

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 35 Número 2

Julio-diciembre 2025

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

El funcionamiento parental como predictor de la violencia escolar desde la perspectiva de las víctimas y los agresores

Arturo Enrique Orazco-Vargas, Elvira Ivonne González-Jairnes y Brenda Sarahí Cervantes-Luna

Exploración cualitativa de experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios

Solveig E. Rodríguez-Kuri, Valeria Díaz Barriga-Muñoz, Alejandra Lemus-Romero, Sussy Moussan-Cohen, Andrea Rosado-Ramírez e Isabella Toscano-Núñez

Midiendo la violencia escolar, la intimidación y el efecto de la presencia del docente. Resultados en Baja California

Teresa Fernández de Juan, Sarah Eva Martínez Pelligrini y Miriam de Anda Hernández

Rasgos oscuros de personalidad en estudiantes de Derecho y Medicina en universidades mexicanas

Marcelo José Villarreal-Coindreau, Montserrat Legorreta-Vega, Brayan Yahir Martínez-de Jesús, Juliana Jiménez-Díaz, Romina Schievenini-Córdova y Miranda Camarena-Álvarez

Psicología de la alimentación: una revisión

José Enrique Díaz-Camacho y Eli Alejandra Garcimarrero-Espino

Relación entre conductas alimentarias de riesgo y gaudibilidad

Martha Zamara-Cervantes, María Patricia Martínez-Medina y Ferrán Padrós-Blázquez

Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología

Nicolás Armando Torres y Torres, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, María del Rocío Hernández-Pozo y Christian Oswaldo Acosta-Quiróz

Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso

Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre, Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo, Lorena A. Flores-Plata y Alicia I. Flores-Elvira

Autocuidado para ejercer el cuidado y el dilema del trabajo en equipo

Susana E. Morgado

Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiyi del sur de Veracruz, México

Aimé López-González, Amada Rubio Herrera y Alejandra Núñez-de la Mora

Evaluación de la personalidad resistente en cuidadores de pacientes en hemodiálisis

Yodira Grau-Valdés, Jorge A. Grau-Abalo, Lorena Rojas-Ricardo y Carmen Regina Victoria García-Vniegras

Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana

Fabiola Guadalupe Reyes-Torres, Georgina Cárdenas-López y Soledad Quero-Castellano

Aproximación teórica y evidencias de indicadores de riesgo y resiliencia poscovid-19 en la adolescencia

Norma B. Coppari, Laura Bognoli y María Laura Romero Lévera

Conductas parentales, comunidades virtuales, riesgos y protección en internet

María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñalosa-Gómez, Mirna García-Méndez y José Carlos Jaenes-Sánchez

Prevalencia de estrés percibido en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Isidro Fabela

Stephanie Becerril González, Ismael Hernández de la Cruz y Carmen Denise Macedo Jaramillo

Ideación suicida en estudiantes de una institución universitaria de Toluca (México)

Victor Camacho Hernández, Susana Sivia Zarza Villegas, Manuel Gutiérrez Romero y Saúl Alejandro García

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 2 • Julio-diciembre 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 2
Julio-diciembre de 2025

