo; así, se centran en lecturas, habilidades académicas y técnicas de atención, habilidades prosociales, de comunicación y de la vida diaria. El propósito fundamental de este tipo de intervención es establecer nuevas conductas mediante un aprendizaje que finalmente reduzca las actitudes y comportamientos desadaptados.

Una apuesta significativa en la psicoeducación la plantean Coy y Martín (2017) en un estudio en el que emplearon técnicas artísticas como herramientas pedagógicas en un proceso con jóvenes autistas escolarizados que duró un año. Dichos autores observaron mejorías en sus habilidades comunicativas y sociales, poniendo en evidencia una tendencia que se ha venido utilizando en los últimos años, y que ahora, a partir de los lineamientos de la OMS (2014), se ha posicionado, y es la integración social, escolar y laboral de la población con TEA.

A principios de este siglo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2007) elaboró una guía para la atención y promoción para la inclusión de niños menores de 6 años con autismo, y autores como Robins *et al.* (2001), Höher y Alves (2009), y más recientemente Silva y Lara (2021), han subrayado la necesidad de la integración familiar y la inclusión social, escolar y laboral para mitigar el aislamiento de quienes padecen TEA, a fin de que se instauren espacios públicos en los que convivan niños y adultos con TEA y sus familias, empleando para ello estrategias educativas, ocupacionales, sociales y artísticas, de tal forma que se potencien las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo de competencias sociales y de autosuficiencia.

La oportunidad de interactuar con los pares es la base para dar calidad a su desarrollo. De este modo, la convivencia compartida en la escuela del niño o el adolescente con autismo a partir de su inclusión en la enseñanza común da la oportunidad de establecer contactos sociales que favorecen no sólo su desarrollo, sino el de los otros niños, en la medida en que estos últimos conviven y aprenden

de las diferencias. No obstante, se han identificado diversas dificultades que han señalado los agentes educativos para atender este tipo de características inclusivas en el aula, tales como la falta de orientación, de estructura y de recursos pedagógicos. Además, en las instituciones educativas hay escaso conocimiento y un cierto temor de las personas con TEA (Falla y Ortega, 2019; Höher y Alves, 2009).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo que se hace presente en la infancia y que acompaña a la persona durante toda su vida. Cada caso es singular, pues varía de un sujeto a otro en sus manifestaciones sociales y de comunicación, en la forma de ser de cada persona, en su manera de pensar y en sus reacciones comportamentales.

Asimismo, es un trastorno con múltiples variaciones según su grado de severidad en las diferentes categorías diagnósticas; además, puede manifestar comorbilidad con otros trastornos, razón por la cual es necesario hacer un diagnóstico diferencial para precisar un plan de tratamiento oportuno y eficaz.

Frente al proceso de intervención del TEA, aún no se tiene claridad en cuanto a un proceso terapéutico sistemático que erradique los síntomas; sin embargo, entre más pronto se realice la evaluación y la intervención, mejores resultados se tendrán en la disminución y control de los síntomas y la adaptación social.

Para obtener un perfil neurocognitivo completo se requiere un proceso interdisciplinario de

evaluación en el que participen médicos pediatras, neurólogos, neuropsicólogos, psicólogos y pedagogos, de tal manera que pueda evaluarse exhaustivamente cada una de las múltiples áreas comprometidas, como la fisiológica, la cognitiva, la social y la educativa, así como el neurodesarrollo y el componente afectivo-emocional.

Se debe efectuar una evaluación integral del niño con sospecha de TEA considerando varios elementos para determinar su nivel de funcionamiento y establecer así un diagnóstico adecuado. El objetivo principal del tratamiento del TEA es minimizar sus características principales y los déficits asociados, y así obtener una mejor calidad de vida con la mayor independencia que sea posible. El abordaje y manejo de los TEA no únicamente deben ir enfocados a la persona afectada, sino también a su familia.

En relación con la inclusión social, escolar y laboral de las personas con autismo, hay evidencias que apuntan a los beneficios que se logran al ofrecerles la oportunidad de interactuar con sus pares en relaciones inclusivas.

En el proceso de intervención, sin lugar a dudas estrategias como la terapia ocupacional, el fomento de destrezas artísticas y de inclusión social, la rehabilitación neuropsicopedagógica que incluya terapias de integración sensorial y, obviamente, la tradicional psicoterapia conductual o psicodinámica son acciones enfocadas al establecimiento o la rehabilitación de las habilidades sociales necesarias en esta población de manera constante y permanente. Así, el acompañamiento y el compromiso familiar, al igual que la detección temprana del trastorno, marcarán la pauta en el proceso de intervención en el TEA.

Citación: Arana-Medina, C.M. y García-Peña, J.J. (2025). Descripción clínica y tratamiento del trastorno del espectro autista: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 35(1), 63-73. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2950>

REFERENCIAS

- Accardo, J. y Malow, B. (2015). Sleep, epilepsy, and autism. *Epilepsy & Behavior*, 47, 202-206.
- André, T., Valdez, C., Ortiz, R. y Gámez, M. (2020). Prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura. *Jóvenes en la Ciencia*, 7. Recuperado de <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3204/2695>
- Arberas, C. y Ruggieri, V. (2019). Autismo. Aspectos genéticos y biológicos. *Medicina Buenos Aires*, 79(1) (Suplemento Autismo: aspectos-geneticos y biológicos).

- Asociación Psiquiátrica Americana (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM III-R*. Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (Trad. R. Restrepo). APA.
- Audisio, A., Laguzzi, J., Lavanda, I., Leal, M., Herrera, J., Carrazana, C. y Cilento, C. (2013). Mejora de los síntomas del autismo y evaluación alimentaria nutricional luego de la realización de una dieta libre de gluten y caseína en un grupo de niños con autismo que acuden a una fundación. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(3), 39-47. Doi: <http://doi.org/cm2r>
- Blacher, J., Kraemer, B. y Schalow, M. (2003). Asperger syndrome and high functioning autism: research concerns and emerging foci. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(5), 535-542.
- Bonilla M., F. y Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. Curso Continuo de Actualización de Pediatría. *Sociedad Colombiana de Pediatría*, 15(1). <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/2.-Trastorno-espectro.pdf>
- Cabrera, D. (2007). Generalidades sobre el autismo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 208-220.
- Calderón G., R. y Calderón S., R. (2000). Terapias de controversia o polémicas en los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 31(4), 368-375. Doi: <https://doi.org/10.33588/rn.3104.2000251>
- Carrascón C., C. (2019). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. Actualización en Pediatría. AEPap (ed.). *Congreso de Actualización Pediatría* (pp. 333-336). Lúa Ediciones. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._333-336_senales_de_alerta_de_los_tea.pdf
- Chandler, R.J., Russell, A. y Maras, K.L. (2018). Compliance in autism: Self-report in action. *Autism*, 23(4), 1005-1017. Doi: 10.1177/1362361318795479
- Christison, G. e Ivany, K. (2006). Elimination diets in autism spectrum disorders: any wheat amidst the chaff? *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 27(2), 162-171. Doi: 10.1097/00004703-200604002-00015
- Coy G., L. y Martín P., E. (2017). Habilidades sociales y comunicativas a través del arte en jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA). *Estudios Pedagógicos*, 43(2), 47-64.
- Etchepareborda, M. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Revista de Neurología clínica*, 2(1), 175-192.
- Falla, D. y Ortega R, R. (2019). Los escolares diagnosticados con trastorno del espectro autista y víctimas de acoso escolar: una revisión sistemática. *Psicología Educativa*, 25(2), 77-90.
- Farmer, C., Butter, E., Mazurek, M., Cowan, C., Lainhart, J., Cook, E.H., ... Aman, M. (2014). Aggression in children with autism spectrum disorders and a clinic-referred comparison group. *Autism*, 19, 281-291. Doi: 10.1177%2F1362361313518995
- Ghacibeh, G. y Fields, Ch. (2015). Interictal epileptiform activity and autism. *Epilepsy & Behavior*, 47, 158-162.
- Gutiérrez R., K. (2016). Identificación temprana de trastornos del espectro autista. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(3), 238-247.
- Hernández, O., Risquet, D. y León, M. (2015). Algunas reflexiones sobre el autismo infantil. *Medicentro Electrónica*, 19(3). Recuperado de <file:///D:/Posgrados/art%C3%ADculos%20propios/Art%20Marce%202022/Art%20Autismo%202022/1343-5070-1-PB.pdf>
- Hill, A., Zuckerman, K. y Fombonne, E. (2015). Epidemiology of autism spectrum disorders (Chapter 2). En M. A. Robinson-Agramonte (Ed.): *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (pp. 12-38). Springer-Cham. Doi: 10.1007/978-3-319-16321-5
- Höher, S. y Alves, C. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia y Sociedade*, 21(1). 65-74.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2007). *Orientaciones pedagógicas para la atención y la promoción de la inclusión de niñas y niños menores de 6 años con autismo*. Bogotá: ICBF. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-autismo-5.pdf>
- Liga Colombiana de Autismo (LICA) (s.f.). Recuperado de <https://ligautismo.org/#:~:text=LICA%20realiza%20un%20trabajo%20 constante,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida>
- Mannion, A. y Leader, G. (2014). Epilepsy in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(4), 354-361.
- Marín, F., Esteban, Y. e Yturralde, S. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 47(4), 7-26.
- Matson, J. y Jang, J. (2014). Conceptualizing skills that are most critical in diagnosing autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(8), 968-973.
- McConachie, H., Barry, R., Spencer, A., Parker, L., Le Couteur, A. y Colver, A. (2009). The challenge of developing a regional database for autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 94(1), 38-41.
- McGrew, S., Malow, B., Henderson, L., Wang, L., Song, Y. y Stone, W. (2007). Developmental and behavioral questionnaire for autism spectrum disorders. *Pediatric Neurology*, 37(2), 108-116. Doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2007.04.013
- Millá, M. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), 47-52. Doi: 10.33588/rn.48S02.2009020

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). *Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista*. Bogotá: Autor.
- Mulas, F., Etchepareborda, M., Hernández, s., Abad, L., Téllez M., M. y Mattos, L. (2005) Bases neurobiológicas de los trastornos específicos de la comunicación (espectro autista). *Revista de Neurología*, 41(1), 149-153.
- Mulas, F., Ros C., G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L. y Téllez M., M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Ojea R., M. (2004). *El espectro autista: Intervención psicoeducativa*. Redined: Red de Información Educativa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11162/60899>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *67ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. WHA67.8: Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista*, 13-17. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=35
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10* (4ª ed. elect.). OMS.
- Parellada, M., Penzol, M., Pina, L., Moreno, C., González V., E., Zalsman, G. y Arango, C. (2014). The neurobiology of autism spectrum disorders. *European Psychiatry*, 29(1), 11-19.
- Peralta M., M. (2015). *El autismo desde dos enfoques: el modelo médico y el modelo psicoanalítico*. Tesis inédita de licenciatura. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49986>
- Posar, A. y Visconti, P. (2017). Actualización en los trastornos del espectro del autismo. *Revista de Toxicomanías*, 80, 3-13.
- Quattrocki, E. y Friston, K. (2014). Autism, oxytocin and interoception. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 410-430. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414002395>
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 221-230.
- Reynoso C., Rangel, M. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Robins, D., Fein, D., Barton, M. y Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. Doi: 10.1023/a:1010738829569
- Robles L., L., Hernández B., L., Peña R., B., De la Rosa A., T. y Guadarrama O., P. (2019). Trastorno del espectro autista: una revisión para el médico de primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 26(4), 150-157. Doi: 10.22201/fac-med.14058871p.2019.4.70790
- Rogers, S. y Vismara, L. (2008) Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 8-38. Doi: 10.1080/15374410701817808
- Roque V., A. (2004). Autismo y vacunas pediátricas. *VacciMonitor*, 13(2), 1-10.
- Salvadó S., B., Palau B., M., Rosendo M., N., Orpí P., C., Valls S., A. y Muñoz Y., J. (2005). *Deteccão precoce de transtornos do espectro do autismo. Guia médico e neuropsicológico para o autismo*. Cornellà de Llobregat: Fundació Autisme Mas Casadevall.
- Scaler-Scott, K. (2015). Dysfluency in autism spectrum disorders. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 193, 239-245.
- Silva C., F. y Lara P., L. (2021). Intervención de integración sensorial en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 197-205. Doi: 10.5354/0719-5346.2016.41947
- Staal, W. (2015). Autism, DRD3, and repetitive and stereotyped behavior: An overview of the current knowledge. *European Neuropsychopharmacology*, 25(9), 1421-1426.
- Vargas, M. y Navaz, W. (2012). Autismo infantil. *Revista Cúpula*, 26(2), 44-58. Recuperado de <https://docplayer.es/12786283-Autismo-infantil-maria-jesus-vargas-baldares-wendy-navas-oro-zco.html>
- Vázquez V., LL., Moo R., C., Meléndez B., E., Magriñá L., J. y Méndez D., N. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(5). Recuperado de <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75061>
- Volkmar, F., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. y Klin A, (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 135-170. Doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00317.x
- Wing, L. (1997). The autistic spectrum. *The Lancet Choice*, 350(9093), 1761-1766. Doi: 10.1016/s0140-6736(97)09218-0
- Yang, C., Liu, C., Sang, B., Zhu, X. y Du, Y. (2015). The combined role of serotonin and interleukin-6 as biomarker for autism. *Neuroscience*, 284, 290-296.

Evaluación de comportamientos preventivos del COVID-19 a través del Modelo de Creencias de la Salud

Preventive behaviors assessment for COVID-19 through the Health Belief Model

Vianney Daianee Fernández-Iglesias y Rosario Román-Pérez

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.¹

Autor para correspondencia: Rosario Román Pérez, rroman@ciad.mx.

RESUMEN

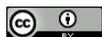
El Modelo de Creencias de la Salud (MCS) ha sido ampliamente utilizado desde hace décadas para explicar y predecir el comportamiento saludable de las personas y se ha mantenido vigente en los estudios sobre padecimientos actuales, como el COVID-19. Aunque su utilidad se ha comprobado desde entonces, la complejidad de las decisiones sobre los comportamientos preventivos plantea la necesidad de examinar sus alcances en el caso de personas de edad avanzada por ser las de mayor riesgo. *Objetivo:* Analizar los hallazgos de estudios efectuados en distintos países utilizando el MCS para la prevención del virus SARS-CoV-2. *Método:* Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed de los años 2020 al 2022, empleando para ello cualquiera de las siguientes palabras: *health belief model, preventive behavior, older adults* y *COVID-19 pandemic*. Se desplegaron 187 resultados, de los cuales 12 cumplieron con los criterios de inclusión. *Resultados:* En algunos trabajos se asociaron las variables sociodemográficas con el cuidado de la salud; en otros, se halló que el uso de medios cibernéticos influye en la cantidad de información, y que el cumplimiento de medidas preventivas se ve afectado por el costo o la escasez de los insumos. *Discusión:* En futuros estudios se propone considerar la dimensión sociocultural, la perspectiva de género y el uso de la metodología cualitativa para analizar las creencias de las personas adultas mayores.

Palabras clave: Modelo de Creencias de la Salud; COVID-19; Prevención; Adultos mayores.

ABSTRACT

The Health Belief Model (HBM) has been widely used since the 1950s to explain and predict human behavior related to health. This model remains valid in studies on some current conditions such as COVID-19. Although its usefulness is widely accepted, the complexity of decisions on preventive behaviors raises the importance of examining its relevance in the older adult population due to their high risk of developing severe disease symptoms. Objective: To analyze the findings of studies conducted in different countries using the MCS to prevent the SARS-CoV-2 virus. Method: A systematic review was conducted on the PubMed database from 2020 to 2022 through the keywords: health belief model, preventive behavior, older adults, and COVID-19 pandemic. Over 187 articles were retrieved, of which 12 fulfilled the inclusion criteria. Results: Some studies linked sociodemographic variables with health care; others found that online media influences the amount of information,

¹ CIAD, Miguel Alemán 13, 83157 Hermosillo, Son., México, tel. +52(66)22-56-62-03.



and preventive behavior is affected by the cost or lack of health supplies. Discussion: Future studies should consider the sociocultural dimension, the gender perspective, and the use of qualitative methodology to analyze the beliefs of older adults.

Key words: Health Belief Model; COVID-19; Prevention; Older adults.

Recibido: 07/03/2023

Aceptado: 16/10/2023

El modelo de creencias de la salud (MCS en lo que sigue), creado por Rosenstock (1974) hace varias décadas, ha sido de los más utilizados para predecir y explicar la adopción de comportamientos saludables durante los períodos de crisis sanitarias por su alto nivel de predictibilidad y capacidad de explicar lo que las personas hacen o dejan de hacer para prevenir las situaciones aversivas, así como evaluar el efecto de programas y acciones de educación para la salud. Las dimensiones que lo conforman, de acuerdo con su autor, son las siguientes: 1. *Susceptibilidad percibida*, que es la evaluación individual sobre la probabilidad de contraer una enfermedad. 2. *Gravedad o severidad percibida*, referida a la consideración de iniciar o no un tratamiento una vez que se ha adquirido una condición médica. 3. *Costes y beneficios percibidos* en relación con las ganancias y pérdidas al llevar a cabo medidas protectoras. 4. *Autoeficacia*, que es la percepción que tiene la persona sobre las posibilidades de realizar con éxito un comportamiento. 5. *Claves para la acción*, que pueden ser internas (síntomas experimentados al desencadenarse la enfermedad) o externas (conversaciones con otras personas e información proporcionada por los medios de comunicación que influyen en la toma de decisiones); y 6. *Factores modificadores*, que incluyen las características demográficas y elementos culturales que repercuten en los actos de las personas. Esta última dimensión resulta de particular importancia en tanto que considera el contexto y contribuye a interpretar la influencia de las creencias, así como la valoración que hace una persona de la efectividad y posibilidad de llevar a cabo distintas acciones encami-

nadas a la prevención, diagnóstico y control de un padecimiento (Rosenstock, 1974).

No obstante el tiempo transcurrido desde que se comenzó a utilizar este modelo en investigaciones que buscan predecir las conductas para el cuidado de la salud, se mantiene vigente ya que su pertinencia ha sido comprobada con distintos comportamientos y padecimientos en diversas poblaciones. De ahí que en los estudios recientes sobre la prevención del SARS-CoV-2 se siga aplicando. Sin embargo, la complejidad de las decisiones que las personas toman para ejecutar o no una determinada acción preventiva de daños a su salud no ha posibilitado tener un panorama claro que permita al sector salud diseñar programas con enfoque interdisciplinario dirigidos a mitigar contagios en futuras crisis sanitarias.

El COVID-19 desencadenó numerosas consecuencias en todo el mundo, una de las cuales fue la elevada tasa de mortalidad y el desarrollo de síntomas graves en personas adultas mayores. En el caso de este grupo poblacional, se ha destacado que la carga de padecimientos previos y el deterioro físico los ubica en una posición vulnerable ante las demás personas (Organización Panamericana de la Salud, 2020), por lo que el uso de estrategias de prevención, como el lavado de manos, la mascarilla facial, el distanciamiento social y el confinamiento, ha sido el recurso que más se ha recomendado para disminuir el riesgo de contagio en todos los casos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020). La falta de estudios sobre esa población durante la crisis sanitaria ocasionó que se sepa muy poco sobre las creencias que tiene la misma acerca de los cuidados de la salud y la probabilidad de contagio. De ahí el interés en generar nuevas rutas de investigación en el campo de la salud pública a fin de aportar elementos para la prevención de los contagios.

El tema es relevante dada la falta de comprensión de cómo operan otros factores relacionados con las prácticas, la interacción con personas significativas, las creencias, los valores y las variables sociodemográficas que son parte del contexto sociocultural. De hecho, considerar esos aspectos permitiría entender por qué las personas adultas mayores son más vulnerables y cómo lle-

van a cabo determinadas acciones ante una pandemia (Fattahi *et al.*, 2022). Con ese objetivo, en el presente trabajo se revisan las aportaciones hechas en distintos países entre los años 2020 y 2022 sobre las estrategias de prevención empleadas por ese grupo poblacional contra el COVID-19, a fin de identificar las dimensiones, variables y estrategias de investigación que, utilizando el MCS, resultan más útiles para explicarlas así como sus alcances y limitaciones.

MÉTODO

Procedimiento

La base de datos elegida para realizar la búsqueda de trabajos empíricos fue PubMed debido a sus estándares de calidad y a la cantidad de artículos indizados y citados ahí durante la pandemia de COVID-19. La revisión –tal como se señala– incluyó investigaciones de carácter original efectuadas en distintos países entre los años 2020 y 2022, para lo cual se eligieron las siguientes palabras y frases en inglés: *Health belief model*, *Preventive behavior*, *Older adults* y *COVID-19 pandemic*. En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron los siguientes: *a)* que la muestra utilizada en el trabajo incluyera a personas de 60 años en adelante, o que de alguna manera tuviera relación con ellas; *b)* que basara el análisis de resultados en el MCS, y *c)* que evaluara las estrategias de prevención emitidas por el gobierno de cada país y la Organización Mundial de la Salud (2022).

La búsqueda inicial mostró un total de 187 resultados, de los que se recuperaron 12 artículos que satisfacían los criterios de inclusión citados.

RESULTADOS

A continuación, se detallan los hallazgos más relevantes de los trabajos realizados durante los inicios de la crisis sanitaria de COVID-19.

El primer estudio publicado en la citada base de datos fue el elaborado en China por Chen *et al.* (2020), quienes utilizaron un diseño transversal

en una muestra por conveniencia de 1,263 personas de 60 años y más, de los que 576 eran ciudadanos y 687 vivían en áreas rurales. Para establecer contacto con ellos utilizaron las redes sociales, a través de las cuales se solicitaba responder un cuestionario diseñado con base en las ya citadas dimensiones del MCS. La primera sección recabó los datos sociodemográficos que hicieron posible ubicar a las personas por zonas según el número de casos. La segunda incluyó preguntas que indagaban el conocimiento sobre la enfermedad y los cuidados para prevenir contagios y por último las dimensiones de susceptibilidad, gravedad, beneficios percibidos y autoeficacia.

Para el análisis de datos se emplearon regresiones lineales y estadística descriptiva. Los hallazgos mostraron que los participantes con mayores conocimientos sobre la enfermedad y que se cuidaban más eran aquellos que tenían un nivel educativo superior, vivían en compañía y se creían más expuestos al virus. Lo anterior se asoció con una mayor limpieza del hogar, el lavado de manos, el uso de mascarillas y el distanciamiento social en la primera semana del levantamiento de datos. Sin embargo, la implementación de tales acciones en la rutina diaria difícilmente perduró al no formar parte de los hábitos previos de los participantes.

Kim y Kim (2020) también encontraron una relación positiva entre las prácticas de prevención, el sexo y la edad al llevar a cabo un estudio transversal en Corea del Sur, donde a través de una plataforma digital reclutaron a 1,525 personas de 18 años en adelante, en su mayoría mujeres, residentes en áreas urbanas y rurales. Al MCS agregaron la teoría de recursos para explicar el comportamiento preventivo según los bienes materiales que posee una persona. La herramienta de recolección de información se basó en estudios previos de SARS y COVID-19 realizados por Leung (2003); Duan *et al.* (2020); Regi (2020) y Shahnazi (2020). Por medio de un análisis descriptivo, de regresión y moderación, se encontró que el uso de mascarilla facial, cubrirse al estornudar y la higiene de manos son sobre todo practicados por mujeres, personas de la tercera edad y quienes viven en compañía.

En los estudios de Chen *et al.* (2020) y Kim y Kim (2020) se documenta el uso recurrente de estrategias preventivas por parte de personas de la tercera edad al percibir riesgos más elevados, así como el papel de las mujeres en el mantenimiento tanto del hogar como de su círculo más cercano, resultados que son acordes con las expectativas que sobre su rol como cuidadoras se tienen en los países donde fueron hechos.

Resultados similares se han encontrado en otros países de América del Norte y Europa, el primero de los cuales es el de Bechard *et al.* (2021), efectuado en Canadá tras el primer año de pandemia, quienes emplearon un diseño transversal con un muestreo por conveniencia. Los autores reclutaron a 820 personas de 18 años y más, residentes en zonas urbanas, muestra integrada mayoritariamente por mujeres. La técnica fue un cuestionario enviado a través de redes sociales que incluyó factores sociodemográficos, eficacia de los comportamientos de salud, severidad, susceptibilidad y amenaza percibida. Previamente a la interpretación de resultados, se llevaron a cabo regresiones logísticas, análisis de correlación y modelos de ecuaciones estructurales, los que confirmaron la asociación entre las creencias de salud y el comportamiento preventivo. Uno de los principales hallazgos fue que, al igual de lo que ocurre en los países asiáticos, las mujeres tienden a ser más constantes que los hombres en el uso de medidas de protección; sin embargo, debe considerarse también que se trata de una muestra feminizada. Las acciones que más se practicaban debido a sus costos y eficacia (beneficios percibidos por los adultos mayores) eran el quedarse en casa, evitar tocarse el rostro y el distanciamiento social.

Un siguiente trabajo fue hecho por González, Ubillos *et al.* (2021) en España, quienes reportaron resultados similares a los de Kim y Kim (2020) y Bechard *et al.* (2021) respecto al afrontamiento instrumental, la asociación entre el sexo, la edad y la prevención. Los autores estudiaron los factores que influyen para la adopción de medidas de protección en personas de 18 años en adelante de diecisiete comunidades y dos ciudades. Se trató de un diseño longitudinal y llevando a cabo un muestreo con la técnica “bola de nieve” en redes sociales durante los brotes con más casos registrados. En

la primera ola participaron 1,220 personas y en la segunda 757. Para la elaboración del cuestionario digital se incluyeron tres dimensiones del MCS (susceptibilidad, severidad y autoeficacia) y se añadieron otras escalas que evaluaron el afrontamiento, la exposición directa al COVID-19 y el uso de estrategias para frenar los contagios. Se hicieron análisis de frecuencias y de correlación y se aplicaron las pruebas *t* de Student, la chi cuadrada y la *d* de Cohen para comparar los factores que influyen en la adherencia a las medidas de prevención.

Los resultados señalaron que las mujeres y adultos mayores tenían más cuidados que los hombres de las mismas edades. Al igual que Bechard *et al.* (2021), se trabajó con una muestra feminizada, lo que pudo dar lugar a un sesgo de los datos. A lo anterior se debe agregar que la población europea constituye una de las más envejecidas en el mundo, por lo que el COVID-19 era la principal causa de mortalidad en este grupo etario. Tal antecedente podría asociarse con una mayor acumulación de experiencias en el cumplimiento de las estrategias preventivas para reducir el riesgo de contagio (Organización de las Naciones Unidas, 2021).

Además de las características de la población y del contexto en el que se han efectuado las investigaciones utilizando el MCS, se han analizado los medios a través de los cuales se difundió la información sobre el COVID-19 durante el período de pandemia. Mahindaratne (2021), en Sri Lanka, aplicó una encuesta digital a 780 personas de 20 años y más. El diseño fue transversal, y a través de una selección aleatoria se incluyeron en el análisis 307 casos. La población estuvo conformada principalmente por mujeres del sector urbano (30.3%), semiurbano (54.4%) y rural (15.3%), a quienes se aplicó un cuestionario que tomó en cuenta el MCS (susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, claves para la acción y autoeficacia) y una dimensión de motivación. Se evaluó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente alfa de Cronbach y se llevaron a cabo análisis descriptivos y de regresión. Los resultados mostraron que los beneficios percibidos, la autoeficacia y la motivación intervienen positivamente como claves para la acción. Esa última dimensión tuvo un efecto favorable en la salud,

pues la información esparcida por los medios de comunicación promovió la ejecución adecuada de las medidas sanitarias; sin embargo, el autor no especifica qué variables incluyó como claves para la acción, de manera que no queda claro cómo llegó a ese resultado.

Mirzaei *et al.* (2021) describieron los comportamientos que tienen las personas a causa de los efectos negativos de los medios de comunicación (claves para la acción externas). Para ello, eligieron un diseño transversal con 558 participantes de 18 y más años, procedentes de áreas urbanas (81%) y comunidades rurales (12%) de Irán. Se utilizó una encuesta digital para conocer los predictores de los cuidados de la salud a través del MCS. Para ello, se recabó información demográfica, y después se incorporaron en dicha encuesta ítems relativos a la susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, claves para la acción y autoeficacia. Se utilizó estadística descriptiva, así como el coeficiente de correlación de Pearson y la regresión lineal múltiple para dilucidar la conexión entre los comportamientos preventivos y el MCS. Los autores destacaron que el internet y las redes sociales constituyeron las vías más importantes para la obtención de información durante la pandemia de COVID-19. Pese a ello, las noticias difundidas no siempre fueron claras por lo que una importante proporción de quienes respondieron el cuestionario optaba por ignorar sus síntomas, mientras que otros recurrían a la automedicación. Además, los datos no fueron desagregados por grupos de edad. Tales resultados muestran la pertinencia de incluir en los estudios la manera en que influyen los medios de comunicación para prevenir un padecimiento en tiempos de una crisis sanitaria. Igualmente, y en virtud de las diferencias en el acceso a los medios, es recomendable desagregar los resultados por edades, toda vez que las personas adultas mayores están menos familiarizadas con las tecnologías de la información y la comunicación, lo que puede interferir con su acceso al conocimiento informado.

En un estudio transversal, DeDonno *et al.* (2022) evaluaron la cantidad de información y los cuidados seguidos para no contagiarse. Participaron 719 personas de 18 a 85 años de edad, residentes en el estado de Florida (EE.UU) y de distinto

origen étnico, siendo la mayoría de ellas caucásicas y latinoamericanas. El enlace del cuestionario fue publicado en un grupo en línea dedicado a compartir contenidos sobre el COVID-19. Al ingresar al mismo se les afirmaba la confidencialidad de los datos y más adelante se les pedía contestar reactivos que abordaban la susceptibilidad, la severidad y las prácticas preventivas. Se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple, moderación y correlación que permitieron explicar la relación entre las dimensiones del MCS y los cuidados de la salud. En sus hallazgos, los autores resaltaron el hecho de que una alta proporción de participantes consideró tener conocimientos suficientes sobre el COVID-19 y que la posibilidad de contraerlo (susceptibilidad percibida) o desencadenar síntomas graves (gravedad percibida) los llevaba a mantener una mayor limpieza de manos y a alejarse de otras personas para evitar el contagio. Sin embargo, a diferencia de la investigación de Mahindaratne (2021) y de Mirzaei *et al.* (2021), DeDonno *et al.* (2022) no especificaron las variables incluidas en las claves para la acción, ni cómo evaluaron su efecto en la prevención del COVID-19. No obstante, debe subrayarse que tener conocimientos no garantiza que se apliquen en la vida diaria.

Se ha encontrado también que la sobreexposición también se asocia con un descenso de las respuestas preventivas; por ejemplo, Siebenhofer *et al.* (2022) trabajaron con un diseño transversal en dos estados de Austria con 1,003 personas de 16 años en adelante, de las que 52% pertenecían al sexo femenino y 47.8% al masculino. Se aplicaron encuestas por vía telefónica que consideraron las ya mencionadas dimensiones del MCS: susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia. Añadieron asimismo otras que indagaron la adherencia a las medidas preventivas y otros factores dependientes (como la fatiga de la información y del comportamiento) para evaluar el agobio por la sobreexposición a una información repetitiva acerca del COVID-19.

La prueba de consistencia interna y la rotación varimax explicaron los elementos que están relacionados con el uso de la mascarilla facial, el distanciamiento físico, la evitación de lugares concurridos y el acatamiento de los toques de queda. Los resultados mostraron que la adherencia a

estos cuidados se vio disminuida al exponerse las personas a una información repetitiva desde el primer caso diagnosticado en 2019, lo que provocó un descenso de la respuesta conocido como *habituación* (Siebenhofer *et al.*, 2022).

Otros autores han encontrado que no es sólo el medio de difusión utilizado ni la cantidad de información, sino también los contenidos que explicitan los beneficios percibidos cuando se analizan las consecuencias positivas para la salud. Tales fueron los resultados de Tong *et al.* (2020) en un estudio hecho con 616 personas de 18 años, habitantes en zonas residenciales de China, utilizando para ello un diseño transversal con un muestreo aleatorio estratificado. Mediante llamadas telefónicas, dichos autores analizaron la adherencia a indicaciones tales como lavarse las manos, evitar tocarse con manos que hayan estado en contacto con superficies, depositar la basura en lugares adecuados y usar mascarillas faciales y gel desinfectante. Tales comportamientos fueron considerados en el análisis de datos que utilizó la regresión lineal múltiple y la *r* de Pearson a fin de establecer asociaciones con el MCS (susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras percibidas y claves para la acción), los axiomas sociales (cinismo social y recompensa por aplicación, definidos como la presencia de factores externos que dificultan la ejecución de una acción exitosa y la creencia de lograr un resultado a través del esfuerzo) y las variables demográficas. Los resultados mostraron que la información difundida por los medios de comunicación provoca efectos positivos en la incorporación de estrategias. En esa investigación se encontró que comportamientos de la dimensión claves para la acción externa, tales como la limpieza de manos y el distanciamiento social, dejan de ejecutarse al no recibir ganancias inmediatas (beneficios percibidos).

Lo anterior concuerda con los resultados de Chen *et al.* (2020) y de Bechard *et al.* (2021). Según estos autores, una acción deja de ejecutarse si sólo se ve reforzada en un plazo diferido y no especificado. En efecto, las medidas de protección emitidas por la Organización Mundial de la Salud (2022) requieren emplearse en el largo plazo para frenar la pandemia, pues al tratarse de consecuencias no contingentes con el comportamiento preventivo se seguirán registrando brotes infecciosos.

Es también importante analizar el tipo de técnica utilizada para generar los datos. Debido a las recomendaciones para el distanciamiento social, la mayoría de los estudios recurrieron a medios digitales y telefónicos y muy poco a los presenciales. Tanto el trabajo de Tong *et al.* (2020) como el de Siebenhofer *et al.* (2022) utilizaron las llamadas telefónicas para establecer contacto con sus informantes. Si bien son útiles para recabar información en una pandemia con restricciones, la falta de un espacio con condiciones adecuadas para la aplicación puede generar distracciones y afectar las respuestas. De ahí la relevancia de estudiar otra dimensión del MCS: la de las barreras percibidas, esto es, las dificultades encontradas para que se lleve a cabo con efectividad un comportamiento preventivo. Algunas de las investigaciones hechas al respecto se describen a continuación.

Karimy *et al.* (2021) efectuaron un estudio con un diseño transversal en regiones urbanas y rurales de Irán, para lo cual reclutaron mediante un muestreo por conglomerados a 1,100 residentes, de los que 61.5% era mujer y 38.5% hombre, con edades de 15 años y más. Durante el trabajo de campo se utilizaron mascarillas faciales y se les solicitó a los participantes mantener una cierta distancia entre ellos. El cuestionario se dividió en tres apartados que recogieron datos sociodemográficos e incluyeron preguntas del MCS (susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y claves para la acción) y además se indagó específicamente sobre el comportamiento preventivo. Para el análisis se utilizaron regresiones lineales jerárquicas, correlaciones, pruebas *t* de Student y análisis de varianza, que establecieron fuertes conexiones entre los comportamientos preventivos y las dimensiones de claves para la acción, beneficios y severidad percibida. Esta última resultó más elevada en las personas adultas mayores que en los grupos más jóvenes. De igual forma, se halló que las barreras percibidas dificultaron en toda la muestra el desempeño eficaz de las estrategias para no contraer el SARS-CoV-2, salvo en el caso de mujeres, casadas, activas laboralmente y con un nivel más alto de estudios que el resto de la muestra.

Sin embargo, al igual que lo ocurrido en otros estudios, Karimy *et al.* (2021) no desagregaron las dimensiones por variables, ni tampoco

por grupos de edad, pero la aplicación de cuestionarios de forma presencial constituyó su fortaleza, a diferencia de otros trabajos que emplearon medios cibernéticos o telefónicos, a pesar de que el acercamiento a otras personas durante el periodo de crisis sanitaria era poco seguro debido al elevado número de contagios.

Por su parte, Noghabi *et al.* (2021) coinciden con Karimy *et al.* (2021) en cuanto a que la dimensión de barreras percibidas limita el cumplimiento de las estrategias para el cuidado de la salud. En su estudio, utilizaron un diseño transversal y una muestra por conveniencia de 1,004 iraníes de 15 años en adelante que aceptaron participar. El enlace de la encuesta fue proporcionado por las redes sociales. Una vez que los interesados ingresaron, se les pidieron sus datos de identificación y se les presentó una escala basada en las seis dimensiones del MCS con relación a la crisis sanitaria por covid-19. Para el análisis estadístico se obtuvieron frecuencias, medias y desviaciones estándar, y además se ejecutaron regresiones lineales múltiples que sirvieron para establecer asociaciones entre el MCS y las acciones preventivas. Los resultados indicaron que las mujeres atienden con más frecuencia la instrucción de quedarse en casa. Sin embargo, la dimensión de barreras percibidas fue elevada en toda la muestra para llevar a cabo medidas protectoras, como fue el caso del costo de los desinfectantes, la irritación por el lavado repetido de las manos, la sensación de asfixia por portar la mascarilla y la sudoración de manos por el uso de guantes.

Tanto el estudio de Karimy *et al.* (2021) como en el de Noghabi *et al.* (2021) emplearon muestras feminizadas, además de que se llevaron a cabo en países en vías de desarrollo con problemas para adquirir insumos de protección contra el virus. De este modo, el distanciamiento social se vuelve una de las medidas más eficaces y que no implica un gasto económico. Sin embargo, las recomendaciones y su cumplimiento parecen tener relación con el contexto cultural. Tal es el caso de las investigaciones que muestran cómo las mujeres de países donde se tienen mayores restricciones para su desplazamiento fuera del entorno doméstico son las que más atendieron el quedarse en casa (ONU Mujeres, 2019).

En Latinoamérica, la condición socioeconómica es una de las principales limitaciones que obstaculizan el cuidado de la salud, sobre todo entre los adultos mayores.

Fernandes (2020) llevó a cabo un estudio con residentes de Brasil en el que seleccionó un total de 277 participantes de 18 años y más por medio de un muestreo por conveniencia utilizando la técnica “bola de nieve”. Se aplicó un cuestionario digital en el que los participantes escribían sus datos, aceptándose solamente a los mayores de edad. En esta herramienta se incluyeron cuatro dimensiones del MCS (susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras percibidas), a las que el autor añadió otra que denominó “motivación prosalud”. El diseño del estudio fue transversal e incluyó un análisis de consistencia interna, varianza y coeficiente de correlación ρ de Spearman para medir la asociación entre la percepción de riesgo de los encuestados y las variables sociodemográficas, como por ejemplo edad, nivel de estudios e ingreso. Los resultados indican que la susceptibilidad fue más alta en aquellos participantes que tenían padecimientos previos, un nivel de estudios más bajo y eran usuarios del transporte público. Asimismo, las barreras percibidas se relacionaron con la falta de ingresos para trasladarse sin tener contacto directo con otras personas.

En síntesis, de los trabajos revisados se encontró que el de Chen *et al.* (2020) fue el único que abordó el MCS con una muestra de personas adultas mayores, mientras que los demás seleccionaron a usuarios en otros rangos de edad sin desagregar los resultados por grupo etario. A partir de este hallazgo se resalta la necesidad de elaborar estudios dirigidos a la población envejecida, pues sus condiciones de vulnerabilidad los deja más expuestos a amenazas que pueden repercutir negativamente en su estado de salud, como es el caso de la pandemia por COVID-19. En cuanto al MCS, la mayoría de los estudios no incluyó todas sus dimensiones, de modo que la omisión de alguna no sólo dificulta la comparación de resultados, sino que también puede llevar a interpretaciones sesgadas. Tal es el caso de los realizados por Chen *et al.* (2020), Tong *et al.* (2020), Fernandes (2020), Kim y Kim (2020), Karimy *et al.* (2021), Noghabi *et al.* (2021), Bechard *et al.* (2021), González,

Orozco *et al.* (2021), DeDonno *et al.* (2022) y Siebenhofer *et al.* (2022), que pese a la relevancia de sus resultados, las diferencias en las técnicas de recolección de datos, el desagregado de variables que componen cada dimensión y la feminización de las muestras limitan la comparabilidad y generalización de resultados, pero sobre todo la po-

sibilidad de tener un panorama más claro sobre los elementos claves para el éxito de las campañas preventivas en condiciones de crisis sanitaria.

En la Tabla 1 se resumen los resultados más relevantes de las investigaciones seleccionadas para la presente revisión sistemática y que muestra los aportes de cada una.

Tabla 1. Principales hallazgos en los artículos seleccionados.

Autor, año y país	Población	Técnica utilizada	Resultados
Chen, Y. <i>et al.</i> (2020). China.	60 años en adelante. Zona: Urbana y rural		Los factores modificadores (sexo y edad, estado civil y ocupación) promueven que las personas lleven a cabo medidas de prevención contra el covid-19.
Kim, S., Kim, S. (2020). Corea del Sur.	18 años en adelante. Zona: Urbana y rural		
González, J. <i>et al.</i> (2021). España.	18 años en adelante. Zona: Urbana y rural		
Mahindaratne, P. (2021). Sri Lanka.	20 años en adelante. Zona: Urbana, semiurbana y rural	Cuestionario digital	Las claves para la acción externas constituyen la principal vía de acceso a la información.
Mirzaei, A. <i>et al.</i> (2021). Irán.	18 años en adelante. Zona: Urbana y rural		
DeDonno, M. <i>et al.</i> (2022). Florida.	18 años en adelante. Zona: No especificado		El conocimiento de la enfermedad promueve que se ejecuten medidas de protección.
Siebenhofer, A. <i>et al.</i> (2022). Austria.	16 años en adelante. Zona: No especificado	Cuestionario por vía telefónica	
Tong, K. <i>et al.</i> (2020). China.	18 años en adelante. Zona: Urbana		Los beneficios percibidos promueven la práctica del comportamiento preventivo.
Bechard, L. <i>et al.</i> (2021). Canadá.	18 años en adelante. Zona: Urbana	Cuestionario digital	
Karimy, M. <i>et al.</i> (2021). Irán.	15 años en adelante. Zona: Urbana y rural	Cuestionario administrado de forma presencial	
Noghabi, A. <i>et al.</i> (2021). Irán.	15 años en adelante. Zona: No especificado		Las barreras percibidas obstaculizan el desempeño eficaz de estrategias.
Fernandes, M. (2020). Brasil.	18 años en adelante. Zona: No especificado	Cuestionario digital	

DISCUSIÓN

Los trabajos revisados, si bien resultan útiles para analizar cómo el MCS es aplicable en una situación de pandemia, los efectuados con personas adultas son insuficientes para conocer sus estrategias de prevención y las dimensiones que podrían explicar y predecir su comportamiento. El único trabajo que las incluyó como población objetivo fue el de Chen *et al.* (2020), mientras que los demás autores consideraron a personas de distinto rango de edad y nivel socioeconómico, pero en la mayoría de los casos no desagregaron los datos

por grupo etario. Algunos de estos estudios no incluyeron las diferencias de los participantes de zonas rurales y urbanas, dejando de lado elementos del contexto sociocultural que inciden en las creencias de las personas, además de incluir solo a poblaciones con acceso a medios cibernéticos o telefónicos.

Por lo que se refiere a las dimensiones estudiadas del MCS, como ya se mencionó, la eliminación de alguna de ellas dificulta identificar cuál es la que posee un mayor poder explicativo. Tong *et al.* (2021), Karimy *et al.* (2021) y Bechard *et al.* (2021) encontraron que los beneficios percibidos

son los principales predictores del comportamiento al estar relacionados con los efectos positivos producidos por las acciones dirigidas al cuidado de la salud; sin embargo, el mantenimiento de la conducta se ve afectado cuando se incluyen otras que no forman parte del repertorio previo o que tienen un efecto demorado, esto es, cuando la ganancia no es inmediata. Lo anterior representó un inconveniente para la ejecución de las estrategias preventivas contra el COVID-19 en virtud de que el uso ocasional de alguna medida puede llevar a un aumento de contagios.

La alta incidencia de casos también se asoció con las barreras percibidas, que actuaron como un obstáculo para la práctica de estrategias. Tal es el caso de la escasez de recursos económicos (Fernandes, 2020; Karimy *et al.*, 2021; Noghabi *et al.*, 2021). Las personas que viven en zonas marginadas señalan no sólo la falta de información por las dificultades de acceso a los medios digitales, sino también las limitaciones económicas para adquirir los insumos de prevención efectiva de la enfermedad (González, Orozco *et al.*, 2021).

En cuanto al marco metodológico, es necesario prestar atención a dos situaciones que fueron recurrentes en esta revisión. La primera se relaciona con el contenido del cuestionario, pues los estudios de Chen *et al.* (2020), Fernandes (2020), Tong *et al.* (2020), Bechard *et al.* (2021), González *et al.* (2021) y DeDonno *et al.* (2022) no muestran las variables incluidas en las dimensiones que resultaron relevantes, ni tampoco utilizaron todas las dimensiones del MCS.

El segundo inconveniente fue el uso de muestras feminizadas, como se denota en los estudios de Kim y Kim (2020), González *et al.* (2021), Karimy *et al.* (2021), Noghabi *et al.* (2021) y Siebenhofer *et al.* (2022), lo que genera sesgos al compararlas entre sí. La participación mayoritaria de mujeres propicia que los resultados muestren que son ellas, más que los hombres, quienes siguen

las recomendaciones. Con ello se refuerzan los estereotipos de género que les asignan el papel de cuidadoras (Gobierno de México, 2023). Es deseable que los estudios en el futuro sobre el MCS se efectúen desde una perspectiva de género que haga posible deconstruir las visiones sexistas de los comportamientos preventivos.

En este mismo sentido y por tratarse de temas que involucran subjetividades, representaciones sociales y vivencias, es recomendable reforzar los hallazgos cuantitativos con métodos y técnicas cualitativas. Las entrevistas, la observación y los grupos de enfoque permiten construir tipologías y ofrecen una mejor comprensión de las creencias, actitudes y experiencias de las personas.

Al emplear la metodología cualitativa es posible comprender el mundo del informante a partir de sus experiencias y de sus relaciones con otras personas. Se trata de indagar en las creencias, más allá de conocer qué tipo de estrategia específica llevan a cabo para protegerse y así responder al por qué, el cómo y en qué situaciones (Ramírez y Arbesú, 2019). El lenguaje puede ser entendido a partir del análisis del discurso, la hermenéutica y la pragmática que, si bien provienen de distintas corrientes, pueden interpretar el discurso a fin de entender la realidad del usuario (Nadal, 2019).

Las investigaciones aquí revisadas describen las acciones preventivas, dejando un vacío al no tomar en consideración los elementos socioculturales que permean el contexto. De ahí la propuesta de avanzar en el conocimiento de la asociación entre éste y la percepción de riesgo de contagio durante un período de pandemia, particularmente en la población adulta mayor, lo que sería de gran utilidad en el área de la salud pública para el diseño y aplicación de programas de prevención dirigidos a este grupo etario, siempre y cuando se consideren los avances biomédicos en las vacunas y tratamientos.

Citación: Fernández-Iglesias, V.D. y Román-Pérez, R. (2025). Evaluación de comportamientos preventivos del COVID-19 a través del Modelo de Creencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 35(1), 75-85. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2951>

REFERENCIAS

- Bechard, L., Bergelt, M., Neudorf, B., DeSouza, T. y Middleton, L. (2021). Using the health belief model to understand age differences in perceptions and responses to the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.609893
- Chen, Y., Zhou, R., Chen, B., Chen, H., Li, Y., Chen, Z., Zhu, H. y Wang, H. (2020). Knowledge, perceived beliefs, and preventive behaviors related to Covid-19 among Chinese older adults: cross-sectional web-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12). Doi: 10.2196/23729
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *Covid-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos*. Ciudad de México: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf
- DeDonno, M., Levy, J. Y Morris, J. (2022). Perceived susceptibility and severity of Covid-19 on prevention practices, early in the pandemic in the state of Florida. *Journal of Community Health*, 47. Doi: 10.1007/s10900-022-01090-8
- Duan, T., Jiang, H., Deng, X., Zhang, Q., Wang, F. (2020). Government intervention, risk perception, and the adoption of protective action recommendations: Evidence from the Covid-19 prevention and control experience of China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3387. Doi: 10.3390/ijerph17103387
- Fattahi, H., Ghasemi, F., Fattahi, A. (2022). Effective factors in people's preventive behaviors during Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 22, 12-18. Doi: 10.1186/s12889-022-13621-y
- Fernandes, M. (2020). Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Revista de Saúde Pública*, 54(47). Doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494
- Gobierno de México (2023). *Covid-19 México*. México. Recuperado de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- González, C., Orozco, K., Samper, R. y Wong, R. (2021). Adultos mayores en riesgo de Covid-19 y sus vulnerabilidades socioeconómicas y familiares: un análisis con el ENASEM. *Papeles de Población*, 27(107). Doi: 10.22185/24487147.2021.107.06
- González, J., Ubillos, S., Puente, A. y Gracia, M. (2021). Perceived vulnerability and severity predict adherence to Covid-19 protection measures: the mediating role of instrumental coping. *Frontiers in Psychology*, 12. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.674032
- Karimy, M., Bastami, F., Sharifat, R., Babaei, A., Heydarabadi, A., Pakpour, A., Cheraghian, B., Zamani, F., Jasezadeh, M. y Araban, M. (2021). Factors related to preventive Covid-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health*, 21. Doi:10.1186/s12889-021-11983-3
- Kim, S. y Kim, S. (2020). Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the Covid-19 pandemic. *Environmental Research and Public Health*, 17(22). Doi: 10.3390/ijerph17228666
- Leung, G., Lamm, T., Ho, L., Ho, S., Chan, B., Wong, I. y Hedley, A. (2003). The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 857-863. Doi: 10.1136/jech.57.11.857
- Mahindaratne, P. (2021). Assessing Covid-19 preventive behaviours using the health belief model: A Sri Lankan study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(6). Doi: 10.1016/j.jtumed.2021.07.006
- Mirzaei, A., Kazembeigi, F., Kakaei, H., Jalilian, M., Mazloomi, S. y Nourmoradi, H. (2021). Application of health belief model to predict Covid-19 preventive behaviors among a sample of Iranian adult population. *Journal of Education and Health Promotion*, 10. Doi: 10.4103/jehp.jehp_747_20
- Nadal, J. (2019). Observaciones sobre encuentros entre hermenéutica, pragmática y análisis del discurso. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 64(236). Doi: 10.22201/fcpys.2448492xe.2019.236.63489
- Noghabi, A., Mohammadzadeh, F., Yoshany, N. y Javanbakht, S. (2021). The prevalence of preventive behaviors and associated factors during the early phase of the Covid-19 pandemic among Iranian people: Application of a Health Belief Model. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(1), 60-66. Doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1622
- ONU Mujeres (2019). *Asia y el Pacífico. Estados Unidos: ONU*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/where-we-are/asia-and-the-pacific>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19): Orientaciones para el público*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Organización de las Naciones Unidas (2021). *Europa tiene que abordar el envejecimiento de su población ya*. Nueva York: ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489612>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *La Covid-19 y adultos mayores*. Washington: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores>
- Ramírez, A. y Arbesú, M. (2019). El objeto de conocimiento en la investigación cualitativa: Un asunto epistemológico. *Enfermería Universitaria*, 16(4). Doi: 10.22201/eneo.23958421e.2019.4.735
- Regi, J., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L. y Benny, P. (2020). Public perception and preparedness for the pandemic Covid-19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9. Doi: 10.1016/j.cegh.2020.06.009

- Rosenstock, I. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386. Doi: 10.1177/109019817400200405
- Shahnazi, H., Ahmadi-Livani, M., Pahlavanzadeh, B., Rajabi, A., Hamrah, M. y Charkazi, A. (2020). Assessing preventive health behaviors from Covid-19 based on the Health Belief Model (HBM) among people in Golestan province: A cross-sectional study in Northern Iran. *Infectious Diseases of Poverty*, 17, 9(1), 157. Doi: 10.1186/s40249-020-00776-2
- Siebenhofer, A., Könczöl, C., Jeitler, K., Schmid, D., Elliot, P. y Avian, A. (2022). Predictors for adherent behavior in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional telephone survey. *Frontiers in Psychology*, 10. Doi: 10.3389/fpubh.2022.894128
- Tong, K., Honglei, J., Wing, E. y Wu, A. (2020). Adherence to Covid-19 precautionary measures: applying the health belief model and generalised social beliefs to a probability community sample. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4). Doi: 10.1111/aphw.12230

Ansiedad, depresión y abuso de sustancias en estudiantes: cambios durante la pandemia de covid-19

Anxiety, depression, and substance abuse in students: changes during the covid-19 pandemic

Sarahi del Carmen Manríquez-Calderón,
Erwin Rogelio Villuendas-González, Ferrán Padrós-Blázquez
y Esteban Gudayol-Ferré

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo¹

Autor para correspondencia: Sarahi Manríquez-C., sarahi.manriquez.calderon@umich.mx.