El funcionamiento parental como predictor de la violencia escolar desde la perspectiva de las víctimas y los agresores <i>Arturo Enrique Orozco-Vargas, Elvira Ivonne González-Jaimes† y Brenda Sarahí Cervantes-Luna</i>	201
Exploración cualitativa de experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios <i>Solveig E. Rodríguez-Kuri, Valeria Díaz Barriga-Muñoz, Alejandra Lemus-Romero, Sussy Moussan-Cohen, Andrea Rosado-Ramírez e Isabella Toscano-Núñez</i>	215
Midiendo la violencia escolar, la intimidación y el efecto de la presencia del docente. Resultados en Baja California <i>Teresa Fernández de Juan, Sarah Eva Martínez Pellégrini y Miriam de Anda Hernández</i>	231
Rasgos oscuros de personalidad en estudiantes de Derecho y Medicina en universidades mexicanas <i>Marcelo José Villarreal-Coindreau, Montserrat Legorreta-Vega, Brayan Yahir Martínez-de Jesús, Juliana Jiménez-Díaz, Romina Schievenini-Córdova y Miranda Camarena-Álvarez</i>	245
Psicología de la alimentación: una revisión <i>José Enrique Díaz-Camacho y Elí Alejandra Garcimarrero-Espino</i>	257
Relación entre conductas alimentarias de riesgo y gaudibilidad <i>Martha Zamora-Cervantes, María Patricia Martínez-Medina y Ferrán Padrós-Blázquez</i>	265
Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología <i>Nicolás Armando Torres y Torres, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, María del Rocío Hernández-Pozo y Christian Oswaldo Acosta-Quiroz</i>	273
Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso <i>Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre, Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo, Lorena A. Flores-Plata y Alicia I. Flores-Elvira</i>	287
Autocuidado para ejercer el cuidado y el dilema del trabajo en equipo <i>Susana E. Morgado</i>	299
Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiyi del sur de Veracruz, México <i>Aimé López-González, Amada Rubio Herrera y Alejandra Núñez-de la Mora</i>	309
Evaluación de la personalidad resistente en cuidadores de pacientes en hemodiálisis <i>Yadira Grau-Valdés, Jorge A. Grau-Abalo, Lorena Rojas-Ricardo y Carmen Regina Victoria García-Viniegras</i>	323
Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana <i>Fabiola Guadalupe Reyes-Torres, Georgina Cárdenas-López y Soledad Quero-Castellano</i>	335
Aproximación teórica y evidencias de indicadores de riesgo y resiliencia poscovid-19 en la adolescencia <i>Norma B. Coppari, Laura Bagnoli y María Laura Romero Lévera</i>	347
Conductas parentales, comunidades virtuales, riesgos y protección en internet <i>María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñaloza-Gómez, Mirna García-Méndez y José Carlos Jaenes-Sánchez</i>	357
Prevalencia de estrés percibido en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Isidro Fabela <i>Stephanie Becerril González, Ismael Hernández de la Cruz y Carmen Denise Macedo Jaramillo</i>	367
Ideación suicida en estudiantes de una institución universitaria de Toluca (México) <i>Victor Camacho Hernández, Susana Silvia Zarza Villegas, Manuel Gutiérrez Romero y Saúl Alejandro García</i>	375

SUMMARY

Volume 35, Number 2
July-December 2025

Parental functioning as predictor of bullying from the perspective of victims and aggressors <i>Arturo Enrique Orozco-Vargas, Elvira Ivonne González-Jaimes† and Brenda Sarahí Cervantes-Luna</i>	201
Qualitative exploration of cyber dating abuse experiences in university students <i>Solveig E. Rodríguez-Kuri, Valeria Díaz Barriga-Muñoz, Alejandra Lemus-Romero, Sussy Moussan-Cohen, Andrea Rosado-Ramírez and Isabella Toscano-Núñez</i>	215
Measuring school violence, bullying, and teacher presence. Results in Baja California <i>Teresa Fernández de Juan, Sarah Eva Martínez Pellégrini and Miriam de Anda Hernández</i>	231
Dark personality traits in law and medical students at Mexican universities <i>Marcelo José Villarreal-Coindreau, Montserrat Legorreta-Vega, Brayán Yahir Martínez-de Jesús, Juliana Jiménez-Díaz, Romina Schievenini-Córdova and Miranda Camarena-Álvarez</i>	245
Psychology of eating: a review <i>José Enrique Díaz-Camacho and Elí Alejandra Garcimarrero-Espino</i>	257
Relationship between risky eating behaviors and gaudiebility <i>Martha Zamora-Cervantes, María Patricia Martínez-Medina and Ferrán Padrós-Blázquez</i>	265
Effects of a mediated by technology intervention based on positive psychology in older adults <i>Nicolás Armando Torres y Torres, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, María del Rocío Hernández-Pozo and Christian Oswaldo Acosta-Quiroz</i>	273
Transdiagnostic treatment for emotional disorders using a telepsychology system: a case study <i>Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre, Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo, Lorena A. Flores-Plata and Alicia I. Flores-Elvira</i>	287
Self-care to exert care and the teamwork's dilemma <i>Susana E. Morgado</i>	299
Giving birth during the first wave of the covid-19 pandemic: inequities in care and their impact on the lived experience and psychosocial health of Nahuatl and Nuntajiyi women from southern Veracruz, Mexico <i>Aimé López-González, Amada Rubio Herrera and Alejandra Núñez-de la Mora</i>	309
Evaluation of resistant personality in caregivers of patients in hemodialysis <i>Yadira Grau-Valdés, Jorge A. Grau-Abalo, Lorena Rojas-Ricardo and Carmen Regina Victoria García-Viniegras</i>	323
Psychometric properties of a scale to assess the adjustment disorder in Mexican population <i>Fabiola Guadalupe Reyes-Torres, Georgina Cárdenas-López and Soledad Quero-Castellano</i>	335
Theoretical approach and evidence of indicators of risk and resilience post covid-19 in adolescence <i>Norma B. Coppari, Laura Bagnoli and María Laura Romero Lévera</i>	347
Parental behaviors, virtual communities, risks, and protection in internet <i>María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñaloza-Gómez, Mirna García-Méndez and José Carlos Jaenes-Sánchez</i>	357
Prevalence of perceived stress among first-year UIFT medical students <i>Stephanie Becerril González, Ismael Hernández de la Cruz and Carmen Denise Macedo Jaramillo</i>	367
Suicidal ideation in students from a university at Toluca (Mexico) <i>Víctor Camacho Hernández, Susana Silvia Zarza Villegas, Manuel Gutiérrez Romero and Saúl Alejandro García</i>	375