RESUMEN

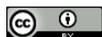
Desde los primeros meses de 2020, la pandemia por covid-19 llevó a muchos gobiernos a instrumentar medidas de aislamiento que afectaron negativamente la salud mental de las personas susceptibles. Además, diversos estudios muestran cambios en la prevalencia de problemas relacionados con la salud mental en poblaciones de distintas edades; no obstante, el efecto que se describe en la literatura muestra que hubo diferencias entre grupos etarios y poblaciones de distintas nacionalidades. *Objetivo:* Comparar los niveles de ansiedad, depresión y riesgo de abuso de sustancias en muestras de estudiantes universitarios mexicanos antes y durante la pandemia. *Instrumentos:* Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión Beck y Substance Abuse Screening Test. *Método:* Se compararon los datos de cuatro muestras de estudiantes universitarios, tres obtenidas antes de la pandemia (n = 1,709) y una durante misma (n = 180). *Resultados:* Al comparar esas muestras se halló una sustancial disminución en la prevalencia de niveles bajos o ausentes de ansiedad y depresión, así como un incremento en la prevalencia de los niveles moderados. Los niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia fueron más elevados que antes de la pandemia. *Discusión:* No se encontraron diferencias en la prevalencia del riesgo de abuso de sustancias. Estos hallazgos caracterizan los cambios en la población estudiantil mexicana y muestran que no obstante las diferencias entre los países respecto a las medidas sociales asumidas ante la pandemia, los cambios en la salud mental revelan patrones similares.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Abuso de sustancias; Pandemia por covid-19; Distanciamiento social.

ABSTRACT

From the first months of 2020, the COVID-19 pandemic led most governments to implement social distancing measures that harmed the mental health of sensitive persons. Several studies have shown changes in the prevalence of mental health conditions in a wide range of ages. However, the impact described in the scientific literature show that age and sociocultural factors might affect outcomes. Objective: Comparing anxiety and depression levels, as well as substance abuse prevalence in Mexican college students before and during the COVID-19 pandemic. Method: Application of the

¹ Facultad de Psicología, Francisco Villa 450, Col. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. (52)443-312-99-09, correos electrónicos: sarahi.manriquez.calderon@umich.mx, erwin.villuendas@umich.mx y fpadros@umich.mx y ferre@umich.mx.



Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, and Substance Abuse Screening Test. Method: The study compared data from three college student samples: three obtained before the pandemic (n = 1,709) and one during the pandemic (n = 180). Results: Anxiety and depression levels during the pandemic were higher than before the pandemic. Discussion: There were no differences in the abuse of substances risk prevalence. These findings characterize changes in Mexican college students, showing that, despite differences among countries regarding pandemic policies, changes in mental health consistently revealed similar patterns.

Key words: Anxiety; Depression; Substance abuse; Covid-19 pandemic; Social distancing.

Recibido: 03/03/2023

Aceptado: 07/11/2023

El covid-19 es una infección viral altamente transmisible y patógena causada por el síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés) (Pérez-Abreu *et al.*, 2020; Shereen *et al.*, 2020). Hasta diciembre de 2022 se habían reportado más de 600 millones de casos confirmados de covid-19 en todo el orbe, y cerca de siete millones de fallecimientos. En América, una de las seis regiones consideradas por la Organización Mundial de la Salud (WHO), se concentraron aproximadamente 30% de los casos confirmados y cerca de 45% de las muertes (WHO, 2020a).

En marzo de 2020, fecha en que la OMS caracterizó el covid-19 como una pandemia (WHO, 2020b), muchos países instrumentaron diversas medidas para contener la transmisión de persona a persona: intervenciones de salud pública, restricción de viajes al extranjero, cierre de distintos espacios públicos y del sistema de tránsito, así como distanciamiento social y uso obligatorio de mascarillas. Sin embargo, es posible que todas las medidas adoptadas para reducir los efectos de la pandemia pudieron tener efectos psicológicos negativos en la población general (Chatterjee y Chauhan, 2020; Giallonardo *et al.*, 2020). Por ejemplo, al comparar los participantes que perma-

necieron en cuarentena con aquellos que no adoptaron esta medida, se halló que aquéllos tuvieron tasas más altas de ansiedad, depresión, insomnio y estrés. Dicho análisis considera como especialmente vulnerables a las personas con trastornos mentales preexistentes o enfermedades crónicas, profesionales de la salud de primera línea, pacientes infectados o sospechosos, y personas con dificultades económicas (Wang, Shi *et al.*, 2021).

En México, el Consejo de Salubridad General reconoció como emergencia sanitaria la pandemia generada por SARS-CoV-2 el 30 de marzo de 2020 (Gobierno de México, 2020a) y acordó medidas extraordinarias en todo el territorio nacional, entre las que destacan la suspensión inmediata de actividades no esenciales en los sectores público, privado y social para mitigar la dispersión y transmisión del virus. En acatamiento de tales disposiciones, la Secretaría de Educación Pública decretó la suspensión de todas las clases presenciales (Gobierno de México, 2020b).

No obstante, las acciones implementadas en el sector educativo para abatir las consecuencias de la pandemia también tuvieron como efecto secundario una afectación considerable de la salud mental y el bienestar de los estudiantes. Muchos de quienes tuvieron que lidiar con la frustración de no asistir a escuelas o colegios reportaron sentimientos de soledad al estar separados de sus amigos, y aquellos que asistían a servicios de consejería psicológica en el entorno universitario se vieron necesariamente privados de los mismos (Zhai y Du, 2020). Respecto a esto último, es importante considerar que las universidades y otros centros educativos cumplen un papel fundamental en el apoyo a los estudiantes en su adaptación según sus necesidades de salud, educación y seguridad. Los efectos de la suspensión de las actividades presenciales pueden constatarse en estudios efectuados en distintos países, los cuales muestran un aumento en la prevalencia de la ansiedad (15-40%) y la depresión (15-70%) en estudiantes universitarios durante la pandemia (Chi *et al.*, 2020; Faisal *et al.*, 2022; Islam *et al.*, 2020; Kaparounaki *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020).

Una investigación desarrollada en China por Chi *et al.* (2020) mostró que los universitarios ma-

nifestaban síntomas significativos de ansiedad y depresión atribuibles a la pandemia en alrededor de 15 y 30%, respectivamente. Dicho trabajo concluyó que si bien estas proporciones son considerables, la mayoría de los estudiantes pudieron hacer frente a la situación de manera eficaz en términos de su salud mental. Otro estudio hecho en México por González-Jaimes *et al.* (2020) a las siete semanas del confinamiento reportó la aparición de síntomas de moderados a severos de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

En el año 2021, Wang *et al.* llevaron a cabo una revisión sistemática y un metanálisis con los datos de 28 estudios. Sus datos muestran que la pandemia por covid-19 tuvo un efecto psicológico negativo en los estudiantes universitarios, en quienes la prevalencia de la ansiedad y la depresión encontrada fue de 29 y 37%, respectivamente, y menores en estudiantes universitarios chinos que en no chinos (Wang, Wen *et al.*, 2021). Otra investigación similar basada en la distribución continental de los estudios informó sobre la prevalencia de ansiedad en Asia (33%), Europa (51%) y Estados Unidos (56%) (Liyanage *et al.*, 2022).

En cuanto al abuso de sustancias, los resultados de distintos estudios muestran un incremento a medida que aumentaba el tiempo de cuarentena (Lechner *et al.*, 2020), aunque Busse *et al.* (2021) no hallaron cambios significativos en dicho consumo, y Fruehwirth *et al.* (2021) y Graupensperger *et al.* (2021) reportaron incluso una disminución durante la pandemia.

El rango de los resultados encontrados en la literatura sobre el incremento de la prevalencia de alteraciones en el estado de ánimo es muy amplio, e incluso algunos datos son contradictorios (como los cambios en el patrón de uso de sustancias), lo que puede deberse a la mediación de variables que aún no se han estudiado, como las culturales y contextuales, que harían que los resultados en nuestro contexto puedan diferir de los de otros países. Es por ello que se planteó conocer los efectos de la pandemia sobre la salud mental en una muestra de estudiantes mexicanos. Con este objetivo, se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión y abuso de sustancias en jóvenes universitarios durante la pandemia de covid-19, los que se compararon con los datos de otras muestras obtenidas antes de la misma.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron cuatro muestras independientes de estudiantes universitarios (tres de las cuales se obtuvieron antes de la cuarentena por covid-19), cuyos integrantes respondieron en cada una de ellas un instrumento distinto; estos datos se utilizaron para otras investigaciones independientes. La cuarta muestra (n = 180) respondió los tres instrumentos y sus resultados se obtuvieron durante la cuarentena (para las descripciones de sexo y edad, véase la Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

	BAI	BDI	CRAFFT	
	Prepandemia	Prepandemia	Prepandemia	Pandemia
Edad	n = 450	n = 1,039	n = 220	n = 180
	M = 19.6	M = 18.8	M = 20.1	M = 19.7
	D.E. = 1.19	D.E. = 1.02	D.E. = 1.61	D.E. = 1.44
Sexo	m = 340 (75.6%)	m = 694 (66.8%)	m = 127 (57.7%)	m = 145 (80.6%)
	h = 110 (24.4%)	h = 345 (33.2%)	h = 93 (42.3%)	h = 35 (19.4%)

Las diferencias en el número de participantes se deben a que las muestras obtenidas antes de la pandemia formaron parte de estudios sobre las propiedades psicométricas de los tres instrumentos utilizados, en tanto que la muestra obtenida durante

la pandemia se captó específicamente para este proyecto. El único criterio para ser incluido en el estudio fue ser estudiante en activo de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por lo que ninguno de los participantes fue eliminado.

Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
(Beck *et al.*, 1988).

La presencia de síntomas de ansiedad se evaluó con este instrumento, que está constituido por 21 ítems, cada uno de los cuales representa un signo o síntoma característico de la ansiedad. Para responderlo, el participante debe señalar, entre cuatro alternativas de respuesta (“Nada”, “Ligeramente”, “Moderadamente” y “Severamente”), la presencia del síntoma durante la última semana, incluyendo el día en que se responde el instrumento.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)
(Beck *et al.*, 1996).

Se utilizó el BDI para valorar la sintomatología depresiva, el cual consta de 21 ítems, en el que los participantes deben elegir de entre cuatro afirmaciones la que mejor los describa. La escala alude a la posible presencia de síntomas en la última semana, incluido el día en que se responde el instrumento.

Tanto en el BAI como en el BDI, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). Ambos instrumentos están adaptados para población mexicana y tienen niveles altos de consistencia interna ($\alpha = .911$ y $\alpha = .898$, respectivamente) (Padrós *et al.*, 2020; Padrós y Pintor, 2021).

CRAFFT (Knight *et al.*, 2002).

El abuso de sustancias se midió con este instrumento, acrónimo de las palabras *Car, Relax, Alone, Forget, Friends y Trouble*, que aparecen en las preguntas de diagnóstico del test. Es un instrumento de cribado que permite identificar adolescentes en riesgo de abusar de sustancias. Está compuesto por seis ítems (sección B: B1, B2, B3, B4, B5 y B6) aunque hay otros tres adicionados al principio para efectuar una rápida tamización (sección A: A1, A2 y A3).

El formato de respuesta es dicotómico (“Sí” o “No”). Si se responde “no” a los primeros tres

ítems de tamizado (A1, A2 y A3), se debe responder solamente el primero de los seis ítems de diagnóstico (B1). Si se responde “sí” a cualquiera de los tres ítems de tamizado, se deben responder los seis ítems de diagnóstico (de B1 a B6). Los seis ítems de diagnóstico del instrumento cuestionan la presencia o ausencia de consumo de alcohol u otras drogas (marihuana, inhalantes, cocaína y drogas sintéticas) y preguntan por los problemas que se relacionan con su consumo. En caso de responder de forma negativa, se le asigna un puntaje de 0, y a una respuesta afirmativa un puntaje de 1.

El instrumento se evalúa sumando los puntajes de los seis ítems de diagnóstico (de B1 a B6). Una puntuación mínima de cero o una respuesta afirmativa se considera como punto de corte (indicativa de ausencia de riesgo de consumo problemático de sustancias), y puntajes iguales o mayores a 2 sugieren un consumo abusivo (Clark *et al.*, 2010). Este instrumento está adaptado para población mexicana por Reyna *et al.* (2016) y tiene un nivel moderadamente alto de consistencia interna, medida con el coeficiente α , de .73.

Procedimiento

Los datos obtenidos antes de la pandemia fueron recolectados con la finalidad de estudiar las propiedades psicométricas de los instrumentos BDI, BAI y CRAFFT en tres investigaciones distintas. El BDI y el BAI también se utilizaron para ofrecer datos descriptivos sobre los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en diferentes poblaciones, y asimismo para analizar la posible relación de las puntuaciones con variables como edad, sexo y escolaridad. En estos estudios, la obtención de la muestra fue incidental por conveniencia, y los instrumentos se respondieron en formato estándar (lápiz y papel) durante una clase en el año de 2018.

Para obtener los datos durante la pandemia se difundió entre la comunidad académica una invitación para participar en el estudio a cambio de créditos académicos; tal recolección se realizó del 10 de noviembre al 7 de diciembre del año 2020 (ocho meses después de iniciado el confinamiento) y los instrumentos se respondieron en

formato digital ingresando a un enlace. Durante esta fase, la situación epidemiológica que se vivía en el país era crítica: aumentaba el número de casos y de muertes, no había datos precisos sobre el proceso de vacunación y, además, no se tenía certeza alguna del tiempo que tomaría regresar a los centros educativos. Tomando como referencia este escenario, es importante considerar tales factores, mismos que pudieron haber incidido en los resultados.

En ambas fases, el tiempo de aplicación de cada instrumento fue de 5-10 minutos aproximadamente, y los estudiantes fueron debidamente informados sobre los objetivos de cada estudio. También se les explicó el carácter confidencial de los datos aportados, así como la importancia de responder de forma verídica los instrumentos. Quienes participaron lo hicieron voluntariamente y firmaron una carta de consentimiento informado.

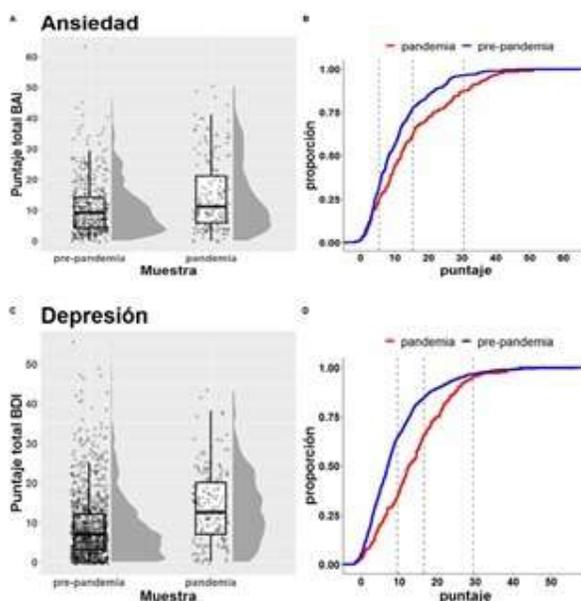
Análisis de datos

Los datos recolectados se analizaron con el programa estadístico R, versión 4.0.2 (R Core Team, 2020). Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los puntajes totales de ambos instrumentos, y para las comparaciones entre grupos se utilizaron la prueba *t* de Welch y la χ^2 .

RESULTADOS

La exploración de los datos muestra que las distribuciones en todas las evaluaciones de depresión y ansiedad eran asimétricas, con un efecto de piso, tal como se esperaría en una población no clínica. También se observa que las medianas de las distribuciones fueron más elevadas en la muestra obtenida durante la pandemia, en comparación con las muestras previas a la misma (Figura 1).

Figura 1. Distribución de los puntajes en ansiedad y depresión



El análisis del cuadro de frecuencias muestra que en el nivel de ansiedad (BAI) durante la pandemia, la proporción de los niveles ausente y leve disminuyó en 7.9 y 6.4%, respectivamente, en tanto que la proporción de los niveles moderado y grave aumentó en 3.9 y 10.3%, en comparación

con la muestra prepandemia. En cuanto al nivel de depresión (BDI), la proporción del nivel “ausente” durante la pandemia disminuyó en 27.2%, en tanto que los niveles “leve”, “moderado” y “grave” aumentaron en 6.2, 19.3 y 1.7%, en cada caso (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones totales y tabla de frecuencias por niveles de severidad.

	Prepandemia		Pandemia	
Ansiedad (BAI)	M = 10.83		M = 14.89	
	D.E. = 8.82		D.E. = 11.71	
	Rango: 0-63		Rango: 0-50	
Depresión (BDI)	M = 8.98		M = 13.83	
	D.E. = 8.35		D.E. = 9.04	
	Rango: 0-55		Rango: 0-43	
Riesgo de abuso de sustancias (CRAFFT)	M = 1.66		M = 1.51	
	D.E. = 1.69		D.E. = 1.58	
	Rango: 0-6		Rango: 0-6	
	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Gravedad de ansiedad (porcentajes)				
Ausente o mínima	32.9	32.9	25.0	25.0
Leve	44.7	77.6	38.3	63.3
Moderada	18.9	96.4	22.8	86.1
Grave	3.6	100	13.9	100
Gravedad de depresión (porcentajes)				
Ausente o mínima	63.9	63.9	36.7	36.7
Leve	21.6	85.5	27.8	64.4
Moderada	11.3	96.7	30.6	95.0
Grave	3.3	100	5.0	100
Riesgo de abuso de sustancias (porcentajes)				
Ausencia (0-1)	58	58	58	58
Presencia (2 o más)	42	100	42	100

Respecto al abuso de sustancias, no se hallaron diferencias significativas entre las proporciones “ausencia” (58%) y “presencia” (42%) en las muestras obtenidas durante la pandemia, comparadas con las muestras prepandemia ($\chi^2 = 0.08, p = .93$).

Al comparar los puntajes de ansiedad (BAI), la muestra prepandemia obtuvo puntajes más bajos ($M = 10.8, D.E. = 8.82, n = 450$), en comparación con la muestra pandemia ($M = 14.9, D.E. = 11.71, n = 180$), con una diferencia estadísticamente significativa ($t[263.99] = -4.21, p < .001$) y con un tamaño del efecto entre pequeño y mediano ($d = 0.42$), IC de 95% $[-5.97, -2.16]$. En los niveles de depresión (BDI), la muestra prepandemia también tuvo puntajes más bajos ($M = 8.98, D.E. = 8.35, n = 1039$) que la muestra pandemia ($M = 13.83, D.E. = 9.04, n = 180$), siendo también la diferencia estadísticamente significativa ($t[234.87] = -6.70, p < .001$), con un tamaño del efecto mediano ($d = 0.57$), IC $(-6.27, -3.42)$.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que la tendencia de los niveles de ansiedad y depresión fue más alta en la muestra obtenida durante la pandemia, en comparación con las muestras obtenidas antes de la misma. Los niveles “ausente” y “leve” de la ansiedad estuvieron subrepresentados en la muestra obtenida durante la pandemia: alrededor de 15% de manera combinada; a su vez, el nivel “grave” se halló sobrerrepresentado en más de 10%. En cuanto a la depresión, el nivel “ausente” o “mínimo” fue el más subrepresentado (más de 27% en comparación con la muestra prepandemia) en la muestra obtenida durante la pandemia, y el nivel “moderado” fue el más sobrerrepresentado (casi 20% en comparación con la muestra prepandemia).

Si bien la diferencia en la representación del nivel “grave” es mínima en el caso de la depresión, resulta preocupante que, de manera conjunta, los niveles “leve”, “moderado” y “grave” pasen de re-

presentar 36% en la prepandemia, a 63% en la pandemia. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por otros estudios (e.g. Wang, Shi *et al.*, 2021), lo que indica un aumento de 48 a 72% en los niveles de moderado a grave de depresión en los estudiantes universitarios durante la pandemia (*cf.* Zhai y Du, 2020).

El presente estudio muestra que las tres escalas utilizadas, en virtud de que son autoaplicables, pueden adaptarse a un formato digital apto para las evaluaciones a distancia. Si bien un estudio de medidas repetidas permitiría tener información más precisa acerca del efecto del contexto de pandemia sobre los niveles de ansiedad y depresión y del abuso de sustancias, la recolección de datos de las muestras antes de la pandemia no se hizo con fin de hacer un seguimiento de la misma, y por consiguiente no se contaba con la información necesaria para obtener nuevos datos de los mismos participantes.

Respecto a las diferencias en los tamaños de muestras, la razón principal estuvo en la dificultad para acceder a los participantes durante la pandemia. En estudios posteriores sería pertinente incluir la evaluación de variables personales (como nivel académico, estabilidad económica y demás) y de aquellas asociadas a la misma (como la pérdida de familiares, incertidumbre laboral, etc.) que puedan influir en los niveles de ansiedad y depresión y en el consumo de sustancias. Un diseño de medidas repetidas permitiría tener un mejor control sobre las variables que pueden incidir en la salud mental de las personas. Desafortunadamente, este estudio no es replicable en razón de que las condiciones sociales que pueden haber influido son dinámicas: al momento de elaborar este informe, la mayoría de la población ya había recibido la va-

cuna, y las perspectivas para el reinicio de actividades escolares en el corto a mediano plazo resultaban alentadoras. No obstante, una ampliación de este estudio podría hacerse a través de una nueva recolección de datos una vez que se considere que el contexto ya cambió lo suficiente como para esperar cambios en las variables estudiadas.

La tendencia general en los niveles de ansiedad y depresión, como se ha mencionado antes, fue más alta en la muestra obtenida durante la pandemia. Este hallazgo es un dato que debiera ser tomado en cuenta para que la comunidad académica y las instancias públicas responsables de la salud mental desarrollen programas de apoyo psicológico para contrarrestar los efectos de nuevas pandemias en sus estudiantes. Estos programas pueden orientarse a desarrollar en los estudiantes estrategias de afrontamiento, prevención de trastornos más serios en el estado de ánimo y fortalecimiento de habilidades orientadas a mejorar el rendimiento académico para evitar el rezago y la deserción escolar.

Estudios de este tipo han permitido analizar el efecto de la pandemia de covid-19 sobre la salud mental de las personas, lo cual es imprescindible para elaborar proyectos de políticas públicas que consideren la atención psicológica como parte del cuidado integral de la población en general, y de los estudiantes en particular. Los resultados de esta y otras investigaciones pueden ayudar a visibilizar el impacto sanitario y económico posterior a esta importante crisis, pero además deben contribuir a la generación de programas de tratamiento psicológico que hagan posible prevenir los efectos psicosociales de corto y largo plazo de otras crisis similares.

Citación: Manríquez-Calderón, S.C., Villuendas-González, E.R., Padrós-Blázquez, F. y Gudayol-Ferré, E. (2025). Ansiedad, depresión y abuso de sustancias en estudiantes: cambios durante la pandemia de covid-19. *Psicología y Salud*, 35(1), 87-95. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2952>

REFERENCIAS

- 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(6), 893-897. Doi: 10.1037/0022-006x.56.6.893
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory (2nd ed.). Edition manual*. The Psychological Corporation.

- Busse, H., Buck, C., Stock, C., Zeeb, H., Pischke, C.R., Matos-Fialho, P.M., Wendt, C. y Helmer, S.M. (2021). Engagement in health risk behaviours before and during the COVID-19 pandemic in German university students: results of a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1410. Doi: 10.3390/ijerph18041410
- Chatterjee, K. y Chauhan, V.S. (2020). Epidemics, quarantine and mental health. *Medical Journal, Armed Forces India*, 76(2), 125-127. Doi: 10.1016/j.mjafi.2020.03.017
- Chi, X., Becker, B., Yu, Q., Willeit, P., Jiao, C., Huang, L., Hossain, M.M., Grabovac, I., Yeung, A., Lin, J., Veronese, N., Wang, J., Zhou, X., Doing, S.R., Liu, X., Carvalho, A.F., Yang, L., Xiao, T., Zou, L., Fusar-Poli, P. y Solmi, M. (2020). Prevalence and psychosocial correlates of mental health outcomes among Chinese college students during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 803. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00803
- Clark, D.B., Gordon, A.J., Ettaro, L.R., Owens, J.M. y Moss, H.B. (2010). Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(4), 380-391. Doi: 10.4065/mcp.2008.0638
- Faisal, R.A., Jobe, M.C., Ahmed, O. y Sharker, T. (2022). Mental health status, anxiety, and depression levels of Bangladeshi university students during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1500-1515. Doi: 10.1007/s11469-020-00458-y
- Fruehwirth, J.C., Gorman, B.L. y Perreira, K.M. (2021). The effect of social and stress-related factors on alcohol use among college students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 69(4), 557-565. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.06.016
- Giallonardo, V., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., Carmassi, C., Carrà, G., Cirulli, F., Dell'Osso, B., Nanni, M.G., Pompili, M., Sani, G., Tortorella, A., Volpe, U. y Fiorillo, A. (2020). The impact of quarantine and physical distancing following COVID-19 on mental health: study protocol of a multicentric Italian population trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 533. Doi: 10.3389/fpsy.2020.00533
- Gobierno de México (2020a). Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/>
- Gobierno de México (2020b). Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación pre-escolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/>
- González J., N.L., Tejeda A., A.A., Espinosa M., C.M. y Ontiveros H., Z.O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *SciELOPreprints*, 11. Doi: 10.1590/SciELOPreprints.756
- Graupensperger, S., Jaffe, A.E., Fleming, C.N.B., Kilmer, J.R., Lee, C.M. y Larimer, M.E. (2021). Changes in college student alcohol use during the COVID-19 pandemic: Are perceived drinking norms still relevant? *Emerging Adulthood*, 9(5), 1-10. Doi: 10.1177/2167696820986742
- Islam, M.A., Barna, S.D., Raihan, H., Khan, M.N.A. y Hossain, M.T. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 15(8), e0238162. Doi: 10.1371/journal.pone.0238162
- 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. *Psychiatry Research*, 290, 113111. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113111
- Knight, J.R., Sherritt, L., Shrier, L.A., Harris, S.K. y Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives on Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(6), 607-614. Doi: 10.1001/archpedi.156.6.607
- Lechner, W.V., Laurene, K.R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C. y Kenne, D.R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related university closings. *Addictive Behaviors*, 110, 106527. Doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106527
- Liyange, S., Saqib, K., Khan, A.F., Thobani, T.R., Tang, W.C., Chiarot, C.B., Al Shurman, B. A. y Butt, Z.A. (2021). Prevalence of anxiety in university students during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 62. Doi: 10.3390/ijerph19010062
- Padrós B., F., Montoya P., K.S., Bravo C., M.A. y Martínez M., M.P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. Doi: 10.1016/j.anyes.2020.08.002
- Padrós B., F. y Pintor S., B.E. (2021). Estructura interna y confiabilidad del BDI (Beck Depression Inventory) en universitarios de Michoacán (México). *Psicodebate*, 21(1), 7-17. Doi: 10.18682/ps.v21i1.2034
- Pérez A., M.R., Gómez T., J.J. y Dieguez G., R.A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>

- R Core Team (2020). *R: a language and environment for statistical computing*. Austria: Foundation for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.R-project.org/>.
- Reyna B., G.V., Copertari I., L.F., González B., F. y Padrós B., F. (2016). Estudio psicométrico del instrumento CARLOS (CRAFT) en estudiantes universitarios mexicanos. *Evaluar*, 16(1), 10-19. Doi: 10.35670/1667-4545.v16.n1.15756
- Shereen, M.A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N. y Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, 24, 91-98. Doi: 10.1016/j.jare.2020.03.005
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A. y Sasangohar, F. (2020). Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e22817. Doi: 10.2196/22817
- Wang, Y., Shi, L., Que, J., Lu, Q., Liu, L., Lu, Z., Xu, Y., Liu, J., Sun, Y., Meng, S., Yuan, K., Ran, M., Lu, L., Bao, Y. y Shi, J. (2021). The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Molecular Psychiatry*, 26, 4813-4822. Doi: 10.1038/s41380-021-01019-y
- Wang, C., Wen, W., Zhang, H., Ni, J., Jiang, J., Cheng, Y., Zhou, M., Ye, L., Feng, Z., Ge, Z., Lou, H., Wang, M., Zhang, X. y Liu, W. (2021). Anxiety, depression, and stress prevalence among college students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American College Health*, 71(7), 2123-2130. Doi: 10.1080/07448481.2021.1960849
- World Health Organization (2020a). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/>
- World Health Organization (2020b). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. WHO. Recuperado de <https://covid19.who.int/>
- Zhai, Y. y Du, X. (2020). Addressing collegiate mental health amid COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113003. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113003

Influencia de la institucionalización en el apego

Influence of institutionalization on attachment

Andrea Joana Ceja-Magallanes, María del Carmen Manzo-Chávez
y Ferrán Padrós-Blázquez

Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo¹

Autor para correspondencia: Ferrán Padrós Blázquez, fpadros@umich.mx.

RESUMEN

Introducción: Se estima que aproximadamente 163 millones de menores en 93 países son huérfanos o carecen de figuras de referencia permanentes. Se ha señalado que los niños que han sido institucionalizados son más propensos a desarrollar un apego de tipo inseguro. Sin embargo, los estudios cuantitativos son todavía escasos. *Objetivo:* Analizar las posibles diferencias en el tipo de apego entre adolescentes institucionalizados y adolescentes controles que viven y se han criado con sus familiares. *Método:* Se administró la versión reducida del CaMir-R (Cartes, Modeles Individuels de Relation) a 319 adolescentes ($M = 13.89$; D.E. = 1.93), de los cuales 20 estaban institucionalizados. *Resultados:* Se observó una puntuación significativamente menor en las escalas de seguridad e interferencia de los padres en el grupo de institucionalizados respecto al grupo control. En el grupo de participantes institucionalizados se observó asimismo un mayor porcentaje de apego inseguro, no así en el grupo control, en que la mayoría mostró un apego seguro. *Discusión y conclusiones:* Los resultados son congruentes con los postulados teóricos y los estudios previos. Estos resultados pueden ser de gran utilidad para la prevención de psicopatologías en los adolescentes institucionalizados.

Palabras clave: Adolescentes; Apego; Institucionalización; Vínculo.

ABSTRACT

Introduction: Approximately 163 million minors in 93 countries do not have parents or permanent reference figures. Children living in institutions are more prone to developing insecure attachments. However, quantitative studies are still scarce. *Objective:* To study the possible differences in the type of attachment between institutionalized adolescents and control adolescents raised with their relatives. *Method:* We applied the short version of the CaMir-R (Cartes, Modeles Individuels de Relation) to 319 adolescents, of whom 20 were institutionalized. *Results:* Significantly lower scores resulted in security and parental interference in the institutionalized group compared to the control group. In the group of institutionalized participants, a higher percentage of insecure attachment resulted, whereas in the control group, the majority showed a secure one. *Discussion and conclusions:* The results are consistent with the theoretical postulates and previous studies. These results can be beneficial to prevent psychopathologies in institutionalized adolescents.

Key words: Adolescents; Attachment; Institutionalization; Bonding.

¹ Facultad de Psicología, Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. 52(443)312-00-09.



Recibido: 18/01/2023

Aceptado: 11/10/2023

Se ha estimado que aproximadamente 163 millones de menores en 93 países no tienen padres ni figuras de referencia permanente, quienes viven en su mayoría en orfanatos (Ibarra y Romero, 2018) y frecuentemente presentan diferentes problemas internalizantes y externalizantes (Fernández y Fernández, 2013), especialmente los trastornos de conducta (García, 2019). Se ha señalado que los importantes problemas mostrados por niños y niñas institucionalizados de 0 a 3 años se derivan en gran medida del vínculo del menor con su cuidador principal (Macías, 2020).

En un metaanálisis llevado a cabo por Lionetti *et al.* (2015) de diez reportes en idioma inglés, se halló que los menores institucionalizados estaban claramente en un mayor riesgo de mostrar un apego inseguro y desorganizado, con tamaños del efecto medianos.

Se ha señalado asimismo que son más vulnerables a desarrollar algún trastorno en el apego, por lo que también aumenta la probabilidad de que causen diversos problemas una vez que egresan de la institución, como agresividad y cambios drásticos de humor, que cuando adultos generalmente tengan una percepción equivocada o alterada de la vida (Gonzalo, 2015).

En un estudio cualitativo realizado en Colombia en una muestra de 22 niños institucionalizados se encontró que los que manifestaban un mayor nivel de inseguridad escribían relatos más concretos y poco detallados, en los que referían con frecuencia que los adultos no estaban disponibles emocionalmente en situaciones que percibían como amenazantes, a diferencia de los menores que viven con sus padres (Cano *et al.*, 2019).

Echevarría (2021), en un estudio cuantitativo realizado con 60 menores argentinos de 8 a 12 años, administró el Cuestionario Argentino de Clasificación de Estilos de Apego, hallando que los niños institucionalizados exhibían niveles más altos de apego inseguro-ambivalente e inseguro-

ro-evitativo que los no institucionalizados, quienes mostraban niveles mayores de apego seguro.

En una revisión bibliográfica de tesis y artículos escritos en español, García-Cabezas (2019) halló que entre los niños institucionalizados predomina el apego inseguro, especialmente en sus tipos desorganizado y evitativo, los cuales se han relacionado con experiencias traumáticas, y asimismo dificultades emocionales y comportamentales que con frecuencia cumplen los criterios de algunas psicopatologías.

Martínez-Lanz, Rosete y de los Ríos (2007) infieren a partir de sus resultados respecto a variables como la autoestima y el funcionamiento yoico en niños de la calle de la ciudad de México, que estos menores probablemente muestren en la mayoría de los casos apego inseguro.

Es importante destacar que se ha hallado una elevada correlación negativa entre el apego seguro y las dificultades emocionales y conductuales, y positiva con la conducta prosocial en niños institucionalizados de entre 2 y 7 años (Mansilla, 2018). Específicamente en México, los estudios son escasos, aunque recientemente se publicó un artículo de un trabajo hecho con solo tres participantes, en el que se describe que en los tres casos el apego mostrado por las niñas institucionalizadas era también inseguro (López *et al.*, 2022).

Por ello, el objetivo del presente trabajo fue estudiar las posibles diferencias en el tipo de apego entre adolescentes institucionalizados y adolescentes controles que vivían y se habían criado con sus familiares.

MÉTODO

Participantes

El presente estudio se realizó con un total de 319 participantes de ambos sexos, divididos en dos grupos. Los del grupo institucionalizado vivían en una casa-hogar que funciona bajo el modelo de acogida familiar e institucional en la ciudad de Morelia, Mich. (México), en tanto que los del segundo grupo vivían en el núcleo familiar desde

su nacimiento. El muestreo fue incidental y por conveniencia. Los análisis estadísticos muestran que la media de edad en el grupo de institucionalizados resultó ser superior ($t [20.28] = 5.236$, $p < .001$) al del grupo control (no institucionalizados) (Tabla 1). También se observa una notable

diferencia ($\chi^2 = 6.982$, $gl = 1$, $p = .008$) entre grupos en la distribución por sexo, ya que fue de 20% de varones y 80% de mujeres en el grupo institucionalizado, mientras que en el grupo no institucionalizado fue de 50.5% de varones y 49.5% de mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo de institucionalizados y el control (no institucionalizados), así como del total de la muestra.

Características	Grupo 1: Institucionalizados	Grupo 2: Controles	Muestra total
<i>N</i>	20 (6.3%)	299 (93.7%)	319 (100%)
<i>Sexo</i>			
Femenino	16 (80.0%)	148 (49.5%)	164 (52.4%)
Masculino	4 (20.0%)	151 (50.5%)	155 (48.6%)
<i>Edad</i>			
M	16.65	13.70	13.89
D.E.	2.48	1.75	1.93

Instrumento

Se administró el CaMir-R, cuyas siglas provienen de la versión original francesa *Cartes, Modeles Individuels de Relation*, de Pierrehumbert *et al.* (1996), aunque en este caso se utilizó la versión reducida de Balluerka *et al.* (2011), un instrumento adaptado a población adolescente española para evaluar los estilos de apego y el funcionamiento familiar mediante las representaciones de los adolescentes. Para dichos autores, el CaMir-R es un instrumento adecuado para aquéllos que conviven en familia y también para quienes viven en el seno familiar o en una institución, y se utilizó en este análisis puesto que es un instrumento breve y que no se dispone de uno similar para la población adolescente en México.

El CaMir-R se compone de 32 ítems que se deben responder en una escala Likert de cinco puntos (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”). Consta de siete dimensiones, cinco de éstas referidas a las representaciones del apego (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres, y Traumatismo infantil) y las dos restantes a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y

Permisividad parental). El tiempo para su aplicación varía de 15 a 20 minutos.

Este instrumento tiene una adecuada consistencia interna. Excepto en el factor “Permisividad parental”, los valores del coeficiente alfa de Cronbach (α) oscilan entre 0.60 y 0.85, los que pueden considerarse como valores aceptables para escalas de menos de ocho ítems. Por otra parte, las correlaciones test-retest mostraron valores superiores a 0.56 en todos los factores, excepto en el factor “Permisividad parental”, que adoptó el valor de 0.45. Asimismo, el CaMir-R posee una adecuada validez factorial convergente (*cf.* Balluerka *et al.*, 2011).

Procedimiento

Primeramente se solicitó permiso a los responsables de los centros educativos para administrar los cuestionarios. Una vez obtenido el permiso, se aplicó el CaMir-R y de forma grupal se solicitó a los participantes datos sobre su edad y sexo, lo que tuvo una duración aproximada de 20 minutos. A todos los adolescentes se les dio a conocer el objetivo de la aplicación de los instrumentos, se les informó que su participación era totalmente voluntaria y que sus datos serían tratados confidencialmente.

La recolección en el grupo institucionalizado se efectuó en una sola sesión de forma presencial, y en la muestra control en doce sesiones en línea vía Zoom a grupos de aproximadamente 25 participantes.

Análisis de datos

Una vez recopilados los datos, se procedió a analizarlos en el programa IBM SPSS Statistics, versión 25. Para la descripción de los mismos se utilizaron los siguientes índices; media aritmética, desviación estándar, frecuencia y porcentaje. Para los análisis inferenciales de los datos se aplicaron las pruebas χ^2 y t de Student-Fisher para comparar los resultados entre el grupo de institucionalizados y el control, tomando como significativo un valor inferior a 0.05.

Consideraciones éticas

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

tutores de los adolescentes firmaron una carta de consentimiento informado en la que aprobaban la participación de sus hijos o de los adolescentes a su cargo.

RESULTADOS

Respecto a las posibles diferencias de medias de las distintas subescalas entre el grupo de participantes institucionalizados y el grupo control, se observó una puntuación significativamente menor en las escalas de Seguridad (disponibilidad y apoyo de las figuras de apego) e Interferencia de los padres en el grupo de institucionalizados respecto al grupo control con tamaños del efecto medios. Por otro lado, las puntuaciones en las escalas de Preocupación familiar, Valor de la autoridad de los padres y Traumatismo infantil, a pesar de no ser significativas, muestran un tamaño del efecto entre bajo y medio. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas ni tamaños del efecto destacables en la escala de Autosuficiencia y rencor contra los padres, ni tampoco en la de Permisividad parental (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de medias en las diferentes escalas del CaMir-R entre el grupo de participantes institucionalizados y el grupo control.

ESCALAS	M.I.	M.C.	<i>t</i> test (gl)	<i>p</i> (d)
	M (D.E.)	Media (D.E.)		
Seguridad	26.20 (7.53)	30.62 (5.12)	-2.589 (20.19)	.017 (-0.686)
Preocupación familiar	20.10 (6.93)	22.46 (5.35)	-1.875 (317)	.062 (-0.381)
Interferencia de los padres	11.85 (4.12)	13.75 (3.78)	-2.160 (317)	.032 (-0.481)
Valor de la autoridad de los padres	11.85 (4.31)	13.75 (2.17)	-1.773 (19.65)	.092 (-0.557)
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	11.55 (4.66)	12.20 (4.14)	-0.671 (317)	.502 (-0.147)
Permisividad parental	7.85 (3.15)	7.35 (3.24)	0.673 (317)	.501 (0.089)
Traumatismo infantil	14.65 (6.64)	12.01 (5.76)	1.962 (317)	.051 (0.425)

Nota: M.I: Muestra de institucionalizados; M.C.: Muestra control.

Respecto a las posibles diferencias en la distribución en ambos grupos por tipo de apego, al no cumplirse las condiciones de aplicación, se agruparon las categorías de apego desorganizado, evitativo y preocupado en una sola categoría denominada "Apego inseguro", apreciándose diferencias significativas ($\chi^2 = 7.381$, $gl = 1$, $p = .007$). El grupo de

participantes institucionalizados mostró un mayor porcentaje de apego inseguro ($n = 14$; 70.0%), y en el grupo control se observó en la mayoría ($n = 182$; 60.9%) un apego seguro. En la Tabla 3 se muestra la distribución de los grupos antes de agruparse.

Tabla 3. Comparación de la distribución del grupo de apego entre la muestra de participantes institucionalizados y el grupo control.

Muestra	Apego desorganizado	Apego evitativo	Apego preocupado	Apego seguro
Institucionalizado	10 (50.0%)	2 (10.0%)	2 (10.0%)	6 (30.0%)
Control	52 (17.4%)	15 (5.0%)	50 (16.7%)	182 (60.9%)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue estudiar las posibles diferencias en el tipo de apego entre adolescentes institucionalizados y adolescentes controles que vivían y se habían criado con sus familiares.

Se observaron puntuaciones significativamente menores y con tamaños del efecto medianos en las escalas de Seguridad y de Interferencia de los padres en el grupo de adolescentes institucionalizados respecto al grupo de adolescentes que se criaron con sus padres, lo que era esperable debido a que cinco de los siete ítems de la escala CaMir-R de Balluerka *et al.* (2011) aluden a la relación de apoyo y disponibilidad del menor con sus figuras de apego (p.ej., “*Cuando yo era niño(a) sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos*”), lo cual es casi imposible en el caso de los participantes institucionalizados. Considérese lo señalado por Cano *et al.* (2019) en cuanto a que estos menores refieren con mayor frecuencia que los adultos están poco disponible emocionalmente en situaciones potencialmente amenazantes. Asimismo, los resultados son congruentes con los hallazgos de otros estudios (Echevarría, 2021; García-Cabezas, 2019; Lionetti *et al.*, 2015).

Por otro lado, la escala de Interferencia de los padres alude al control ejercido por parte de éstos (p.ej., “*Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos*”), ítems pensados para detectar apegos inseguros de tipo evitativo o preocupado, no desorganizado. Lo anterior es congruente con lo hallado por Echevarría (2021), quien, haciendo uso de otro instrumento (el Cuestionario Argentino de Clasificación de Estilos de Apego), encontró que los niños institucionalizados mostraban el apego inseguro-evitativo como el más predominante.

Aunque las diferencias en las escalas de Preocupación familiar, Valor de la autoridad de los padres y Traumatismo infantil no resultaron significativas, mostraron un tamaño del efecto entre bajo y medio, sugiriendo que probablemente sí lo serían utilizando una muestra algo mayor de participantes institucionalizados. Es importante señalar que la escala de Preocupación familiar alude a aspectos que recuerdan los trastornos de ansiedad p. ej., “*A menudo me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos*”), como el trastorno de ansiedad por separación o el de ansiedad generalizada descritos en el DSM-5; así, las personas con trastornos de ansiedad frecuentemente muestran estilos de apego inseguro, pero con predominancia en la preocupación (Conrad *et al.*, 2021; Huang *et al.*, 2019), la que no se asocia con el apego desorganizado (Urban, 2020), que se relaciona más con el trastorno opositor desafiante (Forslund *et al.*, 2020) y el trastorno de conducta y callo emocional (García-Cabezas, 2019; Kohlhoff *et al.*, 2020), más frecuentes en la población de adolescentes institucionalizados (Pihet *et al.*, 2015). Por otro lado, la mayor puntuación obtenida en el grupo control en la escala de Valor de la autoridad de los padres, compuesta por ítems con valores referidos al respeto y a la autoridad (p. ej., “*Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia*”) era esperable, toda vez que los adolescentes con trastornos de conducta muestran menores niveles de deseabilidad social, lo que sugiere que dicha población no comparte los valores de la población general (Padrós *et al.*, 2022). En el caso de la escala de Traumatismo infantil, los resultados también eran los esperables en virtud de que los adolescentes institucionalizados tienen una mayor probabilidad de haber tenido experiencias traumáticas (Lionetti *et al.*, 2015), incluido el abuso sexual (Euser *et al.*, 2013).

Sin embargo, no resultaron significativas las diferencias en las escalas de Autosuficiencia/rencor contra los padres y Permisividad parental. Respecto a la primera, una posible explicación de la ausencia de diferencias es que puede haber una compensación, pues en algunos casos se pregunta por la presencia de un resentimiento derivado de la sobreexigencia de los padres (p. ej., “*A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos lo suficientemente buenos para los padres*”), en los que las personas institucionalizadas difícilmente puntuarán alto, pero en otros se solicita información respecto de la autonomía (p. ej., “*Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas*”), en los cuales es más probable que puntúen de esa forma. En cuanto a la escala de Permisividad parental, que contiene reactivos sobre la permisividad y la ausencia de autoridad (p. ej., “*Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quiero*”), se esperaría una mayor puntuación en el caso de los adolescentes institucionalizados, pero la ausencia de relación podría deberse a que los tres ítems del instrumento aluden específicamente a los *padres*, lo que no sucede en los reactivos de las otras escalas, de manera que los adolescentes sin padres pueden responder de forma negativa a los ítems, y en cambio aquéllos que los tenían y los recuerdan podrían responder de forma positiva, compensando así la media.

En lo referente a la categoría de estilos de apego en que se ubicaban los adolescentes, se observó una distribución en la que claramente dominaba el apego desorganizado en el grupo de institucionalizados, así como el apego seguro en el grupo control. Estos resultados coinciden con los

de estudios llevados a cabo sobre todo en la población angloparlante (Lionetti *et al.*, 2015) o la hispanohablante, pero utilizando muestras menores (Echevarría, 2021; García, 2019; López *et al.*, 2022; Martínez-Lanz *et al.*, 2007).

Una notoria limitación del presente estudio es el reducido número de participantes institucionalizados, lo que probablemente sea el factor responsable de la ausencia de significación en las diferencias entre ambos grupos en varias escalas, por lo que sería deseable que en futuras investigaciones se emplee una muestra mayor. Por otro lado, el CaMir-R muestra algunas limitaciones señaladas con anterioridad, la primera de las cuales alude a la escala de Autosuficiencia/rencor contra los padres, que incluye dos factores teóricos, por lo que sería recomendable utilizar un instrumento que distinguiera entre ambos componentes. Asimismo, en la escala de Permisividad parental los ítems aluden directamente a los padres, lo que puede complicar las respuestas de aquellos adolescentes que carecen de ellos; así, sería necesario disponer de algún instrumento con reactivos que no los aludan directamente (como sucede en las otras escalas del CaMir-R. También sería útil contar con otros indicadores del apego, como partir de entrevistas con otros informantes o de la observación directa.

Con base en los resultados de este trabajo, se concluye que los adolescentes institucionalizados están en un mayor riesgo de manifestar alteraciones en el apego, lo que hace necesario proponer intervenciones preventivas enfocadas en fomentar un apego seguro en ellos, o bien paliar los efectos negativos de los apegos inseguros, especialmente el desorganizado.