El funcionamiento parental como predictor de la violencia escolar desde la perspectiva de las víctimas y los agresores

Parental functioning as predictor of bullying from the perspective of victims and aggressors

Arturo Enrique Orozco-Vargas¹, Elvira Ivonne González-Jaimes^{†2}
y Brenda Sarahí Cervantes-Luna³

Universidad Autónoma del Estado de México^{1,2,3}

Autor para correspondencia: Arturo Enrique Orozco Vargas, aeorozcov@uaemex.mx.

RESUMEN

A diferencia de las investigaciones que han analizado los efectos que tienen los factores relacionados directamente con el ambiente educativo en la violencia escolar, son muy escasos los estudios que han examinado la relación entre el funcionamiento parental y la violencia escolar. En este contexto, el objetivo de la presente investigación fue identificar los efectos de los predictores parentales de cohesión, comunicación, hostilidad, apoyo, interés y supervisión en la violencia escolar. De igual manera, se examinaron las diferencias entre las mujeres y los hombres, así como entre los estudiantes que habían sido víctimas o agresores respecto a los estilos de la autoridad parental. Los resultados revelaron que la supervisión parental fue el predictor más significativo de la experiencia de victimización, seguido de la hostilidad presente en la familia. Asimismo, la supervisión de los padres fue también el predictor más significativo en la violencia ejercida por el perpetrador, seguido del apoyo que ofrecen los padres. Se encontraron asimismo diferencias significativas entre mujeres y hombres en los estilos permisivo y autoritario, así como entre víctimas y agresores en los estilos autorizativo, permisivo y negligente. En conclusión, los resultados proporcionan una mayor comprensión de los efectos que conlleva un ambiente familiar hostil como factor de riesgo en la violencia escolar, tanto en los agresores como en las víctimas, así como la importancia de la supervisión y el apoyo parental como factores de protección.

Palabras clave: Violencia escolar; Supervisión parental; Apoyo; Hostilidad; Adolescentes.

ABSTRACT

In contrast to research analyzing the effects of factors related directly to school environment on bullying, there are very few studies exploring the relationship between parental functioning and bullying. In this context, this research aimed to identify the effects of parental predictors such as cohesion, communication, hostility, support, interest, and supervision on bullying. We also examined

¹ Instituto de Estudios Sobre la Universidad de la UAEMEX, Paseo Tolloca Poniente 1402, Ciudad Universitaria, 50110 Toluca, Estado de México, México, correo electrónico: aeorozcov@uaemex.mx.

² Centro Universitario UAEM Zumpango, Km 3.5, Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, 55600 Zumpango, Edo. de México, México, correo electrónico: eigonzalezj@uaemex.mx.