Citación: Ceja-Magallanes, A.J., Manzo-Chávez, M.C. y Padrós-Blázquez, F. (2025). Influencia de la institucionalización en el apego. *Psicología y Salud*, 35(1), 97-103. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2953>

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). APA.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Cano, S., Rendón, M. y Zapata, N. (2019). Representaciones de apego en niños institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Medellín. Estudio comparativo. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 11(1), 35-60. Doi: 10.17533/udea.rp.v11n1a02

- Conrad, R., Forstner, A.J., Chung, M.L., Mücke, M., Geiser, F., Schumacher, J. y Carnehl, F. (2021). Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-9. Doi: 10.1186/s12888-021-03098-1
- Echevarría, M. (2021). *Estilo de apego en niños institucionalizados*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica Argentina. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/13170/1/estilo-apego-ninos-institucionalizados.pdf>
- Euser, S., Alink, L.R., Tharner, A., van Ijzendoorn, M.H. y Bakermans-Kranenburg, M.J. (2013). The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care. *Child Maltreatment*, 18(4), 221-231. Doi: 10.1177/1077559513489848
- Fernández D., M.P. y Fernández P., A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp
- Forslund, T., Peltola, M.J. y Brocki, K.C. (2020). Disorganized attachment representations, externalizing behavior problems, and socioemotional competencies in early school-age. *Attachment & Human Development*, 22(4), 448-473. Doi: 10.1080/14616734.2019.1664603
- García C., G. (2019). Apego, trastorno de conducta y menores institucionalizados: revisión bibliográfica. *Familia. Revista de Ciencia y Orientación Familiar*, 57, 89-124.
- Gonzalo, J.L. (2015). *Vínculate. Relaciones reparadoras del vínculo en los niños adoptados y acogidos*. Desclée de Brouwer.
- Huang, Y.C., Lee, Y., Lin, P.Y., Hung, C.F., Lee, C.Y. y Wang, L.J. (2019). Anxiety comorbidities in patients with major depressive disorder: the role of attachment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 286-292. Doi: 10.1080/13651501.2019.1638941
- Ibarra I., A.N. y Romero M., M.P. (2017). Niñez y adolescencia institucionalizadas en casas hogar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1532-1555.
- Kohlhoff, J., Mahmood, D., Kimonis, E., Hawes, D.J., Morgan, S., Egan, R.,... Eapen, V. (2020). Callous-unemotional traits and disorganized attachment: Links with disruptive behaviors in toddlers. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(3), 399-406. Doi: 10.1007/s10578-019-00951-z
- Lionetti, F., Pastore, M. y Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 42, 135-145. Doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013
- López R., D.I., De León D., G.B. y Molina C., V.A. (2022). El desarrollo del apego y la institucionalización: estudio de casos en Saltillo, Coahuila. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(E), 11-21.
- Macías G., D.A. (2020). El desarrollo psicosocial de niñas y niños institucionalizados en edad de 0 a 3 años: un análisis del efecto psicosocial de la privación del medio familiar en el Ecuador. *Revista de Criminología, Psicología y Ley*, 3, 93-115.
- Mansilla Y., M. (2018). ¿Qué papel tiene el apego en la aparición de dificultades emocionales, conductuales y sociales en menores institucionalizados? *Psychology, Society, & Education*, 10(2), 163-171. Doi: 10.25115/psye.v10i1.712
- Martínez-Lanz L., P., Rosete R., M. y De los Ríos, R. (2007). Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 367-384.
- Padrós, F., García, F., Amador, L. y Montoya, K. (2022). Deseabilidad social, trastorno de conducta y callo emocional: estudio correlacional en adolescentes mexicanos. *Revista Criminalidad*, 64(2), 35-46. Doi: 10.47741/
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.
- Pihet, S., Etter, S., Schmid, M. y Kimonis, E.R. (2015). Assessing callous-unemotional traits in adolescents: Validity of the inventory of callous-unemotional traits across gender, age, and community/institutionalized status. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 407-421. Doi: 10.1007/s10862-014-9472-8
- Urban, J.R. (2020). Attachment theory and its relationship with anxiety. *The Kabod*, 6(2), 2. Recuperado de <https://digitalcommons.liberty.edu/kabod/vol6/iss2/2>

Proceso de resiliencia en la mujer tras la ruptura de pareja: un estudio de caso

Resilience process of in women after the breakup of a couple: a case study

María Pía Rodríguez Regordosa y Nora Hemi Campos Rivera

Universidad Iberoamericana Puebla¹

Autor para correspondencia: Nora H. Campos Rivera, norahemi.campos@iberopuebla.mx.

RESUMEN

La resiliencia se refiere a la capacidad de un individuo para afrontar positivamente las situaciones de estrés y adversidad y salir fortalecido de éstas. Una situación de estrés extremo que puede experimentar una persona es la ruptura de pareja. Investigaciones actuales han demostrado que son las mujeres quienes son las más afectadas tras la ruptura y quienes experimentan los efectos negativos con más frecuencia e intensidad debido a la posición de desventaja en la que se encuentran como grupo vulnerable en la sociedad. La presente investigación tuvo como objetivo describir la manera en que las mujeres logran desarrollar la resiliencia, lo que les permite un ajuste adecuado después del rompimiento. A este efecto, se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando el método de estudio de caso para analizar a una mujer de 48 años, divorciada cinco años antes, con altos niveles de resiliencia y ajuste a la ruptura. Los resultados muestran que el apoyo afectivo recibido de familiares y amigos es el elemento más importante para el desarrollo de dicha resiliencia, el apoyo terapéutico acorde a sus creencias y valores personales, así como el fortalecimiento de las conductas de autocuidado. Un factor importante que favorece el ajuste al rompimiento y el desarrollo de la resiliencia es la estabilidad económica de la mujer. Se pueden observar rasgos en ella asociados a indicadores de resiliencia, como el deseo de cerrar el ciclo con la expareja, la capacidad para planear su futuro, la conciencia de crecimiento personal y el deseo de mantener una relación sana con aquélla.

Palabras clave: Resiliencia; Ruptura de pareja; Mujeres; Ajuste a la ruptura.

ABSTRACT

Resilience refers to an individual's ability to face stressful and adversity situations and become positively stronger. Breakups represent situations of extreme stress that a person can experience. Current research has shown that women are most affected after the break since they experience the adverse effects more frequently and intensely due to their disadvantaged position as a vulnerable group in society. The objective of the present study was to describe how women develop resilience, which allows them to adjust adequately after the breakup. We conducted a qualitative case study to analyze a 48-year-old woman who had been divorced for five years and had high levels of resilience and adjustment to the breakup. The results show that the affective support received from family and friends is the most critical element for developing resilience, in addition to therapeutic support according to personal beliefs and values, as well as self-care behaviors. An important factor that

¹ Doctorado en Investigación Psicológica, Blvd. del Niño Poblano 2901, Reserva Territorial Atlixcáyotl, Centro Comercial Puebla, 72810 San Andrés Cholula, Pue., México, tel. 222 372 3000, correos electrónicos: mariapia.rodriguez@iberopuebla.mx y norahemi.campos@iberopuebla.mx.



favors the adjustment to the rupture and the development of resilience is the economic stability that women experience after the rupture. Traits of these women seem associated with indicators of resilience, such as the desire to close the cycle with the ex-partner; the ability to plan for the future, the awareness of personal growth, or the desire to maintain a healthy relationship with the ex-partner.

Key words: Resilience; Breakup; Women; Adjustment to breakup.

Recibido: 21/02/2023

Aceptado: 11/10/2023

La resiliencia se refiere a la capacidad que se tiene para afrontar las situaciones adversas de la vida, resistir al estrés y transformarse positivamente (Cyrulnik, 2006; Grotberg, 1995); así, es el resultado de la interacción adecuada de factores intrínsecos y extrínsecos que se desarrolla a lo largo del tiempo.

La sociabilidad natural del ser humano lo lleva a vincularse con otras personas. De las relaciones sólidas que puede ir desarrollando a lo largo de su vida, la elección de pareja se convierte en una de las más importantes en virtud de que constituye una de las relaciones más intensas y de mayor significación (Maureira, 2011).

La relación de pareja ha sido estudiada por distintos autores y se ha definido “como el vínculo estable entre dos personas que comparten un proyecto de vida y que se proveen afecto y apoyo mutuo” (Díaz-Loving y Sánchez, 2004). Sin embargo, tal estabilidad puede verse amenazada en varios momentos por conflictos y crisis que pueden llevar a la disolución de dicho vínculo, a lo que Garabito *et al.* (2020) llaman *ruptura de pareja*.

Médor (2013) señala que cuando una persona apuesta por el matrimonio de por vida y cree haber construido una relación “con sello de perenne”, es comprensible que la ruptura le signifique desilusión y amargura. Dicha autora apunta asimismo que es común que la mujer en esta circunstancia sea percibida y se perciba a sí misma como “fracasada”. Por su parte, García y Solsona (2010) señalan que la ruptura es una experiencia altamente estresante que sume a los hombres y mujeres

en situaciones que pueden ser consideradas como vulnerables, de tal manera que el fin de la relación de pareja constituye un proceso generador de dificultades en diversos ámbitos de la vida de quienes lo experimentan, como la disminución de los recursos económicos, el deterioro de la salud, el desarrollo de ansiedad y depresión y la preocupación por los hijos, entre muchas otras.

Tal circunstancia puede llevar a las personas a buscar ayuda en los servicios de salud, y algunos investigadores, como García y Solsona (2011), han concluido que quienes más buscan ser atendidos son las personas separadas o divorciadas, en comparación con quienes permanecen casadas o cohabitando, y, de ellas, son las mujeres quienes más requieren recibir apoyo por los síntomas asociados con la depresión clínica derivados de la ruptura con su pareja (Rodríguez *et al.*, 2009).

Hay personas que se ajustan adecuadamente a la ruptura, no sólo resistiendo las situaciones adversas, sino reponiéndose, aprendiendo y siendo transformados positivamente por la experiencia, lo que las lleva a lograr niveles de bienestar personal que les hace posible planear una nueva vida. Las investigaciones recientes han demostrado que quienes logran este bienestar son justamente quienes han desarrollado resiliencia (Cyrulnik, 2006; García y Solsona, 2010; Yarnoz-Yaben y Comino, 2017), por lo que es conveniente analizar cómo es que las mujeres logran esta habilidad, efectúan un ajuste adecuado a la ruptura y consiguen su bienestar.

Trujillo (2011) afirma que es *a posteriori* cuando es factible reflexionar acerca del proceso resiliente, pues en el momento mismo de la adversidad sólo se alcanza a sufrirla. Por su parte, Cabrera *et al.* (2016) sostienen que las personas divorciadas o separadas pueden desarrollar competencias sociales y contar con redes de apoyo para hacer frente al proceso de separación, e incluso ser transformadas positivamente por esa adversidad. Así, las mujeres pueden narrar sus vivencias y los aprendizajes adquiridos una vez pasado el tiempo, cuando consideran estar logrando ajustarse a la ruptura y reconocen haber crecido como personas. A este fenómeno se le conoce –según se ha apuntado arriba– como *resiliencia*, y es importante indagar cómo es que la misma se desarrolla

para que la mujer logre ajustarse adecuadamente a la ruptura y elabore un nuevo plan de vida.

En México, un reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021) indica que el divorcio aumentó de 17% por cada 100 matrimonios en el año 2012, a 33% en 2021. De esas rupturas, 75.7% de las parejas involucradas tenían al menos un hijo menor de edad en común. Por otro lado, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2021) señala que 36.2% de los hogares familiares nucleares en el país tienen como jefes de familia a mujeres, de las cuales 58.1% tienen entre 30 y 59 años de edad. La edad promedio de la mujer que solicitó el divorcio en el año 2020 fue de 39.6 años.

Con base en lo anterior, se llevó a cabo un análisis cualitativo empleando el método de estudio de caso para examinar cómo es que la mujer desarrolla la resiliencia tras la ruptura de pareja. Dicho método permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando para ello múltiples fuentes de evidencia, tanto cuantitativas como cualitativas, simultáneamente (Jiménez, 2012).

MÉTODO

Participante

Mujer mexicana heterosexual de 48 años, nacida en la ciudad de Puebla, con dos hijos de 20 y 15 años, casada durante 16 años y cuya relación había terminado cinco años antes del momento de la entrevista. Para conservar la confidencialidad de su identidad, se utilizará aquí el seudónimo “María”.

Instrumentos

Ficha de datos generales

En esta ficha se incluyó el nombre, la edad, el tiempo de relación de pareja, el tiempo transcurrido desde la ruptura, el número de hijos y la situación laboral y familiar actual, lo que se complementó con una breve narración de su experiencia de la ruptura.

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) (Palomar y Gómez, 2006).

Esta escala de Resiliencia fue desarrollada en México en la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México a partir de la escala de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor y Davidson, 1999) y de la Resilience Scale for Adults (RSA) (Friborg *et al.*, 2001).

Se compone de 43 reactivos divididos en cinco factores, y su confiabilidad, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0.93, con una varianza explicada de 43.60%. Sus factores son los siguientes:

A) *Fortaleza y confianza en sí mismo* (diecinueve reactivos), con una varianza de 24.67% y una confiabilidad de 0.92, hace referencia a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen para alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito, y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos (p. ej., “Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos”).

B) *Competencia social* (ocho reactivos). Se refiere a la competencia que las personas tienen para relacionarse con los demás de una manera sana, a la facilidad para hacer amigos, hacer reír a los demás y disfrutar de una conversación (p. ej., “Me siento cómodo con otras personas”).

C) *Apoyo familiar* (seis reactivos). Está relacionado con el apoyo que brinda la familia y la lealtad de sus miembros, pasar tiempo juntos y a compartir visiones similares de la vida (p. ej., “Tengo una buena relación con mi familia”).

D) *Apoyo social* (cinco reactivos). Alude al hecho de contar con las personas en los momentos difíciles de la vida, especialmente con los amigos que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por la persona (p. ej., “Siempre tengo a alguien que puede ayudarme cuando lo necesito”).

E) *Estructura* (cinco reactivos). Está referido a la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistemáticas a pesar de las dificultades (p. ej., “Las reglas y la rutina hacen mi vida fácil”).

Los reactivos se evalúan en una escala Likert de cuatro puntos: de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 4, “Totalmente de acuerdo”. Fue desarrollado como un instrumento autoaplicado.

Escala Psicológica de Ajuste al Divorcio (Psychological Adjustment to Separation Test-PAST) (Sweeper y Halford, 2006).

Adaptada a la población mexicana por Rodríguez (2011), fue diseñada para medir los tres desafíos específicos para el logro del ajuste psicológico posterior al divorcio: la aceptación de la pérdida de la expareja, la aceptación de la merma de las redes sociales asociadas a la expareja y la relación como padres divorciados, lo que puede manifestarse como coparentalidad negativa, entendida como los problemas en el ejercicio de la coparentalidad entre los progenitores (Tay-Karapas *et al.*, 2020).

Para ser autoaplicada, contiene tres dimensiones relacionadas con los problemas de ajuste a la separación: Soledad negativa, relacionada con sentimientos negativos (p. ej., “Siento que mi vida tiene menos propósito que antes”), Apego a la expareja (p. ej., “Constantemente pienso en mi expareja”) y Conflictos en la coparentalidad (p. ej., “Mi expareja y yo planeamos bien las visitas y el contacto con nuestros hijos”).

Esta escala consta de las subescalas Apego hacia la expareja, Soledad negativa y Conflicto con el excónyuge, pues según las creadoras de este instrumento son éstos los elementos centrales del divorcio a los que una persona debe ajustarse. La soledad negativa y el apego hacia la expareja arrojaron dos factores que explican 49% de la varianza. Los reactivos sobre Conflicto arrojaron un factor que explica 55% de la varianza. El coeficiente alfa de los tres indicadores fue de 0.9, 0.88 y 0.83, respectivamente. La escala es autoaplicada y consta de 26 reactivos que se valoran en una escala Likert de cinco puntos: de 1, “Completamente en desacuerdo”, a 5, “Completamente de acuerdo”.

Entrevista abierta

Instrumento que toma en cuenta los siguientes momentos: Antecedentes de la ruptura de pareja, Relato de la ruptura, Resiliencia y variables aso-

ciadas (apoyo afectivo, sentido del sufrimiento, perdón y significado), Situación actual y Cierre.

Procedimiento

En las redes sociales Facebook, Instagram y grupos de WhatsApp se invitó a mujeres a participar en el estudio contestando un cuestionario elaborado en Google Forms que contenía los datos generales. Después de analizar las respuestas a dicha invitación, se seleccionó a una mujer divorciada a quien se le hizo una invitación personalizada para ser entrevistada. Se le explicó el objetivo de investigación, el procedimiento y las consideraciones éticas del estudio. Tras recibir su aceptación y la firma de una carta de consentimiento informado, se procedió a la aplicación de las citadas pruebas de resiliencia (RESI-M) y ajuste a la ruptura (PAST), hecho lo cual se procedió a llevar a cabo la entrevista virtual a través de la plataforma Zoom debido a las restricciones impuestas por la pandemia de covid-19. La citada entrevista fue videograbada y tuvo una duración de 50.03 minutos. No se tomaron notas de campo.

Procedimiento del análisis

Al término de la entrevista se hizo una transcripción de la misma y se efectuaron los análisis utilizando el código de transcripción de Jefferson (1984) (*cf.* Bassi, 2015), tras de lo cual fue devuelta a María para que confirmara su autoría. Una vez recibida, se procedió al análisis del discurso utilizando el software de análisis cualitativo Atlas.ti para la posterior triangulación de las categorías que emergieron con el referente teórico.

Consideraciones éticas

La participación en el estudio fue voluntaria y sin ningún costo para la persona. Antes de ser entrevistada, se le explicó el procedimiento completo y se le solicitó la firma de la carta de consentimiento informado; le volvió a solicitar ese consentimiento para ser videograbada. Al inicio de la entrevista se le explicó que el tipo de preguntas podría suscitar emociones o recuerdos que podrían provocarle sensaciones negativas, por lo que, si lo considera-

ba conveniente, podría detener o terminar la entrevista.

RESULTADOS

El puntaje de resiliencia obtenido por María fue 150 y el de ajuste a la ruptura de 78; ambos puntajes la ubicaron en el percentil 75, considerado como un nivel alto, razón por la cual se consideró que la información proporcionada era significativa para el objeto de estudio.

Tomando en cuenta el objetivo de describir cómo la mujer desarrolla la resiliencia tras la ruptura de pareja, a continuación se mostrarán las categorías que emergieron en el análisis del discurso.

Los datos se agruparon en dos categorías: 1) *Recursos de resiliencia*: estrategias de afrontamiento consideradas adaptativas y funcionales), y 2) *Síntomas de resiliencia*: evidencia de crecimiento personal. De cada una de ellas emergieron ciertas subcategorías.

A continuación, se describen los principales resultados.

Recursos de resiliencia

Son todas aquellas estrategias a las que la mujer recurrió para poder afrontar la difícil experiencia vivida y que contribuyeron a su crecimiento personal. Dichos recursos se expresaron en las siguientes subcategorías:

Apoyo familiar. Soporte recibido de padres, hermanos y parientes tras la ruptura de pareja, algunas veces moral y otras incluso económico; p. ej., «*De mi hermana F y mi cuñado P, un apoyo moral, también muchísimo. Mi cuñado me decía a veces: “¿Sabes qué, comadrita?, te paso aquí los vales para que llenes tu tanque de gasolina y puedas venir a dejar a mi ahijado”*».

Apoyo social. Percepción de la empatía de los amigos y conocidos a través de detalles simples; p. ej., «*De repente me regalaba comida. Me tocaba la puerta y me traía de desayunar*».

Fe en Dios. Creer en un ser superior y tener una fe sólida; p. ej., «*También creo que mi fe me ha ayudado muchísimo*».

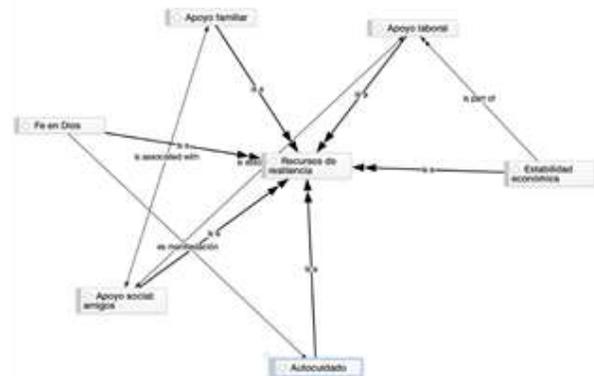
Terapia acorde con creencias y valores (recibida como apoyo laboral). Acompañamiento psicológico o terapéutico que, respetando las creencias y valores de la persona, hace posible el desahogo emocional; p. ej., «*Yo estaba buscando a alguien que, además, compartiera mis valores y mis creencias*».

Autocuidado. Vuelta a actividades que antes causaban placer, así como atender todas las necesidades personales; p. ej., «*He procurado también darme tiempo para hacer cosas que me gustan; por ejemplo, regresar a jugar tenis*».

Estabilidad económica. Percepción de un ingreso estable que hace posible afrontar los gastos mensuales de la familia; p. ej., «*Que haya regresado mi sueldo a como era antes*».

En la Figura 1 se muestra gráficamente la vinculación de los recursos de resiliencia utilizados por María.

Figura 1. Recursos de resiliencia.



El apoyo familiar está relacionado con el apoyo social y de los amigos que, en muchas ocasiones, pueden encontrarse en el ámbito laboral, razón por la cual este último está asociado con el apoyo laboral, que incluye además las prestaciones o acuerdos en el trabajo que ayudan al bienestar emocional de la mujer. Por su parte, la estabilidad económica es un factor que contribuye en gran medida a que la mujer se sienta capaz de afrontar las situaciones difíciles, libre para tomar decisiones y segura de poder sostener a sus hijos. Dicha estabilidad económica está directamente relacionada con el apoyo laboral.

La fe en Dios está asociada con los recursos de resiliencia, ya que permite a la mujer dar un sentido al sufrimiento, y es asimismo una manifestación de autocuidado porque la separa de pensamientos negativos que aumentan su malestar (véase la Figura 1).

Síntomas de resiliencia

Tienen relación con todos aquellos rasgos que evidencian la presencia de resiliencia en la mujer entrevistada y que se identificaron en las siguientes subcategorías:

Salud emocional. Ánimo para empezar a planear algunas actividades y cambios o llevar a cabo proyectos que se quisieran realizar en el futuro; p. ej., “*Por lo menos, disfruto el día si tengo anhelos... Ojalá para la próxima Navidad*”.

Perdón: Consciencia de que el malestar emocional ha sido superado; p. ej., “*Cosas que antes me dolían mucho, ahora ya dejaron de doler*”.

Deseos de cerrar el ciclo. Consciencia de querer terminar con el proceso de ruptura; p. ej., “*Quizá cerrar el ciclo*”.

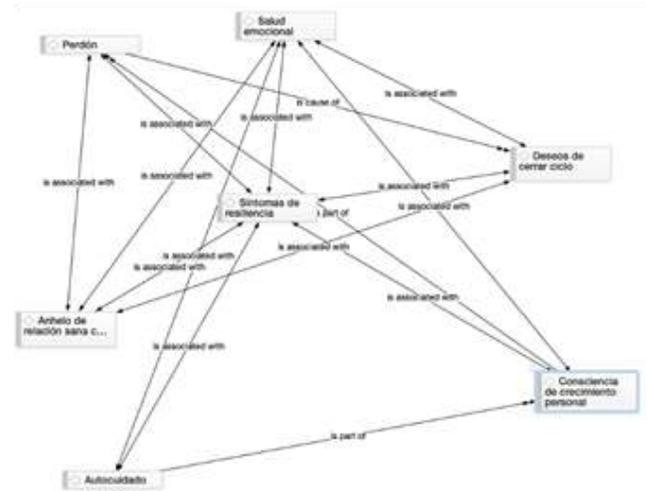
Consciencia de crecimiento personal y áreas de oportunidad. Percepción de la transformación que ha tenido como persona, derivada de la experiencia de ruptura, así como de las áreas que aún faltan por desarrollar; p. ej., “*Darme cuenta una vez más que soy una mujer muy fuerte, muy capaz de lograr lo que me propongo, de salir adelante a pesar de todo*”.

Autocuidado y aceptación de su nueva condición de divorciada. Reconocimiento ante sí misma y ante los de su nueva condición; p. ej., “*Una cosa significativa es que antes no podía decir que estaba yo separada o divorciada, y la verdad es que hoy sí puedo decir que estoy divorciada; o sea, ya lo puedo no tanto decir, pero por lo menos no esconder*”.

Anhelos de llevarse bien con la expareja. Deseo de mantener una comunicación abierta, respetuosa; poder llevar a cabo ciertas actividades con su expareja, sobre todo cuando los hijos están involucrados; p. ej., “*Me fascinaría que fuéramos de esas parejas que yo he visto que hay, en las que cada quien puede seguir con su vida, pero siendo*

muy cordiales, sobre todo cuando se trata de los hijos” (Figura 2).

Figura 2. Síntomas de resiliencia.



La salud emocional es el síntoma que evidencia en mayor medida la resiliencia y está asociado con el anhelo de llevarse bien con la expareja, la consciencia del crecimiento personal y los deseos de cerrar el ciclo de la ruptura. Por su parte, el autocuidado es parte de la consciencia de crecimiento personal; por ello, la mujer toma la decisión de volver a emprender las actividades que antes disfrutaba.

El perdón es un elemento importante en la resiliencia de la mujer, y está relacionado con el anhelo de tener una relación sana con la expareja y con los deseos de cerrar el ciclo, por lo que la mujer considera haber crecido como persona cuando aparecen estos dos rasgos (véase la Figura 2).

DISCUSIÓN

El presente análisis tuvo como objetivo describir mediante un estudio de caso la manera en que se desarrolla la resiliencia tras la ruptura de pareja. Se han hecho diferentes estudios para explicar las causas de ruptura o, incluso, describir el fenómeno, pero no hay hasta el momento estudios que analicen cómo es que las mujeres logran afrontar la adversidad de la ruptura, elaborar un nuevo plan de vida y experimentar estabilidad emocional.

Después de analizar las categorías que surgieron de la entrevista realizada, se puede decir que algunos de los sentimientos más frecuentes que mencionó María, como haber sentido tras la ruptura la vergüenza por la separación o el divorcio, el enojo y el desgaste emocional por sentirse injustamente tratada, más el resentimiento con la familia política, la tristeza o depresión coinciden con los que Cabello (2014) señala; esto es, que según las narraciones de las mujeres, al inicio del divorcio la mayoría experimenta sentimientos de enojo, dolor y frustración. Por otra parte, los sentimientos experimentados por ellas tras el divorcio son con frecuencia de alegría y tranquilidad.

Las mujeres, ante la adversidad que enfrentan tras la ruptura de pareja, pueden recurrir a distintos estilos de afrontamiento, como la negación de lo que está ocurriendo, la evasión, el enfrentamiento con la expareja para evitar la agresión o el maltrato, lo que podría llevarlas a rendirse o a intentar resolver las cosas considerando, incluso, someterse a alguna terapia de pareja o buscar un acompañamiento que contribuya a aliviar el sufrimiento.

La misma doctora Cabello (2014) apunta que, como en todo proceso en que se tiene que tomar una decisión trascendental, las mujeres narran la ruptura como un suceso particularmente difícil. Algunas mujeres –como es el caso de María– desarrollan la creencia de que deben tolerar a la expareja, incluido el maltrato, hasta que los hijos sean mayores de edad, para no perder su manutención, o bien sufren porque piensan que la expareja tiene que comportarse como ellas desean, lo cual las vulnera en esta condición.

Un tópico con el que tuvo dificultades María fue aceptar su nuevo estado de vida, a tal grado que incluso solía evadir hablar de lo sucedido. En relación a esto último, Médor (2013) afirma que las divorciadas tienden, al menos en el corto plazo, a juzgar su condición personal y la de su familia según las mismas categorías que emplea la sociedad para rechazarlas o injuriarlas. De ahí que se avergüencen de su estado y opten por ocultarlo.

Recuperar la salud emocional es esencial para que la mujer se perciba capaz de salir adelante a pesar de la adversidad; por ello, aceptar ser ayudada a través de un acompañamiento psicológico o

terapia que respete sus creencias y valores, como lo menciona María, permite a la mujer superar las dificultades, desarrollar resiliencia y ajustarse a la ruptura de pareja. De acuerdo con Muñoz (2009), quien se halla en un proceso psicológico es la persona que no decidió separarse, y que quien ha tomado tal decisión no busca ese apoyo. Lo anterior coincide con lo que Zalapa *et al.* (2012) reportan, o sea, que fue el estado emocional y el de sus familias lo que motivó a las mujeres para buscar apoyo psicológico o ayuda profesional al separarse de sus parejas.

Cyrułnik (2006) afirma que el desarrollo de la resiliencia en la persona requiere de un *oxímoron*². Así, cuando la persona sufre un “golpe de la vida” que genera en ella una experiencia traumática, puede salir fortalecida y transformada positivamente por dicha experiencia, no obstante las dificultades vividas en el proceso.

Dicha transformación se logra a través de la elaboración de un entretejido. Trujillo (2011) sugiere que “el proceso de tejido recompone los hilos de la red que han sido rotos, y podría decirse que uno de los orígenes de la resiliencia es, precisamente, el comienzo del ejercicio del arte de tejer, quizás de tejerse a sí mismo, como corresponde a un ser humano que se constituye en sujeto de su propia historia” (p. 166).

El entretejido de los hilos de la experiencia dolorosa se logra mediante el *relato*, a través del cual la persona puede ir encontrando un significado a la experiencia vivida que le ayuda a dar sentido a su sufrimiento para poder perdonar y asumir un nuevo proyecto de vida. En dicho relato la persona narra también el apoyo afectivo que ha recibido en el transcurso de las dificultades que se le han presentado, como puede ser el sostén brindado por familiares o amigos.

María consideraba que el apoyo recibido de sus padres, hermanos y parientes tras la ruptura había sido muy importante para ayudarle a enfrentar las dificultades. Algunas veces el apoyo había sido moral, y otras incluso económico. Lo anterior coincide con lo que Valdés *et al.* (2009) y Cabello (2014) indican en relación a que el apoyo econó-

² Figura retórica de pensamiento que consiste en complementar una palabra con otra que tiene un significado contradictorio u opuesto.

mico o emocional de la familia es crucial para que las mujeres superen el proceso de divorcio. Para Cyrulnik (2006), el origen de la resiliencia se encuentra en el afecto, por lo que el papel de la familia es fundamental. En efecto, percibir el afecto de familiares y amigos fue para María un factor determinante para sostenerla cuando todo parecía oscuro, ayudándola paulatinamente a ir tomando decisiones que la ayudaron a salir adelante y experimentar un creciente bienestar.

En la propuesta de Cyrulnik (2006), disponer de *redes de apoyo* adecuadas, dar *significado* a la experiencia adversa y encontrar un *sentido al sufrimiento* son condiciones necesarias para lograr el oxímoron que se conoce como resiliencia.

Percibir la empatía de los amigos y conocidos a través del apoyo ofrecido en detalles tan simples como regalar comida a la mujer, fueron elementos que contribuyeron a que María pudiera dar sentido al sufrimiento ocasionado por la ruptura. Valdés *et al.* (2009) señalan que los amigos, quienes moralmente reconfortan a las mujeres y les dan ánimos para que se adapten más fácilmente a su nueva vida, son muy importantes para ayudarlas a superar los problemas. En el caso de María, recibir el apoyo sin ser cuestionada o presionada contribuyó además a que sintiera que podía confiar en las personas que tenía cerca.

Crear en Dios así como tener una fe sólida, contribuyó a que María pudiera enfrentar la adversidad cuando todo parecía muy oscuro y se sentía sin ánimos para superar el trance; así, al decir de ella, la oración, la meditación y la dirección espiritual la sostuvieron. Lo descrito antes coincide con lo que Zalapa *et al.* (2012) encontraron: “Para las mujeres, Dios, los hijos, las redes de apoyo y el acompañamiento psicológico fueron los factores principales para salir adelante”.

Para María, que las cosas que antes dolían hubieran dejado de doler contribuyó a que, finalmente, pudiera recuperarse. En relación a esto último, Trujillo (2011) comenta que cuando el acontecimiento doloroso adquiere valor y se convierte en un hito para apreciar la dirección de la vida, adquiere entonces significado para la persona y deja

de afectarla; esto es, ha desarrollado resiliencia. Encontrar significado es necesario para entretejer la experiencia, reponerse del trauma y ser feliz (Cyrulnik, 2006). En el caso de María, poder hablar de lo sucedido con personas que le mostraron empatía, poder verse en una condición estable pasado el tiempo, entender lo sucedido y cómo ello había contribuido a generar el problema y darse cuenta de lo que había logrado, le ayudó a hacerse consciente de que el duro golpe de la ruptura ya no dolía como al principio e, incluso, podía ver las ventajas de su nueva situación de vida.

Así, para ella, narrar todo lo sucedido por la ruptura de sus amigos, en la terapia e incluso en la entrevista, la llevó a dimensionar el crecimiento personal que había logrado tras la desagradable vivencia experimentada, lo que le permitió sentirse orgullosa de sus logros y de verse a sí misma como una persona capaz de alcanzar nuevas metas.

Aun así, es recomendable ampliar el número de personas entrevistadas para poder confirmar a través de la narración de otras mujeres si las categorías que emergieron en el presente trabajo se pueden generalizar. Por otro lado, parecería interesante y útil investigar la manera en que los hombres desarrollan la resiliencia en el contexto de la ruptura, lo que contribuiría a ampliar el conocimiento del fenómeno estudiado (*cf.* Rodríguez y Ribeiro, 2013).

En conclusión, entender cómo es que las mujeres desarrollan resiliencia tras la ruptura de pareja hace posible sentar las bases para elaborar proyectos de intervención que las ayuden a afrontar tal adversidad para que la superen con mayor seguridad, confianza, esperanza y sentido, disminuyendo con ello diversos problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, comúnmente asociadas a esta experiencia.

Queda por analizar si la resiliencia desarrollada en el contexto de la ruptura de pareja está relacionada o asentada de alguna manera en la resiliencia desarrollada previamente en experiencias adversas vividas en otros momentos de la historia personal.

REFERENCIAS

- Bassi, J.A. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación a las ciencias sociales. *Quadernos de Psicologia*, 17(1), 39-62. Doi: 10.5565/rev/psicologia.1252
- Cabello, M.A. (2014). El significado que un grupo de mujeres puertorriqueñas le adscribe al divorcio en su vida: un estudio fenomenológico. *Griot*, 7(1), 19-36. Recuperado de <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1551>
- Cabrera G., V.E., Casas, K., Pardo S., L. y Rodríguez D., M. (2017). Análisis de la resiliencia en personas divorciadas según su nivel educativo e ingresos económicos. *Psicogente*, 20(37), 160-171. Doi: 10.17081/psico.20.37.2425
- Cyrułnik, B. (2006). *La maravilla del dolor, el sentido de la resiliencia*. Granica
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. Porrúa.
- Garabito, S., García, F., Neira, M. y Puentes, E. (2020). Ruptura de pareja en adultos jóvenes y salud mental: estrategias de afrontamiento ante el estrés del término de una relación. *Psychologia*, 14(1), 47-59. Doi: 10.21500/19002386.4560
- García, T. y Solsona, M. (2011). El divorcio como nudo biográfico. Una revisión de la literatura reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad postdivorcio. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 57(1), 105-126.
- Grotberg, E. (1995). *The International Resilience Project: promoting resilience in children*. Civitan International Research Center of the University of Alabama at Birmingham. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED423955.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, Septiembre). *Estadística de divorcios 2021*. Comunicado de prensa 561/22. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EstSociodemo/Divorcios2021.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2021). *Sistema de indicadores de género, informe Hogares y familias*. Octubre. Recuperado de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Hogares.pdf>
- Jefferson, G. (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. En J. Maxwell Atkinson y John Heritage (Eds.): *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. 346-369). Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511665868.021>
- Jiménez Ch., V.E. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 8(1), 141-150.
- Maureira C., F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1). Recuperado de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/24815>
- Médor, D., (2013). Divorcio, discriminación y autopercepción en un grupo de mujeres en Guadalajara, Jalisco. *Papeles de Población*, 19(78), 41-64.
- Muñoz E., A. (2009). Personas divorciadas: análisis de las características del proceso de ruptura. *Psychosocial Intervention*, 18(1), 65-74.
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Rodríguez, R. (2011). *Apoyo social y ajuste psicosocial post divorcio en adultos de Monterrey, México: Explorando el papel del tiempo, fuentes y tipos de apoyo*. Tesis doctoral. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rodríguez, R. y Ribeiro, M. (2013). Predictores del ajuste psicosocial en divorciados de Monterrey, México: un análisis de género. *Noesis*, 22(43, Tomo II), 269-288. Doi: 10.20983/noesis.2013.2.10
- Rodríguez, R., Ribeiro, M. y Jordán, C. (2009). Ajuste psicosocial postdivorcio en adultos: una revisión de la literatura. *Perspectivas Sociales*, 11(1-2), 239-258.
- Tay-Karapas, K., Guzmán G., M. y Yáñez Y., S. (2020). Evaluación de la adaptación al divorcio-separación: propiedades psicométricas del CAD-S en el contexto chileno. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología*, 29(2), 1-10.
- Trujillo, S. (2011). ¿Hay un origen del proceso resiliente? Una lectura de la maravilla del dolor de Boris Cyrułnik. *Psicogente*, 14(25), 164-177.
- Valdés C., A.A., Basulto M., G. y Choza C., E. (2009). Percepciones de mujeres divorciadas acerca del divorcio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 23-35.
- Yarnoz-Yaben, S. (2017). ¿Y si todo fue un error? Pensamientos negativos y ajuste al divorcio. *Estudios de Psicología*, 34(2), 185-195.
- Yarnoz-Yaben, S. (2013?). Perdón y divorcio: una perspectiva clínica. *Clínica Contemporánea*, 4(3), 211-221. Doi: 10.5093/cc2013a17
- Zalapa L., E.E. y García M., Y.E. (2012). Resiliencia en mujeres morelianas separadas por violencia conyugal. *Revista de Psicología*, 14(2), 32-45. Recuperado de <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/447>

Dependencia emocional y su relación con el autoengaño y los sentimientos negativos

Emotional dependence and its relationship with self-deception and negative feelings

María de la Villa Moral-Jiménez y María López-Suárez

Universidad de Oviedo¹

Autor para correspondencia: María de la Villa Moral-Jiménez, mvilla@uniovi.es.

RESUMEN

Antecedentes: La dependencia emocional se define como un patrón crónico de necesidades afectivas frustradas que cursan con desajustes de tipo anímico y mecanismos de autoengaño. El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre la dependencia emocional, el autoengaño y los sentimientos negativos. *Método:* Se seleccionaron 255 sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años ($M = 29.73$; D.E. = 9.505) que en los últimos tres meses tenían o habían tenido una relación de pareja. *Resultados:* Se constata que 25.5% de los participantes presentaba una dependencia emocional intensa, y se confirma la existencia de una relación positiva bidireccional entre la dependencia emocional con el autoengaño y los sentimientos negativos, llegando el autoengaño a predecir su presencia en 57.2% de los casos. Se comprueba además que dicha dependencia no está determinada por el sexo, al contrario de lo que ocurre con la edad, siendo los más jóvenes (de 18 a 23 años) los que manifiestan una mayor dependencia emocional. *Conclusiones:* Se aportan evidencias de la relación entre las variables analizadas y su influencia en las relaciones de pareja.

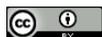
Palabras clave: Dependencia emocional; Autoengaño; Sentimiento negativos; Género; Edad.

ABSTRACT

Background: Emotional dependence (ED) is a chronic pattern of frustrated affective needs that include mood disorders and self-deception mechanisms. The main objective of the present study was to analyze the relationship between emotional dependence, self-deception, and negative feelings. *Method:* 255 participants aged between 18 and 65 years ($M = 29.73$; $SD = 9.505$) who have or had a relationship in the last three months participated. *Results:* 25.5% of participants showed intense emotional dependence. The existence of a positive bidirectional relationship between emotional dependence on self-deception and negative feelings was confirmed, with self-deception predicting its presence in 57.2%. The existence of ED in the person seems not determined by sex, contrary to what happens with age, being the youngest (18 to 23 years) those who present more emotional dependence. *Discussion:* The present study provides evidence of the relationship between the examined variables and their influence on couple relationships.

Key words: Emotional dependence; Self-deception; Negative feelings; Gender; Age.

¹ Área de Psicología Social, Departamento de Psicología, Plaza de Feijoo s/n, 33003 Oviedo, España, correo electrónico: mvilla@uniovi.es, <http://orcid.org/0000-0003-2421-9675> Researcher ID: H-5014-2015.



Recibido: 05/04/2023

Aceptado: 03/09/2023

Una característica inherente del ser humano, dada su condición de ser relacional, es su necesidad de vincularse con los demás mediante lazos fuertes y duraderos. De este modo, la dimensión social desempeña un papel fundamental en el desarrollo de una persona, y comprende, entre otros elementos, las relaciones familiares, laborales y afectivas, siendo estas últimas un pilar esencial en su vida (Alzugaray y García, 2015). Tales vínculos proporcionan satisfacción emocional, felicidad y bienestar físico y mental (Garrido *et al.*, 2017).

En mayor o menor medida, dichas relaciones implican compartir objetivos e intereses, lo que establece una cierta dependencia mutua (Valencia *et al.*, 2007). En efecto, todo individuo depende de los demás para sobrevivir y para construir una identidad personal y social propia. En este sentido, la interdependencia es considerada por autores como Hirschfeld *et al.* (1976) y Bornstein (1992), entre muchos otros, como la forma en la que una persona se relaciona con las demás, incluyendo comportamientos, pensamientos y sentimientos marcados por una necesidad de interacción, protección y confianza.

Como se ha mencionado antes, las relaciones interpersonales están fuertemente vinculadas con el bienestar individual, aunque no todas las relaciones sentimentales son siempre satisfactorias, pues también existen otras que en ocasiones son una fuente de malestar para una persona. El amor, por ejemplo, puede llegar a convertirse en una necesidad y generar conflictos hasta el punto de que se desarrollan patrones de vinculación disfuncional, como es el caso de los dependientes emocionales.

Experimentar cierto grado de dependencia, siempre y cuando la misma se establezca dentro de unos límites normales, no se consideraría un problema puesto que el ser humano tiene la necesidad de estar en contacto con los otros. Sin embargo, su expresión excesiva o de un modo desadaptado es un factor de malestar significativo para el individuo respecto a las relaciones (Ferreira *et al.*, 2004).

Dependencia emocional

La dependencia emocional es un tipo de dependencia relacional genuina si por ésta se entienden las dependencias relacionales como trastornos caracterizados por la expresión de comportamientos adictivos en las relaciones interpersonales. Moral y Sirvent (2008) defienden la idea de que las relaciones en las que se ven involucrados los dependientes emocionales son asimétricas y que en ellas se asume una actitud de sometimiento o de sojuzgamiento hacia otra persona.

Las personas dependientes no conciben una forma de vivir sin estar en pareja, lo que implica que tengan una serie de falsas creencias sobre sí mismas, el amor y la vida en pareja (Izquierdo y Gómez, 2013; Lemos y Londoño, 2006). Las dependencias interpersonales acaban dañando al conjunto de sistemas del individuo, de acuerdo con Bornstein (1992), ya que afectan la *cognición*, pues las personas que las padecen se consideran débiles y necesitadas, y tienen preocupaciones, rumiaciones y celotipias; la *emoción*, toda vez que experimentan temor por el abandono de la pareja y ante la evaluación negativa por parte de otros, al igual que ansiedad ante la separación; la *motivación*, pues buscan continuamente el contacto con la pareja y experimentan deseos de darle protección o recibirla, y, finalmente, la propia *conducta*, en virtud de que llevan a cabo conductas de complacencia, obediencia y sumisión. Por tanto, el individuo que padece este tipo de dependencia tiene pensamientos, creencias y conductas que giran en torno a la necesidad que mantiene de vincularse con personas que son importantes para él (Hirschfeld *et al.*, 1977). Cuando el deseo y la necesidad afectiva persisten o incluso aumentan, la dependencia emocional pasa a ser la razón principal, según Alquiya (2012), de la relación, convirtiéndose la necesidad de afecto en una expresión patológica al exceder las necesidades de vinculación que son propias de los seres humanos (Moral y Sirvent, 2008).

Las dependencias relacionales constituyen un grupo de trastornos difíciles de clasificar en las categorías convencionales del DSM y el CIE, y de ahí que sean comprensibles las reticencias de algunos profesionales para abordarlas, tanto por ese desconocimiento como por el escaso interés

en investigar las emociones o la conducta amorosa, a pesar de que cada vez más se encuentra esta problemática en la consulta clínica (Ferreyra *et al.*, 2004; Salcedo y Sierra, 2013). Tras la revisión de la literatura encontrada al respecto, se observan diferentes posturas en cuanto a la entidad clínica y los criterios diagnósticos de la dependencia emocional, considerada como un trastorno de la personalidad o como un trastorno adictivo.

Respecto a la primera postura, en el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) el trastorno de personalidad está definido como un patrón perdurable de experiencia interna y de comportamiento que se desvía notoriamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, constante en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. Según Bornstein (1993), la dependencia emocional es una forma de dependencia interpersonal, la cual causa en los individuos una marcada necesidad de recibir protección, cuidados y apoyo de otras personas, incluso en situaciones que ésta es capaz de resolver por sí misma y funcionar de forma autónoma. Según lo anterior, el trastorno de personalidad por dependencia (TDP) sería una de las formas de la dependencia interpersonal. Otros autores consideran que tal dependencia cumple por sí misma los criterios del DSM para el trastorno de personalidad general (Castelló, 2005). En contraposición a lo anterior, se ha propuesto que toda conducta que resulte placentera es susceptible de volverse adictiva. El individuo se vuelve adicto cuando pierde el control de esa conducta y continúa ejecutándola a pesar de sus consecuencias negativas; es decir, cuando surge la dependencia psicológica se pierde el interés por otras actividades; además, si la práctica de la conducta interfiere con diversas esferas de la vida del sujeto, se estaría hablando de *adicción* (Sandín, 1999). Conductas como el ejercicio físico, el sexo o, como en este caso, las relaciones de pareja, podrían llegar a ser conductas adictivas.

En el mismo sentido, Sirvent (2000) señala que las dependencias relacionales son problemas caracterizados por la expresión de conductas de tipo adictivo en las relaciones interpersonales. Así,

los trastornos relacionales, y por tanto la dependencia emocional, se caracterizan tanto por componentes adictofilicos que hacen que el individuo dependiente emocional se asemeje a otros tipos de adictos. En efecto, los dependientes padecen un fuerte deseo (*craving*) ante la ausencia de su pareja (síndrome de abstinencia y urgencia) y también por ciertos componentes de su vinculación (como el estilo de relación sumiso con la pareja, por ejemplo) y cognitivo-afectivos (como sentimientos negativos, negación, autoengaño, etc.) (Moral y Sirvent, 2008). Hay una serie de criterios que respaldan la afirmación de que la dependencia emocional es un trastorno adictivo: *a)* la dependencia hacia la pareja aumenta a pesar de las consecuencias negativas que su relación puede acarrear; *b)* la ausencia de la pareja provoca síndrome de abstinencia; *c)* el individuo no tiene la voluntad necesaria para abandonar por sí mismo la relación; *d)* el individuo abandona otras actividades para estar con la pareja, viéndose así perjudicadas otras esferas de su vida; *e)* a pesar del malestar que supone estar en una relación disfuncional, el dependiente sigue luchando para mantenerla, y *f)* hay una inversión desproporcionada de tiempo y esfuerzo para estar cerca de la pareja (Riso, 2003).

Siguiendo a Sirvent (2000), se extraen aquí algunas otras características que están presentes en la mayoría de los dependientes emocionales, tales como la constatación de que manifiestan una gran vulnerabilidad emocional, ceguera hacia el otro y una tendencia a elegir parejas explotadoras. Suelen poseer una personalidad autodestructiva y pobre autoestima. Además, llegan a tener excesivas preocupaciones relativas a la anticipación de una posible ruptura, y acostumbran soportar desprecios y humillaciones. También tienden a experimentar un estado de ánimo disfórico y sentimientos negativos (Sirvent, 2004). Por todo esto, y debido al intenso miedo que sufren al rechazo, a dejar de ser queridos o a sentirse menos importantes a los ojos de su pareja, los dependientes suelen llevar a cabo una serie de conductas dirigidas a evitar la ruptura de la relación, tales como asumir una posición subordinada y solicitar atención y contacto frecuente por parte del otro. De este modo, acaban por establecer relaciones desadaptadas.

tativas con elevados niveles de ansiedad asociados (Pérez del Río, 2017), llegando a permitir en los casos más extremos mecanismos de control, e incluso agresiones físicas y psicológicas a fin de continuar inmersos en la relación, lo que ha quedado evidenciado en diversas investigaciones, como la de Amor y Echeburúa (2010) o de Momeñe y Estévez (2017), en las que se asocia la dependencia emocional intensa con la violencia de pareja física o psicológica, al considerarla uno de los elementos determinantes que mantienen este tipo de relaciones. Además, puede ser un factor que se asocia a la conducta suicida en la población joven (Siabato y Salamanca, 2015). Por tanto, resulta de gran interés el estudio de este constructo en virtud de sus tasas de prevalencia y las implicaciones de esta problemática en múltiples niveles, como el maltrato e incluso el suicidio.

En cuanto a la prevalencia de la dependencia emocional en la población general española, los datos más relevantes se extraen de estudios llevados a cabo por Moral y Sirvent (2008), en los que la tasa de prevalencia fue de 11%; Valle y Moral (2018), a su vez, en su estudio de una muestra de personas jóvenes, obtuvieron una tasa de dependencia de 23.2%, de los cuales un 10.2% de los participantes mostraron un nivel intenso. Tales datos apuntan a que la población joven es especialmente vulnerable a padecer un mayor grado de dependencia emocional.

Sentimientos negativos

En los últimos años, una de las variables que se ha investigado en relación con la dependencia emocional son los sentimientos negativos. Los dependientes emocionales experimentan desajustes afectivos en forma de sentimientos negativos, tales como soledad, culpa, inescapabilidad emocional, recreación de sentimientos negativos como fuerte vacío emocional y deseos de autodestrucción. De acuerdo con Sirvent *et al.* (2009), el concepto *sentimientos negativos* engloba componentes que se consideran indicadores clínicos útiles del sufrimiento psíquico y que aluden a emociones dolorosas y afectos que acompañan al sujeto que los padece. Por un lado, incluye la *soledad*, descrita como la tenden-

cia a aislarse cada vez más de su entorno desde el momento en que tiene una pareja. También puede llegar a experimentar miedo o intolerancia a la soledad. Respecto al sentimiento de *culpa*, se incide en la exculpación ciega e irracional del otro, convenciéndose a sí mismo de que la otra persona no es realmente así o autoinculpándose de los propios errores. Se experimenta un *vacío emocional* como una insatisfacción constante y la pérdida de motivación que no se cubre con nada. Las personas presentan *autodestrucción*, de modo que tienen una vivencia autodestructiva de la relación, llegando a preferir no vivir más. Se tiende a la *recreación de sentimientos negativos* con la aparición espontánea y reiterada de sentimientos de aflicción. Otro de los indicadores es el relativo a la *inescapabilidad emocional*, esto es, la percepción de estar atrapado en la relación sin visos de poder escapar de la misma.

Autoengaño

Es de interés la vinculación de la dependencia emocional con el autoengaño, uno de los principales factores descriptivos. En concreto, el autoengaño consiste en distorsionar la realidad en beneficio propio en las relaciones interpersonales. Es una destreza socialmente aceptada con implicaciones sociales, como el deseo de la persona de ser valorada por los demás. El proceso de autoengaño se caracteriza por engañarse a sí mismo de forma consciente o inconsciente para mantener las falsas creencias o ilusiones a las que se está aferrado. Del autoengaño se deriva un comportamiento regido por diversos mecanismos de acción, como insinceridad y opacidad comunicativa, mixtificación, mecanismos de negación, reincidencia y manipulación, entre otros, y finalmente induce un registro distorsionado de la realidad (*cf.* Moral *et al.*, 2012). Las personas con dependencia emocional distorsionan su realidad afectiva para tratar de reafirmarse en sus creencias y expectativas de la relación, lo que genera pensamientos fantasiosos, llegándose a adoptar el engaño como una forma de vida. El autoengaño no es en sí mismo patológico, puesto que todos los individuos lo utilizan en mayor o menor medida en su interacción con

los demás; pero cuando acarrea consecuencias perjudiciales se trata de un autoengaño patológico. Las personas comienzan a engañarse a sí mismas hasta el punto de creerse su propio engaño por medio de un proceso de aprendizaje implícito no asociativo (Sirvent, 2006).

Género

La dependencia emocional también ha sido estudiada en relación con el género. Autores como Charkow y Nelson (2000) señalan que las mujeres han sido educadas en la creencia de que la felicidad consiste en tener una pareja sentimental (Aragón, 2009), lo que favorece la idealización del amor y las relaciones de pareja (González *et al.*, 2008) y podría contribuir a su dependencia emocional (Alonso *et al.*, 2002). Sin embargo, en otros análisis se ha encontrado que los adolescentes varones tienen puntuaciones más altas en dependencia emocional (Urbiola y Estévez, 2015), por lo que sería necesaria más investigación en cuanto a las diferencias sexuales a fin de contrastar las evidencias existentes en ambas direcciones.

Edad

De igual manera, el estudio de la dependencia emocional en sujetos de diferentes edades también ha suscitado un creciente interés en los últimos años. En un estudio llevado a cabo por Momeñe *et al.* (2019) se concluyó que las puntuaciones más bajas en dependencia emocional las obtienen participantes con edades comprendidas entre los 46-50 años, siendo el grupo de edad de entre 31-35 el que presenta puntuaciones más altas, en tanto que los jóvenes de entre 18-21 años se hallan en una posición intermedia; no obstante, en otros estudios no se han encontrado diferencias significativas en el rango de 15 a 30 años (Martín y Moral, 2019).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente estudio se planteó como objetivo general analizar la dependencia emocional en jóvenes y en población adulta en relación con el autoengaño y los sentimientos negativos. Asimismo, se propuso comprobar si la dependencia emocional cursa con

sentimientos negativos y si la variable de autoengaño predice la dependencia emocional. Como objetivos secundarios se analiza si hay diferencias estadísticamente significativas en la dependencia emocional en función del sexo y la edad.

En línea con estos objetivos, se plantearon las siguientes hipótesis: *H1*) El autoengaño estará relacionado positivamente con la dependencia emocional, de modo que a mayor puntuación en autoengaño, mayor puntuación en dependencia emocional; *H2*) Los sentimientos negativos estarán relacionados positivamente con la dependencia emocional, por lo que a mayor puntuación en sentimientos negativos, mayor puntuación se obtendrá en dependencia emocional; *H3*) Las mujeres mostrarán una mayor dependencia emocional que los hombres, y *H4*) Habrá diferencias estadísticamente significativas en dependencia emocional en función de la edad, de modo que la mayor puntuación se hallará en la población joven.

MÉTODO

Participantes

Mediante un muestreo intencional se seleccionaron 255 sujetos de nacionalidad española: 153 mujeres (60%) y 102 hombres (40%), con una media de edad de 29.73 años (D.E. = 9.505), siendo 18 años el mínimo de edad y el máximo de 65.

Dado el interés investigador, un criterio de inclusión fue el relativo al mantenimiento de una relación de pareja; de hecho, 69.81% de los participantes mantenía tal relación al momento de la evaluación, en tanto que el 30.19% restante afirmó haber estado involucrado en una en los últimos tres meses.

Instrumentos

Para evaluar la dependencia emocional y los sentimientos negativos se aplicaron la Escala de Dependencia Emocional (24 ítems) (Alquipa, 2012; *cf.* Hirschfeld *et al.*, 1976) y la Escala de Sentimientos Negativos (19 ítems) (Watson *et al.*, 1988), así como, en función de los objetivos planteados, los

factores pertinentes del Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100) de Sirvent y Moral (2005). La escala de respuesta es de tipo Likert, con valores de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”). En esta muestra, y para los ítems seleccionados, se obtiene una fiabilidad medida con el coeficiente alfa de Cronbach de .919 en la Escala de Dependencia Emocional y de .928 en la Escala de Sentimientos Negativos.

Para evaluar el autoengaño se aplicó asimismo el Cuestionario de Autoengaño (SDQ-12) (Sirvent *et al.*, 2019), el cual está conformado por 12 ítems agrupados en dos factores: Manipulación y Mistificación. La manipulación se refiere a la auto-presentación del encuestado con la intención de influir en el comportamiento de los demás. Mediante la mistificación se analiza la percepción de la realidad en cuanto a no estar al tanto de aspectos importantes de la vida, así como manifestaciones de percepciones imprecisas y distorsiones sobre el estilo de vida. En este instrumento, la escala de respuesta es de tipo Likert con valores de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”). En el análisis de fiabilidad el SDQ-12 obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .809.

Procedimiento

La estrategia empleada para la recogida de datos fue en línea, difundiendo los instrumentos a través de las redes sociales y a contactos en primera instancia, y mediante el procedimiento de “bola de nieve” después. Siguiendo los procedimientos éticos y legales del caso, se proporcionó la información acerca del objetivo y las características del estudio, garantizando en todo momento a los participantes la normativa referente a la protección de sus datos personales, procesos éticos y criterios de confidencialidad. Para ello, se procedió a la firma de una carta de consentimiento informado. Todos los datos se recabaron de forma anónima y se utilizaron únicamente para fines de investigación. Los aspectos éticos se protegieron de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 1964/2013) y cumpliendo las normativas científicas y técnicas que establecen el Código

Deontológico y Bioético del ejercicio de la Psicología en España.

Diseño

Se aplicó un diseño ex-post-facto, de tipo exploratorio, descriptivo y de corte transversal. A nivel estadístico, se empleó un diseño correlacional multivariado ya que uno de los principales objetivos fue realizar el análisis estadístico de la relación entre las variables objeto de estudio.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó el programa IBM SPSS, v. 26.0. En primer lugar, se calculó la fiabilidad de las escalas y se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables para verificar su distribución. Se obtuvieron unos niveles de significación por debajo del establecido ($p > .05$), y por tanto no se cumplieron los supuestos de normalidad y homocedasticidad, por lo que se optó por la estadística no paramétrica para efectuar los análisis.

Las relaciones entre las variables de interés se analizaron mediante la correlación de Spearman, y el tamaño del efecto a través del estadístico de Cohen. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión para comprobar si la variable Autoengaño predecía la variable Dependencia emocional. Dado que ambas variables no presentaban distribución normal, se optó por el escalamiento óptimo para realizar la regresión no paramétrica. A fin de comprobar si había diferencias estadísticamente significativas en dependencia emocional en función del sexo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. En el caso de la edad, se optó por la prueba de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

A través del análisis de frecuencias, y teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos en la baremación del IRIDS-100, se aportan los porcentajes de la ausencia y presencia de la dependencia emo-

cional y de su intensidad. Un total de 104 sujetos (40.8%) no mostraron dependencia emocional; en 9.8% ($n = 25$) la intensidad fue baja estando presente, siendo acusada en 5.5% de los casos ($n = 14$) e intensa en 25.5% ($n = 65$).

En la primera hipótesis se planteaba que el autoengaño estaría relacionado positivamente con la dependencia emocional, de modo que a mayor puntuación en autoengaño, mayor puntuación en dependencia emocional. Tras realizar la prueba no paramétrica *rho* de Spearman se confirmó que había una correlación positiva y moderada, estadísticamente significativa, entre las dos variables ($R_s = .701$), así como un elevado valor del estadístico de Cohen (.966). Por consiguiente, los resultados obtenidos indican que a medida que aumenta el grado de dependencia emocional, más autoengaño exhibirán los sujetos.

En tercer lugar, se analizó el papel predictivo del autoengaño en la dependencia emocional (Tablas 1 y 2). En función de este objetivo, se tomó como variable criterio la dependencia emocional y como variable predictora el autoengaño. Los resultados revelaron que el autoengaño explica la presencia de dependencia emocional. Según los datos del presente estudio, las probabilidades de tener un nivel intenso de dependencia emocional aumentan 57.2% si la persona manifiesta altos niveles de autoengaño.

Tabla 1. Coeficientes de regresión no paramétrica.

	Coeficientes			
	Beta	gl	F	Sig.
Autoengaño	.761	4	622.017	.000

Nota. Variable dependiente: Dependencia emocional

Tabla 2. Resumen de la regresión no paramétrica.

<i>R</i> múltiple	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	Error de predicción aparente
.761	.579	.572	.421

En relación con la segunda hipótesis, se propuso que los sentimientos negativos estarían relacionados positivamente con la dependencia emocional. Se empleó la prueba no paramétrica *rho* de Spearman para comprobar si existía dicha relación entre la variable dependencia emocional y cada uno de los factores de la escala de sentimientos negativos. Se comprobó que había una relación positiva y moderada, estadísticamente significativa, entre ambas variables ($R_s = .891$) y entre cada uno de los factores, hallándose las correlaciones más elevadas en los factores *Inescapabilidad* ($R_s = .840$), *Vacío* ($R_s = .769$) y *Soledad* ($R_s = .719$) (Tabla 3). A medida que aumenta el grado de dependencia emocional, la puntuación en cuanto a los sentimientos negativos también aumenta.

Tabla 3. Correlaciones entre los factores Sentimientos negativos y Dependencia emocional (Prueba *Rho* de Spearman).

	SN	Soledad	Vacío	Autodestrucción	Inescapabilidad	Recreación de SN	Culpa
D.E.	.891**	.719**	.769**	.704**	.840**	.633**	.692**
F de Cohen	3.85	1.07	1.45	0.98	2.39	0.66	0.91

Nota. **La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).
SN = Sentimientos negativos

En la tercera hipótesis se planteó que las mujeres tendrían un nivel de dependencia emocional mayor que los hombres, para cuya verificación se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes a fin de comprobar si la distribución de la variable

dependiente (dependencia emocional) era la misma para ambos grupos (hombres y mujeres). Tal y como se expone en la Tabla 4, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la dependencia emocional en función del sexo ($U = 7508.5$).

Tabla 4. Dependencia emocional, según el sexo (Prueba U de Mann-Whitney).

Factor	Tipo de muestra		U	p
	Hombres (n = 102)	Mujeres (n = 153)		
	RP	RP		
Dependencia emocional global	130.89	126.08	7508.5	.610

Nota. * $p > .05$

Finalmente, en la cuarta hipótesis se afirmó que habría diferencias en la variable de dependencia emocional en función de la edad. Mediante la prueba de Kruskal-Wallis se halló que hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con edades comprendidas entre los 24-29

y el de 18-23, siendo este último el que obtuvo la puntuación más elevada en dependencia emocional, en comparación con los otros rangos de edad (Tabla 5), si bien el tamaño del efecto fue pequeño ($d = .189$).

Tabla 5. Prueba Kruskal-Wallis, para establecer diferencias significativas en la dependencia emocional, según la edad.

Grupos de edad	Estadístico de prueba	Desv. error	Desv. Estadístico de prueba	Sig. ajustada	d de Cohen
24-29 ≥ 30	-5.140	10.992	-.468	1.000	-
24-29, 18-23	28.127	11.558	2.434	.045	.189
≥ 30, 18-23	22.987	11.499	1.999	.137	-

Nota. ** $p > .05$

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue estudiar la dependencia emocional en relación con el autoengaño y los sentimientos negativos en jóvenes y adultos. Además, analizar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en la dependencia emocional en función del sexo y la edad.

De acuerdo a los resultados hallados, se demuestra una relación positiva y significativa entre la dependencia emocional y el autoengaño. Cabe mencionar que los resultados obtenidos mediante la prueba de regresión no paramétrica muestran que la variable de autoengaño predijo 57.2% de la variable dependencia emocional. Tales resultados están respaldados por estudios como el de Moral *et al.* (2012), en el que se comprobó que las personas con dependencia emocional mostraban mayores niveles de autoengaño que la población

general. Así, las personas con altos niveles de dependencia tienden a tener pensamientos distorsionados y a utilizar estrategias de afrontamiento desadaptativas como respuesta al conflicto, por lo que desarrollan trastornos en sus vínculos afectivo-dependientes. Emplean el autoengaño como estrategia de supervivencia relacional, de forma que retroalimentan ciertas creencias para encubrir comportamientos que pueden ser socialmente inaceptables. Asimismo, el autoengaño puede influir en que se mantengan relaciones conflictivas al no ser consciente la persona de los efectos perjudiciales de las mismas (González *et al.*, 2008; Sirvent, 2006).

Por lo que respecta a la relación entre la dependencia emocional y los sentimientos negativos, se confirma la relación positiva entre ambos constructos, pues dicha dependencia cursa con sentimientos negativos, cuya presencia en la persona

dependiente deja constancia del sufrimiento psíquico y de las emociones dolorosas que llega a experimentar con este trastorno, el cual puede desencadenar trastornos depresivos y de ansiedad (Momeñe *et al.*, 2021; Urbiola *et al.*, 2017).

A raíz de estos resultados, se evidencia la importancia de intervenir en el autoengaño sufrido por el individuo dependiente, así como en sus sentimientos negativos. Por un lado, debido al autoengaño se tiende a una reestructuración cognitiva de la percepción de las cosas y, por otro, la manifestación de sentimientos negativos crónica un vínculo disfuncional. Por consiguiente, se considera relevante promover investigaciones en esta misma línea, dada su trascendencia en el mantenimiento de relaciones de pareja conflictivas y en las manifestaciones de violencia y maltrato psicológico en el noviazgo (Bringas *et al.*, 2017; García-Díaz *et al.*, 2018), así como en el posible padecimiento de trastornos de ansiedad y depresión, las cuales pueden desencadenar intentos de suicidio (McClintock y Anderson, 2015).

No se encontraron diferencias en cuanto a la dependencia emocional en función del sexo, lo que coincide con estudios como el de Martín y Moral (2019); sin embargo, hay distintas formas de manifestarla, y pueden verse influidas por patrones culturales y de género (Rodríguez, 2013).

Por lo que respecta a las diferencias en la dependencia emocional en función de la edad, se constataron diferencias entre dos de los tres grupos de edad, observándose un aumento de la dependencia en la franja de 18 a 23 años, resultados que están en la misma línea que los obtenidos en el estudio de Mallma (2016), en el que se observaron puntuaciones más altas en la dependencia emocional entre los participantes más jóvenes; de este modo, se estima que los mismos consideran la entrega al otro como uno de los factores más importantes en una relación, asumiendo que lo placentero puede llegar a ser a la vez doloroso, lo que puede suponer importantes riesgos de la dependencia (Cañete y Novas, 2012). Por otro lado, el aumento de las relaciones de noviazgo en esta edad implicaría una época de crisis cuya resolución ayuda a la persona a afrontar su vida con

nuevas adquisiciones psicosociales (Delval, 2014; Lawson *et al.*, 2019).

El presente estudio no está exento de limitaciones. Una de ellas es la escasa investigación efectuada sobre la relación entre la dependencia emocional, el autoengaño y los sentimientos negativos, por lo que resulta de interés continuar avanzando en esta dirección. Otras limitaciones del presente estudio son las relacionadas con los participantes, tales como el posible sesgo de deseabilidad, lo que puede haber afectado las respuestas. Además, es importante valorar cómo puede afectar el autoengaño a quienes lo manifiestan en las respuestas a las cuestiones planteadas, de modo que pueden responder en función de la imagen que de ellos mismos están acostumbrados a mostrar.

En relación con la dependencia emocional, también ha de tenerse en cuenta que es frecuente que los participantes traten de ocultarla o que no tienen realmente conciencia de ello. Asimismo, el tamaño de la muestra y la equivalencia en cuanto al sexo también se considera una limitación, de ahí que debe seleccionarse una muestra más amplia y representativa de la población.

Valorando el alto porcentaje de personas que se corresponden con un nivel intenso de dependencia emocional y de quienes presentan autoengaño y sentimientos negativos, las futuras investigaciones en esta dirección deben profundizar en el estudio de los factores determinantes y avanzar en el análisis de los mecanismos asociados al autoengaño y a los sentimientos negativos, debido en buena medida al hallazgo relativo a la predicción de la dependencia emocional a partir del autoengaño. Por otro lado, se ha de ahondar en la importancia de educar las emociones desde la escuela incidiendo en la programación de propuestas de gestión emocional y de promoción de la salud relacional (Fernández-Berrocal y Cabello, 2021; Klein *et al.*, 2022), o por parte de grupos de apoyo social (López-Zafra *et al.*, 2019; Ozamiz, 2019), así como avanzar específicamente en la implementación de programas de prevención e intervención en la problemática de la dependencia emocional.

Citación: Moral-Jiménez, M.V. y López-Suárez, M. (2025). Dependencia emocional y su relación con el autoengaño y los sentimientos negativos. *Psicología y Salud*, 35(1), 115-125. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2955>

REFERENCIAS

- Alonso, A.I., Shaver, P.R. y Yáñez, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationships*, 9(4), 479-490. Doi: 10.1111/1475-6811.00030
- Alquipa T., J. (2012). Diseño y validación del Inventario de Dependencia Emocional (IDE). *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1), 133-145. Doi: 10.15381/rinvp.v15i1.3673
- Alzugaray, C. y García, F. (2015). Relaciones de pareja y bienestar psicológico. En M. A. Bilbao, D. Páez y J. C. Oyanedel (Eds.): *La felicidad de los chilenos. Estudios sobre bienestar* (pp. 237-251). RIL Editores.
- Amor P., J. y Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clinica*, 1(2), 97-104. Doi: 10.5093/cc2010v1n2a3
- Aragón R., S. (2009). Expectativas, percepción de estabilidad y estrategias de mantenimiento en las relaciones amorosas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 229-243.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Panamericana.
- Bornstein, R.F. (1992). The dependent personality: developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112(1), 3. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.3
- Bornstein, R.F. (1993). Dependency and patienthood. *Journal of Clinical Psychology*, 49(3), 397-406. Doi: 10.1002/1097-4679(199305)49:3<397::aid-jclp2270490314>3.0.co;2-v
- Bringas, C., Estrada, C., Suárez, J., Torres, A., Rodríguez, F.J., García, E. y Rodríguez, L. (2017). Actitud sexista y trascendente durante el noviazgo entre universitarios latinoamericanos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 44-55. Doi: 10.23923/j.rips.2017.08.005
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Alianza Editorial.
- Cañete E., P. y Novas F., P. (2012). Resolución de conflictos de pareja en adolescentes, sexismo y dependencia emocional. *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology*, 14(1), 45-60. Doi: 10.5565/rev/qpsicologia.1041
- Charkow, W.B. y Nelson, E.S. (2000). Relationship dependency, dating violence, and scripts of female college students. *Journal of College Counseling*, 3(1), 17-28. Doi: 10.1002/j.2161-1882.2000.tb00160.x
- Delval, J. (2014). *El desarrollo humano*. Siglo XXI Editores.
- Fernández B., P. y Cabello, R. (2021). La inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*, 11(1), 31-46.
- Ferreira D., C., Rueckner G., E., Cambiaso A., G. y Paredes M., T. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con dependencia afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 2, 81-90.
- García-Díaz, V., Lana P., A., Fernández F., A., Bringas M., C., Rodríguez F., L. y Rodríguez D., F.J. (2018). Actitudes sexistas y reconocimiento del maltrato en parejas jóvenes. *Atención Primaria*, 50(7), 398-405. Doi: 10.1016/j.aprim.2017.04.001
- Garrido M., M., Valor S., I. y Expósito, F. (2017). ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 111-116. Doi: 10.1016/j.psi.2016.12.001
- González O., I., Echeburúa, E. y Corral, P.D. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225.
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Chodoff, P., Korchin, S.J. y Barrett, J. (1976). Dependency: self-esteem-clinical depression. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 4(3), 373-388. Doi: 10.1521/jaap.1.1976.4.3.373
- Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Gouch, H.G., Barrett, J., Korchin, S. J. y Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618. Doi: 10.1207/s15327752jpa4106_6
- Izquierdo S., A. y Gómez A., A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91.
- Klein, R.J., Nguyen, N.D., Gyorda, J.A. y Jacobson, N.C. (2022). Adolescent emotion regulation and future psychopathology: a prospective transdiagnostic analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 32(4), 1592-1611. Doi: 10.1111/jora.12743
- Lawson, G.M., McKenzie, M.E., Becker, K.D., Selby, L. y Hoover, S.A. (2019). The core components of evidence-based social emotional learning programs. *Prevention Science*, 20(4), 457-467. Doi: 10.1007/s11121-018-0953-y

- Lemos, M. y Londoño, N.H. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.
- López-Zafra, E., Ramos Á., M.M., El Ghoudani, K., Luque R., O., Augusto L., J.M., Zarhbouch, B., Alaoui, S., Cortés D., D. y Pulido M., M. (2019). Social support and emotional intelligence as protective resources for well-being in Moroccan adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10, 15-29. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01529
- Mallma, N. (2016). Relaciones intrafamiliares de dependencia emocional en estudiantes de psicología de un centro de formación superior. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 107-124.
- Martín, B. y Moral, M.V. (2019). Relación entre dependencia emocional y maltrato psicológico en forma de victimización y agresión en jóvenes. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2). Doi: 10.23923/j.rips.2019.02.027
- McClintock, A.S. y Anderson, T. (2015). The application of mindfulness for interpersonal dependency: effects of a brief intervention. *Mindfulness*, 6(2), 243-252. Doi: 10.1007/s12671-013-0253-3
- Momeñe, J. y Estévez, A. (2019). El papel de la resiliencia en la dependencia emocional y el abuso psicológico. *Revista Española de Drogodependencias*, 1(44), 28-43.
- Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1).
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez G., A.M., Olave, L. y Iruarrizaga, I. (2021). Estilos de afrontamiento, esquemas disfuncionales y síntomas psicopatológicos relacionados con la dependencia emocional hacia la pareja agresora. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(1). Doi: 10.51668/bp.8321102s
- Moral J., M.V. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150-167.
- Moral J., M.V., Sirvent, C. y Zamora, P. (2012). Self-deception in addicts and emotional dependents. Memorias del XIII Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2012*, Doi: 10.13140/RG.2.1.1101.0400
- Ozamiz, N., Jiménez, E. y Picaza, M. (2019). Grupos de ocio para adolescentes: educando las habilidades sociales para la promoción de la salud mental positiva. *Educación Social*, 73, 101-120.
- Pérez del Río, F. (2017). Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 157.
- Riso, W. (2003). *¿Amar o depender?: Cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable*. Editorial Norma.
- Rodríguez, I. (2013). La dependencia emocional en las relaciones interpersonales. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia Creativa*, 2, 143-148.
- Salcedo, A. y Sierra, E. (2013). *Amores dependientes: teoría del apego como origen, mantenimiento y solución a la dependencia en el amor*. Tirant Humanidades.
- Sandín, B. (1999). Reseña de E. Echeburúa: ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4(2), 147-149. Doi: 10.5944/rppc.vol.4.num.2.1999.3879
- Siabato E., F. y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81.
- Sirvent, C. (2000). Las dependencias relacionales (DR): dependencia emocional, codependencia y bidependencia. En Fundación Instituto Spiral (Ed.). *Libro del I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Instituto de la Mujer.
- Sirvent, C. (2006). Autoengaño y adicción. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 39-47.
- Sirvent, C. y Moral, M.V. (2005). *Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100)*. Validación de la prueba. Fundación del Instituto Spiral y Universidad de Oviedo.
- Sirvent, C., Herrero, J., Moral, M. y Rodríguez D., F. (2019). Evaluación del autoengaño: Estructura factorial, fiabilidad y validez del SDQ-12 (cuestionario de autoengaño). *PLOS ONE*, 30(01). Doi: 10.1371/journal.pone.0210815
- Sirvent, C., Moral, M.V., Blanco, P. y Rivas, C. (2009). Sufrimiento psíquico y sentimientos negativos. *Psicología.com*, 13(1).
- Urbiola, I. y Estévez, A. (2015). Dependencia emocional y su relación con estructuras inadaptadas tempranas en las relaciones de noviazgo en jóvenes y adolescentes. *Psicología Conductual*, 23(3), 571-587.
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I. y Jáuregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y Estrés*, 23(1), 6-11. Doi: 10.1016/j.anyes.2016.11.003
- Valencia J., F., Morales J., F., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). Psicología social. *Psicología*, 25(2), 339-343.
- Valle, L. y Moral, M.V. (2018). Dependencia emocional y estilo de apego adulto en las relaciones de noviazgo en jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 27-41. Doi: 10.23923/j.rips.2018.01.013
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Relación entre las conductas alimentarias de riesgo, los estilos de crianza y el perfeccionismo en estudiantes universitarios mexicanos

Relationship between disordered eating behaviors, parenting styles and perfectionism in Mexican university students

Jimena Padilla-Pascacio¹, Magally Castaño-Muñoz de Cote¹,
Mariana Mendiola-Robles¹, Maricarmen Boom-Treviño¹,
Pamela Argüelles-Gutiérrez¹ y Claudia Unikel-Santoncini²

Universidad Anáhuac Sur¹
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”²

Autor para correspondencia: Mariana Mendiola Robles, mariana.mediola24@anahuac.mx.

RESUMEN

Las conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones dirigidas al control del peso corporal, similares a los trastornos de conducta alimentaria, y se asocian con factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación de los estilos de crianza y el perfeccionismo sobre las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios de Ciudad de México. Para ello, se empleó una muestra de 384 hombres y mujeres, estudiantes de licenciatura en una universidad privada, con una media de edad de 21.9 años, a quienes se aplicaron tres escalas previamente validadas en esta población. La conducta alimentaria se asoció con las subescalas Preocupación por los errores, Indecisión de acción y Expectativas paternas del Inventario Multidimensional de Perfeccionismo, y con las subescalas Comunicación y Control conductual, Autonomía, Imposición y Control psicológico de la relación con la madre, e Imposición y Control psicológico de la relación con el padre de la Escala de Prácticas Parentales. Dado que se encontró una relación entre las tres variables de estudio, sería importante poner atención al rasgo de perfeccionismo y a los estilos de crianza de los jóvenes cuando se estudian las conductas alimentarias de riesgo.

Palabras clave: Conductas alimentarias de riesgo; Perfeccionismo; Estilos de crianza; Estudiantes.

ABSTRACT

Disordered eating behaviors usually are manifestations aimed at controlling body weight, similar to eating disorders, associated with biological, psychological, and social risk factors. The objective of the present study was to analyze the relationship between parenting styles and perfectionism in disordered eating behaviors in a sample of university students from Mexico City. A sample of 384

¹ Av. de los Tanques 865, Col. Torres de Potrero, Álvaro Obregón, tel. (55)56-28-88-00, 01840 Ciudad de México, México.

² Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, tel. (55)41-60-51-60, 14370 Ciudad de México, México.



undergraduate students at a private university in Mexico City, with a mean age of 21.9 years participated. Participants responded to three previously validated scales. Eating behavior was associated with the subscales concern about errors, indecision for action, and parental expectations of the Multidimensional Perfectionism Inventory, and the subscales: communication and behavioral control, autonomy, imposition and psychological control of the relationship with mother and imposition and psychological control of the relationship with dad, from the Parenting Practices Scale. As an association resulted between the three study variables, attention must be paid to the trait of perfectionism and the parenting styles of young people when disordered eating behaviors are studied.

Key words: Disordered eating behaviors; Perfectionism; Parenting styles; Students.

Recibido: 30/05/2023

Aceptado: 11/01/2024

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR en lo sucesivo) son manifestaciones dirigidas al control del peso corporal, similares a los trastornos de conducta alimentaria (TCA en lo que sigue), aunque con menor frecuencia e intensidad (Altamirano *et al.*, 2011), y se consideran un problema de salud mental (Villalobos *et al.*, 2020). Las CAR se clasifican en restrictivas y purgativas; dentro de las primeras se encuentran las dietas restrictivas, los ayunos, el ejercicio en exceso y el uso de pastillas, y entre las purgativas el vómito autoinducido y el uso de laxantes y diuréticos (Unikel *et al.*, 2004).

En una revisión sistemática de 74 estudios (Zhang *et al.*, 2022), la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo fue de 1 a 22.7% en mujeres en un rango de edad de 18 a 27, comparada con una de 0.3 a 0.6% en los hombres. De acuerdo con estudios realizados en México, en 4,446 estudiantes de nuevo ingreso a la universidad, con un promedio de edad de 19.1 ± 1.7 años, se observó que la prevalencia de las CAR fue de 3.7% en las mujeres y de 2.4% en los varones (González *et al.*, 2019).

Las CAR están asociadas a factores socioculturales, familiares e individuales, como el perfeccio-

nismo y los estilos de crianza. Entre las exigencias de perfección que imponen los estilos de crianza de los padres pueden citarse la alimentación y la figura corporal (Torres, 2020).

El perfeccionismo es un rasgo multidimensional de la personalidad que establece elevados estándares personales y autoevaluaciones considerablemente críticas (Culbert *et al.*, 2015). Según Paredes *et al.* (2010) y Cortés (2016), las personas perfeccionistas se caracterizan por establecer metas y objetivos extremadamente elevados, valoran en exceso el orden y la organización, juzgan de manera inadecuada sus logros ya que generalmente estos no les producen sentimientos de placer y satisfacción, y por lo mismo experimentan incertidumbre acerca de su rendimiento, sintiendo un temor intenso al fracaso y evitando este último, a la vez que desarrollan sentimientos de inadecuación o desadaptación.

Para Paredes *et al.* (2010) y Caputto *et al.* (2015), la importancia de estudiar el perfeccionismo gira en torno a que es una conducta asociada a diversos problemas o trastornos psicológicos, como la depresión, la ansiedad, la fobia social y el alcoholismo, entre otros. Sin embargo, es incorrecto suponer que el perfeccionismo se asocia sólo con aspectos patológicos, pues también está relacionado con la salud, como la organización, la disciplina, el afecto positivo y los logros académicos. Por consiguiente, puede caer dentro del área adaptativa o del área desadaptativa y disfuncional. Esta última constituye el enfoque del presente estudio.

El perfeccionismo se considera un rasgo de personalidad frecuentemente asociado a los TCA, ya que hay una búsqueda de expectativas poco realistas en relación con la apariencia física, y en particular con la delgadez (Scappatura *et al.*, 2011). En estudios como los de Cortés (2016), Limburg *et al.* (2016), Scappatura *et al.* (2017), Gismero (2020) y Robinson y Wade (2021) se ha encontrado que los adolescentes con TCA o con CAR muestran un mayor perfeccionismo desadaptativo que, además de ser un factor de riesgo, es un predictor de resultados negativos en un tratamiento.

Algunos estudios longitudinales sugieren que el perfeccionismo predice el aumento en los síntomas bulímicos en mujeres que se hallan en la adolescencia tardía y la adultez joven, así como en

aquéllas con baja autoestima y que se perciben a sí mismas con sobrepeso (Culbert *et al.*, 2015). De igual manera, análisis como el de Cortés (2016) concluyen que existe una relación entre la sintomatología obsesivo-compulsiva y el perfeccionismo en las mujeres.

La crianza se define como el conjunto de creencias y actitudes de los padres (o cuidadores primarios) sobre cómo deben reaccionar ante la relación y el comportamiento de los hijos. Involucra aprendizaje, castigo, comunicación, permisos, flexibilidad ante diversas situaciones y control, entre otros comportamientos (Jorge *et al.*, 2017). En virtud de que los cuidadores primarios son los responsables de educarlos y guiarlos en su proceso de crecimiento, ejercen la función de apoyo y son quienes proporcionan los recursos necesarios (Capano, 2013).

Tales actitudes y valores, que pueden ser beneficiosos o negativos para el desarrollo de una persona, se aprenden principalmente en la familia ya que en ella la interacción es frecuente y repetitiva, por lo que prevalecen a lo largo de la vida (Flores, 2018). Los padres son la principal influencia en los hijos, y la relación y comunicación con éstos es crucial para su buen desarrollo. Diversas investigaciones muestran que los estilos de crianza afectan diferentes áreas de funcionalidad en la edad adulta, y entre ellas la felicidad (Rojas, 2015).

Los patrones de comunicación familiar están vinculados con la alimentación desadaptativa. En efecto, hay una correlación significativa entre la percepción de la madre en torno a las conductas alimentarias y la influencia que ejercen en las hijas, de modo que los padres pueden atenuar los riesgos proporcionando una retroalimentación positiva sobre la imagen corporal de sus hijas (Miller-Day y Marks, 2006).

Los estilos de crianza pueden incluir exigencias de perfección, las cuales pueden estar dirigidas a la alimentación y a la figura corporal provocando la práctica de estrategias poco saludables para alcanzar los ideales de belleza prevalecientes (Torres, 2020).

En Latinoamérica se ha observado que el estilo de crianza autoritario es el más utilizado por los padres. Este estilo “se caracteriza por ser represivo, severo y abusivo, y en el que la disci-

plina se expresa en forma inconsistente e inapropiada” (Aguirre *et al.*, 2006). Para Rhodes y Kroger (1992), las CAR se relacionan con dicho estilo autoritario, caracterizado por sobreprotección, inhibición de la individualidad, intrusividad, infantilización y falta de calidez emocional; en otras palabras, un considerable control y escasa respuesta de los padres hacia las necesidades de sus hijos.

Eizaguirre (2005) apunta que las familias con CAR son incapaces de modular la frustración, la ansiedad, las intromisiones dolorosas del medio o la sobreestimulación, ya sea que provengan de fuentes externas o internas, lo que trae consecuencias para el funcionamiento familiar general. Bruch, ya desde 1973, señalaba que cuando en una relación madre-hija hay un déficit de respuesta de la madre ante las necesidades de la niña, éste puede derivar en CAR y luego en TCA. Otros autores, como Mas *et al.* (2019), señalan una asociación entre el rechazo y la frialdad materna con el estilo de crianza autoritario y los hábitos alimentarios inadecuados.

Generalmente, las personas con anorexia nervosa perciben a sus familias como menos cariñosas y más controladoras, que muestran esquemas más desadaptados que aquellas en que no hay el trastorno. Aunque el desarrollo de un TCA es multifactorial, Deas *et al.* (2010) consideran que un factor de alto riesgo es la percepción negativa de la crianza y el rechazo a los padres y madres controladores.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo no experimental, transversal y correlacional fue analizar la relación entre los estilos de crianza y el perfeccionismo sobre las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

MÉTODO

Participantes

Participaron 384 estudiantes de la Universidad Anáhuac México, Campus Sur y Norte. Su participación se obtuvo a través de un cuestionario digital que se distribuyó entre los estudiantes.

Instrumentos

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Elaborado con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), consta de diez preguntas que abordan la preocupación por engordar, la práctica y frecuencia de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo. Las opciones de respuesta son “Nunca o casi nunca”, “Algunas veces”, “Frecuentemente (dos veces en una semana)” o “Muy frecuentemente (más de dos veces en una semana)” y deben considerarse los tres meses previos a la aplicación del instrumento.

Una mayor puntuación en el cuestionario corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. La escala en conjunto tiene una consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.83.

Además, se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua del citado instrumento, el cual arrojó una distribución de tres factores puros. El factor 1 agrupó los ítems relativos a la práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido y práctica de ayunos. El factor 2, los ítems relativos al uso de pastillas, y el factor 3, los ítems correspondientes a la preocupación por engordar, la práctica de dietas y los ejercicios para bajar de peso. Para obtener la validez concurrente del cuestionario se llevaron a cabo correlaciones momento-producto de Pearson entre los valores medios obtenidos para la puntuación total del cuestionario de conductas alimentarias y cada uno de los factores resultantes con las puntuaciones totales de la escala de sintomatología depresiva y de ideación suicida CES-D (Unikel *et al.*, 2004).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (The Frost Multidimensional Perfectionism Scale [FMPS por sus siglas en inglés]) (Frost *et al.*, 1990)

Es éste un instrumento de autoinforme elaborado con la finalidad de evaluar el perfeccionismo como un constructo multidimensional. Consta de 35 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmen-

te de acuerdo”. A mayor puntuación en la escala, mayor grado de perfeccionismo.

Se encontró una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach de .87). Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua y se derivaron seis factores que explicaron 49.64% de la varianza total. Dichos factores son, a saber: Preocupación por los errores, Estándares personales, Expectativa parental, Crítica parental, Dudas sobre las acciones y Organización.

Para obtener la versión en español de la FMPS se llevó a cabo el procedimiento de traducción directa e inversa, en el cual participaron dos traductores bilingües expertos (Paredes *et al.*, 2010).

Escala de Prácticas Parentales (Andrade y Betancourt, 2008)

Este instrumento mide las conductas específicas que utilizan los padres para socializar a sus hijos. El instrumento está compuesto por una escala para la madre o sustituta y otra para el padre o sustituto. La escala aporta información de la percepción que tienen los hijos de las conductas de sus padres hacia ellos. Evalúa la comunicación del adolescente con sus padres, la autonomía que estos fomentan, y la imposición y el control psicológico que ejercen en él. Se trata de un instrumento autoaplicable de 50 reactivos (25 para cada uno de los padres), con cinco opciones de respuesta de tipo Likert que van de 1, “Nunca”, a 5, “Siempre”. La validez del constructo se evaluó a través de un análisis factorial exploratorio, y la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que fue de 0.90 (Andrade y Betancourt, 2008).

Procedimiento

Se buscó el apoyo de los docentes de las distintas carreras de la Universidad Anáhuac México, campus Sur y Norte, para aplicar el cuestionario al principio o al final de sus clases. La aplicación fue presencial mediante un formulario vía internet en la plataforma Office Forms y se hizo entre los meses de enero y febrero de 2023.

El estudio se llevó a cabo con base en los lineamientos de la Declaración de Helsinki. Se pidió la firma de una carta de consentimiento infor-

mado subrayándose el anonimato y la confidencialidad de los datos. Se explicaron los objetivos, beneficios y riesgos de la investigación, los datos de contacto de los investigadores y la posibilidad de retirarse del estudio en el momento que consideraran pertinente.

Análisis de datos

Se obtuvieron los datos de frecuencias y porcentajes para describir las características demográficas de la muestra. Se obtuvo la media y la desviación estándar de las variables de edad, conductas alimentarias de riesgo, perfeccionismo y estilos de crianza. Se efectuó una comparación por sexo

de las medias de las variables de perfeccionismo y estilos de crianza, y un análisis de varianza para conocer las diferencias de las subescalas en las variables de perfeccionismo y estilos de crianza por las tres categorías de la variable de conducta alimentaria de riesgo: sin riesgo, riesgo moderado y riesgo alto.

RESULTADOS

Características demográficas

En la Tabla 1 se muestran las características socio-demográficas de la muestra empleada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Edad	M	D.E.
18-30 años	21.9	2.18
Sexo	Frec.	%
Hombres	124	32.3
Mujeres	257	66.9
No especificado	3	.08
Estado civil	Frec.	%
Solteros(as)	367	95.6
Casados(as)	6	1.6
Unión libre	11	2.9
Con quién vive	Frec.	%
Espos(a)	1	.1
Familia	301	78.0
Compañeros(as)	47	12.0
Solo(a)	30	8.0
Pareja	5	1.9

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo

Los porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo se analizaron en tres niveles: sin riesgo, riesgo moderado y riesgo alto. Se encontró un mayor porcentaje en la categoría “sin riesgo”, con 54 y 41.6%, respectivamente para hombres y mujeres. En la categoría de riesgo moderado, los hombres obtuvieron 30.6% y las mujeres 28.4%, mientras que en la categoría de riesgo alto las mujeres alcanzaron 30%, superando a los hombres, que obtuvieron 15.3%.

Comparación por sexo de las variables perfeccionismo y estilos de crianza

Únicamente en las subescalas de Estándares personales y Expectativas paternas del Inventario Multidimensional de Perfeccionismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En la subescala de Estándares personales, la media de los hombres fue de 14.3, ligeramente más alta que la de las mujeres, de 13.4. En cuanto a la subescala de Expectativas paternas, la media de hombres fue de 12.9, mayor que la de las mujeres (11.7).

En la Escala de Prácticas Parentales no se hallaron diferencias estadísticamente significativas

por sexo en ninguna de las subescalas, ni para la madre ni el padre (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación por sexo del perfeccionismo y estilos de crianza.

Prácticas parentales	Hombre	Mujer	<i>t</i>	<i>p</i>
Preocupación por los errores	26.4	25.6	.772	.441
Organización	24.1	24.1	-.113	.910
Indecisión de acción	14.3	14.0	.592	.554
Estándares personales	14.3	13.4	2.721	.007
Expectativas paternas	12.9	11.7	2.725	.007
Crítica parental	18.2	17.8	.696	.487
Subescalas Madre				
Comunicación y control conductual	36.6	37.8	-1.167	.244
Autonomía	20.2	19.7	1.035	.301
Imposición	13.4	14.1	-1.156	.248
Control psicológico	10.6	10.0	1.146	.253
Subescalas Padre				
Comunicación y control conductual	33.0	32.5	.404	.686
Autonomía	19.3	19.5	-.388	.698
Imposición	13.5	12.8	1.153	.250
Control psicológico	10.9	10.1	1.232	.219

Análisis de varianza de las subescalas de Perfeccionismo y Estilos de crianza por Conductas Alimentarias de Riesgo

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las subescalas Preocupación por los errores, Indecisión de acción y Expectativas pa-

ternas del Inventario Multidimensional de Perfeccionismo al compararlas con los niveles de la variable CAR. Las puntuaciones más elevadas resultaron en la categoría de riesgo alto en las subescalas Preocupación por los errores (31.0), Indecisión de acción (16.0) y Expectativas paternas (13.2) (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre perfeccionismo y conductas alimentarias de riesgo.

	Sin riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto	F	<i>p</i>
Preocupación por los errores	22.8	26.2	31.0	30.002	.000 ^{a,b,c}
Organización	24.6	23.9	23.3	2.537	.080
Indecisión de acción	13.0	14.3	16.0	16.025	.000 ^{a,b,c}
Estándares personales	13.5	13.7	14.0	.771	.463
Expectativas paternas	11.2	12.4	13.2	9.037	.000 ^{a,b}

^a Diferencias entre grupo sin riesgo/riesgo moderado. ^b Diferencias entre grupo sin riesgo/riesgo alto.

^c Diferencias entre riesgo moderado/riesgo alto.

Finalmente, al comparar las subescalas de Estilos de crianza con las categorías de CAR (Tabla 4), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas ellas en la relación con la madre, así como en las subescalas Imposición y Control psi-

cológico en la relación con el padre. En el caso de la relación con la madre, Comunicación y control conductual y Autonomía obtuvieron los valores más altos en la categoría "Sin riesgo", al igual que Imposición y Control psicológico en la categoría

de “Riesgo alto”. En el caso de la relación con el padre, en ambas subescalas (Imposición y Control

psicológico) se obtuvieron mayores puntuaciones en la categoría de “Riesgo alto”.

Tabla 4. Comparación de estilos de crianza por conducta alimentaria de riesgo.

	Sin riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto	F	p
Madre					
Comunicación y control conductual	38.99	36.39	35.89	4.586	.011 ^b
Autonomía	20.81	19.41	18.66	8.301	.000 ^{a,b}
Imposición	12.19	14.56	16.40	21.620	.000 ^{a,b,c}
Control psicológico	8.75	10.04	13.06	26.689	.000 ^{b,c}
Padre					
Comunicación y control conductual	33.17	32.99	31.55	.755	.471
Autonomía	19.83	19.73	18.45	2.483	.085
Imposición	12.09	12.83	14.96	8.404	.000 ^{b,c}
Control psicológico	9.24	10.01	12.97	16.208	.000 ^{b,c}

^a Diferencias entre grupo sin riesgo y riesgo moderado. ^b Diferencias entre grupo sin riesgo y riesgo alto.

^c Diferencias entre riesgo moderado/riesgo alto.

DISCUSIÓN

En el caso de los hombres, se encontró que la prevalencia de las CAR fue de 54% en la categoría “Sin riesgo”, de 30.6% en la de “Riesgo moderado” y de 15.3% en la de “Riesgo alto”, mientras que en el de las mujeres dichas prevalencias fueron de 41.6, 28.4 y 30%, respectivamente. Al comparar los presentes resultados con los del estudio de Zhang *et al.* (2022), se encontró una prevalencia similar en riesgo alto, dado que se encuentra dentro del intervalo de la prevalencia obtenida en ese estudio, mientras que aumentó respecto al riesgo moderado. En cuanto al sexo femenino, tanto la prevalencia de riesgo moderado como de riesgo alto fueron mayores que las obtenidas en aquel estudio (28.4 y 30% vs. 1- 22%). Asimismo, la prevalencia obtenida en los presentes resultados fue mayor que la hallada por González *et al.* (2019) en estudiantes universitarios de Veracruz (México), con una edad promedio de 19.1 ± 1.7 , donde la prevalencia fue, utilizando el CBCAR, de 3.7% en mujeres y de 2.4% en hombres.

Tal resultado podría explicarse en virtud de que se trató de una muestra del sector privado; de hecho, diversos estudios en los cuales se ha realizado una comparación entre los sectores privado y público muestran una mayor prevalencia en los

estudiantes de escuelas privadas; de igual manera, el instrumento utilizado y el tamaño de la muestra pudieron influir en los resultados (*cf.* Villalobos *et al.*, 2020).

Algunos estudios han hallado que hay una mayor prevalencia en las mujeres, como el de Ramírez *et al.* (2022), llevado a cabo en Oaxaca (México) en 268 personas, en el cual se encontró una mayor prevalencia de riesgo alto en las mujeres (10.9%) que en los hombres (4.9%) utilizando el CBCAR, lo que coincide con los resultados de esta investigación. Lo anterior puede ser explicado por la influencia sociocultural que existe acerca de la preocupación por la imagen corporal, que se ha ido sobrevalorando a lo largo del tiempo, hasta el punto de que, cuando el cuerpo no cumple los criterios de la delgadez idealizada, es criticado e incluso objeto de burla. Tal efecto ha generado –sobre todo en las mujeres– insatisfacción corporal, dado que al estar inconformes con el propio cuerpo se introducen en la práctica de las CAR (Chávez *et al.*, 2012). Por otra parte, la diferencia en la prevalencia en las CAR entre los sexos femenino y masculino, siendo más alta en el primero, puede estar influida por factores ambientales, como el contexto sociocultural y la familia (Torres, 2020).

En la comparación por sexo en la Escala Multidimensional de Perfeccionismo se encontra-

ron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las subescalas de estándares personales y expectativas paternas, siendo la media más alta en los hombres, lo que indica que, al parecer, establecen estándares y autoevaluaciones personales más exigentes que las mujeres. La autocrítica negativa puede estar asociada al perfeccionismo al no poder reconocer los logros personales, autodevaluando el esfuerzo propio y no alcanzar nunca la plena satisfacción (De la Rosa *et al.*, 2012). Tal efecto se puede relacionar a su vez con las expectativas paternas; de hecho, en la aplicación de Escala de Prácticas Parentales se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la imposición y el control psicológico paterno y las CAR.

Varios estudios indican que las experiencias de crianza durante la infancia se interiorizan al punto de repetirlos en el futuro, por lo que si un niño crece en un ambiente muy demandante respecto a su rendimiento, y con relaciones distantes, frías o indiferentes por parte de sus cuidadores, suele tener un comportamiento más autocrítico y controlador en la vida adulta (De la Rosa *et al.*, 2012).

De acuerdo con los factores de crianza que influyen en las CAR, se encontró que la autonomía materna resultó estadísticamente significativa, no así la paterna. Sobre esto, Birch (1979) investi-

gó la manera en que las madres tienden a utilizar más la presión para comer que los padres, lo que influye en la percepción que sus hijos tienen del papel de la madre como la que es quien alimenta a la familia y quien tiene el papel activo al decidir qué alimentos se consumirán.

Por otra parte, tanto la imposición y el control psicológico materno como paterno resultaron estadísticamente significativos. Autores como Berge (2011), Satter (2016) y Fulkerson (2018), entre otros, explican que el exceso de control e imposiciones genera una relación insana con la comida, lo que genera problemas como el no saber regular las porciones, autocontrolarse al comer y no desarrollar hábitos alimenticios saludables.

A manera de conclusión, se observó que las tres variables estudiadas están relacionadas entre sí, lo cual indica que en el estudio de las CAR se tienen que tomar en cuenta el perfeccionismo y los estilos de crianza.

El presente estudio tiene algunas limitaciones, como el haberse efectuado con una muestra no representativa; de igual manera, los instrumentos utilizados fueron de autorreporte, no fue posible determinar la causalidad de las variables y, por último, la muestra no fue equivalente en tamaño según el sexo de los participantes.

Citación: Padilla-Pascacio, J., Castaño-Muñoz de Cote, M., Mendiola-Robles, M., Boom-Treviño, M., Argüelles-Gutiérrez, P. y Unikel-Santoncini, C. (2025). Relación entre las conductas alimentarias de riesgo, los estilos de crianza y el perfeccionismo en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 35(1), 127-136. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2956>

REFERENCIAS

- Aguirre, E., Montoya, L.M. y Reyes, J.A. (2006). Crianza y castigo físico. En E. Aguirre: *Diálogos 4. Discusiones en la Psicología Contemporánea*. Bogotá, D.C. (Colombia): Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Colombia.
- Altamirano M., M.B., Vizmanos L., B. y Unikel S., C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 401-407.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual* (4th ed.). APA.
- Berge, J.M. (2011). Are parents of young children practicing healthy nutrition and physical activity behaviors? *Pediatrics*, 127(5), 881-887. Doi: 10.1542/peds.2010-3218
- Birch, L.L. (1979). Preschool children's food preferences and consumption patterns. *Journal of Nutrition Education*, 11(4), 189-192. Doi: 10.1016/s0022-3182(79)80025-4
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*. Basic Books.
- Capano, Á. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, paternidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Caputto, I., Cordero, S., Keegan, E. y Arana, F. (2015). Perfeccionismo y esquemas desadaptativos tempranos: un estudio con estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 245-257.

- Chávez R., E., Camacho R., E.J., Maya M., M.A. y Márquez M., O. (2012). Conductas alimentarias y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 29-37.
- Cortés H.A., L. (2016). *Tipo de perfeccionismo, dieta y conductas de riesgo hacia la alimentación*. Trabajo final de Máster. Madrid: Repositorio de la Universidad Pontificia Comillas.
- Culbert, K.M., Racine, S.E. y Klump, K.L. (2015). What we have learned about the causes of eating disorders: a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. Doi: 10.1111/jcpp.12441
- De la Rosa, L., Valle A., D., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 209-215.
- Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. y Grierson, D. (2010). The relationship between disorder eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 414-424. Doi: 10.1007/s10608-010-9319-x
- Eizaguirre, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 41-42.
- Flores, I.P. (2018). *Estilos de crianza parental y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa de San Juan de Lurigancho*. Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Psicología. Lima (Perú): Universidad San Ignacio de Loyola.
- Fulkerson, A. (2018). Family home food environment and nutrition-related parent and child personal and behavioral outcomes of the healthy home offerings via the Mealtime Environment (HOME) plus Program: A randomized controlled trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(2), 240-251. Doi: 10.1016/j.jand.2017.04.006
- Gismero G., M.E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. Doi: 10.33898/rdp.v31i115.354
- González P., B.P., Rosas S., T.J., Carmona F., Y.P., Solís C., E., Barranca E., A. y Palmeros E., C. (2019). Conductas alimentarias de riesgo en la población universitaria. *Revista Electrónica de la Coordinación Universitaria de Observatorios de la Universidad Veracruzana*, 14-19.
- Jorge, E. y González, M.C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. Doi: 10.18566/infpsic.v17n2a02
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S. y Egan, S.J. (2016). The relationship between perfectionism and psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. Doi: 10.1002/jclp.22435
- Mas, M., Fernández, R., Avargues, M., Sánchez, M., Sánchez, C. y Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 12-21. Doi: 10.24205/03276716.2018.1086
- Miller-Day, M. y Marks, J.D. (2006). Perceptions of parental communication orientation, perfectionism, and disordered eating behaviors of sons and daughters. *Health Communication*, 19(2), 153-163. Doi: 10.1207/s15327027hc1902_7
- Ramírez D., M.P., Luna H., J.F. y Velázquez R., D.D. (2022). Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 246-255.
- Rhodes, B. y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 249-263.
- Robinson, K. y Wade, T.D. (2021). Perfectionism interventions targeting disordered eating: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(4), 473-487. Doi: 10.1002/eat.23483
- Rojas, M. (2015). *Felicidad y estilos de crianza parental* (Documento de trabajo 16). Ciudad de México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- Satter, E. (2016). *Raise a healthy child who is a joy to feed*. Ellyn Satter Institute. Recuperado de www.ellynsatterinstitute.org/how-to-feed/the-division-of-responsibility-in-feeding/
- Scappatura, M.L., Arana, F., Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18, 81-88.
- Scappatura, M.L., Bidacovich, G., Banasco, M.B., y Rutzstein, G. (2017). Dimensiones del perfeccionismo (adaptativo y desadaptativo) en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 131-141.
- Torres B., M. (2020). *El perfeccionismo como factor de riesgo en el desarrollo de malos hábitos de la conducta alimentaria en la adolescencia*. Trabajo de titulación en Psicología. Ibiza: Universidad de las Islas Baleares.
- Unikel S., C., Bojórquez C., I. y Carreño G., S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel S., C., Díaz L., Vázquez, C. y Rivera M., J.A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición*. UAM-Xochimilco.

- Unikel, C., Saucedo M., T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández S., M. y Bojórquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México*, 62, 734-744. Doi: 10.21149/11545
- Zhang, J., Wang, Y., Wu, C. y He, J. (2022). The relationship between emotional intelligence and eating disorders or disordered eating behavior: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 185, 1-14. Doi: 10.1016/j.paid.2021.111239

La experiencia de las pérdidas vividas por pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer

The experience of the losses lived by Venezuelan cancer survivors

Diana M. Ascanio¹ y José Javier Altuve²

Universidad Central de Venezuela¹
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales²

Autor para correspondencia: José Javier Altuve, a.altuve.07@gmail.com.

RESUMEN

El objetivo de este estudio cualitativo, con diseño emergente y proyectado de la teoría fundamentada, fue comprender, mediante la construcción de una teoría sustantiva, la experiencia de las pérdidas vividas por pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer. Participaron diez pacientes sobrevivientes de cáncer, hombres y mujeres con diferentes edades y diagnósticos. Para la producción de la información se empleó la entrevista a profundidad, y para el análisis las estrategias del método de las comparaciones constantes. Los pacientes sobrevivientes vivieron diferentes pérdidas, no limitadas a las relacionadas con la salud. El malestar emocional, la aceptación y la resignificación delinearon la experiencia de dichas pérdidas. La aceptación, promovida por el optimismo, la esperanza y el apoyo social/familiar, facilitaron el ajuste a la cotidianidad, el manejo del temor a la recurrencia del cáncer y la culpa y la resignificación de esta enfermedad y de sus pérdidas. El estudio permitió conocer los recursos psicosociales que promueven la adaptación a la pérdida durante la sobrevivencia al cáncer.

Palabras clave: Sobrevivencia al cáncer; Experiencia de la pérdida; Duelo; Psicooncología; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

The present study aimed at understanding, through the construction of a substantive theory encompassing the experience of the losses lived by Venezuelan cancer survivors. The study was qualitative, under the emerging and projected grounded theory designs. Ten surviving cancer patients, men, and women of different ages and diagnoses, participated. We collected the information through in-depth interviews. For the analysis of data we applied the method of constant comparisons. Surviving patients experienced different losses that are not limited to health-related ones. Emotional discomfort, acceptance, and resignification delineated the experience of loss in survivors. Acceptance, promoted by optimism, hope, and social/family support, facilitated adjustment to everyday life, management of fear of cancer recurrence, guilt, and resignification of cancer and its losses. The study revealed psychosocial resources that promote adaptation to loss during cancer survival.

Key words: Cancer survival; Experience of loss; Grief; Psycho-oncology; Qualitative research.

¹ Escuela de Psicología, Ciudad Universitaria de Caracas, Los Chaguaramos, 1050 Caracas, Venezuela. Rif: G-20000062-7 Caracas, Venezuela.

² Servicio de Psicooncología, Servicio Oncológico Hospitalario, Esquina de Altigracia, Edificio Sede del IVSS, al lado del Ministerio de Finanzas, Caracas, Venezuela.



Recibido: 17/10/2023

Aceptado: 12/01/2024

Según el último anuario de mortalidad publicado por el Ministerio del Poder Popular para la salud (MPPS) (2021), en el año 2016 el cáncer fue la segunda causa de muerte en Venezuela, con un registro de 25,836 fallecimientos. A pesar de tal cifra, se sabe que en el país hay un importante porcentaje de personas que han sobrevivido a esta enfermedad, pero el informe que da cuenta de lo anterior no se ha logrado elaborar aún (Altuve, 2014).

De acuerdo con Wronski (2015), la sobrevivencia es el período de tiempo que inicia con el diagnóstico y abarca toda la trayectoria de la enfermedad. Solana (2005) ha señalado que, en el caso del cáncer, los pacientes sobrevivientes pueden experimentar malestar emocional y deterioro en su calidad de vida debido al conjunto de dificultades físicas, sociales y psicológicas que pueden sufrir luego de finalizar los tratamientos. Todas estas dificultades aluden indudablemente a las pérdidas a las que los sobrevivientes deben adaptarse.

La experiencia de la pérdida es un fenómeno universal y omnipresente en la existencia humana (Harvey, 1996). De acuerdo con Harvey y Miller (1998), una pérdida se refiere a cualquier daño en los recursos personales, materiales y simbólicos con los que la persona ha establecido un vínculo emocional. Una pérdida se produce por un evento que se ha percibido como negativo, que puede cambiar la visión sobre la vida e influir en las situaciones sociales e interpersonales (Harvey y Miller, 1998; Miller y Omarzu, 1996). La experiencia de la pérdida y el duelo son eminentemente personales, y su complejidad está supeditada a la interacción que la persona mantenía con el objeto perdido y el contexto en que ocurrió (Harvey, 1996). Aunque esta experiencia es dolorosa y desorienta a las personas, también puede promover la resiliencia, el crecimiento personal, la adaptación y la recuperación (Bonanno, 2004; Harris, 2020; Tedeschi y Calhoun, 2004).

El impacto emocional que produce una pérdida depende del significado que le atribuya la persona. Así, la búsqueda de sentido de tal pérdida es una tarea fundamental del proceso de duelo que minimiza la sensación de vulnerabilidad que aquella produce, de modo que la construcción de los significados y las respuestas al duelo están intrínsecamente entrelazadas (Harris, 2020; Neimeyer, 2002).

En el caso de los pacientes oncológicos, el duelo implica un proceso adaptativo de recuperación ante la pérdida de la salud (Cabodevilla, 2007). Sin embargo, los pacientes no sólo deben lidiar con las consecuencias médicas del cáncer, sino también con algunas pérdidas que aluden a la autoestima, las relaciones con familiares y amigos, las metas y planes a futuro y la vida cotidiana y laboral (Cabodevilla, 2007; Phyllis y Lois, 1996; Solana, 2004). Al revisar algunos estudios efectuados con sobrevivientes del cáncer (Ashing-Giwa *et al.*, 2006; Bickford *et al.*, 2018; Curbow *et al.*, 2010), fue posible apreciar que el fenómeno de cómo conciben y viven la pérdida los pacientes oncológicos ha sido poco investigado, y cabe mencionar que específicamente en Venezuela no se hallaron estudios a ese respecto.

En un metaanálisis de los estudios cualitativos sobre las experiencias de los sobrevivientes de cáncer, Laidsaar-Powell *et al.* (2019) hallaron que en la mayoría de los mismos participaron personas con el mismo tipo de cáncer, y que las cuestiones más investigadas eran las secuelas físicas, el acceso a los servicios de atención médica y la reinserción al trabajo, mientras que los problemas psicológicos, la imagen corporal, la toxicidad financiera, las estrategias de afrontamiento y la espiritualidad se analizaban con menor profundidad. Al considerar las vivencias relacionadas con las pérdidas vividas por los sobrevivientes de los distintos tipos de cáncer, sería posible indagar minuciosamente los aspectos psicológicos y espirituales que implican tales experiencias. Por tal razón, la presente investigación tuvo como objetivo comprender, mediante la construcción de una teoría sustantiva, la experiencia sobre las pérdidas que experimentan los pacientes oncológicos sobrevivientes en Venezuela.

MÉTODO

El siguiente estudio fue de tipo cualitativo (Taylor y Bogdan, 2002), el cual se suscribe al paradigma constructivista (Guba y Lincoln, 2002). Los diseños que guiaron la investigación fueron el emergente y el proyectado de la teoría fundamentada propuesta por Corbin y Strauss (2002).

Participantes

Participaron diez pacientes sobrevivientes de cáncer, hombres y mujeres venezolanos de diferentes edades, diagnósticos oncológicos y estratos socioeconómicos, que asistían al Hospital Oncológico “Padre Machado” de Caracas, Venezuela. Todas las entrevistas se realizaron entre los años 2019 y 2021. En la Tabla 1 se detallan algunas características de los participantes.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y de salud de los participantes.

Pacientes	Edad en años	Diagnóstico médico	Tiempo de sobrevida	Estrato socioeconómico
Paciente entrevistado 1	23	Osteosarcoma	3 años	Bajo
Paciente entrevistado 2	58	Cáncer de seno	4 años	Medio
Paciente entrevistado 3	35	Cáncer de cuello uterino	6 años	Medio
Paciente entrevistado 4	37	Cáncer de colon	2 años	Bajo
Paciente entrevistado 5	38	Cáncer de páncreas	3 años	Bajo
Paciente entrevistado 6	33	Cáncer de ovario	3 años	Medio
Paciente entrevistado 7	28	Liomielsarcoma	4 años	Alto
Paciente entrevistado 8	67	Cáncer de próstata	11 años	Bajo
Paciente entrevistado 9	30	Linfoma no Hodgking	8 años	Medio
Paciente entrevistado 10	49	Melanoma	5 años	Alto

Técnicas de producción y análisis de la información

Para la producción de la información se empleó la entrevista en profundidad (Taylor y Bogdan, 2002), llevada a cabo mediante un guion semiestructurado que contenía los tópicos y las preguntas sobre el fenómeno estudiado. Para el análisis de la información se utilizaron las estrategias del método de las comparaciones constantes de la mencionada teoría fundamentada, a saber: la codificación abierta, axial y selectiva y el uso de memorandos y notas de campo. Para la selección de las unidades de análisis que representaron las subcategorías emergentes se recurrió al método del muestreo de presentación propuesto por Flick (2014).

Procedimiento

Para llevar a cabo el proceso de las entrevistas se estableció contacto con los pacientes al momento

en que asistieron a la consulta psicológica en el citado hospital. Cuando se verificó que tenían un tiempo mayor de dos años en el proceso de la enfermedad, se les comunicó la intención de que participaran en el presente estudio. Obtenida su aprobación, se les explicaron los objetivos del mismo y las directrices éticas que se iban a seguir, las cuales estaban impresas en el formato de consentimiento informado que los participantes debían firmar antes de ser entrevistados. A medida que se fueron llevando a cabo dichas entrevistas, se procedió a transcribirlas y a codificar toda la información mediante el programa Atlas ti, v. 7.

Se definieron las subcategorías, sus propiedades y dimensiones atendiendo al muestreo teórico y la saturación (*cf.* Corbin y Strauss, 2002). El proceso de codificación se finalizó con la construcción de un diagrama conceptual que contenía los conceptos que emergieron de las narraciones de los participantes.

RESULTADOS

El análisis de los relatos de los pacientes venezolanos sobrevivientes derivó en la construcción de un marco conceptual acerca de sus experiencias, las cuales se sintetizaron en una categoría central que se englobó en el siguiente verbatim: “*Con el cáncer perdí, pero también gané*”. Dicha categoría comprende las experiencias tenidas sobre las diferentes pérdidas que los pacientes sobrevivientes vivieron a raíz del cáncer, su impacto emocional y los recursos que les ayudaron a sobrellevarlas. A continuación se presentan las subcategorías subtituladas con los códigos *in vivo* y los conceptos emergentes que conforman la teoría fundamentada de tipo sustantiva (Corbin y Strauss, 2002) de la presente investigación, seguidos de las afirmaciones acerca de lo hallado, así como de la muestra de algunos *verbatimims* de los participantes.

Experiencias de las pérdidas vividas por pacientes sobrevivientes de cáncer

“*Enterarme de esta enfermedad fue para mí un momento sumamente fuerte*”: Malestar emocional

Los participantes sobrevivientes de cáncer relataron lo impresionante que fue recibir la noticia del diagnóstico y someterse a los diferentes tratamientos para curarlo, sobre todo por los cambios físicos que percibieron después. Afrontar la pérdida de la salud como un acontecimiento real en la vida de estos pacientes implicó experimentar ira, tristeza, culpa y frustración, negar la situación y buscar una causa de la enfermedad.

“*Cuando me dijeron la palabra [cáncer] me nublé completamente. Fueron días difíciles porque no podía creerlo. Los días posteriores los sentí muy distintos; estuve muy triste y no quería salir de la casa, pero ¿qué podía hacer? Me tocó vivir esta realidad y no podía quedarme allí sin hacer nada*” (Paciente 10).

“*Cuando me aplicaron las radioterapias comencé a tener muchos cambios en mi cuerpo; no podía caminar como antes, me sentía muy cansado, perdí mi dentadura a raíz del tratamiento y eso para mí fue impactante porque no sabía cómo iba a gestionar para recuperarla [la salud]. Fue difícil*” (Paciente 8).

“*Las quimioterapias no me tumbaron el cabello, pero la radioterapia hizo que se me cayeran las pestañas y las cejas. Me sentía deprimida; se me bajó la autoestima porque empecé a hincharme [...]; no quería verme al espejo*” (Paciente 3).

“*Los doctores que me atienden me dicen que mi cáncer pudo haber sido por cuestiones de una situación emocional fuerte, y me dije que seguro fue la partida de mi hija. Cuando ella partió del país, comencé a ingerir licor; no comía y solamente ingería agua y café*” (Paciente 4).

“*No desmayé, sentí que podía salir adelante*”: Optimismo

En otros testimonios se apreció optimismo y esperanza para continuar en el proceso del tratamiento, actitudes favorables que fueron estimuladas por el apoyo de familiares, pareja, amigos, profesionales e incluso otros pacientes oncológicos.

“*Entiendo que es una enfermedad muy fuerte, pero no desmayé; sentí que podía salir adelante con el apoyo de mi familia y mi pareja. Me sentí protegida. Eso fue lo que me permitió seguir adelante*” (Paciente 2).

«*Los pacientes en el hospital me decían: “Siempre piensa positivo, estás sano, procura mantenerte con lo que te dijeron los doctores; verás que todo andrà bien y cambiará” [...]. La experiencia más bonita en el hospital fue compartir con ellos [los pacientes] y sentirme bien con sus palabras de aliento y fuerza*» (Paciente 4).

“*Significó la pérdida de la imagen de la persona que era antes de la enfermedad*”: Pérdidas colaterales

Las pérdidas relacionadas con la salud no fueron las únicas que afectaron emocionalmente a estos pacientes, sino también aquellas referidas al autoconcepto, el rol social, la rutina cotidiana, los proyectos y planes futuros y la vida laboral, provocadas mayormente por las secuelas del cáncer y los tratamientos.

“*Significó para mí la pérdida de mis fuerzas, al menos temporalmente [pues] sé que no es así. Significó la pérdida de la imagen de la persona que era antes de la enfermedad. Me costaba verme en el espejo; me veía como otra persona*” (Paciente 2).

“*Antes estábamos muy bien en la intimidad, pero después de que mi cuerpo cambió, dejamos*

de tener relaciones. Él [su pareja] se ha alejado más y lo he sentido. Eso me pone muy mal, pero tiene que entender que ya no soy la chica de antes y que ahora mi vida sexual la tengo que llevar a otro ritmo” (Paciente 3).

“Yo era modelo; llevaba mi carrera en alto, y cuando me diagnosticaron renuncié al modelaje; mi cuerpo ya no era el mismo. Con la cicatriz en mi cuerpo, ¿cómo podría continuar así? Perdí mi carrera y mi sueño” (Paciente 7).

“Es muy desagradable que por ser un paciente oncológico tu vida laboral cambie [...] Mis jefes no entendían mi situación y me veían mal cuando solicitaba un permiso para realizarme mis exámenes y asistir al control. Tanto fue así que terminé renunciando” (Paciente 5).

“Mientras vivía libre del cáncer, también perdí”:
Pérdidas circunstanciales

Algunos pacientes percibieron otras pérdidas, ocurridas debido a las circunstancias particulares que habían estado viviendo antes del diagnóstico, las cuales les afectaron emocionalmente e influyeron negativamente en su proceso de sobrevivencia. Estas pérdidas circunstanciales acontecieron a raíz del deterioro de las relaciones interpersonales y familiares, o a sucesos inesperados en el ciclo de vida, tales como el fallecimiento de un ser querido.

“Durante mi proceso, perdí a mi pareja. Teníamos muchos conflictos desde hace mucho tiempo e intenté arreglar la situación con ella. Al tiempo terminó conmigo, y eso trajo como consecuencia el que tuviese que abandonar mi casa, alejarme de mi hija e involucrarme en procesos legales. Todo eso me dolió muchísimo; me sentí muy triste, lloraba todas las noches, descuidé mi salud, dejé de hacerme los controles y no quería hacer nada más por mí” (Paciente 5).

“Cuando fui diagnosticada estaba en Ecuador, y luego regresé al país. Cuando migré, dejé a mi hija muy pequeña. Ahora, estando con esta enfermedad, estoy tratando de recuperar el tiempo que perdí estando lejos de ella. Sé que le afectó mi ida a otro país y ha sido difícil restablecer nuestra relación. Me siento culpable y triste” (Paciente 6).

“Recientemente perdí a mi madre. Fue muy duro porque yo era quien la cuidaba mientras atendía mi enfermedad. No sé cómo pude sacar

fuerzas en ese momento. Ahora me quedé solo, porque éramos solo nosotros viviendo juntos” (Paciente 8).

“Aceptar la enfermedad fue difícil”: Aceptación
En los relatos de cada uno de los pacientes entrevistados se apreció que el cáncer y las diferentes pérdidas que trajo consigo produjeron en todos ellos un intenso malestar emocional, pero al tiempo en que vivían esa experiencia hubo también la disposición para aceptarla. Tal aceptación se reveló en las narraciones de esos pacientes como un proceso difícil, ambiguo y doloroso que supuso sin embargo reconocer la presencia de la enfermedad, tolerarla, balancear el malestar emocional con la esperanza, encontrarse con la propia vulnerabilidad, e incluso integrar la posibilidad de morir como una parte del proceso. Para lograr aceptar el cáncer y sus diferentes pérdidas, estos pacientes tomaron tiempo para reflexionar, entender su propio proceso y hacer negociaciones con la enfermedad y la vida con el apoyo de sus seres queridos, el optimismo, la esperanza y la fe.

“Para mí aceptar la enfermedad fue difícil. Sentí mucha rabia y confusión y peleaba con Dios y con la vida. Necesité tiempo y apoyo para lograr reconocer que tenía que seguir viviendo. Al inicio fue difícil, porque mi familia me decía que tenía que seguir adelante y eso me molestaba mucho; sentía que no comprendían. Pero con el tiempo fui calmándome y pidiéndole a Dios para sacar las fuerzas” (Paciente 10).

«En este proceso, una de las cosas que tienes que aceptar es que puedes perder la vida. Y así fue que aprendí a cuidar mi salud y a valorar mi vida. Le empecé a hablar a mi cáncer. Le decía: “Si tú vas a vivir conmigo, vamos a ser los mejores amigos”. Le decía a mi pierna: “¿Cómo amaneciste? Vamos a hacer ejercicio” [...] La realidad es que con esta enfermedad hoy estamos bien y mañana no lo sabemos; quizás me vuelva aparecer el tumor y no te voy a decir que no voy a llorar, pero seguiré batallando» (Paciente 1).

“Acepté que no somos permanentes y, aunque seamos muy fuertes, acepté que podía tambalearme y que mis bases se habían movido. No fue sencillo, pero hay que aceptar que puedes tambalear-te y, al mismo tiempo, seguir adelante” (Paciente 2).

“Aún estando en tratamiento no aceptaba la enfermedad; estaba muy conmocionado, pero el apoyo incondicional de mi esposa y mi familia me ayudó no sólo a superar mi problema con el alcohol, sino también aceptar este proceso y continuar” (Paciente 4).

“Estoy priorizando lo que es más importante”:
Ajuste a la vida cotidiana

En los testimonios de los pacientes entrevistados se apreció que el proceso de aceptar el diagnóstico de cáncer los condujo a efectuar algunos cambios en sus rutinas, en sus roles y en su vida laboral, principalmente:

“Me he adaptado bastante bien a las muletas mientras me consiguen la prótesis. Puedo andar sin problema; entiendo que no va a ser igual, que quizás ahora no pueda jugar con mis amigos baloncesto. Sí, ese es un cambio, pero no me ha limitado para hacer otras cosas, como ayudar a mi mamá” (Paciente 1).

“Comprendí que lo que no puedo hacer ahora lo puedo hacer después. No puedo hacer todo sola; no he pospuesto mis quehaceres, sólo estoy priorizando lo que es más importante y lo que no, porque mi capacidad física ya no es como antes” (Paciente 2).

“Lo he pensado mucho, ¿sabes?: renunciar. Mi trabajo es muy demandante y estresante, pero no he querido dejarlo porque siento que perdería más de lo que ya he perdido. He tratado de acordar, ir paso a paso y, de acuerdo a cómo me siento, ir asumiendo proyectos. Lo bueno es que mis compañeros y mi jefe me entienden” (Paciente 3).

“Vivir con el temor de que el cáncer vuelva, eso es lo más difícil de enfrentar”: Miedo a la recurrencia del cáncer

El proceso de aceptar la enfermedad y las diferentes pérdidas que trajo consigo, así como también el de reconstruir un nuevo estilo de vida luego de los tratamientos, fue vivido por los pacientes entrevistados con incertidumbre y, específicamente, el miedo a la recurrencia del cáncer. Aunque los pacientes sobrevivientes expresaron que tales sentimientos eran perturbadores, habían proseguido el ritmo de sus vidas intentando manejarlos lo mejor

posible. Fue posible apreciar que estos pacientes habían intentado comprender esas reacciones emocionales como normales y esperadas en el proceso de sobrevivir a la enfermedad, así como también mantener la propia salud y los cuidados que llevaban a cabo.

“Sobrevivir no es tan fácil como se cree. Tienes que vivir con temor de que el cáncer vuelva: eso es lo más difícil de enfrentar. Aun cuando te sientes con la seguridad de que estás bien, siempre llegan pensamientos sobre la enfermedad y eso te paraliza la vida [...] Si tienes planes a futuro, piensas si valdrán la pena y si realmente los lograrás. Es duro” (Paciente 6).

“Para manejar este temor me centro mucho en el presente y me digo a mí misma que estoy bien. Mi psicólogo me ha dicho que es natural sentirlo. Con el tiempo vas aceptando que vivir con cáncer es también tener miedo, pero intento no dejarme abrumar por eso” (Paciente 7).

“Cuando tengo que volver al médico es horrible. Empiezo a sentir de todo en mi cuerpo, A veces tengo pesadillas los días cercanos a la consulta y no duermo. Claro, he ido entendiendo que es normal sentir miedo, que puede gestionarse, pero no es fácil. Ya llevo ocho años intentando sobrellevar este miedo, tendrá que ser así, no hay otra manera” (Paciente 9).

“Aunque fui diagnosticada a tiempo y todo va bien, no puedo dejar de pensar en la enfermedad. Es un recordatorio constante. Si te sale algo en el cuerpo, dudas; lo asocias al cáncer inmediatamente. Siento mucha incertidumbre del futuro porque es algo tan silencioso. Yo me cuido lo más que puedo, pero creo que nunca podré estar cien por ciento segura” (Paciente 10).

“Me sentí culpable”: Sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa fue experimentado con frecuencia por los pacientes sobrevivientes, y se manifestó en la conciencia de la vulnerabilidad producida por la pérdida de la salud y de la vida cotidiana, por el dolor causado a los seres queridos; en un caso, por el fallecimiento de otro paciente con quien había establecido un vínculo afectivo, y por el logro de las metas personales al sobrevivir al cáncer. Ante todos estos motivos, los pacientes

reaccionaron con autorreproches, tristeza, impotencia y sensación de injusticia, pero al mismo tiempo se apreciaron sus intentos por sobrellevar la culpa y mitigar el malestar a través de la comprensión objetiva del cáncer, el agradecimiento, la actitud de seguir viviendo y la búsqueda de sentido, acciones promovidas por los propios pacientes o por el apoyo de sus seres queridos.

“Yo estaba acostumbrada a dar y a estar pendientes de todos, pero nunca a recibir algo de mis seres queridos. Me sentía culpable de que ellos tuvieran que hacer todo un esfuerzo por mí, ser una preocupación para ellos. Me decía que no podía ser así, e intenté ayudar en mi proceso como pude” (Paciente 2).

«Conocí a una chica que era muy linda conmigo; me trataba muy bien, le había tomado mucho cariño y cuando coincidíamos en los tratamientos desayunábamos y hablábamos [...] Cuando me dijeron que había muerto, me dije: “¿Por qué no fui yo?”. Ella era demasiado hermosa, una buena persona; no merecía que le pasara esto. Mi novio me ayudó a procesar su partida. Me decía que no me sintiera así, que tal vez su enfermedad era más complicada y que tenía que estar agradecida de estar viva y pensar en mi hija para seguir» (Paciente 3).

“Para mí fue muy difícil ver a mi madre llorando todos los días a causa de mi enfermedad. No me gustaba verla así. Me llegué a sentir culpable porque no quería causarle tanto dolor. Quería cambiar mi realidad para evitarle ese dolor. Me sentía impotente” (Paciente 7).

“Me da cierta nostalgia por el pasado, cuando no tenía la enfermedad. He logrado muchas cosas y me siento bien por eso, pero me hubiese gustado no tener cáncer en esos momentos. No quisiera disfrutar culpándome por no estar cien por ciento sano; sé que no debería sentir eso, e intento sentirme muy optimista y agradecido por lograr mis metas y estar vivo” (Paciente 9).

“Te das cuenta que todo no es tan malo”:

Resignificación

A lo largo del proceso, los pacientes sobrevivientes experimentaron una tensión vital enmarcada

por la ambigüedad, en la que sus experiencias personales pasadas y los significados sociales sobre el cáncer influyeron en la forma en que cada uno afrontó el diagnóstico. Las pérdidas percibidas a raíz de la enfermedad, la vivencia emocional, la aceptación y los ajustes efectuados condujeron a los pacientes sobrevivientes a un proceso de resignificación de toda la experiencia en el plano de lo personal, relacional, social y espiritual, un proceso que se reflejó en el establecimiento de prioridades, en una vinculación más profunda con los seres queridos y en una mayor conciencia acerca del cuidado de la salud.

“Me doy cuenta del valor de la vida, indistintamente de cómo toque vivirla, no importa. Uno sustituye las cosas que no le gustan por otras más agradables. Quería tener hijos y no pude, entonces desistí de esa idea y valoré el hecho de estar con mi esposo” (Paciente 2).

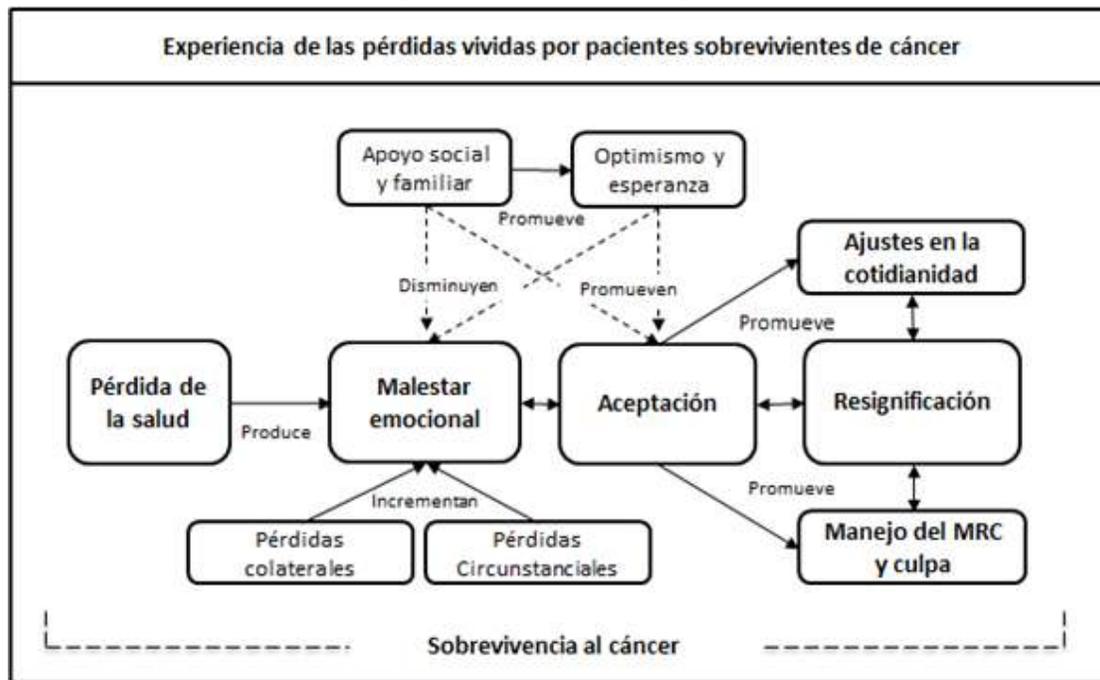
“Ahora me siento más humana, me siento motivada para ayudar a otra persona que lo necesita, porque antes no lo hacía. Era muy orgullosa, no sé; no le daba importancia a lo que otra persona, amigo o familiar sentía” (Paciente 3).

“Aprendí que para vivir no necesitas del alcohol y el cigarrillo; el cuerpo necesita mantenerse activo con ejercicios, dejar los recuerdos negativos en el pasado y sentirse bien con uno mismo” (Paciente 4).

“He pasado mucho tiempo viviendo con esta enfermedad, y de todo lo que he vivido, pienso que con el cáncer perdí, pero también gané, ¿sabes? No sé, creo que gané tranquilidad, poder soltar aquello que me hizo mucho daño, tener a mi familia cerca de mí, son cosas que veo como ganancia. Te das cuenta que no todo es tan malo” (Paciente 8).

Finalmente, en el siguiente diagrama se representan los conceptos que engloban toda la experiencia relacionada con las pérdidas vividas por los pacientes sobrevivientes de cáncer venezolanos y sus vinculaciones. Tales conceptos representan la teoría fundamentada de tipo sustantiva propuesta a partir de las narrativas de los propios participantes, la cual se discute más adelante.

Figura 1. Diagrama conceptual.



DISCUSIÓN

El análisis de las narraciones de los pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer entrevistados permiten comprender que la aparición de la enfermedad y la aplicación de los tratamientos para tratarla conllevan la experimentación de un intenso malestar emocional. Tales reacciones emocionales se experimentan a partir de la toma de conciencia de que la pérdida de salud es un acontecimiento real en la vida. El malestar emocional se experimenta a lo largo de toda la trayectoria de la sobrevivencia, y se intensifica ante la percepción de pérdidas colaterales relacionadas con la esfera personal, social, cotidiana, laboral y espiritual, las que son producidas principalmente por las secuelas de los tratamientos, y por otra parte con pérdidas circunstanciales relacionadas a la dinámica personal y familiar de los sobrevivientes y con acontecimientos que ocurren inesperadamente en sus vidas. Los sobrevivientes de cáncer tienen que adaptarse a diversas pérdidas que afectan su calidad de vida y que no únicamente se limitan a las relacionadas con la salud.

Los presentes hallazgos se conectan con lo reseñado por Solana (2005) acerca de las diferentes pérdidas que sufren los pacientes sobrevivientes de cáncer, las repercusiones emocionales y su afectación de la calidad de vida. Las experiencias narradas por los sobrevivientes en este estudio están en consonancia con las expresadas por los participantes de los estudios de Ashing-Giwa *et al.* (2006), Bickford *et al.* (2018) y Curbow *et al.* (2010), quienes relataron sus vivencias ante las pérdidas físicas causadas por la enfermedad y los tratamientos. En los estudios cualitativos revisados por Neris *et al.* (2018) sobre la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer se reportan que los participantes expresaron haber experimentado angustia, ansiedad, depresión y estrés psicológico debido a los diferentes cambios corporales producidos por la enfermedad, así como limitaciones domésticas, laborales y sociales.

De acuerdo con la teoría sustantiva, a partir de las narraciones de los participantes el malestar emocional, la aceptación y la resignificación fueron procesos que delinearon la experiencia de las pérdidas experimentadas al sobrevivir al cáncer,

procesos que se influyeron bidireccionalmente. La disminución del malestar emocional y la apertura para aceptar el diagnóstico oncológico ocurren por el optimismo, la fe, la esperanza y el apoyo social y familiar percibido y recibido. Tales hallazgos se corresponden con la literatura empírica y teórica que ha resaltado la relevancia que tienen el optimismo y la esperanza (Ciria *et al.*, 2021; Finck *et al.*, 2018; Pamuk, 2018; Scheier y Carver, 2001; Schiavon *et al.*, 2017), el afrontamiento religioso (Ciria *et al.*, 2021; Jenkins y Pargament, 1995) y el apoyo social y familiar (Krishnasamy, 1996; Muhamad *et al.*, 2011; Pamuk, 2018; Usta, 2012) en la salud y calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer.

En la revisión de estudios cualitativos realizada por Neris *et al.* (2018) se halló que el optimismo y la esperanza promovieron en los sobrevivientes tranquilidad y una mejor disposición para seguir viviendo y reanudar los proyectos inconclusos. Estos autores encontraron que el apoyo de la familia, la pareja, los amigos y compañeros y el personal sanitario resultó beneficioso para la calidad de vida de los sobrevivientes.

La aceptación fue descrita como un proceso interno difícil, ambiguo y emocionalmente doloroso, facilitado por los recursos psicosociales de los sobrevivientes. La forma en que los pacientes entrevistados vivieron y aceptaron el cáncer en sus vidas va de la mano con los distintos acercamientos que distintos autores (Hayes *et al.*, 1994; McCracken y Eccleston, 2003; Wright, 1983) han aportado sobre dicha aceptación, la cual refieren como un proceso que implica un cambio de valores para aceptar las pérdidas relacionadas con la enfermedad mientras se mantiene un sentido de autoestima; la voluntad de estar presente con el pensamiento, las sensaciones y sentimientos relacionados a la enfermedad, sin juicios ni intentos innecesarios por controlarlos, y una forma realista de vivir con el diagnóstico, no desde la evitación y la negación, sino por medio de una participación que sea factible en las actividades cotidianas. Los presentes resultados hacen posible validar asimismo lo hallado en la revisión hecha por Secinti *et al.* (2019), quienes confirmaron la importancia de la aceptación del cáncer para disminuir la angustia

psicológica y los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes oncológicos.

Tal aceptación conduce a los pacientes sobrevivientes, por medio del apoyo familiar, a realizar ajustes necesarios en su vida cotidiana y laboral para preservar su salud. La experiencia contada por los participantes de esta investigación permiten validar lo reseñado por Zebrack (2011), Mehnert *et al.* (2013), Duijts *et al.* (2014), Stone *et al.* (2017), Williamson y Stanton (2018) y Butow *et al.* (2020) en torno a los ajustes generales que efectúan los pacientes sobrevivientes en su cotidianidad y las dificultades que experimentan en el ámbito laboral.

El proceso de aceptar la enfermedad se vive con el temor de que vuelva a desarrollarse. El miedo a la recurrencia del cáncer y la incertidumbre que eso trae consigo se manifiestan con más intensidad luego de finalizar los tratamientos. Las narraciones de los participantes se corresponden con la revisión cualitativa que llevaron a cabo Almeida *et al.* (2018), en la que analizaron el miedo a la recurrencia del cáncer como un proceso intenso, difícil y multidimensional, similar a un fenómeno traumático caracterizado por la reexperimentación, la evitación, la presencia de pensamientos y sentimientos negativos y la reactividad relacionada con estímulos desencadenantes, pero también como una experiencia en la que pueden suscitarse sentimientos positivos, como la tranquilidad y el agradecimiento al no progresar aquél y continuar vivos.

La aceptación del diagnóstico promovida por el apoyo social percibido, el optimismo y la esperanza fueron esenciales para el manejo del miedo a la recurrencia del cáncer en los sobrevivientes, hallazgo semejante al de Han *et al.* (2021), quienes afirman que poner en práctica estrategias de afrontamiento efectivas puede servir no como un medio para reducir, sino para manejar la incertidumbre sobre el pronóstico médico y construir la esperanza mediante un resultado favorable.

La sobrevivencia se experimenta con sentimientos de culpa por las pérdidas ocasionadas por la enfermedad y el cambio que la misma produce en la vida cotidiana de los seres queridos, las consecuencias emocionales y el fallecimiento

de otros pacientes. Aceptar y resignificar el diagnóstico promueve el manejo de ese sentimiento de culpa en los sobrevivientes, hallazgo semejante al del estudio de Perloff *et al.* (2019), quienes encontraron que los sobrevivientes experimentan emociones conflictivas de culpa y gratitud. En su trabajo, los pacientes sobrevivientes sentían culpa ante la vulnerabilidad generada por las pérdidas que el cáncer trae consigo y por la comparación con otros pacientes que habían fallecido o tenido experiencias más difíciles; sin embargo, también constataron que la búsqueda del significado y el propósito de la vida y el apoyo social les habían ayudado a afrontar de una mejor manera tal sentimiento. Lo expresado por los pacientes del presente estudio valida también los resultados de Glaser *et al.* (2019) en cuanto que la culpa puede estar conectada con una sensación de impotencia ante las pérdidas provocadas por el cáncer, las que pueden incidir en la disposición para vivir el duelo.

La experiencia emocional vivida y la aceptación promueven la resignificación positiva de la enfermedad y sus pérdidas, lo que es semejante a lo que afirman Secinti *et al.* (2019), quienes señalan que la aceptación puede ser un proceso de reconstrucción de significados favorables y de búsqueda de sentido a la experiencia del cáncer. La relatada aquí por los sobrevivientes se vincula con lo hallado por Head y Iannarino (2018) y con la metasíntesis efectuada por Neris *et al.* (2018), en los que el crecimiento personal manifestado por los sobrevivientes de cáncer ayudó a su fortalecimiento y a su capacidad para priorizar los aspectos más importantes, a fortalecer sus vínculos familiares e interpersonales, a cambiar su estilo de vida y a promover hábitos saludables. Neris *et al.* (2018) encontraron igualmente que la espiritualidad de los sobrevivientes implicó un cambio en el propósito y sentido de la vida, así como también una resignificación de la enfermedad y la salud.

Los resultados del presente trabajo también permiten validar lo encontrado por Quinto *et al.* (2022), quienes confirmaron mediante una revisión de numerosos estudios el efecto positivo que tiene la construcción de un significado favorable ante la vida en el proceso de aceptación del cáncer en los pacientes.

Asimismo, las experiencias narradas por ellos se conectan con los planteamientos teóricos propuestos por Neimeyer (2002) sobre el proceso del duelo, la reconstrucción de los significados y la búsqueda de sentido, así como también con lo expuesto por Bonanno (2004) y Tedeschi y Calhoun (2004) respecto a la resiliencia y recuperación ante la pérdida traumática y el crecimiento postraumático, respectivamente. Los significados construidos sobre las pérdidas vividas por los pacientes oncológicos entrevistados estuvieron anclados no sólo en las particularidades de cada uno, sino también en el contexto cultural e histórico venezolano (Brunner, 2009), un país en el que hay un marcado estigma hacia el cáncer (Garassini, 2015) y donde se ha vivido una situación sociopolítica y económica compleja que ha afectado al sistema de la salud y la atención del cáncer (Duma y Durán, 2019; Mora, 2018).

Sobre la base de los análisis llevados a cabo, se concluye que los pacientes oncológicos venezolanos experimentan diferentes pérdidas que pueden afectar su salud psicológica y emocional mientras sobreviven a la enfermedad, pérdidas que no se limitan a las relacionadas con la salud. Tal condición implica para estos pacientes experimentar un malestar emocional intenso ante la pérdida de la salud, así como aceptar y resignificar el cáncer mientras manejan la incertidumbre, el miedo a la recurrencia de la enfermedad y la culpa. El optimismo, la esperanza y el apoyo social y familiar son recursos que facilitan el difícil proceso de aceptar la enfermedad. En esta investigación se destaca la relevancia de seguir analizando en futuros estudios la forma en cómo los pacientes sobrevivientes afrontan la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad, el miedo a su recurrencia y el sentimiento de la culpa.

Se concluye también que el estudio del fenómeno de las diferentes pérdidas vividas por los pacientes sobrevivientes permitió el conocimiento de cómo se desarrolla el duelo ante la pérdida de la salud y otros aspectos de la vida, y cuáles son los recursos psicosociales claves que promueven la adaptación a esas pérdidas al sobrevivir al cáncer. Es menester que los profesionales de la salud, al llevar a cabo la evaluación psicosocial de los

pacientes oncológicos, consideren explorar las diferentes pérdidas que estos han vivido, su impacto emocional, el significado que le atribuyen a cada una y el contexto en el que acontecen, con

la finalidad de que puedan dar cuenta del distrés psicológico actual y del riesgo de experimentarlo con mayor severidad, ofreciéndoles así una intervención más flexible e individualizada.

Citación: Ascanio, D.M. y Altuve, J.J. (2025). La experiencia de las pérdidas vividas por pacientes venezolanos sobrevivientes de cáncer. *Psicología y Salud*, 35(1), 137-148. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2957>

REFERENCIAS

- Almeida, S., Elliott, R., Silva, E. y Sales, C (2018). Fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical Psychology Review*, 68, 13-24. Doi: 10.1016/j.cpr.2018.12.001
- Altuve, A. (2014). *Entre la prevención y la angustia. Reportaje interpretativo sobre la crisis de salud y el control del cáncer en Venezuela*. Tesis de grado. Universidad Central de Venezuela.
- Ashing-Giwa K., Padilla, G., Bohorquez, D., Tejer, J. y Garcia, M. (2006). Understanding the breast cancer experience of Latin women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(3), 19-52. Doi: 10.1300/J077v24n03_02
- Bickford, J., Coveney, J., Baker, J. y Hersh, D. (2018). Support following total laryngectomy: Exploring the concept from different perspectives. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), 13-26. Doi: 10.1111/ecc.12848
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. Doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bruner, J. (2009). *Actos de significado*. Alianza.
- Butow, P., Laidsaar-Powell, R., Konings, S., Lim, C. y Koczwara, B. (2020). Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 14(2), 114-134. Doi: 10.1007/s11764-019-00828-z
- Cabodevilla, I. (2007). La pérdida y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 163-176.
- Ciria S., L., Calderon, C., Fernández M., A., Antoñanzas, M., Hernandez, R., Rogado, J. et al. (2021). Optimism and social support as contributing factors to spirituality in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3367-3373. Doi: 10.1007/s00520-020-05954-4
- Corbin, J. y Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Curbow, B., West, M., Baker, F., Wingard, J. y Somerfield, M. (2010). Loss and recovery themes of long-term survivors of bone marrow transplants. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(4), 1-20. Doi: 10.1300/J077v10N04_01
- Duijts, S., van Egmond, M., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J. y van der Beek, A. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psychooncology*, 23(5), 481-492. Doi: 10.1002/pon.3467
- Duma, N. y Duran, L. (2019). The state of cancer care in Venezuela. *Journal of Global Oncology*, 5. Doi: 10.1200/JGO.19.00031
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M. y Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. Doi: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002
- Flick, U. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Garassini, M. (2015). Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *CES Psicología*, 8(2), 76-102.
- Glaser, S., Knowles, K. y Damaskos, P. (2019). Survivor guilt in cancer survivorship. *Social Work in Health Care*, 58(8), 764-775. Doi: 10.1080/00981389.2019.1640337
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman y A. Haro (Comps.): *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Hermosillo (México): El Colegio de Sonora.
- Han, P., Gutheil, C., Hutchinson, R. y LaChance, J. (2021). Cause or effect? The role of prognostic uncertainty in the fear of cancer recurrence. *Frontiers in Psychology*, 11, 626038. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.626038
- Harris, D. (2020). *Non-death loss and grief: Context and clinical implications*. New York: Routledge.
- Harvey, J. (1996). *Perspectives on loss: A sourcebook*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Harvey, J. y Miller, E. (1998). Toward a psychology of loss. *Psychological Science*, 9(6), 429-434.
- Hayes S., Jacobson N., Follette, V. y Dougher, M. (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.

- Head, K. y Iannarino, N. (2018). "It changed our outlook on how we want to live": cancer as a transformative health experience for young adult survivors and their family members. *Qualitative Health Research*, 29(3), 404-417. Doi: 10.1177/1049732318800674
- Jenkins, R. y Pargament, K. (2014). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. En B. Curbow y M. Somerfield (Eds.): *Psychosocial resource variables in cancer studies* (pp. 51-74). Routledge.
- Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patient with cancer: A consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 757-762. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00048.x
- Laisaar-Powell, R., Konings, S., Rankin, N., Koczwara, B., Kemp, E., Mazariego, C., et al. (2019). A meta-review of qualitative research on adult cancer survivors: current strengths and evidence gaps. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 13(6), 852-889. Doi: 10.1007/s11764-019-00803-8
- McCracken, L. y Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do about chronic pain? *Pain*, 105(1-2), 197-204. Doi: 10.1016/S0304-3959(03)00202-1
- Mehnert, A., de Boer, A. y Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, 119(Suppl. 11), 2151-2159. Doi: 10.1002/cncr.28067
- Miller, D. y Omarzu, J. (1996). New directions in loss research. En J. H. Harvey (Ed.): *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 3-20). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2021). *Anuario de Mortalidad 2016*. Gobierno Bolivariano de Venezuela.
- Mora S., L. (2018). El contexto venezolano de inicios del siglo XXI: rasgos de un país y su gente. *Procesos Históricos, Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 34, 32-67. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/44956>
- Muhamad, M., Afshari, M. y Kazilan, F. (2011). Family support in cancer survivorship. *Asian-Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(6), 1389-1397.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida*. Paidós.
- Neris, R., Nascimento, L., Leite, A., de Andrade, W., Polita, N., et al. (2018). The experience of health-related quality of life in extended and permanent cancer survivors: A qualitative systematic review. *Psychooncology*, 29(10), 1474-1485. Doi: 10.1002/pon.5472
- Pamuk, A. (2018). Experiences of cancer patients: a qualitative study. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1456-1466.
- Perloff, T., King, J., Rigney, M., Ostroff, J. y Johnson-Shen, M. (2019). Survivor guilt: The secret burden of lung cancer survivorship. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(5), 573-585. Doi: 10.1080/07347332.2019.1569191.
- Phyllis A y Lois A. (1996). The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 1(3), 299-307. Doi: 10.1080/10811449608414387.
- Quinto, R., De Vincenzo, F., Campitiello, L., Innamorati, M., Secinti, E. y Iani L. (2022). Meaning in life and the acceptance of cancer: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5547. Doi: 10.3390/ijerph19095547
- Scheier, M. y Carver, C. (2001). Adapting to cancer: The importance of hope and purpose. En A. Baum y B. L. Andersen (Eds.): *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 15-36). Washington: American Psychological Association. Doi: 10.1037/10402-002.
- Schiavon, C., Marchetti, E., Gurgel, L., Busnello, F. y Reppold, C. (2017). Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 7. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.02022
- Secinti, E., Tometich, D., Johns, S. y Mosher, C. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 71, 27-38. Doi: 10.1016/j.cpr.2019.05.001
- Solana, J. A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28(3), 157-163.
- Stone, D., Ganz, P., Pavlish, C. y Robbins, W. (2017). Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(6), 765-781. doi: 10.1007/s11764-017-0614
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2002). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Tedeschi, R. y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. Doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Usta Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian-Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572. Doi: 10.7314/apjcp.2012.13.8.3569
- Williamson, T. y Stanton, A. (2018). Adjustment to life as a cancer survivor. En M. Feuerstein y M. L. Nekhlyudov (Eds): *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 29-48). Champaign, IL: Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-77432-9_3
- Wright, B. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach*. Harper Collins Publishers.
- Wronski, S. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: The who, what, and when. *Psicooncología*, 12(1), 7-18. Doi: 10.5209/rev_Psic.2015.v12.n1.48900
- Zebrack, B. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117(10 Suppl.), 2289-2294. Doi: 10.1002/cncr.26056

Hallazgos clínicos en el trastorno por uso de inhalables: efectos según el sexo

Clinical findings in inhalant use disorder: effects according to sex

Lizeth Alonso-Matías

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz¹

Autor para correspondencia: Lizeth Alonso Matías, neuropsic.liz@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: El trastorno por uso de inhalables es una condición de salud compleja en cuyo ciclo se encuentra la llamada “apetencia” (*craving*)², importante fenómeno de diagnóstico y predicción de la abstinencia. En varios países el uso de inhalables ocupa los primeros lugares de preferencia, y en los últimos años se ha detectado en México una alta prevalencia de consumo en las mujeres. **Objetivo:** Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue explorar las características clínicas y el funcionamiento cognitivo de los consumidores de inhalables según su sexo. **Método:** Este fue un estudio descriptivo transversal de una muestra de cincuenta participantes con diagnóstico de trastorno por uso de inhalables divididos en dos grupos: GH, con 31 hombres, y GM, con 19 mujeres, todos ellos evaluados mediante instrumentos clínicos y cognitivos. **Resultados:** La evaluación clínica evidenció puntajes estadísticamente significativos en comparación con los parámetros normales de las escalas, lo que implica que los participantes mostraron “apetencia”, comportamiento frontal y problemas de sueño. En particular, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en apetencia y reportaron más trastornos del sueño y déficits en funciones ejecutivas, principalmente en la planificación. **Discusión:** Los programas de prevención y tratamiento deben tener en cuenta las características de la población usuaria y las particularidades de los sexos al abordar la adicción a inhalables.

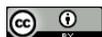
Palabras clave: Inhalables; Cognitivo; Adicción; Cribado; Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: *Inhalant (glue-sniffing) disorder is a complex health condition, and the “craving” phenomenon is important for its diagnosis and withdrawal prediction. In several countries, inhalants occupy the first place of addiction preference. In recent years in Mexico, a high prevalence of consumption in women has been detected.* **Objective:** *For this reason, the present study's objective was to explore the clinical characteristics and cognitive functioning of inhalant users according to sex.* **Method:** *This was a Cross-sectional descriptive study, with fifty participants diagnosed with inhalant use disorder, divided into two groups, one with 31 men and one with 19 women. Data collection included applying clinical and cognitive instruments.* **Results:** *The clinical evaluation*

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas, Calzada México Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, tel. 52(55) 41-60-50-98, 14370 Ciudad de México, México.

² Los síntomas de la “apetencia” en el caso de las drogas pueden incluir pensamientos persistentes y urgencia por consumir drogas, síntomas físicos como sudoración, temblores y náuseas, dificultad para concentrarse en diversas tareas y cambios en el humor, tales como irritabilidad, ansiedad y depresión (*cf.* New Horizons Medical, 2023).



showed statistically significant scores compared to the normal parameters of the scales. Participants showed the presence of craving, frontal lobe signs, and sleep problems. In particular, women obtained higher scores in craving, with higher reports of sleep disorders and deficits in executive functions, mainly regarding planning. Discussion: Prevention and treatment programs must take into account the characteristics of the user and the particularities of the sexes in inhalant addiction.

Key words: Inhalants; Cognitive; Addiction; Screening; Diagnosis.

Recibido: 19/07/2023

Aceptado: 16/02/2024

Los inhalables son sustancias volátiles que se utilizan intencionalmente para lograr un estado alterado de conciencia. Entre los productos más utilizados para este fin se encuentran los diluyentes, los marcadores de texto, las pinturas en aerosol y los pegamentos (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA por sus siglas en inglés], 2020). Los patrones de uso varían: desde inhalar vapores directamente de un recipiente a través de la nariz, la boca o ambos, a intoxicarse rápida e intensamente hasta alcanzar el nivel que se desea (Anderson y Loomis, 2003; Jain y Verma, 2016).

El consumo de estas sustancias pasa por diferentes fases hasta que se convierte en un trastorno adictivo. De acuerdo con la más reciente edición del *Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2014), el trastorno por uso de inhalables (TUI en lo sucesivo) es un patrón problemático en el uso de una sustancia inhalable elaborada a base de hidrocarburos que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Entre los indicadores para el diagnóstico se encuentran la cantidad de inhalables empleados, el tiempo de consumo y el *craving* por el producto (APA, 2014).

En la actualidad, el TUI se ha convertido en un fenómeno exponencial con consecuencias perjudiciales a distintos niveles, debido principalmente a la accesibilidad de los productos de los que se abusa, la gran mayoría de los cuales son de uso

doméstico, relativamente baratos y accesibles para todos los contextos, edades y sexos. Diversas encuestas llevadas a cabo en países como Australia (Guerin y White, 2017), Canadá (Boak *et al.*, 2020), India (Basu *et al.*, 2021) y Estados Unidos (Miech *et al.*, 2022) indican una marcada prevalencia del consumo de sustancias volátiles para intoxicarse, principalmente entre la población joven. En México, tal prevalencia ha cambiado en los últimos años, ubicándose en el tercer lugar entre las drogas de elección entre la población general. Entre las mujeres de entre 12 y 17 años, las estadísticas refieren un incremento en su uso de 0.1% en 2011 a 0.5% en 2016, y de 0.2% a 0.6% entre los varones de 18 a 34 años en esos mismos años (Villatoro *et al.*, 2017).

Los trastornos adictivos en general, y particularmente el TUI, son un problema de salud pública que afecta de manera importante a diversos sectores sociales en los que el contexto, la edad y el sexo son factores que posibilitan el uso de drogas entre la población, evidentemente diferente en los hombres y las mujeres (Giacometti *et al.*, 2020; McHugh *et al.*, 2018). Entre las sustancias psicoactivas en cuyo uso se manifiestan tales diferencias se encuentran el alcohol (Flores-Bonilla *et al.*, 2020), la cocaína (Tower *et al.*, 2021), los opioides (Davis *et al.*, 2021) y la *cannabis* (Cooper *et al.*, 2018), pero los inhalables están relativamente poco explorados en este aspecto (Crossin *et al.*, 2018). Por consiguiente, se requiere profundizar el análisis del uso de inhalables en México, por lo cual el objetivo de este estudio fue explorar las características clínicas y los efectos sobre el funcionamiento cognitivo de los usuarios de inhalables de acuerdo con su sexo.

MÉTODO

Participantes

Se reclutaron cincuenta participantes para el estudio, los que se dividieron en dos grupos. El primero se integró por 31 varones (GH) y el segundo por 19 mujeres (GM). Los criterios de selección para el estudio fueron: *a)* tener un diagnóstico de TUI según el DSM-5; *b)* una edad de entre 18 y 43 años; *c)* ausencia de comorbilidades documenta-

das (personalidad o estado de ánimo); *d*) ausencia de traumatismos craneoencefálicos o trastornos neurológicos documentados, y *e*) abstinencia mínima de 48 horas antes de la prueba para excluir posibles interferencias de sustancias psicoactivas o síntomas de abstinencia.

Instrumentos

Datos sociodemográficos y clínicos.

Cuestionario breve *ad hoc* que incluyó edad, peso, altura, índice de masa corporal, escolaridad y ocupación. Para el historial clínico se consideró la edad de inicio del consumo, el tiempo de uso y abstinencia, el número de sustancias inhalables consumidas, la frecuencia de uso y los intentos para dejar de consumir.

Cuestionario de Apetencia a Inhalables (ICQ, por sus siglas en inglés) (Alonso-Matías et al., 2015).

Es un instrumento autoadministrado con punto de corte de apetencia de 18.5 milímetros (mm). Contiene dos secciones: en la primera parte se registra información sobre el historial de uso de inhalables, y en la segunda se recoge el historial de síntomas de apetencia. Para ello, se emplean diez afirmaciones con respuestas de tipo análogo-visual en una línea de 10 centímetros cada una en la que se coloca una marca que representa la intensidad de la apetencia. Así, se mide y registra en milímetros la longitud de inicio de la línea hasta la marca trazada. La escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .947 y está validada en población mexicana.

Escala de Comportamiento de Sistemas Frontales (FRSBE, por sus siglas en inglés) (Grace y Malloy, 2001).

Esta escala evalúa los problemas de comportamiento asociados al daño prefrontal. Las respuestas dentro del cuestionario permiten la comparación del comportamiento histórico y actual (*FRSBE-antes*, *FRSBE-ahora*). Consta de 46 ítems, los cuales se distribuyen en tres subescalas asociadas al funcionamiento de áreas cerebrales: corteza cingulada anterior (subescala de apatía), corteza orbitofrontal (subescala de desinhibición) y corteza prefrontal dorsolateral (subescala de disfunción ejecutiva). La versión en español tiene una validez de

constructo adecuada y una elevada consistencia interna (coeficiente α de Cronbach de .93).

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI, por sus siglas en inglés) (Buysse et al., 1989).

Es un instrumento de autoinforme que mide la calidad y las alteraciones del sueño en el último mes. Se integra por 19 ítems divididos en siete parámetros: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia habitual y trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. El instrumento proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 21 puntos. Una puntuación superior a cinco puntos indica una mala calidad del sueño. Tiene un coeficiente α de Cronbach de .78 y cuenta con propiedades psicométricas adecuadas en población mexicana (Mollayeva et al., 2016).

Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2) (Flores et al., 2014).

Esta prueba evalúa los procesos cognitivos asociados con la corteza prefrontal. Está compuesta de 15 tareas que se dividen en criterios anatómico-funcionales: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal. Las tareas tienen una elevada confiabilidad y validez. El tiempo de aplicación es de aproximadamente 50 minutos. Las puntuaciones están estandarizadas, y la interpretación del puntaje total y de cada subescala permite clasificar el desempeño. La batería cuenta con datos normativos en población mexicana. Tiene un coeficiente α de Cronbach de .80.

Procedimiento

Las evaluaciones se realizaron individualmente en un consultorio debidamente iluminado e insonorizado. La batería se administró en un orden fijo, empleándose para ello lápiz y papel. La sesión de aplicación fue de aproximadamente 90 minutos. En la primera parte de la sesión se explicaron a los participantes los propósitos del estudio, tras de lo cual firmaron una carta de consentimiento informado. En la segunda parte, se efectuó la entrevista semiestructurada y se aplicaron los instrumentos clínicos.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se empleó estadística no paramétrica; las variables categóricas se compararon mediante la prueba chi cuadrada y los datos continuos se analizaron mediante la U de Mann-Whitney. Se utilizó la prueba *t* de Student para explorar las diferencias entre las variables clínicas y el rendimiento normalizado en cada prueba. Se correlacionaron los datos para identificar factores significativos entre las variables mediante el empleo del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS/PC, versión 20.0; las pruebas fueron consideradas bilateralmente con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Este estudio cumplió los principios de la Declaración de Helsinki, y fue aprobado por los comités de ética de los Centros de Integración Juvenil

(206-17) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (CEI/C/006/2018 y IC18081.0).

RESULTADOS

Los cincuenta participantes fueron distribuidos en dos grupos; el primero (GH) se conformó con 31 hombres (62%), con una edad promedio de 24.35 años (D.E. = 5.52), y el segundo grupo (GM) con 19 mujeres (38%), con una edad media de 24.47 años (D.E. = 6.22). La historia clínica evidenció que 70% de los participantes tenía un peso normal, que utilizaban más de dos sustancias inhalables, con una frecuencia diaria y que habían hecho intentos por abandonar el consumo. Por otro lado, el análisis sociodemográfico mostró que 64% de los participantes se encontraba desempleado, y finalmente, que la estatura en el grupo GH era mayor en comparación con el grupo GM (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas e historial de uso de inhalables.

Variables	Total N = 50 (M ± DS) ó n(%)	GH N = 31 (M ± DS) ó n(%)	GM N = 19 (M ± DS) ó n(%)	Prueba estadística		
				U-MW	Z	χ^2
Edad	24.78 ± 5.76	24.35 ± 5.52	25.47 ± 6.22	264	-.612	
Peso	63.19 ± 12.52	64.85 ± 13.46	60.47 ± 10.6	256	-.770	
Talla	1.66 ± 0.74	1.69 ± 0.62	1.59 ± 0.44	52.50**	-4.85	
Índice de masa corporal	23 ± 3.88	22.51 ± 3.84	23.78 ± 3.91	235	-1.19	
Nivel de peso, n(%)						56.08**
Bajo peso	4 (8)	2 (4)	2 (4)			
Normal	35 (70)	23 (46)	12 (24)			
Exceso de peso	9 (18)	4 (8)	5 (10)			
Obesidad	2 (4)	2 (4)	0 (0)			
Educación (años)	9.54 ± 1.94	9.48 ± 2.06	9.63 ± 1.77	269	-.548	
Ocupación, n (%)						23.08**
Empleo formal	13 (26)	8 (16)	5 (10)			
Empleo informal	5 (10)	3 (6)	2 (4)			
Desempleado	32 (64)	20 (40)	12 (24)			
Edad de inicio de consumo	16.44 ± 3.65	16.32 ± 2.54	16.63 ± 5.04	271	-.474	
Tiempo consume de drogas (años)	6.38 ± 4.58	5.90 ± 4.17	7.16 ± 5.19	260	-.694	
Tiempo de abstinencia (días)	23.56 ± 25.09	24.16 ± 29.35	22.58 ± 16.62	258	-.721	

Continúa...

Variables	Total N = 50 (M ± DS) ó n(%)	GH N = 31 (M ± DS) ó n(%)	GM N = 19 (M ± DS) ó n(%)	Prueba estadística		
				U-MW	Z	χ^2
Número de sustancias psicoactivas (tetrahidrocanabinol, cocaína, metanfetaminas y benzodiacepinas)						9.25*
Cero	10 (20)	5 (10)	5 (10)			
Una o más	29 (58)	19 (38)	10 (20)			
Número de sustancias volátiles, n (%)						.320
Uno	27 (54)	16 (32)	11 (22)			
Dos o más	23 (46)	15 (30)	8 (16)			
Frecuencia de consumo, n (%)						21.28**
Dos días a la semana	2 (4)	2 (4)	0 (0)			
Cada catorce días	20 (40)	15 (30)	5 (10)			
Diariamente	28 (56)	14 (28)	14 (28)			
Intentos por abandonar el consumo de drogas, n (%)						9.64*
1-3 veces	27 (54)	17 (34)	10 (20)			
4-6 veces	12 (24)	9 (18)	3 (6)			
7 o más veces	11 (22)	5 (10)	6 (12)			

Nota: Grupo GH: grupo de hombres; Grupo GM: grupo de mujeres; * $p < .05$; ** $p < .001$.

En la evaluación clínica, la muestra total obtuvo puntuaciones estadísticamente significativas en las escalas ICQ, FRSBE (*antes* y *ahora*) y PSQI cuando se compararon los datos con los rangos normales propios de los instrumentos, lo que se interpreta como apetencia a inhalables, comportamientos disruptivos de tipo frontal y dificultades de sueño.

Al explorar los resultados de los dos grupos, se hallaron diferencias significativas en las pruebas ICQ y PSQI; por ejemplo, el grupo GM obtuvo puntuaciones altas en apetencia total y en PSQI total; de acuerdo con tales datos, las mujeres reportaron una apetencia más intensa y más dificultades para conciliar el sueño (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de variables clínicas.

Variables	Puntuación normal	Total N = 50 (Media ± D.E. ó n(%))	Prueba estadística <i>t</i>	GH n = 31 (Media ± D.E.) ó n(%))	GM n = 19 (Media ± D.E.) ó n(%))	Prueba estadística	
						U-MW	Z
ICQ							
Total apetencia	18.5	446.88 ± 207.91	14.56**	392.52 ± 207.97	535.58 ± 179.43	176*	-.276
FRSBE (ANTES)							
Disfunción ejecutiva	41	49.34 ± 13.87	4.24**	47.19 ± 13.66	52.84 ± 13.84	233	-1.23
Desinhibición	35	37.06 ± 11.06	1.25	36.19 ± 11.76	38.47 ± 11.49	270	-.490
Apatía	33	35.76 ± 8.58	2.27*	34.23 ± 8.89	38.26 ± 7.60	210.5	-1.68
Total Comportamiento frontal	106	122.16 ± 31.43	3.63**	117.61 ± 31.60	129.58 ± 30.52	237	-1.15

Continúa...

Variables	Puntuación normal	Total N = 50 (Media ± D.E. ó n(%))	Prueba estadística	GH n = 31 (Media ± D.E.) ó n(%))	GM n = 19 (Media ± D.E.) ó n(%))	Prueba estadística	
			t			U-MW	Z
FRSBE (AHORA)							
Disfunción ejecutiva	41	51 (13.43)	5.26**	48.94 ± 13.75	54.37 ± 12.51	232.5	-1.24
Desinhibición	35	43.10 (13.23)	4.32**	41.84 ± 14.59	45.16 ± 10.69	259	-7.10
Apatía	33	39.4 (10.49)	4.31**	38.23 ± 10.82	41.32 ± 9.9	244.5	-1
Total Comportamiento frontal	106	133.5 (34.11)	5.7**	129 ± 36.65	140.84 ± 28.91	241.5	-1.06
PSQI							
Total PSQI	≤ 5	8.92 ± 3.13	8.36**	7.81 ± 2.49	10.74 ± 3.72	157.5*	-2.75
Horas de sueño	8	7.64 ± 2.48	-1.02	8.06 ± 1.99	6.95 ± 3.06	217	-1.56
Tiempo que toma el dormir (minutos)	≤ 30	62.10 ± 60.83	3.73**	54.19 ± 47.29	75 ± 77.87	284	-1.21

Nota: GH (grupo de hombres); Grupo GM (grupo de mujeres); * $p < .05$; ** $p < .001$.

El resultado de la evaluación cognitiva reveló que la muestra tuvo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de siete tareas de la batería BANFE-2 respecto a los datos normativos. Las tareas que obtuvieron puntajes por debajo del promedio normal fueron: laberintos (tiempo, atravesar paredes y sin salida), efecto Stroop (tiempos *a* y *b*), “torre de Hanoi” (tiempo con tres fichas), fluidez verbal (aciertos y perseveraciones), clasificación de cartas (perseveración y tiempo), metamemoria (errores positivos y negativos) y suma consecutiva (tiempo). Al comparar los grupos GH

y GM, se encontraron diferencias estadísticamente significativas; por ejemplo, el grupo GH obtuvo puntuaciones menores en tareas como la de la “torre de Hanoi” (tiempo y total de movimientos con cuatro fichas) y clasificación de cartas (tiempo); en cambio, el grupo GM tuvo puntajes deficientes en laberintos (sin salida) y en la resta (tiempo en 100-7). Al interpretar los datos obtenidos se concluye que los consumidores de inhalables sufrían dificultades particulares en la planeación de algunas tareas (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de variables cognitivas.

Variables	Puntaje Normal	Total N = 50 (Media ± DS) ó n (%)	Prueba estadística	GH n = 31 (Media ± DS) ó n (%)	GM n = 19 (Media ± DS) ó n (%)	Prueba estadística	
			T			U-MW	Z
Laberintos							
Tiempo (segundos)	50	38.12 ± 14.6	-5.75**	37.08 ± 14.44	38.64 ± 15.24	287	-1.50
Atravesar paredes	1	2.24 ± 3.05	2.87*	1.90 ± 2.94	2.79 ± 3.22	231.5	-1.31
Sin salida	2	3.78 ± 3.52	3.57**	2.68 ± 2.1	5.58 ± 4.57	165*	-2.62
Efecto Stroop							
Tiempo (segundos) a	93	117.26 ± 63.43	2.7*	121.06 ± 73.81	111.05 ± 42.52	271.5	-4.60
Tiempo (segundos) b	80	101.66 ± 50.55	3.03*	102.42 ± 61.18	100.42 ± 26.73	227	-1.35

Continúa...

Variables	Puntaje Normal	Total N = 50 (Media ± DS) ó n (%)	Prueba estadística T	GH n = 31 (Media ± DS) ó n (%)	GM n = 19 (Media ± DS) ó n (%)	Prueba estadística	
						U-MW	Z
Torre de Hanoi							
Tiempo (segundos) 3 fichas	73	39.64 ± 49.38	-4.77**	43.55 ± 55.59	33.26 ± 37.66	248	-.930
Total movimientos 3 fichas	12	10.36 ± 7.51	-1.54	11 ± 8.74	9.32 ± 4.93	266.5	-.563
Tiempo (segundos) 4 fichas	118	102.78 ± 86	-1.25	125.55 ± 98.77	65.63 ± 39.05	191*	-2.06
Total movimientos 4 fichas	27	25.76 ± 13.6	-.645	28.94 ± 14.46	20.58 ± 10.44	191*	-2.07
Fluidez verbal							
Aciertos	>16	13.6 ± 4.31	-3.93**	13.29 ± 4.64	14.11 ± 3.78	267	-.552
Perseveraciones	0	.92 ± 1.46	4.43**	.58 ± .67	1.47 ± 2.14	252.5	-.918
Clasificación de cartas							
Perseveraciones	13	32.52 ± 8.54	16.15**	33.06 ± 8.93	31.63 ± 8.02	267.5	-.541
Tiempo (segundos)	474	421.02 ± 101.4	-3.69**	440.97 ± 115.26	388.47 ± 64.01	170*	-2.48
Metamemoria							
Errores negativos	4	2.88 ± 3.05	-2.59*	2.81 ± 3.42	3 ± 2.4	244	-1.02
Errores positivos	1	2.78 ± 2.58	4.87**	2.84 ± 2.81	2.68 ± 2.21	288	-.132
Resta							
Tiempo 40-3	70	73.28 ± 60.15	.386	69.61 ± 57.27	79.26 ± 65.75	247.5	-.940
Tiempo 100-7	134	135.7 ± 83.91	.143	120.58 ± 85.71	160.37 ± 76.74	176.5*	-2.35
Suma consecutiva							
Tiempo	67	39.16 ± 22.31	-8.82**	37.52 ± 22.41	41.84 ± 22.49	253.5	-.820

Al obtener correlaciones entre las variables se observó que estas fueron estadísticamente significativas; por ejemplo, el tiempo de abstinencia y la apetencia total se interrelacionan negativamente, así como la edad de inicio de consumo y los puntajes en la escala FRSBE (*ahora*), disfunción ejecutiva y desinhibición. Por otro lado, las variables y puntajes que se relacionaron positivamente fueron el

efecto Stroop (tiempo) y la “torre de Hanoi” (tiempo y movimientos de tres fichas) con la abstinencia. El tiempo de consumo con total de apetencia y fluidez verbal (aciertos), la apetencia con FRSBE (*ahora*), disfunción ejecutiva, desinhibición, apatía y total, y PSQI con apetencia total y FRSBE (*ahora*), disfunción ejecutiva, apatía, desinhibición y total (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación de variables clínicas y cognitivas.

Variables	Abstinencia (días)	Tiempo de uso de drogas (años)	Edad de inicio de consumo	Total	
				Apetencia	PSQI
ICQ					
Total apetencia	-.304*	.304*	-.095	1	.414**
FRSBE (<i>ahora</i>)					
Disfunción ejecutiva	.108	-.119	-.306*	.429*	.299*
Disinhibición	-.011	-.024	-.287*	.456**	.348*
Apatía	-.126	.054	-.236	.504**	.502**
Total de comportamiento frontal	.000	-.040	-.304*	.501**	.407**

Continúa...

Variables	Abstinencia (días)	Tiempo de uso de drogas (años)	Edad de inicio de consumo	Total	
				Apetencia	PSQI
BANFE-2					
Laberintos					
Tiempo (segundos)	.100	-.052	-.096	67	-.289*
Stroop					
Tiempo a	.302*	-.251	-.120	-.247	.014
Torre de Hanoi					
Tiempo (segundos) 3 fichas	.556**	-.022	-.210	-.045	-.034
Total de movimientos 3 fichas	.559**	-.037	-.146	.016	-.007
Fluidez verbal					
Aciertos	-.219	.295*	.020	.275	.072
Resta					
40-3 tiempo	.155	-.181	-.174	-.283*	-.153
100-7 aciertos	-.188	.107	.222	.292*	.131

Nota: ICQ (Cuestionario de Apetencia a inhalables); FRSE (Escala de comportamiento de sistemas frontales); PSQI (Índice de calidad de sueño de Pittsburgh); BANFE-2 (Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales); ^a Descrito solo para los contrastes que han resultado significativos; * $p < .05$; ** $p < .001$.

DISCUSIÓN

Las investigaciones actuales refieren que en la adicción a sustancias psicoactivas la edad al inicio de consumo es un factor importante, con este indicador se puede determinar de cierta forma la evolución de la enfermedad y pronosticar las posibles consecuencias nocivas para los usuarios (Anderson y Loomis, 2003; Medina-Mora y Real, 2008; Nguyen *et al.*, 2016). Se sabe que las dos primeras décadas de vida del ser humano son fundamentales para alcanzar un adecuado nivel de desarrollo neurofuncional, particularmente el de las áreas frontales del cerebro (Spear, 2000; Vink *et al.*, 2014). Los estudios clínicos indican que el uso de inhalables en la adolescencia provoca alteraciones clínicas generalizadas (Lubman *et al.*, 2008; Alonso-Matías *et al.*, 2019). En concordancia con tal información, los resultados del presente estudio revelaron que los adultos con TUI que iniciaron el consumo a edades tempranas manifestaban déficits conductuales y en las funciones ejecutivas.

Por otro lado, al llevar a cabo un análisis de la edad de los participantes de este estudio se evidenció que el grupo de mujeres, que se encon-

traban en una etapa fértil, aunque no en gestación al momento del estudio, manifestaron querer ser madres o haber estado embarazadas durante su proceso de adicción a los solventes, dato particularmente alarmante debido a que la inhalación de tolueno (el ingrediente activo en los productos favoritos de muchas usuarias) reduce la fertilidad y trae consigo efectos negativos en la gestación (Bowen *et al.*, 2007; Callan *et al.*, 2016; Gallegos *et al.*, 2014; Hannigan y Bowen, 2010).

En relación al fenómeno de apetencia o *craving*, los resultados mostraron que los adultos con TUI tuvieron puntuaciones estadísticamente significativas, lo que es consistente con estudios clínicos en los que se reporta una activación de las áreas cerebrales relacionadas con dicha apetencia y la presencia de este fenómeno entre los usuarios adolescentes de inhalables (Jain *et al.*, 2020; Alonso-Matías *et al.*, 2020; Kalayasiri *et al.*, 2017). Adicionalmente, el análisis detectó que las puntuaciones más altas de apetencia procedían del grupo de mujeres ($M = 535.58$, $D.E. = 179.43$), hallazgo de gran relevancia que puede ser una posible indicación del efecto *telescoping* (progresión más acelerada de la adicción) en el TUI. Hay en la actualidad estudios hechos con otras sustancias

psicoactivas que describen la vulnerabilidad de las mujeres a dicha aceleración en el ciclo adictivo (Alonso-Caraballo *et al.*, 2021; Greenfield *et al.*, 2010; Hölscher *et al.*, 2010; Lynch, 2018; Ramôa *et al.*, 2013; Riley *et al.*, 2018; Towers *et al.*, 2021).

El análisis del sueño en este estudio reveló una correlación positiva entre la apetencia y la calidad del sueño, dato muy importante; sin embargo, el mecanismo preciso para determinar si el sueño interfiere o afecta la apetencia a los inhalables requiere un análisis más profundo, tal como lo reportan estudios análogos (Lydon-Staley *et al.*, 2017). Por otro lado, en la presente investigación se halló que las puntuaciones en el PSQI difieren estadísticamente entre los grupos. En el caso de las mujeres, estas reportaron una menor calidad de sueño, menos horas y más tiempo para conciliarlo. Con esta información es factible concluir que hay más alteraciones del sueño en las mujeres con TUI, resultados consistentes en sustancias análogas, como el alcohol, los que muestran un mayor riesgo de las mujeres a desarrollar trastornos del sueño, principalmente en la fase de movimiento oculars rápidos (REM) (Jones *et al.*, 2022). Otras investigaciones clínicas relacionan asimismo el consumo prolongado de inhalables con ciertos trastornos del sueño (insomnio, somnolencia, patrones fragmentados, restricción y mala calidad general del mismo) (Alonso-Matías *et al.*, 2020; Terán *et al.*, 2020), y algunas investigaciones básicas demuestran los efectos de los inhalables sobre la dinámica de la dopamina y la serotonina, y la manera en que generan alteraciones del ciclo sueño-vigilia (Alfaro *et al.*, 2011).

En relación a la exploración de las funciones ejecutivas y las manifestaciones conductuales de

tipo frontal, el presente estudio pone de manifiesto que los usuarios con diagnóstico de TUI manifiestan alteraciones globales, hallando además que hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, principalmente en tareas de planificación; en el caso de los hombres, demoran más, en tanto que las mujeres tuvieron más errores de ejecución, datos todos ellos consistentes con lo reportado en la literatura (Scott y Scott, 2014).

Se concluye así que en la adicción a los inhalables hay patrones de comportamiento característicos de los sexos, de modo que la intensidad de la apetencia y los déficits en la calidad del sueño son mayores en las mujeres. Hay alteraciones conductuales y cognitivas globales, aunque la planeación es diferente entre hombres y mujeres. Hay asimismo una correlación entre la apetencia, los trastornos del sueño y los déficits conductuales, en tanto que la edad desempeña un importante papel en el nivel de implicación y una posible tendencia negativa en las mujeres.

No está de más mencionar que este estudio no está exento de limitaciones. Por ejemplo, es necesario continuar llevando a cabo estudios longitudinales para comparar resultados en el largo plazo; se requiere asimismo un mayor número de participantes, lo que ayudaría a obtener un panorama más amplio de la población estudiada. Entre los problemas pendientes de evaluación se encuentran las repercusiones familiares por el uso de inhalables. La información del presente estudio logra una perspectiva más específica del TUI y su evolución en los sexos, con lo que se proporcionan así algunas posibles herramientas teóricas para poner en práctica programas integrales de prevención y tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a los voluntarios su participación en este estudio, así como al personal del Centro de Integración Juvenil. Un agradecimiento especial a CONAHCYT-Cátedras, Proyecto Núm.1578.

Citación: Alonso-Matías, L. (2025). Hallazgos clínicos en el trastorno por uso de inhalables: efectos según el sexo. *Psicología y Salud*, 35(1), 149-160. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2958>

REFERENCIAS

- Alfaro R., A, Bueno N., A, González P., R, Arch T., E, Vargas S., J. y Ávila L., A. (2011). Chronic exposure to toluene changes the sleep-wake pattern and brain monoamine content in rats. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 71(2), 183-192.
- Alonso C., Y, Guha, S.K. y Chartoff, E.H. (2021). The neurobiology of abstinence-induced reward-seeking in males and females. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*. 200: 173088. Doi: 10.1016/j.pbb.2020.173088
- Alonso M., L., Páez M., N., Reyes Z., E. y González O., J.J. (2015). Evidence of validity of an inhalant-craving questionnaire. *Adicciones*, 27(4), 276-287.
- Alonso M., L., Reyes Z., E., González O., J.J. (2019). Clinical and behavioral profile of young inhalant users. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(5), 171-178.
- Alonso M., L., Reyes Z., E., González O., J.J. (2020). Cognitive and clinic profile of volatile substance users. *Salud Mental*, 43(4), 167-174. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2020.023
- Anderson, C.E. y Loomis, G.A. (2003). Recognition and prevention of inhalant abuse. *American Family Physician*, 68(5), 869-674.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Basu, G., Biswas, S., Pisudde, P. y Mondal, R. (2021). Sociodemographic and psychosocial correlates of substance abuse among street children: A cross-sectional survey in the streets of Kolkata, West Bengal. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(6), 2259-2264. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2449_20
- Boak, A., Elton-Marshall, T., Mann, R. y Hamilton, H.A. (2020). *Drug use among Ontario students, 1977-2019: Detailed findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*. Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health. Recuperado de https://www.camh.ca/-/media/files/pdf-osduhs/drugusereport_2019osduhs-pdf.pdf
- Bowen, S.E., Hannigan, J.H. e Irtenkauf, S. (2007). Maternal and fetal blood and organ toluene levels in rats following acute and repeated binge inhalation exposure. *Reproductive Toxicology*, 24(3-4), 343-352. Doi: 10.1016/j.reprotox.2007.06.005
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. Doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Callan, S.P., Kott, J.M., Cleary, J.P., McCarthy, M.K., Baltes, B.B. y Bowen, S.E. (2016). Changes in developmental body weight as a function of toluene exposure: A meta-analysis of animal studies. *Human Experimental Toxicology*, 35(4), 341-352. Doi: 10.1177/0960327115591377
- Cooper, Z.D. y Craft, R.M. (2018). Sex-dependent effects of cannabis and cannabinoids: a translational perspective. *Neuropsychopharmacology*, 43(1), 34-51. Doi: 10.1038/npp.2017.140
- Crossin, R., Scott, D., Witt, K.G., Duncan, J.R., Smith, K. y Lubman, D.I. (2018). Acute harms associated with inhalant misuse: Co-morbidities and trends relative to age and gender among ambulance attendees. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(190), 46-53. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.026
- Davis, J.P., Eddie, D., Prindle, J., Dworkin, E.R., Christie, N.C., Saba, S., DiGuseppi, G.T., Clapp, J.D. y Kelly, J.F. (2021). Sex differences in factors predicting post-treatment opioid use. *Addiction*, 116(8), 2116-2126. Doi: 10.1111/add.15396
- Flores B., A. y Richardson, H.N. (2020). Sex differences in the neurobiology of alcohol use disorder. *Alcohol Research*, 40(2), 04. Doi: 10.35946/arcr.v40.2.04
- Flores L., J.C., Ostrosky S., F. y Lozano G., A. (2012). *Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales (BANFE-2)*. México: El Manual Moderno.
- Gallegos C., A., López B., M.A., Camacho S., R.E. Mendoza M., M.A. (2014). *Inhalables y otras aspiraciones*. Academia Mexicana de Ciencias. Recuperado de http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Inhalantes.pdf
- Giacometti, L.L. y Barker, J.M. (2020). Sex differences in the glutamate system: Implications for addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 157-168. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.03.010
- Grace, J. y Malloy, P.F. (2001). *Frontal Systems Behavior Scale. Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Greenfield, S.F., Back, S.E., Lawson, K., Brady, K.T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-355. Doi: 10.1016/j.psc.2010.01.004
- Guerin, N. y White, V. (2017). *Statistics & Trends: Australian Secondary Students' Use of Tobacco, Alcohol, Over-the-counter Drugs, and Illicit Substances* (2nd ed.). Cancer Council of Victoria.
- Hannigan, J.H. y Bowen, S.E. (2010). Reproductive toxicology and teratology of abused toluene. *Systems Biology in Reproductive Medicine*, 56(2), 184-200. Doi: 10.3109/19396360903377195

- Hölscher, F., Reissner, V., Di Furia, L., Room, R., Schifano, F., Stohler, R., Yotsidi, V. y Scherbaum, N. (2010). Differences between men and women in the course of opiate dependence: is there a telescoping effect? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(3), 235-241. Doi: 10.1007/s00406-009-0053-x
- Jain, S., Dhawan, A., Kumaran, S.S., Deep, R. y Jain, R. (2020). BOLD activation during cue induced craving in adolescent inhalant users. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102097. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102097
- Jain, R. y Verma, A. (2016). Laboratory approach for diagnosis of toluene-based inhalant abuse in a clinical setting. *Journal of Pharmacy and BioAllied Sciences*, 8(1), 18-22. Doi: 10.4103/0975-7406.164293
- Jiménez G., A., Monteverde M., E., Nenclares P., A., Esquivel A., G. y De la Vega P., A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 491-496.
- Jones, M.R., Brandner, A.J., Vendruscolo, L.F., Vendruscolo, J.C.M., Koob, G.F. y Schmeichel, B.E. (2022). Effects of alcohol withdrawal on sleep macroarchitecture and microarchitecture in female and male rats. *Frontiers in Neuroscience*, 10, 16: 838486. Doi: 10.3389/fnins.2022.838486
- Kalayasiri, R., Maneesang, W. y Maes, M. (2018). A novel approach of substitution therapy with inhalation of essential oil for the reduction of inhalant craving: A double-blinded randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 261, 61-67. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.015
- Flores L., J.C., Otrrosky S., F. y Loxano G., A. (2014). *BANFE 2. Bateria neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales*. El Manual Moderno.
- Lydon-Staley, D.M., Cleveland, H.H., Huhn, A.S., Cleveland, M.J., Harris, J., Stankoski, D., Deneke, E., Meyer, R.E. y Bunce, S.C. (2017). Daily sleep quality affects drug craving, partially through indirect associations with positive affect, in patients in treatment for nonmedical use of prescription drugs. *Addictive Behaviors*, 65, 275-282. Doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.026
- Lynch, W.J. (2018). Modeling the development of drug addiction in male and female animals. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, 64, 50-61. Doi: 10.1016/j.pbb.2017.06.006
- Lubman, D.I., Yücel, M., Lawrence, A.J. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*, 154(2), 316-326. Doi: 10.1038/bjp.2008.76
- McHugh, R.K., Votaw, V.R., Sugarman, D.E., Greenfield, S.F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.012
- Medina-Mora, M.E. y Real, T. (2008). Epidemiology of inhalant use. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(3), 247-251. Doi: 10.1097/YCO.0b013e3282fc9875
- Miech, R.A., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E. y Patrick, M.E. (2022). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2021: Volume I, Secondary school students*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research. Recuperado de <http://monitoringthefuture.org/pubs.html#monographs>
- Mollayeva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollayeva, S., Shapiro, C.M. y Colantonio, A. (2016). The Pittsburgh Sleep Quality Index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 52-73. Doi: 10.1016/j.smrv.2015.01.009
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2020). *What are inhalants?* Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-inhalants> on 2020, August 11.
- New Horizons Medical (2023). *What are drug cravings?* Boston: Author. Recuperado de <https://newhorizonsmedical.org/2023/05/what-are-drug-cravings/>
- Nguyen, J., O'Brien, C. y Schapp, S. (2016). Adolescent inhalant use prevention, assessment, and treatment: A literature synthesis. *The International Journal of Drug Policy*, 31, 15-24. Doi: 10.1016/j.drugpo.2016.02.001
- Ramôa, C.P., Doyle, S.E., Naim, D.W. y Lynch, W.J. (2013). Estradiol as a mechanism for sex differences in the development of an addicted phenotype following extended access cocaine self-administration. *Neuropsychopharmacology*, 38(9), 1698-1705. Doi: 10.1038/npp.2013.68
- Riley, A.L., Hempel, B.J. y Clasen, M.M. (2018). Sex as a biological variable: Drug use and abuse. *Physiology & Behavior*, 187, 79-96. Doi: 10.1016/j.physbeh.2017.10.005
- Scott, K.D. y Scott, A.A. (2014). Adolescent inhalant use and executive cognitive functioning. *Child: Care, Health and Development*, 40(1), 20-28. Doi: 10.1111/cch.12052
- Spear, L.P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463. Doi: 10.1016/s0149-7634(00)00014-2
- Terán P., G., Arana, Y., Paredes, L., Atilano B., D., Velázquez M., J. y Mercadillo, R.E. (2020). Diverse sleep patterns, psychiatric disorders, and perceived stress in inhalants users living on the streets of Mexico City. *Sleep Health*, 6(2), 192-196. Doi: 10.1016/j.sleh.2019.11.005

- Towers, E.B., Bakhti-Suroosh, A. y Lynch, W.J. (2021). Females develop features of an addiction-like phenotype sooner during withdrawal than males. *Psychopharmacology*, 238(8), 2213-2224. Doi: 10.1007/s00213-021-05846-3
- Villatoro V., J.A. Resendiz E., E. Mujica S., A., Bretón C., M., Cañas M., V., Soto H., I. y Mendoza A., L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. Recuperado de https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf
- Vink, M., Zandbelt, B.B., Gladwin, T., Hillegers, M., Hoogendam, J.M., van den Wildenberg, W.P., Du Plessis, S. y Kahn, R.S. (2014). Frontostriatal activity and connectivity increase during proactive inhibition across adolescence and early adulthood. *Human Brain Mapping*, 35(9), 4415-4427. Doi: 10.1002/hbm.22483

Validación de una escala de autoeficacia para la adherencia farmacológica (MASES-R) con mexicanos hipertensos

Validation of a self-efficacy scale for pharmacological adherence (MASES-R) with Mexican hypertensive patients

Aarón Villegas-Cisneros, Silvia Susana Robles-Montijo, Cynthia Zaira Vega-Valero, Fabiola González-Betanzos, Yolanda Guevara-Benítez¹ y Oswaldo Christian Acosta-Quiroz²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Tecnológico de Sonora²

Autor para correspondencia: Aarón Villegas-Cisneros, aaron.villegas@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

Para la Organización Mundial de la Salud (2017), la hipertensión arterial sistémica (HAS) es un riesgo para otras cardiopatías que causan millones de muertes en el mundo, y por eso es que es tan importante prevenirla y controlarla. La HAS primaria se asocia con conductas que afectan al sistema cardiovascular y con la hiperactivación fisiológica derivada de la ansiedad, el enojo o el estrés excesivos en frecuencia, duración e intensidad. La HAS secundaria se relaciona con patologías subyacentes. La etiología de tal condición involucra la ingesta de antihipertensivos y la modificación de conductas longitudinalmente. La autoeficacia, como mediadora y predictora del comportamiento saludable, ha sido apreciable en el contexto de la salud, particularmente en el tratamiento conductual de la hipertensión como enfermedad asintomática que requiere contar con un instrumento válido y confiable y probado con mexicanos hipertensos. *Objetivo:* analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para la Adherencia a la Medicación revisada (MASES-R). *Diseño:* instrumental. *Muestra:* 250 pacientes hipertensos, de los cuales 146 (58.4%) fueron mujeres, con una edad promedio de 59.58 años. *Instrumentos:* la mencionada escala MASES-R fue analizada por tres expertos en medicina conductual, quienes aprobaron la traducción al español y la validez de contenido del instrumento. *Procedimiento:* la escala se aplicó individualmente a los pacientes en un espacio asignado por un hospital público. *Resultados:* el análisis factorial exploratorio determinó una escala unidimensional, una varianza total explicada de 59.54%, un coeficiente α de 0.94 y un coeficiente Ω de 0.95. El análisis factorial confirmatorio sugirió un ajuste adecuado al remover el ítem 3, restando 12 reactivos y no los 13 de la MASES-R original. Su capacidad predictiva se evidenció al encontrar correlaciones entre la autoeficacia para la medicación y la adherencia terapéutica. *Conclusión:* la MASES-R cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, además de que es breve y fácilmente aplicable a la población nacional.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Conductas saludables; Adherencia terapéutica; Autoeficacia; Medición psicológica.

¹ Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla, Estado de México, México, correos electrónicos: aaron.villegas@iztacala.unam.mx, susanamontijo@hotmail.com, vegavalero@hotmail.com, fabiolagonzalezbetanzos@gmail.com y yolaguevara@hotmail.com.

² Departamento de Psicología, 5 de Febrero 818, Col. Centro, 85000 Ciudad Obregón, Son., México, correo electrónico: christian.acosta@itson.edu.mx.



ABSTRACT

Background: According to the World Health Organization, Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a risk for cardiovascular diseases that cause millions of deaths in the world, making it essential to prevent and control it. Primary SAH is associated with behaviors that affect the cardiovascular system and with physiological hyperarousal derived from anxiety, anger, or excessive stress in frequency, duration, and intensity. Secondary SAH is related to underlying pathologies. The etiology of SAH involves taking antihypertensives and modifying behaviors longitudinally. Self-efficacy as a mediator and predictor of healthy behavior has been relevant in the health context, particularly in hypertension as an asymptomatic disease. This condition requires treatment based on a valid and reliable instrument tested with hypertensive Mexicans. **Objective:** Analyze the psychometric properties of the self-efficacy scale for medication adherence, revised (MASES-R). **Design:** Instrumental. **Sample:** 250 hypertensive patients: 146 (58.4%) were women and 104 (41.6%) men, with a mean age of 59.58 years ($SD = 9.250$). **Instrument:** The MASES-R scale was analyzed by three experts in behavioral medicine, who approved the translation into Spanish and the validity of the instrument's content. **Procedure:** Individual participants responded to the scale in a cubicle assigned by a public hospital. **Results:** The exploratory factor analysis (EFA) extended a one-dimensional scale, a total explained variance of 59.54%, $\alpha = 0.94$, and $\Omega = 0.95$. The confirmatory factor analysis (CFA) suggested an adequate adjustment ($CMIN/DF = 1.404$, $p = .070$, $CFI = .994$, $TLI = .988$, $RMSEA = .04$) when removing item 3, leaving 12 items, not the 13 from the original MASES-R. Its predictive capacity is suggested by correlations between medication self-efficacy and therapeutic adherence ($r = .284$, $p = .001$). **Discussion:** The MASES-R has adequate psychometric properties; it is brief and easily applicable to the Mexican population.

Key words: Arterial hypertension; Healthy behaviors; Therapeutic adherence; Self-efficacy; Psychological measurement.

Recibido: 04/05/2023

Aceptado: 12/01/2024

La hipertensión arterial sistémica (HAS en lo sucesivo) es una cardiopatía y un factor de riesgo de otras afecciones cardiovascula-

res (ECV), encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2017). Este grupo de enfermedades constituye la principal causa de defunciones en el mundo ya que anualmente mueren más personas por alguno de estos padecimientos que por cualquiera otra causa. De ahí la importancia de prevenir y controlar la HAS (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

La HAS se manifiesta cuando hay un aumento de la resistencia vascular debido a la vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conducen a la elevación persistente y sostenida de la tensión arterial sistémica (TAS) por arriba de 130 milímetros de mercurio (mm Hg), o de la tensión arterial diastólica (TAD) por arriba de 80 mm Hg, o ambas (Whelton *et al.*, 2018a, 2018b).

Según su etiología, la HAS se clasifica en primaria y secundaria. La primera se asocia a comportamientos que varían a lo largo del tiempo y que pueden medirse longitudinalmente en términos de excesos y déficits conductuales. La segunda está relacionada con un problema médico subyacente, como diabetes, insuficiencia renal, obesidad, hiperparatiroidismo, trastornos de las glándulas suprarrenales, embarazo, enfermedad del parénquima renal (glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales), hipertensión renovascular, aldosteronismo primario, apnea obstructiva del sueño o preclampsia (Reynoso *et al.*, 2012).

Dada su etiología multifactorial, la HAS requiere de tratamiento médico y conductual. El tratamiento farmacológico implica la ingestión de diuréticos, betabloqueadores, calcioantagonistas e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, con cierta frecuencia y en ciertas condiciones indicadas por el médico tratante (Reynoso *et al.*, 2012). El tratamiento conductual consiste en la adquisición de conductas saludables, que incluyen la eliminación absoluta del consumo de tabaco y de drogas estimulantes, la reducción del consumo de alcohol, sodio y colesterol LDL, la supresión de la hiperactivación fisiológica ocasionada por el estrés, la ansiedad, la ira o el enojo (Liu *et al.*, 2017; Sparrenberger *et al.*, 2009; Steptoe y Kivimäki, 2013), así como la adecuación de la frecuencia en la toma del fármaco correspondiente, y del consumo de potasio, agua simple y colesterol

HDL, sin olvidar la práctica del ejercicio físico aeróbico (Artinian *et al.*, 2010; Whelton *et al.* 2012).

Es importante subrayar que para promover las acciones antes mencionadas se requiere el uso de procedimientos incluidos en las terapias cognitivo-conductuales, entre los cuales se ubican las técnicas respondientes, operantes y cognitivas (Arrivillaga *et al.*, 2007). Esto tiene mucho sentido, ya que si varios de los factores preponderantes para la hipertensión arterial son de índole conductual, el tratamiento debe atender la promoción de conductas saludables; en efecto, es el comportamiento lo que genera y controla la progresión de este padecimiento del corazón y de los vasos sanguíneos, lo que confirma la interacción entre la enfermedad y el comportamiento humano sugerida por Reynoso (2014), quien señala que la conducta puede generar enfermedades, y las enfermedades generar conductas.

El tratamiento cognitivo-conductual de la hipertensión tiene dos ejes principales: la disminución de la hiperactividad fisiológica³ (Arnett *et al.* 2019; Arrivillaga, Correa *et al.* 2007; Blumenthal *et al.* 2010; Whelton *et al.* 2018a), y el desarrollo de la adherencia terapéutica a través de diferentes técnicas y terapias cognitivo-conductuales (Arrivillaga, Correa *et al.* 2007; Borda *et al.*, 2000; Epstein *et al.*, 2012; Fernández, 2009; Riveros *et al.*, 2005).

La premisa básica de los modelos cognitivo-conductuales es que los pensamientos y los comportamientos tienen efectos entre sí, y que ambos tienen efectos en el entorno. En este sentido, Bandura (1994) explica el funcionamiento humano en términos de un determinismo recíproco que contiene: 1) determinantes personales (factores cognitivos, afectivos y biológicos); 2) conducta, y 3) influencias ambientales, y estas variables operan como determinantes que interactúan entre sí.

Lo que propone el modelo de autoeficacia (MA) es que la conducta (por ejemplo la preventiva)

depende de las creencias de una persona sobre sus capacidades para ejecutarla y lograr exitosamente un resultado deseado. A tales creencias se les denomina “expectativas de autoeficacia”. Por lo tanto, la autoeficacia alude a la creencia que las personas tienen acerca de su capacidad para ejercer cierto control sobre su propio funcionamiento y sobre lo que sucede en su entorno (Bandura, 2001). Desde sus inicios, la autoeficacia ha sido un concepto central en las varias teorías del cambio del comportamiento (Lamarche, 2018).

En el contexto de la salud, se ha demostrado que la autoeficacia, como variable cognitiva, tiene un efecto mediador y predictor de las conductas saludables, en particular de la adherencia al tratamiento (Mena, 2017), lo que es apoyado por González-Cantero *et al.* (2015), quienes hallaron que dicha variable tenía un efecto favorable en la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ya en una investigación de Martos (2015) se había confirmado que una baja autoeficacia se relacionaba con menores niveles de adherencia al tratamiento, así como con una menor percepción de apoyo social.

Al-Noumani *et al.* (2019) encontraron que una alta autoeficacia se asociaba con una mayor adherencia a los antihipertensivos. Igualmente, se ha reportado que la autoeficacia es una variable mediadora en las relaciones entre la adherencia farmacológica y otras variables, como la personalidad de los pacientes (Wu, 2015), la depresión (Schoenthaler *et al.*, 2009) y el apoyo social (Pepper *et al.*, 2012).

Arrivillaga, Varela *et al.* (2007) han destacado que es imprescindible la evaluación de la autoeficacia orientada al mantenimiento de la salud y el control de la hipertensión arterial. Para ello, es desde luego necesario contar con instrumentos válidos y confiables. De otro modo, el uso de instrumentos sin estas garantías científicas puede constituir una amenaza a la validez interna de los tratamientos cognitivo-conductuales, o bien generar datos erróneos en la investigación psicológica (Kerlinger y Lee, 2002).

³ Molerio y García (2004) señalan que al reducir el nivel general de activación del organismo generado por estrés, ansiedad, ira o enojo a través de técnicas cognitivo-conductuales, es posible modificar un patrón complejo de respuestas –que incluye la desaceleración de la frecuencia cardíaca, la regulación del ritmo respiratorio y la disminución de la tensión arterial– como uno más de sus componentes.

Es por ello que Fernández *et al.* (2008) revisaron y examinaron la validez del instrumento denominado *Medication Adherence Self-Efficacy Scale* (MASES) elaborada originalmente por Ogedegbe *et al.* (2003) en una muestra de 168 hipertensos afroamericanos, cuya media de edad fue de 54 años (DE = 12.36), 86% de los cuales eran mujeres y 76% tenía educación secundaria o superior. Tras aplicar el citado instrumento, Fernández *et al.* (2008) midieron la adherencia a la medicación mediante un dispositivo electrónico para probar su validez predictiva. Por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) y uno confirmatorio (AFC) determinaron una escala unidimensional de 13 ítems a la que denominaron MASES-R, que obtuvo un coeficiente α de .90. Dichos autores reportan que estos ajustes hacen de la MASES-R un instrumento breve, rápido de administrar y que puede capturar datos útiles sobre la autoeficacia para la adherencia a la medicación en pacientes afroamericanos con hipertensión; resaltan que sus hallazgos abren una brecha a la generalización de estos resultados a otras poblaciones.

Dado que los presentes autores no hallaron evidencias de que esta escala se haya probado en pacientes mexicanos diagnosticados con hipertensión arterial, resultaba necesario traducirla al español y validarla para su uso seguro en el contexto clínico y de la salud en la población nacional. Así, el objetivo del presente estudio con diseño instrumental, el cual está orientado al desarrollo de instrumentos y a la estimación de sus propiedades psicométricas (Montero y León, 2007), fue traducir la MASES-R, derivada del estudio de Fernández *et al.* (2008), y analizar su validez de contenido, de constructo y predictiva, así como determinar su consistencia interna en una muestra de pacientes mexicanos con hipertensión arterial.

MÉTODO

Participantes

Participaron voluntariamente 250 pacientes con hipertensión arterial, elegidos a través de un procedimiento no probabilístico accidental (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014), cuya edad promedio

fue de 59.58 años (D.E. = 9.250, min-máx. = 42-79, rango = 37).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra utilizada.

Característica	Frec.	%
Hombres	104	41.6
Mujeres	146	58.4
<i>Escolaridad</i>		
Sin estudios	2	0.8
Primaria	136	54.4
Secundaria	89	35.6
Preparatoria	23	9.2
<i>Condición laboral</i>		
Desempleados	111	44.4
Autoempleados	86	34.4
Empleados	53	21.2
<i>Estado civil</i>		
Casados	114	45.6
Unión libre	70	28.0
Viudos	21	8.4
Separados	6	2.4
Divorciados	3	1.2
Solteros	36	14.4

Respecto a su ingreso, se identificó un ingreso promedio de \$5,036.80 al mes³ (D.E. = 1,842.734, min.-máx. = 0-8500, Rango = 8500).

Cabe mencionar que se incluyeron pacientes de 40 y los 80 años de edad, se excluyeron aquellos que estuvieran en condiciones incapacitantes para responder los instrumentos, y finalmente se eliminó la participación de quienes no aceptaron firmar una carta de consentimiento informado, así como de los que no respondieron todos los ítems de los instrumentos.

Instrumentos

Ficha de datos clínicos y sociodemográficos. Con este instrumento se midieron las características clínicas y sociodemográficas de los participantes. Consta de seis preguntas cerradas referentes al nivel académico, estado civil, ocupación e ingreso, entre otros. La ficha de datos clínicos da cuenta de

³A un valor aproximado de 18 a 20 pesos por dólar en esa fecha.

algunos antecedentes patológicos y no patológicos del paciente hipertenso mediante 14 preguntas.

Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES-R) (Fernández et al. 2008).

Esta escala consta de 13 reactivos relacionados con la autoeficacia percibida para la adhesión al tratamiento farmacológico. Se responde en una escala Likert de cuatro puntos, con valores que van de 1 a 4, en la que las opciones de respuesta van de “No estoy seguro” a “Extremadamente seguro”. La escala se diseñó utilizando una muestra de 168 afroamericanos hipertensos con una edad promedio de 54 años, y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90.

Cuestionario de Conductas de Adhesión al Tratamiento Antihipertensivo (CCATA). Este cuestionario mide la adhesión al tratamiento y está dividido en dos secciones; la primera, a través de siete pares de reactivos dicotómicos y de opción múltiple, explora la discrepancia o la coincidencia entre las indicaciones del médico y el comportamiento del paciente relacionado con la toma de un determinado fármaco antihipertensivo. La segunda parte del cuestionario evalúa la discrepancia o coincidencia entre las indicaciones del médico y el comportamiento del paciente relacionado con el tratamiento no farmacológico para la hipertensión mediante cinco pares de reactivos dicotómicos. Bajo esta lógica, se asigna el valor de 1 cuando se identifica que hay coincidencia entre las indicaciones del médico y la conducta del paciente, y un valor de 0 cuando hay discrepancia. La medida de esta variable es la suma de las puntuaciones en ambas secciones, así que a mayor puntuación, mayor adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Procedimiento

Para probar la calidad de la traducción de la MASES-R se conformó un panel de expertos integrado por tres psicólogos especializados en medicina conductual con dominio del inglés, quienes valoraron la escala original y la escala traducida al español por el primer autor de este artículo en un formato en el que evaluaron la correcta traducción

de los reactivos. A este procedimiento se le denomina *traducción directa* (Gordon, 2004; Hambleton; 1994, Hambleton, 1996; Hambleton y Jong, 2003). Para determinar la validez de contenido de la escala, los jueces calificaron la pertinencia de los ítems respecto al constructo de interés y si el número de ítems representaba adecuadamente el constructo a evaluar (la autoeficacia en la adherencia a la medicación).

Para evaluar la validez de contenido del CCATA se recurrió a un segundo panel de jueces compuesto por un médico internista, un cardiólogo y un médico con maestría en modificación de conducta, quienes determinaron si los reactivos correspondían al propósito para el que fueron elaborados e indicaron si el número de ítems representaba adecuadamente la variable de interés.

A ese respecto, Gable y Wolf (1993) ya habían señalado que no hay un número consensuado de expertos para determinar la validez de contenido de un instrumento ya que ello depende de los intereses del investigador y de la complejidad del constructo; sin embargo, los jueces seleccionados deben comprender conceptual y operacionalmente el constructo a evaluar, así como los ítems que conforman el instrumento.

Una vez que los instrumentos fueron evaluados por dichos expertos, se llevó a cabo el procedimiento de aplicación, que consistió de los siguientes pasos: 1) *Derivación*: El personal de la salud (médicos y enfermeras) derivaba a cada participante al escenario de evaluación después de concluir la consulta médica. 2) *Medición de peso y talla del paciente*: Una vez en el consultorio, el evaluador se presentaba ante el paciente, lo medía y lo pesaba, tras de lo cual se llevaba a cabo el registro de los datos clínicos y sociodemográficos antes de la aplicación de los instrumentos psicométricos. 3) *Evaluación psicométrica*: El evaluador leía las instrucciones y los reactivos de cada instrumento, a los cuales el paciente respondía verbalmente según correspondiera, mientras el evaluador registraba las respuestas en el formato del instrumento. 4) *Medición y registro de la tensión arterial*: Después de la aplicación de los instrumentos, y pasados algunos minutos, se medía la tensión arterial del participante, la que se registraba en la ficha de datos clínicos. 5) *Retroalimentación*: Se le ex-

plicaba brevemente su resultado y se concluía el procedimiento facilitándole la información sobre el control de su tensión arterial y la prevención de complicaciones a través de la modificación conductual.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS, v. 25. Para el análisis del comportamiento estadístico de la MASES-R se determinaron la media, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis, aplicándose una prueba de normalidad estadística (en este caso, la Kolmogorov-Smirnov, con corrección de Lilliefors) y estimándose la correlación elemento-total corregida de cada reactivo. Todos los ítems que obtuvieran valores mayores a .2 se consideraron para el análisis de discriminación (Witte y Witte, 2010).

El poder discriminativo de los reactivos se obtuvo sumando la puntuación alcanzada en los trece reactivos del instrumento. A través de un análisis de frecuencias, se identificaron las puntuaciones obtenidas en el cuartil más bajo (percentil 25) y en el más alto (percentil 75), con lo se formaron dos grupos; cada reactivo se sometió a una comparación de medias entre ambos grupos por medio de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes dado que no se encontró normalidad en los datos obtenidos.

El hecho de que las diferencias entre las medias de los grupos resulten significativas implica que el reactivo es sensible para diferenciar a los participantes con altas y bajas puntuaciones en autoeficacia; si las diferencias no resultan significativas, entonces se procede a eliminar de la prueba ese reactivo en virtud de que no permite diferenciar los dos grupos. Aquellos reactivos que sí discriminan entre éstos se incluyen en el análisis factorial exploratorio.

Para determinar la validez de constructo de la MASES-R se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) con una muestra aleatoria de 100 pacientes con hipertensión de los 250 participantes voluntarios. Para este procedimiento estadístico se utilizó el método de componentes principales con rotación ortogonal (promax kappa 4). De los factores extraídos con valor propio mayor

a 1, se seleccionan aquellos reactivos con cargas factoriales mayores a 0.40. Una vez explorada la estructura factorial de la MASES-R en su versión mexicana, se procedió a confirmarla con el programa AMOS 24.

Luego, mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) efectuado con 250 participantes, se verificó el ajuste de los resultados al modelo teórico preestablecido con el método de máxima verosimilitud (Kline, 2011) y los estadísticos chi cuadrada (χ^2) (Morata *et al.*, 2015), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice de bondad de ajuste corregido (AGFI), el criterio de información de Akaike (AIC), el índice de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) (Hair *et al.*, 2010; Hu y Bentler, 1999).

La consistencia interna se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α). Los valores de este coeficiente oscilaron entre 0 y 1; a mayor cercanía a 1, mayor confiabilidad. En teoría, se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de la consistencia interna es superior a 0.70 (Nunnally, 1978; Nunnally y Bernstein, 1994).

Aspectos éticos

El protocolo del presente estudio fue revisado y avalado por el Comité del Programa de Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Antes de aplicar los instrumentos, el evaluador leía una carta de consentimiento informado al paciente, solicitando su autorización para obtener sus datos sociodemográficos, clínicos y psicométricos, resaltando la confidencialidad de los mismos e indicándole que era posible abandonar la evaluación en el momento en que lo deseara.

RESULTADOS

Validez de contenido de los instrumentos

Respecto a la traducción y validez de contenido de la MASES-R, los jueces (psicólogos) recomendaron no cambiar, reemplazar o eliminar ninguno

de los reactivos, ya que coincidieron en que representan el constructo que se quiere evaluar (autoeficacia para adherencia a la medicación). También consideraron que el lenguaje se adecua a las características de los pacientes y no reportaron una traducción confusa o deficiente.

En relación con el *Cuestionario de Conductas de Adhesión al Tratamiento Antihipertensivo* (CCATA), el segundo grupo de jueces expertos (médicos) coincidió en que las instrucciones y los reactivos del cuestionario son comprensibles, el lenguaje se adecua a las características de los participantes, y las opciones de respuesta son adecuadas y están ordenadas lógicamente. Destacaron que los reactivos corresponden a la posología y la vía de administración del medicamento antihiper-

tensivo. No recomendaron modificar, sustituir o suprimir algún reactivo.

Validez de constructo de la MASES-R

En la Tabla 1 se exponen los datos relativos al comportamiento estadístico de la MASES-R identificando que todos los reactivos obtuvieron una correlación elemento-total corregida superior a 0.2; por lo tanto, todos se consideraron para el análisis de discriminación. Este análisis reveló que las diferencias entre las medias obtenidas por los grupos con puntuaciones bajas y altas fueron estadísticamente significativas en todos los ítems. De este modo, todos ellos se consideraron para el análisis factorial exploratorio.

Tabla 1. Comportamiento estadístico de la escala de autoeficacia para la adherencia a la medicación (MASES-R).

Ítems	M (D.E.)	A	C	KSL	CETC
¿Qué tan seguro está de que pueda tomar sus medicamentos para la presión arterial cuando...					
1. ...está ocupado en casa?	1.46 (.673)	1.569	2.727	.373*	.772
2. ...no hay nadie para recordarle?	1.56 (.729)	1.382	2.017	.329*	.752
3. ...se preocupa por tomarlos por el resto de su vida?	1.83 (.779)	.700	0.119	.244*	.776
4. ...no tiene ningún síntoma?	1.54 (.658)	1.045	0.932	.334*	.696
5. ...está con algún miembro de la familia?	1.88 (.868)	0.804	0.048	.245*	.677
6. ...está en algún lugar público?	1.56 (.743)	1.524	2.527	.325*	.758
7. ...debe tomarlos entre comidas?	1.81 (.800)	0.721	-0.47	.244*	.715
8. ...viaja?	1.52 (.643)	1.318	2.639	.331*	.560
9. ...los toma más de una vez al día?	1.76 (.806)	0.939	0.506	.257*	.716
10. ...tiene otros medicamentos que tomar?	1.76 (.830)	0.802	-1.83	.280*	.640
11. ...se siente bien?	1.47 (.688)	1.721	3.577	.363*	.747
12. ...le provocan ganas de orinar y está fuera de casa?	1.36 (.612)	1.771	3.261	.422*	.699
Califique qué tan seguro está de que puede llevar a cabo la siguiente tarea:					
13. Tomar el medicamento como parte de su rutina	1.62 (.722)	1.214	1.755	.295	.883

Nota: M: media; D.E.: desviación estándar; A: asimetría; C: curtosis; KSL: estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors; * $p < 0.001$; CETC: Correlación elemento-total corregida.

En la Tabla 2 se muestra que el análisis factorial exploratorio determinó una escala unidimensional

que explicó 59.54% de la varianza total y una elevada consistencia interna.

Tabla 2. Validez y confiabilidad de la escala de autoeficacia para la adherencia a la medicación (MASES-R).

Ítems	Carga factorial
Califique qué tan seguro está de que puede llevar a cabo la siguiente tarea:	
13. Tomar el medicamento como parte de su rutina	.909
¿Qué tan seguro está de que puede tomar sus medicamentos para la presión arterial cuando...	
1. ...está ocupado en casa?	.819
6. ...está en algún lugar público?	.811
11. ...se siente bien?	.809
2. ...no hay nadie para recordarle?	.808
3. ...se preocupa por tomarlos por el resto de tu vida?	.805
12. ...le provocan ganas de orinar y está fuera de casa?	.765
7. ...debe tomarlos entre comidas?	.750
8. ...los toma más de una vez al día?	.745
4. ...no tiene ningún síntoma?	.716
5. ...está con algún miembro de la familia?	.710
10. ...tiene otros medicamentos para tomar?	.670
12. ...viaja?	.629
Porcentaje de la varianza explicada:	59.547
Coefficiente alfa de Cronbach:	0.94
Coefficiente omega:	0.95

En la Tabla 3 se muestran los datos del AFC que corroboran una escala unifactorial, tal como lo han demostrado Fernández *et al.* (2008).

Si bien el índice de bondad de ajuste, el índice de bondad de ajuste corregido y el índice de Tucker-Lewis indican un buen ajuste general en el modelo original de la MASES-R (con trece ítems),

en esta muestra de 250 pacientes con hipertensión, en el modelo modificado (de doce reactivos) se demostró que al prescindir del reactivo 3 hay una mejoría en casi todos los indicadores de ajuste, por lo que se considera necesario analizar la pertinencia de este ítem a partir de una base teórica.

Tabla 3. Criterios de ajuste del AFC de la Escala de Autoeficacia a la Medicación (MASES-R).

Índices	Modelo original	Modelo modificado
(CMIN/DF) ≤ 3	5.563	1.404
Valor p >.05	.000	.070
CFI ≥.90	.955	.994
GFI ≥.95	.881	.973
AGFI ≤.80	.785	.930
TLI ≥.90	.937	.988
RMSEA <.05	.135	.04
PCLOSE >.05	.000	.697
AIC	143.26	138.11

Nota: Criterios de ajuste propuestos por Hair *et al.* (2010) y Hu y Bentler (1999).

Validez predictiva

La capacidad predictiva de la MASES-R se demostró utilizando el coeficiente de correlación ρ de Spearman. Se encontraron correlaciones positivas entre la autoeficacia para la adherencia a la medicación y la adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico ($r = .284, p < .001$); asimismo, correlaciones inversamente proporcionales entre la autoeficacia para la adherencia a la medicación, la hipertensión arterial sistólica ($r = -.234, p < .001$) y la hipertensión arterial diastólica ($r = -.203, p < .001$).

Autoeficacia a la medicación y adherencia al tratamiento: datos descriptivos

Respecto a las puntuaciones obtenidas con la MASES-R, la muestra de 250 participantes obtuvo una media de 1.69 (D.E. = 1.635, rango = 6), lo que sugiere una baja autoeficacia para la adherencia a la medicación. Por otra parte, los resultados obtenidos con el CCATA indican que toda la muestra obtuvo una puntuación promedio de 1.6930 (D.E. = .5934, rango = 2.83), 1.47 (D.E. = 1.354, rango = 5) y 3.70 (D.E. = 1.635, rango = 2.673) en la adhesión al tratamiento farmacológico, el no farmacológico y en ambos tipos de adhesión, respectivamente. Esto se traduce en una pobre adhesión al tratamiento en la muestra de mexicanos con hipertensión.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio consistió en traducir y validar la escala MASES-R. Como se señaló antes, la validez de contenido de la escala fue probada por un grupo de tres psicólogos especialistas en medicina conductual. De acuerdo con sus observaciones, la traducción de la MASES-R fue correcta y comprensible, además de que el número de reactivos fue representativo del constructo específico que se evaluó. Del mismo modo, la validez de contenido del Cuestionario de Conductas de Adhesión al Tratamiento Antihipertensivo (CCATA) fue probada por un grupo de tres médicos especialistas en medicina interna y cardiología, y

al igual que en el otro grupo de jueces, no hubo discrepancias entre observadores. En suma, lo anterior da cuenta de la validez de contenido de los instrumentos utilizados. Cabe mencionar que al no haberse encontrado diferencias entre observadores, se prescindió del coeficiente κ de Cohen. No obstante, si se desea obtener evidencia sobre este tipo de validez, se considera importante analizarlo auxiliándose de un panel de expertos más numeroso, que bien puede componerse de cinco o siete.

Respecto a la validez de constructo, se comprobó la misma estructura unidimensional propuesta por Fernández *et al.* (2008). Sin embargo, las diferencias se identificaron con el análisis factorial confirmatorio ya que se encontraron mejores indicadores de ajuste absolutos y comparativos (Hu y Bentler, 1999); incluso con el criterio de información de Akaike (AIC) se observó que el modelo alternativo (modificado) tiene un mejor ajuste que el modelo original al removerse el reactivo 3 (“¿Qué tan seguro está de que puede tomar sus medicamentos para la presión arterial cuando se preocupa por tomarlos por el resto de su vida?”).

Es preciso recordar que la teoría social-cognitiva de Bandura (1977) propone que el comportamiento de las personas depende en parte de sus creencias acerca de lo que pueden hacer en un momento determinado; entonces, la autoeficacia para la adherencia a la medicación alude a la creencia en la capacidad para ingerir el medicamento antihipertensivo en momentos o situaciones particulares. En ese sentido, cuando se dice que el individuo “se preocupa por tomarlos por el resto de su vida” se está aludiendo a una variable longitudinal y no a una variable transversal, como es, precisamente, la autoeficacia. Por lo tanto, al prescindir de dicho reactivo la escala evalúa la autoeficacia en situaciones específicas, lo que coincide con el propósito para el cual fue creada la escala original.

La validez predictiva de la MASES-R se probó al hallar correlaciones positivas entre la autoeficacia para la adherencia a la medicación y la adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico en esta muestra de pacientes, lo que sugiere que en la medida en la que se promueve la autoeficacia dirigida a la medicación (por medio de una reestructuración cognitiva, por ejemplo), la adhesión

al tratamiento podría mejorar. Bajo esta lógica, también se encontraron correlaciones inversamente proporcionales entre la autoeficacia y los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica, lo cual podría suponer que, al mejorar la autoeficacia, será más probable que el paciente ingiera el medicamento antihipertensivo y que con ello mejoren sus niveles de tensión arterial. Aun así, es importante considerar que correlación no implica causalidad, y por lo tanto la autoeficacia para la adherencia a la medicación, la adhesión al tratamiento y los niveles de tensión arterial dependen de otros factores biopsicosociales.

Por ello, es importante desarrollar modelos que expliquen las conductas de adhesión al tratamiento antihipertensivo. Sin embargo, dada la direccionalidad de las correlaciones entre estas variables, se puede suponer que la MASES-R en su versión mexicana es un instrumento sensible para predecir la HTA y la adhesión al tratamiento.

En cuanto a la consistencia interna, se identificaron coeficientes muy adecuados que respaldan la confiabilidad de la MASES-R en su versión en español.

Estos resultados confirman los hallazgos de Fernández *et al.* (2008), quienes probaron el instrumento en una muestra con características similares a las del presente estudio. Asimismo, mediante los procedimientos de validación se elaboró una escala unidimensional con propiedades psicométricas similares a la de los autores originales.

En lo tocante a las puntuaciones obtenidas con la MASES-R en español, se halló que si bien las puntuaciones en autoeficacia no son bajas, es necesario mejorarlas en los pacientes con hipertensión a fin de contribuir a su mejor adherencia al tratamiento farmacológico, como ya lo habían sugerido Arrivillaga, Varela *et al.* (2007) y Reyes y Hernández (2012).

Las escalas psicométricas son métodos indirectos para evaluar la adherencia al tratamiento, y ofrecen la ventaja de que pueden aplicarse (o autoaplicarse) fácil y repetidamente cuidando siempre la temporalidad entre dichas aplicaciones, que no son invasivas y que pueden ser compatibles con otros métodos. Sin embargo, su correcta utilización depende de las condiciones en las que se aplican y de la capacidad y habilidades básicas de

lectoescritura del individuo evaluado. Además, si la estructura de la escala es compleja, puede afectar la forma en que se responde, y en consecuencia arrojar datos incorrectos. De igual manera, las respuestas están sujetas a lo que recuerda el participante y a la deseabilidad social. Así, las escalas dependen de los conocimientos, habilidades, competencias y pericia del clínico para identificarlas y seleccionadas, o bien diseñarlas y construir las, aplicarlas e interpretarlas con base en criterios clínicos y psicométricos. No contar con estos elementos implicaría un problema de instrumentación que se traduce en una amenaza a la validez interna de las intervenciones e investigaciones psicológicas, dando lugar a los errores tipo I o tipo II citados por Kerlinger y Lee (2002). En consecuencia, resulta fundamental que la escala arroje resultados consistentes en las mismas condiciones de evaluación y que realmente mida lo que pretende medir y no otra cosa.

Cabe mencionar que se han desarrollado y aplicado algunos instrumentos para medir la adherencia al tratamiento, tales como el Cuestionario para medir la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes con Enfermedad Cardiovascular (Andrade y Céspedes, 2017), la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) (Pedraza *et al.*, 2018), el Cuestionario ARMS-e (González-Bueno *et al.*, 2017), el Test de Morisky-Green (Val-Jiménez *et al.*, 1992), la Hill-Bone Compliance Scale (Kim *et al.*, 2000), el Brief Medication Questionnaire (Svarstad *et al.*, 1999) y la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II, versión III (Villalobos *et al.*, 2006), todos los cuales tienen la ventaja de ser muy prácticos debido a su brevedad y sencillez para aplicarlos y calificarlos. Sin embargo, lo cierto es que algunos de ellos se enfocan en medir diversos factores psicológicos relacionados con la adhesión al tratamiento, tales como la interacción médico-paciente, el apoyo familiar, la organización y el apoyo comunal, así como otras variables cognitivo-conductuales, en un solo instrumento.

Por lo anterior, al analizar sus propiedades psicométricas es posible apreciar que exploran la adherencia como si se tratara de un constructo, cuando en realidad se trata de un conjunto de comportamientos que el usuario de los servicios de salud ejecuta en estricta correspondencia con

las indicaciones del personal de salud. Además, algunas de esas escalas parecen estar diseñadas para medir la adherencia a cualquier enfermedad crónica, lo que también es cuestionable. Aun así, discutir la medición de la adherencia o adhesión al tratamiento es tema para otro estudio.

Las limitaciones de esta investigación tienen su origen en la emergencia sanitaria derivada de la pandemia de covid-19. En ese contexto, el diseño de la muestra y el acceso a las clínicas para la evaluación de pacientes se vieron directamente afectados. Dadas esas condiciones, y aunque el ta-

maño de la muestra se basó en el criterio psicométrico de Nunnally y Bernstein (1994), la realidad es que la selección de los pacientes fue de forma no aleatoria; sin embargo, aun con estas limitaciones, ahora se cuenta con un instrumento breve, de fácil aplicación y con garantías científicas: la MASES-R en su versión mexicana. Por último, se considera que este estudio es una valiosa aportación tecnológica que contribuye a reducir riesgos metodológicos en el contexto de la intervención e investigación clínicas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue financiado gracias a la beca 727195 otorgada por CONACyT al becario 621560 en su Programa Nacional de Posgrados de Calidad.

Citación: Villegas-Cisneros, A., Robles-Montijo, S.S., Vega-Valero, C.Z., González-Betanzos, F., Guevara-Benítez, Y. y Acosta-Quiroz, O.C. (2025). Validación de una escala de autoeficacia para la adherencia farmacológica (MASES-R) con mexicanos hipertensos. *Psicología y Salud*, 35(1), 161-173. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2959>

REFERENCIAS

- Al-Noumani, H., Wu, J.R., Barkdale, D., Sherwood, G., AlKhasawneh, E. y Knafl, G. (2019). Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1045-1056.
- Andrade, B. y Céspedes, V. (2017). Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 226-276.
- Arnett, D.K., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E.J., Himmelfarb, C.D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J.W., Michos, E.D., Miedema, M.D., Muñoz, D., Smith, S.C. Jr., Virani, S.S., Williams, K.A. Sr., Yeboah, J. y Ziaecian, B. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140, e596-e646. Doi: 10.1161/CIR.0000000000000678
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar I., C. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. El Manual Moderno.
- Arrivillaga Q., M., Varela A., M., Cáceres R., D.L., Correa S., D. y Holguín P., L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 33-49.
- Artinian, N.T., Fletcher, G.F., Mozaffarian, D., KrisEtherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A. H., et al. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122(4), 406-441. Doi: 10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52, 317-332. Doi: 10.1007/BF02294359
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. Diclemente y J. L. Peterson (Eds.): *Preventing IADS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1

- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Hinderliter, A., Watkins, L.L., Craighead, L., Lin, P.-H., et al. (2010). Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 126-135. Doi: 10.1001/archinternmed.2009.47
- Blumenthal, J.A., Rejeski, W.J., Walsh-Riddle, M., Emery, C.F., Miller, H., Roark, S., Ribisl, P.M., Morris, P.B., Brubaker, P., Williams, R.S. (1988). Comparison of high- and low-intensity exercise training early after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 61, 26-30. Doi: 10.1016/0002-9149(88)91298-2
- Borda, M., Pérez, S. y Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Epstein, D.E., Sherwood, A., Smith, P.J., Craighead, L., Caccia, C., Lin, P.H., Babyak, M.A., Johnson, J.J., Hinderliter, A. y Blumenthal, J.A. (2012). Determinants and consequences of adherence to the dietary approaches to stop hypertension diet in African-American and white adults with high blood pressure: results from the ENCORE trial. *Journal of the Academic of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1763-1773. Doi: 10.1016/j.jand.2012.07.007
- Fernández, V. (2009). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la hipertensión arterial*. Tesis doctoral inédita. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/9651/>
- Fernández, S., Chaplin, W., Schoenthaler, A. y Ogedegbe, G. (2008). Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 453-462. Doi: 10.1007/s10865-008-9170-7
- Gable, R.K. y Wolf, J.W. (1993). *Instrument development in the affective domain: Measuring attitudes and values in corporate and school settings*. Kluwer Academic.
- González B., J., Calvo C., E., Sevilla S., D., Espauella P., J., Codina J., C. y Santos R., B. (2017). Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*, 49(8), 459-464.
- González C., J.O., González, M.A., Vázquez, J. y Galán, S. (2015). Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Investigación en Psicología*, 18(1), 47-61. Doi: 10.15381/rinvp.v18i1.11772
- Gordon, J. (2004). Developing and improving assessment instruments. *Assessment in Education: Principles, Policy and Practice*, 11(3), 243-245. Doi: 10.1080/0969594042000304573
- Hambleton, R.K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (Ed.): *Psicometría* (pp. 203-238). Madrid: Universitas.
- Hambleton, R.K. y Jong, J.H. (2003). Advances in translating and adapting educational and psychological tests. *Language Testing*, 20(2), 127-134. Doi: 10.1191/0265532203lt247xx
- Hair, J.F., Jr., Black, W.C., Babin, B.J. y Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice-Hall.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. Doi: 10.1080/10705519909540118
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016*. México: Autor. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>
- Kerlinger, F. N. y Lee, H.B (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Kim, M.T., Hill, M.N, Bone, L.R. y Levine, D.M. (2000). Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(3), 90-96. Doi: 10.1111/j.1751-7117.2000.tb00211.x
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.
- Lamarche, L., Tejpal, A. y Mangin, D. (2018). Self-efficacy for medication management: a systematic review of instruments. *Patient Preference and Adherence*, 23(12), 1279-1287.
- Martos M., M.J. (2015). Autoeficacia y adherencia al tratamiento: el efecto mediador del apoyo social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29. Doi: 10.5460/jbhsi.v7.2.52889
- Liu, M., Li, N., Li, W.A. y Khan, H. (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*, 39(6), 573-580. Doi: 10.1080/01616412.2017.1317904
- Mena D., F. (2017). *Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Concepción. Recuperado de <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/2559>
- Molerio, O. y García, G. (2004). Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Psicología*, 13(2), 101-109. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/264/26413208.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

- Morata R., M., Holgado T., F.P., Barbero G., I. y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79-90. Doi: 10.5944/ap.12.1.14362
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C.A., Allegrante, J.P. y Charlson, M.E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 520-529. Doi: 10.1016/S0895-4356(03)00053-2
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Pedraza B., G.L., Vega V., C.Z. y Nava Q., C. (2018). Versión actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 214-232.
- Pepper, J.K., Carpenter, D.M. y DeVellis, R.F. (2012). Does adherence-related support from physicians and partners predict medication adherence for vasculitis patients? *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 115-123. Doi: 10.1007/s10865-012-9405-5
- Reyes J., K. y Hernández P., M. (2012). Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 5-24. Doi: 10.22201/fesi.20070780.2011.3.2.29915
- Reynoso, L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En: L. Reynoso y A.L. Becerra (Coords): *Medicina conductual: teoría y práctica*. Hermosillo: Qartuppi. Doi: 10.29410/QTP.14.01
- Reynoso, L., Calderón, M.A. y Ruiz, L.S. (2012). *Sistema cardiovascular*. México: UNAM.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.
- Schoenthaler, A., Ogedegbe, G. y Allegrante, J. (2009). Self-efficacy mediates the relationship between depressive symptoms and medication adherence among hypertensive African Americans. *Health Education & Behavior*, 36(1), 127-137. Doi: 10.1177/1090198107309459
- Sparrenberger, F., Cichelero, F.T., Ascoli, A.M., Fonseca, F.P., Weiss, G., Berwanger, O., Fuchs, S.C. Moreira, L.B. y Fuchs, F.D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23, 12-19. Doi: 10.1038/jhh.2008.74
- Steptoe, A. y Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337-354. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114452
- Svarstad, B.L., Chewning, B.A., Sleath, B.L. y Claesson, C. (1999). The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 113-124. Doi: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4
- Val J., A., Amorós B., G., Martínez V., P., Fernández F., M.L. y León S., M. (1992). Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky-Green. *Atención Primaria*, 10, 767-770.
- Villalobos, A., Brenes, J., Quirós, D. y León, G. (2006). Características psicométricas de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II-Versión III (EATDM - III) en una muestra de pacientes diabéticos de Costa Rica. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 31-38.
- Witte, R.S. y Witte, J.S. (2010). *Statistics*. Danvers, MA: Wiley.
- Wu, J.R., Song, E.K. y Moser, D.K. (2015). Type D personality, self-efficacy, and medication adherence in patients with heart failure-A mediation analysis. *Heart Lung*, 44(4), 276-281. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.03.006

Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en mujeres mexicanas

Psychometric properties of the Appraisal of Self-care Agency Scale in Mexican women

Leticia Rubí García-Valenzuela¹, Elva Rosa Valtierra-Oba¹
y Christian Díaz de León-Castañeda^{1, 2}

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo¹
Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías²

Autor para correspondencia: Christian Díaz de León-C., christian.diaz.de.leon@umich.mx.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo contribuir al estudio de la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Valoración de Capacidad de Autocuidado (ASA) en mujeres en adultez de temprana a media (de 21 a 59 años de edad). Se construyó un cuestionario con los 24 ítems de la Escala ASA, con ítems para explorar específicamente variables sociodemográficas, conductas y condiciones de salud, incluyendo la medición de peso y talla de las participantes. Se aplicó el cuestionario a 445 participantes, utilizándose como técnicas de análisis el análisis factorial confirmatorio del modelo unidimensional; la determinación de consistencia interna (coeficiente α) y el análisis de relación con las otras variables, como correlaciones y la comparación de grupos. Se propuso una ligera modificación de la escala ASA original, consistente en la eliminación de ítems inversos. Como resultados, comparada con la escala ASA original, la versión reducida de 21 ítems presentó mejor evidencia de validez factorial, con mejores índices de ajuste y confiabilidad. El análisis de relación con otras variables fue similar en ambas escalas, destacando la comparación de grupos y la correlación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal. Se concluye que la versión en español de la escala ASA tiene validez y confiabilidad para evaluar la capacidad de autocuidado en mujeres, y en particular evidencias basadas en la relación con otras variables.

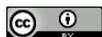
Palabras clave: Autocuidado; Promoción de la salud; Conducta; Estilo de vida saludable.

ABSTRACT

The present study aimed to contribute to the validity and reliability of the Spanish version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA) in women in early to middle adulthood. A questionnaire was constructed with the 24 items of the ASA scale together with items to explore sociodemographic variables and health behaviors and conditions, including the measurement of weight and height of the participants. The questionnaire was applied to 445 women in early to middle adulthood (21-59 years old). Analysis techniques included confirmatory factor analysis (CFA) of the one-dimensional model, internal consistency (α coefficient), and other variables relationship analysis such as group

¹ Facultad de Enfermería, Av. Ventura Puente No. 115, Col. Centro, 58000 Morelia, Mich., México, tel. (443)313-92-74, correos: leticia.garcia@umich.mx, elva.valtierra@umich.mx y christian.diaz.de.leon@umich.mx.

² Programa Investigadoras e Investigadores por México.



comparisons and correlations. We used a slight modification of the original ASA Scale based on the elimination of inverse items. Compared to the original ASA Scale, the reduced version (21 items) presented better evidence of factorial validity and reliability. The analysis of the relationship with other variables was similar in both scales, highlighting the statistically significant group comparison and correlation with the body mass index. We conclude that the Spanish version of the ASA Scale shows evidence of validity and reliability to assess women's self-care capacity, particularly evidence-based relationships with other variables.

Keywords: Self-care; Health promotion; Behaviors; Healthy lifestyle.

Recibido: 30/11/2022

Aceptado: 19/10/2023

La salud de las mujeres en México es un importante tópico para las políticas y sistemas de salud, ya que son vulnerables debido a diversos aspectos propios de su fisiología, desarrollo y el rol biológico y social de ser madres. Además, tal vulnerabilidad puede verse acentuada por factores sociales y culturales, como tener menores oportunidades laborales, ingresos o nivel educativo, así como más posibilidades de ser víctimas potenciales de violencia en diversos ámbitos. Esto último se ve acentuado en el contexto de países con cultura y tradiciones que favorecen al sexo masculino en ámbitos muy dispares.

En lo que se refiere a la salud, las mujeres están en mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como osteoporosis, cáncer de mama o cervicouterino; asimismo, padecimientos asociados al rol materno, como la diabetes gestacional, o bien a problemas de calidad para su atención, como el riesgo de muerte materna, los que ocurren sobre todo en ámbitos relacionados con la pobreza y la vulnerabilidad. Tales problemas se acentúan además por la transición demográfica y epidemiológica que experimenta el país (Gómez *et al.*, 2016; Kuri, 2011; Lozano *et al.*, 2014; Omran, 1971).

Tradicionalmente, la mujer ha cumplido un rol esencial en la familia como cuidadora de los in-

tegrantes del hogar, manifestado como ciertas conductas relacionadas con la protección de la salud. Sin embargo, es necesario promover y atender su involucramiento o compromiso en el cuidado de su propia salud, esto es, reforzar su capacidad para el autocuidado mediante la adopción de conductas y hábitos saludables basados en evidencia para mantener aquella o para mejorar sus condiciones, así como para prevenir nuevos riesgos y padecimientos (Barello *et al.*, 2014; Battersby *et al.*, 2010; Weinger *et al.*, 2014).

Hay varias aproximaciones conceptuales e instrumentales para el autocuidado que provienen de distintas disciplinas (Richard y Shea, 2011; Van De Velde *et al.*, 2019; Wilkinson y Whitehead, 2009). Uno de los desarrollos teóricos más destacables es la teoría del déficit de autocuidado, que está enmarcada en la teoría general de la enfermería de Orem (2001) y que define el término “agencia de autocuidado” como la capacidad de las personas para participar en su propio cuidado. Dicha teoría ha permitido el desarrollo de diversos abordajes instrumentales en diferentes países (Matarese *et al.*, 2017; Muñoz *et al.*, 2005).

Entre los abordajes instrumentales basados en la referida teoría se encuentra la Escala de Valoración de Capacidad de Autocuidado (en inglés, *Appraisal of Self-Care Agency Scale*, ASA), desarrollada en idioma inglés para su uso en adultos mayores, principalmente, y luego adaptada al holandés y a otros idiomas, incluido el español (Evers *et al.*, 1993; Guo *et al.*, 2017). Originalmente, esta escala fue de 24 ítems, de los cuales nueve tenían sentido inverso, propuesta como una escala unidimensional. Sin embargo, estudios posteriores han sugerido otras estructuras para la escala, incluida una estructura de cinco factores (Soderhamn y Cliffordson, 2001) y una de tres (Sousa *et al.*, 2010), las que han sido confirmadas en estudios posteriores (Alhambra *et al.*, 2017; Colomer y Useche, 2021; Damásio y Koller, 2013; Guo *et al.*, 2017). Sin embargo, algunos los factores de las estructuras propuestas están formados sólo de ítems en sentido inverso, lo que no se recomienda actualmente (Vigil-Colet *et al.*, 2020).

La primera versión en español de la Escala ASA fue desarrollada en México, en la que se mo-

dificó el sentido de varios ítems (Gallegos, 1998). Una segunda adaptación se hizo en Colombia (*cf.* Manrique y Velandia, 2009; Velandia y Rivera, 2009), de la que resultó una escala de 24 ítems, tres en sentido inverso y con cuatro opciones de respuesta únicamente. Esta última versión también ha sido probada en otros países de Latinoamérica, como Chile (Espinoza *et al.*, 2020) y Costa Rica (Leiva *et al.*, 2016a, 2016b), así como su utilización en otros grupos demográficos, como el de los adolescentes. Sin embargo, no se ha definido con claridad la estructura interna de esta versión de la escala ni se ha identificado un diferente comportamiento del modelo unidimensional en diferentes grupos demográficos de edad y sexo mediante el análisis de invarianza de la medición (Díaz de León *et al.*, 2022). Además, al igual que para la versión original de la escala y las versiones cortas desarrolladas en otros países, hay una limitada evidencia de validez basada en la relación con otras variables; de hecho, un estudio previo exploró la relación con otras variables en adultos mayores, identificando una evidencia limitada en esta área (Díaz de León *et al.*, 2021).

Así, el presente estudio tuvo como objetivo contribuir al estudio de las propiedades psicométricas de la versión latinoamericana (en español) de la escala ASA en mujeres mexicanas en adultez de temprana a media, así como su relación con otras variables. En dicho estudio se analizaron las propiedades psicométricas de la segunda versión al español de la Escala ASA, sobre la base de un análisis factorial confirmatorio (AFC) del modelo unidimensional de la escala, uno de consistencia interna, y uno más de relación con otras variables.

MÉTODO

Participantes

Participaron 445 mujeres en adultez de temprana a media (22-59 años), residentes en la ciudad de Morelia, Mich. (México). Se logró la participación de este grupo a través de la organización de un evento especial que tuvo lugar en un centro de

salud público de primer nivel de atención, perteneciente a los Servicios de Salud de Michoacán (SSM). La descripción de las características de las participantes se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes (n = 445)

Variable	n (%)
Edad en años, M (D.E.)	37.35 (8.36)
<i>Educación</i>	
Sin educación básica	126 (28.3)
Primaria	130 (29.2)
Secundaria	169 (38.0)
Bachillerato o técnico	20 (4.5)
<i>Estado civil</i>	
Solteras	17 (3.8)
Casadas o en unión libre	378 (84.9)
Divorciadas o separadas	41 (9.2)
Viudas	9 (2.0)
<i>Empleo</i>	
No	304 (68.3)
Sí	141 (31.7)
<i>Afiliación a servicios de salud</i>	
SSM	361 (81.1)
IMSS	82 (18.4)
ISSSTE	2 (0.4)

Notas. SSM: Servicios de Salud de Michoacán; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. El IMSS e ISSSTE son esquemas de seguridad social para personas con empleo formal. Los SSM están dirigidos a personas sin seguridad social.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario estructurado con los ítems de la segunda versión en español de la Escala ASA, desarrollada en Colombia por Manrique y Velandia (2009) y Velandia y Rivera (2009). La es-

cala consta de 24 ítems que evalúan la frecuencia en que se llevan a cabo actividades de autocuidado en cuatro niveles de respuesta: de 1, “Nunca”, a 4, “Casi siempre”. Cabe mencionar que esta versión conserva tres ítems con carga inversa (ítems 6, 11 y 20). Además, el cuestionario exploró variables sociodemográficas, conductas relacionadas con la salud y condiciones de salud de las mujeres.

Como conductas relacionadas con la salud se incluyeron ítems para explorar la frecuencia con la que las mujeres hacían ejercicio físico, cuidaban su peso o habían llevado a cabo actividades de prevención o de tamizaje de enfermedades crónicas (autoexploración de mamas, mamografía, prueba de Papanicolaou), así como si asistían a pláticas de salud sexual y reproductiva. Como condiciones de salud se exploró si las participantes padecían enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, así como su autopercepción en cuanto a su estado de salud física y mental.

El formulario de la encuesta fue impreso y entregado a las participantes para ser llenado en un lugar privado. Adicionalmente, durante la aplicación del instrumento se midieron el peso y la talla de las participantes a fin de evaluar su índice de masa corporal, o IMC.

Para el análisis de datos se efectuó un análisis descriptivo univariado de cada uno de los ítems de la escala, incluidos el análisis de asimetría y la curtosis. Además, se analizó la forma de la distribución del puntaje total obtenido con la ASA en la muestra de participantes, probando también su normalidad inferencial mediante las pruebas estadísticas no paramétricas de Shapiro-Wilk (SW) y Kolmogorov-Smirnov (KS). Se evaluó asimismo la consistencia interna de la escala a través de la determinación del coeficiente alfa de Cronbach (α).

Para realizar el AFC se probó el modelo unidimensional de la escala ASA, para lo cual se utilizó el método de estimación basado en el cálculo de cuadrados mínimos ponderados (WLSMV, o *Weighted Least Square Mean and Variance*), que considera la naturaleza ordinal de los ítems. Como índices de ajuste del modelo unidimensional se obtuvieron el estadístico chi cuadrada (χ^2); un criterio de ajuste $p > .050$; el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, o CFI), con criterio

de ajuste aceptable ($> .95$); la raíz del residuo estandarizado cuadrático medio (*Standardized Root Mean Square Residual*, o SRMR, con criterio de ajuste aceptable de $< .05$, y óptimo de $< .08$), y la raíz cuadrada media del error de aproximación (*Root Mean Square Error of Approximation*, o RMSEA, con criterio de ajuste aceptable de $< .07$). Se efectuó asimismo un análisis de índices de modificación (IM) para optimizar el ajuste del modelo basado en la liberación de parámetros como covarianzas entre errores de los ítems con mayores IM.

El análisis de relación de la escala ASA con otras variables se ejecutó principalmente empleando comparaciones de grupos, y un análisis de significancia estadística de la comparación de grupos a través de pruebas estadísticas no paramétricas (Sprent y Smeeton, 2001). Para esto último, esto es, la comparación de la capacidad de autocuidado en dos grupos, se emplearon la prueba de la mediana (PM) y la U de Mann-Withney; en más de dos grupos se utilizaron la PM y la de Kruskal-Wallis (PKW) para grupos de categorías nominales, y la de Jonckheere-Terpstra (PJT) para grupos de categorías ordinales. Asimismo, se analizó la relación con otras variables a través de cálculos del tamaño del efecto utilizando la d de Cohen para la comparación de dos grupos, y la η^2 para la de tres o más (Domínguez, 2018). En el caso de la relación de la Escala ASA con variables numéricas, se hizo un análisis de correlación de Pearson (r) como medida del tamaño del efecto, así como la prueba de significancia estadística de Pearson para el análisis inferencial.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 25 para la gestión de la información recopilada, los análisis descriptivos y de consistencia interna, así como las pruebas estadísticas de comparación de grupos y correlación (IBM, 2018). Para efectuar el AFC se utilizó el programa RStudio, utilizando para ello los paquetes *psych*, *semTools*, *lavaan* y *semPlot* (cf. Epskamp, 2015; Jorgensen et al., 2021; Revelle, 2020; Rosseel, 2012).

Como consideraciones éticas, antes del trabajo de campo el protocolo de investigación fue

por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), con número de CIB/FacEnf/036/2015).

RESULTADOS

Los resultados descriptivos de los puntajes obtenidos por cada ítem de la escala ASA se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis descriptivo de los ítems de la escala ASA en las participantes (n = 445).

No.	Ítem ^a	M	D.E.	Asimetría	Curtosis
1	A medida que cambian las circunstancias, voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	3.30	1.00	-1.25	0.29
2	Reviso si las actividades que normalmente hago para mantenerme con salud son buenas.	3.32	0.99	-1.25	0.27
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.	3.20	1.16	-1.08	-0.50
4	Puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	3.72	0.65	-2.74	7.70
5	Primeramente hago lo que sea necesario para mantenerme con salud.	3.58	0.78	-1.90	2.92
6	<i>Creo que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.</i>	2.44	1.28	0.11	-1.67
7	Si quiero, puedo buscar las formas para cuidar mi salud y mejorar la que tengo ahora.	3.64	0.74	-2.33	5.08
8	Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpia.	3.58	0.85	-2.13	3.49
9	Hago cambios en mis alimentos para mantener el peso que me corresponde.	3.04	1.17	-0.79	-0.95
10	Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo para que no afecten mi forma de ser.	3.43	0.89	-1.49	1.19
11	<i>Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no tengo tiempo para hacerlo.</i>	3.20	1.01	-1.02	-0.21
12	Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos de siempre.	2.99	1.21	-0.72	-1.12
13	Puedo dormir lo suficiente como para no sentirme cansada.	2.99	1.17	-0.66	-1.14
14	Cuando me orientan sobre mi salud, pido que me aclaren lo que no entiendo.	3.47	0.89	-1.65	1.71
15	Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	3.45	0.94	-1.63	1.42
16	He podido cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	3.37	1.01	-1.43	0.65
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina, recurro al profesional de salud para que me dé información sobre los efectos secundarios.	3.41	0.98	-1.52	0.98
18	Soy capaz de tomar medidas para evitar que mi familia y yo corramos peligro.	3.65	0.71	-2.26	4.92
19	Puedo evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	3.56	0.81	-1.89	2.78
20	<i>Por realizar mis ocupaciones diarias es muy difícil que tenga tiempo para cuidarme.</i>	3.19	1.07	-1.08	-0.21
21	Si mi salud se ve afectada, puedo conseguir información para saber qué hacer.	3.69	0.60	-2.25	5.66
22	Si no puedo cuidarme, busco ayuda.	3.59	0.70	-2.02	4.20
23	Puedo destinar un tiempo para mí.	3.60	0.74	-2.05	3.88
24	A pesar de mis limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	3.53	0.84	-1.88	2.63

Notas: ^aSe muestran en cursiva los ítems con carga inversa.

Los resultados de las cargas factoriales obtenidas en el AFC se muestran en la Tabla 3. En la escala ASA de 24 ítems solamente el ítem 8 tuvo muy baja carga factorial ($< .300$). Considerando las recomendaciones actuales, se propuso la elimina-

ción de los ítems con carga inversa (6, 11 y 20), para quedar reducida a veinte ítems, cuyas cargas factoriales fueron todas superiores al criterio anteriormente mencionado.

Tabla 3. Resultados de cargas factoriales estandarizadas obtenidas con el AFC del modelo unidimensional para las escalas ASA original y reducida^{a,b}.

Ítem	Escala ASA original (24 ítems)	Escala ASA reducida (21 ítems)
1	.711	.717
2	.677	.684
3	.389	.390
4	.741	.737
5	.768	.768
6	.129	–
7	.648	.638
8	.465	.462
9	.539	.547
10	.545	.533
11	.403	–
12	.360	.346
13	.321	.319
14	.570	.576
15	.597	.603
16	.659	.670
17	.611	.614
18	.698	.687
19	.655	.640
20	.363	–
21	.435	.434
22	.535	.544
23	.540	.551
24	.591	.588
α	.821	.824

Notas: ^a Cargas factoriales obtenidas con el modelo unidimensional de la escala original y reducida (sin liberar covarianzas entre errores de los ítems). ^b Se muestra en negrita el resultado que indica una baja carga factorial ($< .300$).

Los resultados de los índices de ajuste obtenidos para ambas escalas en el AFC se muestran en la Tabla 4. En comparación con la escala de ASA original de 24 ítems, la reducida de 21 ítems mostró mejores índices de ajuste. Además, la adición de covarianzas entre errores de los ítems (e23-e34 y e22-e23) hizo posible mejorar también estos índi-

ces en ambas escalas, por lo que el mejor ajuste se obtuvo con la escala reducida y considerando la covarianza entre errores ($\chi^2 = 716.14$; CFI = .836, SRMR = .091 y RMSEA = .080). La eliminación de ítems inversos también permitió mejorar ligeramente el coeficiente α , ya que en la escala original fue de .821 y en la reducida de .824.

Tabla 4. Resultados de índices de ajuste obtenidos con el AFC para el modelo unidimensional de la Escala ASA original y reducida.

Escala ^a	Covarianzas entre errores de ítems ^b	χ^2	gl	CFI	SRMR	RMSEA
Escala ASA original (24 ítems).	Ninguna	1113.87***	252	.743	.108	.088
	e23-e24 / e22-e23	840.06***	250	.824	.091	.073
Escala ASA reducida (21 ítems).	Ninguna	1001.51***	189	.748	.113	.098
	e23-e24 / e22-e23	716.14***	187	.836	.091	.080

Notas: ^a En la escala ASA modificada se eliminan los ítems inversos (6, 11 y 20). ^b Se consideraron sólo las dos principales covarianzas entre errores de los ítems. *** $p < .001$.

En relación con las estadísticas descriptivas obtenidas en ambas escalas, en la de 24 ítems se obtuvieron las siguientes: $M = 80.93$, D.E. = 9.92, asimetría = -1.28 y curtosis = 2.09; mientras que en la escala reducida de 21 ítems se obtuvieron, a saber: $M = 72.10$, D.E. = 9.04, asimetría = -1.34 y curtosis = 2.30. Los valores obtenidos de asimetría y curtosis parecen indicar que se trata de distribuciones ligeramente cargadas hacia la izquierda y leptocúrticas. Las pruebas de normalidad inferen-

cial realizadas arrojaron valores estadísticamente significativos ($p < .050$) en ambas escalas y en las pruebas estadísticas SW, KS, por lo que es posible inferir que los puntajes de la escala no se distribuyen de manera normal en la población.

Finalmente, los resultados de relación de los puntajes obtenidos con ambas escalas ASA con conductas y condiciones relacionadas con la salud se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Relación de las escalas ASA original y reducida con conductas y condiciones de salud en las participantes (comparación de grupos) ($n = 445$).

		n	%	Escala ASA original (24 ítems)				Escala ASA reducida (21 ítems)			
				M	D.E.	p^a	Tamaño del efecto	M.	D.E.	p^a	Tamaño del efecto
Conductas relacionadas con la salud											
Frecuencia con la que hace ejercicio	Nunca	248	55.7	79.5	10.2	.048 (PM)	$\eta^2 = 0.029$	70.8	9.2	.004 (PM)	$\eta^2 = 0.028$
	Casi nunca	32	7.2	81.5	10.2	.002 (PKW)		72.8	9.5	.001 (PKW)	
	Casi siempre	37	8.3	81.4	11.3	.000 (PJT)		72.9	10.8	.000 (PJT)	
	Siempre	128	28.8	83.4	8.4			74.2	7.6		
Cuida su peso	No	214	48.3	81.5	9.7	.629 (PM)	$d = 0.119$	72.5	8.9	.440 (PM)	$d = 0.093$
	Sí	229	51.7	80.4	10.2	.228 (UMW)		71.7	9.2	.325 (UMW)	
Autoexploración de mamas	No	69	15.5	80.1	9.6	.411 (PM)	$d = -0.097$	71.5	8.8	.939 (PM)	$d = -0.079$
	Sí	375	84.5	81.1	10.0	.348 (UMW)		72.2	9.1	.483 (UMW)	
Mamografía	No	343	78.3	81.1	10.0	.095 (PM)	$d = 0.071$	72.2	9.1	.210 (PM)	$d = 0.044$
	Sí	95	21.7	80.4	9.5	.277 (UMW)		71.8	8.6	.406 (UMW)	
Papanicolaou	No	76	17.1	79.3	10.5	.104 (PM)	$d = -0.201$	70.7	9.8	.683 (PM)	$d = -0.180$
	Sí	368	82.9	81.3	9.8	.072 (UMW)		72.4	8.9	.145 (UMW)	
Asistencia a pláticas de salud sexual y reproductiva	No	259	60.9	80.2	10.2	.121 (PM)	$d = -0.169$	71.5	9.3	.427 (PM)	$d = -0.140$
	Sí	166	39.1	81.9	9.7	.079 (UMW)		72.8	8.8	.178 (UMW)	

Continúa...

		n	%	Escala ASA original (24 ítems)				Escala ASA reducida (21 ítems)			
				M	D.E.	p ^a	Tamaño del efecto	M.	D.E.	p ^a	Tamaño del efecto
<i>Condiciones de salud</i>											
IMC ^b	Bajo peso	3	0.7	86.0	8.9	.385 (PM)	η ² = 0.014	76.7	7.5	.303 (PM)	η ² = 0.015
	Normal	117	26.8	82.3	9.4	.286 (PKW)		73.3	8.3	.294 (PKW)	
	Sobrepeso	168	38.4	80.8	9.1	.050 (PJT)		72.0	8.4	.048 (PJT)	
	Obesidad GI	99	22.7	80.5	10.9			71.7	10.0		
	Obesidad GII	42	9.6	79.1	10.3			70.5	9.4		
Diabetes	Obesidad GIII	8	1.8	76.7	15.5			67.6	13.7		
	No	408	91.7	81.0	9.8	.741 (PM)	d = 0.094	72.2	9.0	.988 (PM)	d = 0.113
Hipertensión	Sí	37	8.3	80.1	11.0	.740 (UMW)		71.2	9.9	.555 (UMW)	
	No	370	83.3	81.4	9.7	.034 (PM)	d = 0.308	72.6	8.8	.251 (PM)	d = 0.317
ECNTs	Sí	74	16.7	78.4	10.9	.015 (UMW)		69.7	10.0	.014 (UMW)	
	Ninguna	346	77.9	81.6	9.4	.106 (PM)	η ² = 0.016	72.7	8.6	.606 (PM)	η ² = 0.016
	Diabetes o HTA	86	19.4	78.4	11.8	.084 (PKW)		69.8	10.8	.072 (PKW)	
Autopercepción del estado de salud física	Comorbilidad Diabetes/HTA	12	2.7	80.6	7.0	.028 (PJT)		71.3	6.6	.022 (PJT)	
	“Malo”	15	3.4	79.1	12.2	.652 (PM)	η ² = 0.005	70.3	11.5	.168 (PM)	η ² = 0.005
	“Regular”	205	46.1	80.3	9.5	.180 (PKW)		71.6	8.7	.181 (PKW)	
Autopercepción del estado de salud mental	“Bueno”	225	50.6	81.6	10.1	.068 (PJT)		72.7	9.2	.069 (PJT)	
	“Malo”	14	3.1	79.9	6.9	.504 (PM)	η ² = 0.011	71.6	7.3	.579 (PM)	η ² = 0.009
	“Regular”	134	30.1	79.5	10.6	.085 (PKW)		70.8	9.8	.178 (PKW)	
Depresión	“Bueno”	297	66.7	81.6	9.7	.027 (PJT)		72.7	8.7	.065 (PJT)	
	No	364	82.2	81.2	10.0	.092 (PM)	d = 0.121	72.4	9.1	.084 (PM)	d = 0.116
	Sí	79	17.8	80.0	8.6	.088 (UMW)		71.3	7.9	.103 (UMW)	

Notas: ^a Se muestra entre paréntesis la respectiva prueba estadística utilizada: PM = Prueba de la mediana; UMW = Prueba de U de Mann-Withney; PKW = Prueba de Kruskal Wallis (1 factor); PJT = Prueba de Jonckheere-Terpstra. Los valores en negrita muestran los considerados como estadísticamente significativos ($p < .050$). ^b Categorías de IMC (Kg/m²): Bajo peso (≤ 18.49); Normal (18.50 - 24.99); Sobrepeso (25.0 - 29.9); Obesidad GI (30.00-34.99); Obesidad GII (35.00-39.99); y Obesidad GIII (≥ 40.00).

El comportamiento de la relación con otras variables fue similar en ambas escalas. En cuanto a la relación con las conductas de salud, se encontró una comparación de grupos estadísticamente significativa ($p < .050$) con el ítem de frecuencia de ejercicio en ambas escalas (pruebas PM, PKW, PJT). Las pruebas de comparación de grupos de conductas de prevención o tamizaje no fueron estadísticamente significativas ($p > .050$); sin embargo, para la comparación descriptiva basada en los tamaños de efecto, en la mayoría se encontraron resultados que podrían considerarse importantes ($d > 0.100$).

En lo referente a la relación de los puntajes obtenidos en ambas escalas ASA con las condicio-

nes de salud, se encontraron comparaciones de grupos estadísticamente significativas ($p < .050$) con el IMC (prueba PJT), la hipertensión (pruebas PM, UMW), las enfermedades crónicas (prueba PJT) y la autopercepción de salud mental (prueba PJT, escala original). Además, aunque no resultaron estadísticamente significativos en la comparación descriptiva basada en los tamaños del efecto ($p > .050$), padecer diabetes o depresión obtuvo resultados importantes ($d > 0.100$). En el análisis de correlación de Pearson de los puntajes de las escalas con el IMC se obtuvieron coeficientes de correlación iguales en ambas ($r = -.113$), siendo estadísticamente significativos ($p < .019$ y $p < 0.18$).

DISCUSIÓN

En relación con los resultados obtenidos en el AFC del modelo unidimensional propuesto por los creadores de este instrumento, destaca el resultado de que no se logró cumplir con los criterios de buen ajuste, sobre todo al obtener bajos índices de ajuste en el CFI en la escala ASA original y la reducida (.824 y .836, respectivamente). En este rubro, cabe mencionar que no se prosiguió la búsqueda de una estructura factorial específica para este grupo demográfico que pudiera mejorar esos índices de ajuste ya que, tal como se señaló anteriormente, en el estudio de Díaz de León *et al.* (2022) se habían identificado diferentes comportamientos de la escala en distintos grupos de edad y sexo, por lo que el desarrollo de estructuras factoriales para cada grupo específico podría no ser adecuado en virtud de que el diseño original de la escala ASA no está dirigido a grupos demográficos particulares (como el analizado en este trabajo), sino que más bien fue pensado para adultos mayores de ambos sexos, principalmente.

En relación con la evaluación de la consistencia interna de la escala ASA evaluada en este estudio, el coeficiente α global obtenido con la de 24 ítems (.821) fue inferior al obtenido en otros estudios: .880 en adolescentes de Chile (Espinoza *et al.*, 2020) y .840 en Costa Rica (Leiva *et al.*, 2016a), pero superior a otros resultados obtenidos en grupos de adultos mayores de Colombia (Manrique y Velandia, 2009) y México (Díaz de León *et al.*, 2021), de .680 y .801, respectivamente. Sin embargo, la Escala ASA reducida de 20 ítems propuesta en este estudio obtuvo un coeficiente α casi igual (.824).

En el análisis de la relación con otras variables de ambas escalas, destaca principalmente la que se encontró con las actividades y condiciones físicas de las participantes, tales como el ejercicio físico y el IMC, en las que se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas y medidas de efecto importantes. Destaca principalmente la asociación estadísticamente significativa que se encontró con el IMC en la comparación de grupos y en el análisis de correlación de Pearson, debido a que este indicador de salud se evaluó de forma objetiva y directamente observable. Cabe mencionar

que en el análisis de correlación de ambas escalas con el IMC, el signo negativo obtenido ($r = -.113$) indica la relación inversa que muestra que las mujeres con mayor capacidad de autocuidado tienen un mejor cuidado con su alimentación y ejercicio físico, lo que implica mejores condiciones físicas (menor sobrepeso y menos obesidad). Esta relación estadísticamente significativa no se halló en el estudio de Díaz de León *et al.* (2021), efectuado con adultos mayores, probablemente porque en este grupo etario suele haber una pérdida de peso.

Asimismo, se encontraron algunas asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de ECNT, como la hipertensión, aunque las participantes que tenían este padecimiento obtuvieron una media inferior en el puntaje de la escala ASA. Lo anterior parece expresar que las participantes con hipertensión llevan a cabo menos actividades de autocuidado, lo que muestra una oportunidad de intervenir, principalmente en mujeres con ECNT, en las que se requiere el apego a un estilo de vida saludable.

Por otra parte, se obtuvieron algunos resultados interesantes en la relación de las escalas evaluadas y la salud mental. Las participantes que percibían un estado de salud mental más pobre, o bien que sufrían depresión, alcanzaron puntajes menores en la escala ASA, lo cual se vio reflejado en las pruebas estadísticas inferenciales, así como en algunos índices descriptivos basados en los tamaños de efecto, aunque estos fueron débiles. También lo anterior parece mostrar una oportunidad de intervenir en las medidas preventivas y de atención de los padecimientos de salud mental, como la depresión en las mujeres.

En relación con las comparaciones de los puntajes obtenidos con la escala ASA en grupos relacionados con las actividades preventivas, no se halló ninguna comparación estadísticamente significativa; sin embargo, algunos tamaños del efecto estuvieron próximos a ser considerados como asociaciones débiles, como es el caso de haberse practicado la prueba de Papanicolaou ($d \sim 0.200$).

Con base en los resultados obtenidos, se identifican como oportunidades para estudios posteriores las siguientes: 1) explorar de manera más detallada la estructura factorial de la escala ASA para ver la posibilidad de desarrollar una más definida

que pueda cumplir mejor los criterios; 2) explorar la *validez de criterio* a través de la asociación o correlación con otras escalas conocidas de autocuidado u otros constructos relacionados, como la *alfabetización en salud* o la *autoeficacia*; 3) explorar la *validez de constructo* a través de la correlación con escalas de conductas o constructos relacionados con la salud o con los riesgos de la misma (*validez convergente/divergente*).

Finalmente, cabe hacer mención que hay una oportunidad muy importante para desarrollar escalas específicas que tengan como objetivo evaluar la capacidad de autocuidado de la salud en mujeres en grupos etarios particulares, como los de adolescentes y adultos tempranos, medios y mayores, en las que se incluyan aspectos específicos para tales grupos, como la calidad de la alimentación, la del ejercicio físico, la del descanso, las de las prácticas en salud sexual y reproductiva, el

autocuidado de la salud mental y la realización oportuna de actividades preventivas.

CONCLUSIONES

Este estudio contribuye principalmente en la generación de evidencias de validez basadas en la relación con otras variables de la escala ASA en las mujeres. Fue posible identificar una asociación importante de dicho instrumento con las condiciones físicas de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, se considera que es importante el desarrollo de herramientas específicas para mujeres de diferentes grupos etarios, de manera que puedan informar sobre las actitudes, capacidades y actividades de autocuidado en los ámbitos clínicos y de salud pública.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán las facilidades otorgadas para la llevar a cabo las encuestas. También, el apoyo de la Secretaría de Educación Pública, a través del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) mediante el programa Cátedras Conacyt para Jóvenes Investigadores (Proyecto Núm. 2341: "Promoción de la salud y autocuidado en población vulnerable").

Citación: García-Valenzuela, L.R., Valtierra-Oba, E.R. y Díaz de León-Castañeda, C. (2025). Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en mujeres mexicanas. *Psicología y Salud*, 35(1), 175-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2960>

REFERENCIAS

- Alhambra B., T., Durá F., E., Garcés F., J., y Sánchez G., J. (2017). The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R): Adaptation and validation in a sample of Spanish older adults. *Spanish Journal of Psychology*, 20(48), 1-10. Doi: 10.1017/sjp.2017.52
- Barello, S., Graffigna, G. y Savarese, M. (2014). Engaging patients in health management: towards a preliminary theoretical conceptualization. *Psicologia della Salute*, 3, 11-33. Doi: 10.3280/PDS2014-003002
- Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S.M., Parkerton, M., y Wagner, E.H. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 561-570. Doi: 10.1016/S1553-7250(10)36084-3
- Colomer P., N. y Useche, S.A. (2021). Self-care appraisal in nursing assistant students: Adaptation, validation and psychometric properties of the Spanish ASAS. *Plos One*, 16(12), e0260827. Doi: 10.1371/journal.pone.0260827
- Damáσιο, B.F. y Koller, S.H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2071-2082. Doi: 10.1590/0102-311x00165312

- Díaz de León, C., Anguiano M., A., Lozano Z., M. y Flores M., E. (2021). Escala de valoración de capacidad de autocuidado y su relación con conductas y condiciones de salud en adultos mayores. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(3), 781-796. Doi: 10.51668/bp.8321315s
- Díaz de León, C., Anguiano M., A.C., Valencia G., M.J. y Valtierra O., E.R. (2022). Análisis de la estructura interna de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en población mexicana de diferentes grupos demográficos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(22), 113-136. <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/17751>
- Domínguez L., S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251- 254. Doi: 10.1016/j.edu-med.2017.07.002
- Epskamp, S. (2015). semPlot: Unified visualizations of structural equation models. *Structural Equation Modeling*, 22(3), 474-483. Doi: 10.1080/10705511.2014.937847
- Espinoza, M., Huaiquián, J., Sanhueza, O., Luengo, L., Valderrama, M. y Ortiz, N. (2020). Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos. *Escola Anna Nery*, 24(2), 1-7. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0172
- Evers, G.C.M., Isenberg, M.A., Philipsen, H., Senten, M. y Brouns, G. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the Appraisal of the Self-care Agency, A.S.A. scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 331-342. Doi: 10.1016/0020-7489(93)90105-4
- Gallegos C., E. (1998). Validez y confiabilidades de la versión en español de la escala Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 6(9), 260-266.
- Gómez D., H., Fullman, N., Lamadrid F., H., Cahuana H., L., Darney, B., Ávila B., L., Correa R., R., Rivera J., A., Barquera, S., González P., E., Aburto S., T., De Castro E., F.A., Barrientos Gutiérrez, T., Basto A., A.C., Batis, C., Borges, G., Campos N., I., Campuzano R., J.C., De Jesús C.P., A., ... Lozano, R. (2016). Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 388(10058), 2386-2402. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31773-1
- Guo, L., Söderhamn, U., McCallum, J., Ding, X., Gao, H., Guo, Q., Liu, K., y Liu, Y. (2017). Testing and comparing two self-care-related instruments among older Chinese adults. *Plos One*, 12(8), e0182792. Doi: 10.1371/journal.pone.0182792
- IBM (2018). IBM SPSS Statistics Base 25. IBM. <https://www.ibm.com/support/pages/node/618179>
- Jorgensen, T.D. Pornprasertmanit, S., Schoemann, A.M. y Rosseel, Y. (2021). *semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-4*. Recuperado de <https://cran.r-project.org/package=semTools>
- Kuri M., P.A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147(6), 451-454.
- Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T. y Sirias, I. (2016a). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 30, 1-20. Doi: 10.15517/revenf.v0i29.19888
- Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T. y Sirias, I. (2016b). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 31, 1-18. Doi: 10.15517/revenf.v0i31.25486
- Lozano, R., Gómez D., H., Pelcastre, B., Ruelas, M.G., Montañez, J.C., Campuzano, J.C., Franco, F. y González J., J. (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Instituto Nacional de Salud Pública (México).
- Manrique, F. y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, 9(3), 222-235. Doi: 10.5294/1521
- Matarese, M., Lommi, M. y De Marinis, M.G. (2017). Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1272-1287. Doi: 10.1111/jan.13204
- Muñoz, C., Cabrero, J., Richart, M., Orts, M.I. y Cabañero, M.J. (2005). La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15(2), 76-87. Doi: 10.1016/s1130-8621(05)71087-1
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(1), 509-538. Doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Revelle, W. (2020). *Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research (R package version 2.0.12)*. Recuperado de <https://cran.r-project.org/package=psych>
- Richard, A.A. y Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 36. Doi: 10.18637/jss.v048.i02

- Soderhamn, O. y Cliffordson, C. (2001). The internal structure of the Appraisal of Self-care Agency (ASA) scale. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, 10(4), 5-12.
- Sousa, V.D., Zauszniewski, J.A., Bergquist-Beringer, S., Musil, C.M., Neese, J.B. y Jaber, A.F. (2010). Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale -Revised (ASAS-R). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(6), 1031-1040. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x
- Sprenst, P. y Smeeton, N.C. (2001). *Applied nonparametric statistical methods* (3rd ed.). Chapman & Hall/CRC.
- Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D. y De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: A concept analysis. *BMJ Open*, 9(7). Doi: 10.1136/bmjopen-2018-027775
- Velandia, A. y Rivera, L.N. (2009). Confiabilidad de la escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado(ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Avances en Enfermería*, 27(1), 38-47.
- Vigil-Colet, A., Navarro G., D. y Morales V., F. (2020). To reverse or to not reverse Likert-type items: That is the question. *Psicothema*, 32(1), 108-114. Doi: 10.7334/psicothema2019.286
- Weinger, K., Beverly, E.A. y Smaldone, A. (2014). Diabetes self-care and the older adult. *Western Journal of Nursing Research*, 36(9), 1272-1298. Doi: 10.1177/0193945914521696
- Wilkinson, A. y Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011

Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia

Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombia

Stefano Vinaccia¹, Japcy Margarita Quiceno², Andrés Gómez-Acosta³, Soraya Bernal⁴ y Shadye Matar-Khalil¹

Universidad del Sinú¹
Universidad de Pamplona³
Universidad el Bosque⁴

Autor para correspondencia: Stefano Vinaccia, vinalpi47@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos, para lo cual se utilizó un diseño de corte transversal de tipo instrumental. *Participantes:* 214 estudiantes universitarios de entre 18 y 30 años de edad. *Instrumentos:* la referida escala. *Resultados:* Respecto al modelo de ecuaciones estructurales, la escala SHIS planteó un modelo de diez ítems y cuatro factores que hacen énfasis en la salud mental, la salud psicofísica, la salud emocional y la salud energética, que obtuvieron los mejores indicadores de bondad de ajuste. La varianza total del cuestionario fue de 62.16%, con un índice de consistencia interna ω de .81. *Conclusión:* El SHIS muestra propiedades psicométricas aceptables para la medición de indicadores salutogénicos percibidos en estudiantes universitarios colombianos.

Palabras clave: Propiedades psicométricas; Sentido de coherencia; Salud; Salutogénico; Estudiantes universitarios; Bienestar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the psychometric properties of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombian university students. The study involved a cross-sectional, instrumental design. Two hundred and fourteen university students aged between 18 and 30 years participated and responded to the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) by Bringsén et al. (2009). Results: Regarding structural equation modeling, the SHIS scale proposed a 10-item model with four factors emphasizing mental health, psychophysical health, emotional health, and energy in health, which obtained the best goodness-of-fit. The total variance of the questionnaire was 62.16%, with an internal

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Psicología, Carrera 1w 38-153, Montería, Colombia, correos electrónicos: vinalpi47@hotmail.com y sharomakha@gmail.com.

² Investigadora independiente, Vancouver, Canadá, correo electrónico: japcyps@hotmail.com.

³ Programa de Psicología, Campus de Pamplona, Ciudad Universitaria, Pamplona, Colombia, correo electrónico: cesargomez227@gmail.com.

⁴ Programa de Psicología, Ak. 9 Núms.131a-2, Bogotá, Colombia, correo electrónico: sorito@yahoo.com.



consistency index = .81. Conclusion: The SHIS presents acceptable psychometric properties for measuring perceived health indicators in Colombian university students.

Key words: Psychometric properties; Sense of Coherence; Health; Salutogenic; University students; Well-being.

Recibido: 15/05/2023

Aceptado: 10/01/2024

INTRODUCCIÓN

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de ese año por los representantes de 61 Estados, y en vigor desde el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde entonces (*cf.* World Health Organization, 1948). Esta definición posibilitó que el abordaje de la salud pasara de ser meramente sanitario a incluir el bienestar y la relación del individuo con su entorno (Scharamme, 2023).

La promoción de la salud como pilar para las políticas públicas recibió un fuerte impulso gracias al consenso de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Carta de Ottawa; dicha promoción se vio favorecida por la propuesta salutogénica, que propende a ir más allá de la mera eliminación o mitigación de los factores patogénicos mediante el fortalecimiento de los factores protectores “como una fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Garmy *et al.*, 2017; OMS, 1986), lo que incluye condiciones contextuales y ambientales positivas, y un progreso tanto personal como colectivo enmarcado en condiciones favorables que requieren de esfuerzos multisectoriales y multidisciplinarios que permi-

tan a las personas potenciar sus “activos en salud”, mejorar su perfil sanitario y favorecer procesos de adherencia terapéutica.

En los años 70, el sociólogo médico Aaron Antonovsky desarrolló el modelo de la teoría salutogénica, que deriva del postulado de que la entropía, la heterostasis y la senescencia son características inherentes a los seres vivos (*cf.* Restrepo y Palacios, 2008). Este modelo va más allá de la patogénesis al buscar la comprensión de la enfermedad y su tratamiento y entender cómo las personas se mantienen saludables y aumentan su bienestar, enfocándose más en los aspectos positivos promotores de la salud (Bringsén *et al.*, 2009; *cf.* Suárez *et al.*, 2021) y en las habilidades que tienen para adaptarse a las condiciones cambiantes.

El adjetivo “salutogénico” permite comprender el análisis e intervención de tópicos como las dificultades en la salud mental y las enfermedades crónicas desde una perspectiva del desarrollo positivo de la salud (Suárez *et al.*, 2021), que incorpora los activos y circunstancias de que dispone la persona, lo que le permite prevenir la severidad de la enfermedad e incrementar la calidad de vida, la salud percibida y el envejecimiento saludable (Faúndez, 2023); además, aborda tanto la red de apoyo social como el apoyo social emocional (Holt-Lunstan *et al.*, 2010), y se puede incorporar en las políticas públicas de salud en virtud de que hace posible conducir al individuo y a los grupos del sufrimiento y la disfuncionalidad psicológica al bienestar psicológico (Restrepo y Palacios, 2008; Rivera *et al.*, 2011).

El *sentido de coherencia* (SOC por sus siglas en inglés) es un factor psicológico salutogénico fundamental para lograr un ajuste adecuado a las condiciones cambiantes del entorno (Colomer *et al.*, 2022), y alude a la percepción de la capacidad para manejar de manera independiente cualquier situación de la vida que implique un reto para la promoción de la salud y el desarrollo humano (Rivera *et al.*, 2011); por lo tanto, la persona hace uso de estrategias de afrontamiento que conducen a mantener la estabilidad de tal manera que puede darle sentido a su vida (Bauer *et al.*, 2020; Restrepo y Palacios, 2008).

A su vez, los indicadores salutogénicos corresponden a un conjunto integrador de factores psicológicos y sociales en los que la religión, la cultura, el género y el estrato socioeconómico son la base para un afrontamiento exitoso de la enfermedad y favorecen los comportamientos saludables. Dicho constructo está conformado por dos dimensiones, que implican lo intrapersonal y lo interactivo (Bringsén *et al.*, 2009; Garmy *et al.*, 2017; Mittelmark y Bauer, 2017).

Los instrumentos de medición en el ámbito de la salud se basan fundamentalmente en un enfoque de enfermedad y de factores de riesgo, pero dejan de lado la medición de los factores salutogénicos que facilitan promover la salud y que permiten a las personas y grupos proporcionar información para identificar y satisfacer sus necesidades, así como hacer frente al medio para lograr el bienestar físico, mental y social (Garmy *et al.*, 2017). En congruencia con lo anterior, el SOC y la escala SHIS son factores medibles en una orientación de promoción de la salud con un enfoque salutogénico (Chow *et al.*, 2023). Antonovsky entendió el SOC como la capacidad de aprovechar los recursos para enfrentar ciertos estímulos presentes en el curso de la vida de las personas, y en consecuencia desarrolló la Escala de Orientación hacia la Vida (o Escala de Sentido de Coherencia) (Antonovsky, 1993), la cual se ha aplicado a distintas poblaciones alrededor del globo (Eriksson y Contu, 2022; Eriksson y Lindström, 2005; Ferguson *et al.*, 2015; Lajunen, 2019; Ortiz *et al.*, 2019; Virués *et al.*, 2007). La Escala de Sentido de Coherencia fue validada en Colombia por Sánchez *et al.* (2021), quienes hallaron en las mismas características psicométricas adecuadas. Dicho instrumento fue desarrollado de manera empírica en personas con un buen estado de salud mental, sin experiencias adversas.

Por su lado, Bringsén *et al.* (2009) desarrollaron la Escala de Indicadores de Salud (SHIS) basados en la teoría salutogénica y del sentido de coherencia, definiendo la salud como “una expe-

riencia subjetiva positiva de uno mismo como conjunto”. Su medición tiene como base las teorías de la salud y el bienestar, y utiliza indicadores que muestran el sentimiento de bienestar físico, mental y social buscando comprender la manera en que las personas buscan y logran mantener su salud (Garmy *et al.*, 2017). Sin embargo, aún no se han efectuado estudios psicométricos del comportamiento de dicha prueba en el contexto de la lengua española.

Expuesto lo anterior, es necesaria una descripción de la salud positiva mediante un instrumento para evaluarla en Colombia desde una perspectiva salutogénico-holística (Bringsén *et al.*, 2009). Por tanto, en este estudio se empleó un diseño instrumental psicométrico (Ato *et al.*, 2013), con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en población colombiana.

MÉTODO

Participantes

Participaron en el estudio 214 estudiantes universitarios ($M = 19.51$ años, $D.E. = 2.75$) de tres instituciones de educación superior del departamento de Córdoba, escogidos mediante un muestreo no probabilístico de los sujetos disponibles. Los criterios de inclusión fueron, a saber: ser mayor de 18 años, estudiante de cualquier programa universitario de una institución privada de educación superior colombiana, y declarar que su participación en el estudio era voluntaria mediante la firma de una carta de consentimiento informado. A la vez, se consideraron como criterios de exclusión ser menores de edad y mostrar dificultades en la lectoescritura. Se eliminaron asimismo los registros incompletos de la base de datos analizada. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes ($n = 214$).

	n	%		n	%
Sexo			Estado civil		
Femenino	183	85.5	Solteros	195	90.7
Masculino	32	14.5	Casados	4	1.9
			Unión libre	15	7.0
Estrato socioeconómico			Sistema de salud adscrito		
Muy bajo	110	51.3	Subsidiado (SISBEN)	46	21.5
Bajo	67	31.3	Contributivo (EPS)	152	70.8
Medio-bajo	25	11.7	Medicina prepagada	13	6.1
Medio	7	3.4	Ninguno	3	1.5
Medio-alto	2	0.9			
Alto	3	1.4			

Instrumentos

Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) (Bringsén *et al.*, 2009).

La SHIS consta de doce preguntas que se dividen en dos dimensiones diferentes de indicadores de salud. La primera hace referencia a las características intrapersonales (CIP) y la segunda a la función interactiva (FIA). La CIP se compone de las preguntas A, B, C, D, I, J y L, y la FIA de las preguntas E, F, G, H y K. La SHIS contiene además una pregunta general: “¿Cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas?”, a la que se responde: “En las últimas cuatro semanas me he sentido...”.

La SHIS es una escala de tipo diferencial semántico en la que cada pregunta se responde en una escala de seis puntos, que van de lo positivo (saludable = 6) a lo negativo (poco saludable = 1), con puntuaciones mínima y máxima de 12 a 72 puntos, respectivamente. Las puntuaciones más altas indican una mejor salud. La consistencia interna del factor CIP es de $\alpha = 0.90$, la del factor FIA de $\alpha = 0.84$, y la de la SHIS completa de $\alpha = 0.92$ (Bringsén *et al.*, 2009).

Procedimiento

En la primera etapa del presente análisis dos traductores bilingües llevaron a cabo la traducción de la escala completa al español de manera independiente, así como de las instrucciones y las opciones de respuesta. Hecho lo anterior, un traduc-

tor nativo, hablante del inglés estadounidense, con amplios conocimientos del idioma español, efectuó la traducción inversa del español al inglés a partir de la versión original. Por último, se llevó a cabo la evaluación cultural del instrumento según los criterios de Alexandre y Guirardello (2002).

El trabajo de adaptación cultural consistió en la aplicación del instrumento a un grupo de diez estudiantes universitarios. Luego de responder los cuestionarios, dichos estudiantes fueron entrevistados para identificar las palabras o preguntas de difícil comprensión, evaluar la aceptabilidad de la escala y recibir sus comentarios sobre el instrumento. Igualmente, se registró el tiempo necesario para su llenado y para comprenderlo cabalmente en el sistema de respuesta de cada ítem.

Luego, con el previo permiso de los representantes legales de las instituciones de educación superior, se prosiguió con la captación de la muestra. La mayoría de los participantes fueron reclutados por los investigadores en las propias aulas, tras de lo cual se les explicaron el alcance y los objetivos del estudio, aclarándoles que podían retirarse del estudio en el momento que lo consideraran pertinente y que no habría ningún tipo de retribución económica. Quienes decidieron participar de manera libre y voluntaria firmaron una carta de consentimiento informado. Se les entregó el instrumento y una ficha de datos sociodemográficos que se respondieron en los respectivos salones de clase. El investigador a cargo estuvo pendiente de lo que los participantes llegaron a re-

querir. El proceso de aplicación tuvo una duración aproximada 15 minutos.

Este estudio se desarrolló siguiendo las consideraciones éticas relativas a la investigación con sujetos humanos (Congreso de Colombia, 2006; Ministerio de Salud, 1993, 2010).

RESULTADOS

En primera instancia, se describió el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para identificar si el tamaño de la muestra era suficiente, tras de lo cual se proyectó un análisis factorial con extracción de análisis de componentes principales con mínimos cuadrados no ponderados y rotación Promax con el software SPSS, v. 26. Luego, se llevó a cabo un

modelo de ecuaciones estructurales [MEE] confirmatorio, verificando que los índices de bondad de ajuste correspondieran con lo establecido por Kline (2016) para este tipo de herramientas analíticas con el aplicativo AMOS®. Finalmente, se establecieron los índices de confiabilidad con el coeficiente omega (ω) de McDonald, y se revisó la consistencia interna a partir de correlaciones ítem-prueba mediante el software JASP®.

Análisis descriptivo de la SHIS

En la Tabla 2 se observa que la muestra evaluada obtuvo niveles de medios a altos en sus puntajes de las doce situaciones evaluadas con el instrumento, excepto en las categorías “A” y “C”.

Tabla 2. Comportamiento de los ítems.

	Mín.	Máx.	\bar{X}	\pm D.E.
A	1	6	3.60	1.49
B	1	6	4.44	1.31
C	1	6	3.54	1.51
D	1	6	3.80	1.48
E	1	6	3.99	1.26
F	1	6	4.17	1.34
G	1	6	3.95	1.42
H	1	6	4.21	1.36
I	1	6	4.43	1.49
J	1	6	4.38	1.18
K	1	6	4.70	1.36
L	1	6	4.51	1.39

\bar{X} : media aritmética; D.E. desviación estándar

Coeficiente KMO y test de esfericidad de Bartlett

En la Tabla 3 se aprecia que el test de esfericidad de Bartlett mostró una fiabilidad de < 0.05 (signifi-

cativo) y un índice KMO de 0.802, que determinan que la muestra obtenida fue adecuada y que la matriz de correlaciones permite la realización del análisis factorial (Méndez y Rondón, 2012).

Tabla 3. Prueba de KMO y Bartlett.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.802
	χ^2	1087.51
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	66
	Sig.	0

Análisis factorial exploratorio

Se encontró que la prueba no tenía un comportamiento unifactorial y que los ítems se agrupaban en cuatro factores (Tabla 4). El primer factor conjuntó los ítems B, H, I, K y L, los cuales, sumados, aportan 33.67% de la varianza de dicha dimensión, mientras que el segundo factor estuvo compuesto por los ítems D y J, que aportaron 10.56%;

el tercer factor agrupó los ítems C y G, con una varianza de 9.52%, y el cuarto factor los ítems A, E y F, con un aporte en la varianza de 8.41%. La varianza total del cuestionario fue de 62.16%, con unos indicadores de extracción superiores a 0.40, mientras que los indicadores ω de McDonald y la correlación ítem-prueba son adecuados si se suprime el ítem.

Tabla 4. Comunalidades, varianza del componente y estadísticas de fiabilidad de la SHIS.

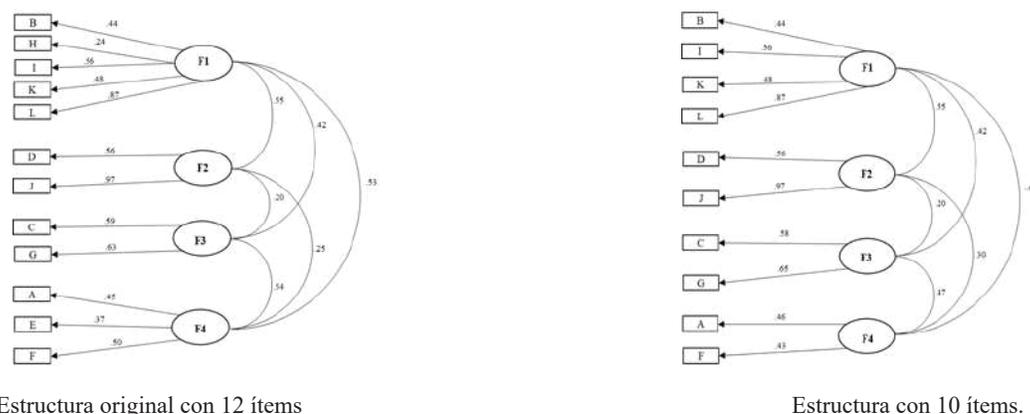
Ítem	F1	F2	F3	F4	Extracción	ω de McDonald si el elemento es suprimido	Correlación ítem-prueba si el elemento es suprimido
A	0.255	0.321	-0.003	0.594	0.402	0.809	0.318
B	0.770	0.282	0.140	0.235	0.600	0.791	0.509
C	0.197	0.322	0.754	0.194	0.632	0.803	0.396
D	0.171	0.840	0.296	0.213	0.799	0.797	0.441
E	0.063	0.128	0.531	0.695	0.663	0.807	0.314
F	0.367	0.133	0.048	0.727	0.581	0.806	0.338
G	0.388	0.215	0.650	0.141	0.538	0.801	0.407
H	0.541	0.028	0.396	0.194	0.468	0.805	0.356
I	0.647	0.486	0.057	0.416	0.513	0.786	0.541
J	0.537	0.966	0.150	0.290	0.955	0.775	0.701
K	0.727	0.343	0.219	0.288	0.551	0.788	0.539
L	0.733	0.714	-0.034	0.285	0.755	0.779	0.615

Modelo de ecuaciones estructurales

Al correr el análisis confirmatorio con un modelo de ecuaciones estructurales (MEE), se evidenció que cada ítem aportaba cargas factoriales superiores a 0.40 en cada dimensión de la SHIS (conforme

a lo estipulado por Kline [2016]), con excepción de los ítems E (0.37) y H (0.24). Dado lo anterior, se llevó a cabo un segundo MEE que en términos generales tuvo un mejor ajuste psicométrico (Figura 1).

Figura 1. Modelos de ecuaciones estructurales (MEE) confirmatorios de los factores de la SHIS.



Indicadores de bondad de ajuste del MEE

De manera complementaria, los indicadores de bondad de ajuste del MEE resultante fueron ópti-

mos en relación con los parámetros señalados para esta técnica de análisis, particularmente para la estructura alternativa de diez ítems (Tabla 5).

Tabla 5. Índices de ajuste de los MEE confirmatorios de los factores de la SHIS.

Índices de ajuste	MEE Estructura original	MEE 10 ítems	Parámetros esperados
Razón chi cuadrado/grados de libertad	2.86	2.91	≤ 3.00
Raíz cuadrada del error cuadrático medio (RSMEA)	0.09	0.09	< 0.10
Índice de ajuste aormalizado (NFI)	0.88	0.91	> 0.90
Índice comparativo de ajuste (CFI)	0.91	0.94	> 0.90
Valor <i>p</i> de chi cuadrado	0.00	0.00	≤ 0.05

Análisis de consistencia interna

Por último, en el análisis de consistencia interna se identificó que la prueba total tiene un índice de consistencia interna ω de 0.81 (I.C. 95% = 0.78-0.85).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo la finalidad de evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en estudiantes universitarios de la costa atlántica colombiana. Los resultados mostraron diferencias significativas con el estudio original de Bringsén *et al.* (2009), efectuado con estudiantes de bachillerato suecos, mismo que planteó un modelo de dos factores, denominando los índices “características intrapersonales” (CA = 0.90) y “función interactiva” (CA = 0.84), resumidos como “salud completa” (CA = 0.92), así como el posterior análisis de Garmy *et al.* (2017) con adultos jóvenes suecos, los que plantearon un modelo unidimensional de salud salutogénica.

Este estudio sometió a prueba el modelo original de doce ítems y planteó un modelo de diez ítems y cuatro factores (F1, F2, F3 y F4), los cuales obtuvieron mejores indicadores de bondad de ajuste. F1 enfatiza la salud mental y comprende cuatro ítems: B (feliz - deprimido), I (bien - enfermo), K (“Funciono con otras personas: bien-mal”) y L (“Mi cuerpo funciona: bien-mal”). F2 subraya la salud psicofísica con dos ítems: D (dormir

bien - mal) y J (energía mucha - poca). F3 se centra en la salud emocional y contiene dos ítems: C (calmado - preocupado) y G (decidido - indeciso). Finalmente, F4 alude a la salud energética y contiene dos ítems: A (alerta - cansado) y F (creativo - no creativo). Los ítems de la escala original E (concentrado - poco concentrado) y H (equilibrado - desequilibrado) se eliminaron para un mejor ajuste.

En consecuencia, la versión obtenida de la escala SHIS manifiesta una validez de constructo adecuada (*cf.* Kline, 2016) y unos indicadores de consistencia interna no redundantes (Frías, 2022) que dan cuenta de la utilidad de la escala para medir de manera adecuada las percepciones referidas por la población de adultos jóvenes acerca de los comportamientos que deben llevar a cabo cotidianamente para el mantenimiento de su salud y bienestar (Garmy *et al.*, 2017).

Como limitaciones del estudio se pueden mencionar las que se citan a continuación. En primera instancia, el muestreo fue no probabilístico, lo cual potencialmente explica las diferencias en la estructura factorial y la validez de constructo en el grupo de estudiantes de la costa norte colombiana y los adolescentes y adultos jóvenes suecos participantes en ponderación de la escala original. Lo anterior coincide con el planteamiento de Bringsén *et al.* (2009) respecto a que los resultados de este estudio pueden no ser generalizables a otros grupos de edad o contextos culturales diferentes. Por otro lado, al tratarse de una prueba de autorreporte, no está exenta de verse sesgada

en aspectos tales como la capacidad de autoobservación, los rasgos de personalidad, la posibilidad de visibilizarse actuando en el contexto de cada situación planteada en los ítems, y la deseabilidad social (Dang *et al.*, 2020).

Aun así, se concluye que el SHIS incorpora unas propiedades psicométricas aceptables para la

medición de indicadores salutogénicos percibidos por los estudiantes universitarios de la costa norte colombiana, y que es necesario el desarrollo de un nuevo estudio con una muestra probabilística mayor para corroborar su utilidad práctica en otras poblaciones.

Citación: Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Gómez-Acosta, A., Bernal, S. y Matar-Khalil, S. (2025). Análisis psicométrico de la Escala de Indicadores de Salud Salutogénica (SHIS) en Colombia. *Psicología y Salud*, 35(1), 187-195. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i1.2961>

REFERENCIAS

- Alexandre N., M.C. y Guirardello E., B. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(2), 109-111.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Ato, M., López G., J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
- Bauer, G.F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G.A., Jensen, B.B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M.B., Morgan, A.R., Pelikan, J.M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L. y Vinje, H.F. (2020). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promotion International*, 35(2), 187-195. Doi: 10.1093/heapro/daz057
- Bringsén, Å., Andersson, H.I. y Ejlerstson, G. (2009). Development and quality analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS). *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 13-19. Doi: 10.1177/1403494808098919
- Chow, E.K.M., Seah, B., Chan, J.J.Y. y Wang, W. (2023). Salutogenic-based interventions among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, 38(3), daac007. Doi: 10.1093/heapro/daac007
- Colomer P., N., Paredes C., J.J., Sarabia C., C., Useche, S.A. y Gea C., V. (2022). Self-care and sense of coherence: a salutogenic model for health and care in nursing education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9482. Doi: 10.3390/ijerph19159482
- Congreso de Colombia (2006, septiembre). Ley 1090. *Diario Oficial* 46.383. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.urosario.edu.co/observatorio-legislativo/Leyes-sancionadas1/Documentos-2006/2006/ley_1090de06_c/
- Dang, J., King, K. y Inzlicht, M. (2020). Why are self-report and behavioral measures weakly correlated? *Trends in Cognitive Sciences*, 24(4), 267-269. Doi: 10.1016/j.tics.2020.01.007
- Eriksson, M. y Contu, P. (2022). The sense of coherence: Measurement issues. En M. B. Mittelmark *et al.* (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. Doi: 10.1007/978-3-030-79515-3_11
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-466. Doi: 10.1136/jech.2003.018085
- Faúnde P., L. (2023). Envejecimiento saludable y enfoque salutogénico. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10(1), 39-45. Doi: 10.24875/rmf.22000090
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. y Taylor, J. (2015). Examining the validity and reliability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in a population of pregnant Australian women. *Evaluation & the Health Professions*, 38(2), 280-289. Doi: 10.1177/0163278715578558
- Frías N., D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Army, P., Berg, A., Clausson E., Hagell, P. y Jakobsson U. (2017). Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in adolescents. *Scandinavian Journal Public Health*, 45(3), 253-259. Doi: 10.1177/1403494816680801
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. y Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Kline, R.B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Lajunen, T. (2019). Cross-cultural evaluation of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire: Comparison between Australian, Finnish, and Turkish young adults. *Psychological Reports*, 122(2), 731-747.

- Méndez, C. y Rondón, A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.
- Ministerio de Salud y la Protección Social (1993). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y la Protección Social (2010). *Resolución 2378 de 2008*. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion2378_2008.pdf37. Congreso de la República. Ley 1374 de 2010.
- Mittelmark, M.B. y Bauer, G.F. (2017). The meanings of salutogenesis. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrom y G. A. Espnes (Eds.): *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 7-13). Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-04600-6
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud*. Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>
- Ortiz G., D., Acosta R., P., Lepe M., N., Del Valle, M. y Ramos G. L.C. (2019). Escala Reducida para Valorar el Sentido de Coherencia: SOC 15. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(2), 23-27.
- Restrepo E., M.H. y Palacios E., X. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: una alternativa para abordar el tema de la salud mental. *Informes Psicológicos*, 10(11), 275-300.
- Rivera S., F., Ramos V., P., Moreno R., C. y Hernán G., M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139. Doi: 10.1590/s1135-57272011000200002
- Sánchez P., N., Vélez Á., C. y Betancurth L., D.P. (2021). Validación de contenido y adaptación de la Escala de Sentido de Coherencia 29 para la población colombiana. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(3), e342827. Doi: 10.17533/udea.rfnsp. e342827
- Scharamme, T. (2023). Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, 20(20). 1-9. Doi: 10.1093/phe/phad017
- Suárez Á., Ó.S., Ruiz C., M.T., Cassetti, V., Cofiño, R. y Álvarez D., C. (2021). Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 488-494. Doi: 10.1016/j.gaceta.2019.12.002
- Virués O., J., Martínez M., P, Del Barrio, J.L. y Lozano, L.M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492. Doi: 10.1157/13100935
- World Health Organization (1948). *Official Records of the WHO*, N° 2, p. 100. New York: WHO.

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

EDITORIAL

Recent advances on Psychological (non-invasive) assessment and treatment of chronic pain

Luis Alberto Mendoza-Contreras, José Fernando Mora-Romo and Benjamin Domínguez-Trejo

Recovering gaudiebility: an analysis of the Gaudiebility Scale's structure

Elena del Barrio-Álvarez, Marta Herrero-Lázaro and Bernardo Moreno-Jiménez

Posttraumatic stress disorder symptomatology and adverse childhood experiences in adults with primary chronic pain: a systematic review

Denisse Talamás-Salazar, Abel Lerma-Talamantes, Luis Israel Ledesma-Arnaya and María Luisa Escamilla-Gutiérrez

Pain perception and quality of life in pediatric patients with hemophilia

Maricela Osorio-Guzmán, Carmen Yasselin Hernández-Guillén, Carlos Prado-Romero and Georgina Eugenia Bazán-Riverón

Efficacy of online cognitive-behavioral intervention for diabetic patients to improve foot care

Griselda García-Ávila, Maricela Osorio-Guzmán and Ana Leticia Becerra-Gálvez

A clinical description and treatment of autism spectrum disorder: a theoretical review

Claudia Marcela Arana-Medina and John Jairo García-Peña

Preventive behaviors assessment for COVID-19 through the Health Belief Model

Vianney Daianeé Fernández-Iglesias and Rosario Román-Pérez

Anxiety, depression, and substance abuse in students: changes during the covid-19 pandemic

Sarahi del Carmen Manríquez-Calderón, Erwin Rogelio Villuendas-González, Ferrán Padrós-Blázquez and Esteban Gudaya-Ferré

Influence of institutionalization on attachment

Andrea Joana Ceja-Magallanes, María del Carmen Marzo-Chávez and Ferrán Padrós-Blázquez

Resilience process of in women after the breakup of a couple: a case study

María Pía Rodríguez Regordosa and Nora Hemi Campos Rivera

Emotional dependence and its relationship with self-deception and negative feelings

María de la Villa Moral-Jiménez and María López-Suárez

Relationship between disordered eating behaviors, parenting styles and perfectionism in Mexican university students

Jimena Padilla-Pascacio, Magally Castaño-Muñoz de Cate, Mariana Mendiola-Robles, Maricarmen Boom-Treviño, Pamela Argüelles-Gutiérrez and Claudia Unikel-Santoncini

The experience of the losses lived by Venezuelan cancer survivors

Diana M. Ascanio and José Javier Altuve

Clinical findings in inhalant use disorder: effects according to sex

Lizeth Alonso-Matías

Validation of a self-efficacy scale for pharmacological adherence (MASES-R) with Mexican hypertensive patients

Aarón Villegas-Gisneras, Silvia Susana Robles-Montjo, Cynthia Zaira Vega-Valera, Fabiola González-Betanzos, Yolanda Guevaro-Benitez and Oswaldo Christian Acosta-Quiroz

Psychometric properties of the Appraisal of Self-care Agency Scale in Mexican women

Leticia Rubí García-Valenzuela, Elva Rosa Valtierra-Oba and Christian Díaz de León-Castañeda

Psychometric analysis of the Salutogenic Health Indicator Scale (SHIS) in Colombia

Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quicena, Andrés Gámez-Acosta, Soraya Bernal and Shadye Matar-Khalil