³ Centro Universitario UAEM Ecatepec, José Revueltas 17, Tierra Blanca, 55020 Ecatepec, Edo. de México, correo electrónico: bscervantesl@uaemex.mx.



differences between women and men, as well as between students who have been victims and those who have been aggressors concerning parental authority styles. Results revealed that parental supervision was the most significant predictor of victimization experience, followed by hostility present in the family. Likewise, regarding violence exerted by the perpetrator, parental supervision was also the most important predictor, followed by support offered by parents. On the other hand, significant differences resulted between women and men in the permissive and authoritative styles, as well as between victims and aggressors in the authoritarian, permissive, and negligent styles. In conclusion, this research provides a better understanding of the effects of a hostile family environment as a risk factor in bullying, both in the aggressors and in the victims, as well as the relevance of parental supervision and support as protective factors.

Key words: Bullying; Parental supervision; Parental support; Hostility; Adolescents.

Recibido: 30/06/2023

Aceptado: 11/03/2024

Los adolescentes que participan en la violencia escolar como víctimas o agresores presentan diversos trastornos psicosociales, así como importantes disfunciones familiares. Los conflictos de pareja, la depresión que experimentan alguno u ambos padres, el bajo nivel socioeconómico de la familia, el ambiente hostil y la falta de involucramiento por parte de los padres en la vida de sus hijos constituyen importantes factores de riesgo asociados a estas disfunciones (Elledge *et al.*, 2019; Hein, 2017). Algunas investigaciones han reportado los efectos negativos que trae consigo la violencia escolar, destacando por su gravedad el estado de indefensión y los trastornos psicológicos que padecen las víctimas, los abusos físicos reiterados durante largos periodos, y el sometimiento que ejercen los agresores sobre las víctimas (Graham, 2016).

Diversos autores coinciden en señalar que las expresiones más reiteradas de la violencia escolar son la agresión verbal (apodos, insultos, habladurías, burlas, amenazas o comentarios ofensivos), la violencia física (golpes, empujones, palizas, patadas, bofetadas y quemaduras) y el aislamiento social (indiferencia, alejamiento, exclusión y discrimi-

minación) (Fitzpatrick *et al.*, 2007; Pepler *et al.*, 2006; Rettew y Pawlowski, 2022; Van Noorden *et al.*, 2015).

Entre los diversos factores relacionados con la violencia escolar se encuentra la supervisión que los padres ejercen al velar por el desarrollo de sus hijos. Esta supervisión implica, en términos generales, informarse de las actividades y el paradero de los hijos para evitar que se involucren en situaciones ilícitas, riesgosas o contrarias a los principios morales de la familia (Carrillo *et al.*, 2016). Por medio de esta supervisión, los padres buscan que el comportamiento y la manera de pensar de sus hijos no se vean influidos por amigos o personas que se encuentran en las situaciones previamente enumeradas.

La supervisión parental tiene una doble función; por una parte, evita que los padres ejerzan sobre sus hijos una conducta violenta, castigos corporales y otro tipo de represalias, lo cual empeoraría el comportamiento agresivo de éstos. Por otra parte, favorece la comunicación e interacción de los hijos con sus padres, lo que refuerza sus vínculos (Fernández *et al.*, 2017).

Entre los principales beneficios que aporta la supervisión personal a la estabilidad y funcionamiento familiar se encuentra la protección de los hijos. Diversos estudios han encontrado que en los niños y adolescentes supervisados de manera adecuada por sus padres se reduce significativamente la posibilidad de que se involucren en conductas antisociales y delitos (Flanagan *et al.*, 2019).

Respecto a la violencia que se ejerce dentro de las escuelas, Lereya *et al.* (2013) hallaron evidencia empírica que muestra el vínculo existente entre la supervisión parental y este tipo de violencia. En un estudio efectuado en adolescentes españoles, Giménez *et al.* (2017) hallaron que los adolescentes que son más supervisados por sus padres tienen menos probabilidades de cometer actos de ciberacoso, dedican menos tiempo a emplear la computadora, el teléfono celular o los videojuegos y, en general, reportan menos niveles de ciberadicción y aislamiento social.

Además de la supervisión parental, el apoyo emocional que se les proporciona a los hijos desde edades tempranas, junto con un ambiente familiar ausente de conflictos de pareja y fraternos,

los protege no solamente de la violencia escolar, sino también de otros factores de riesgo asociados a ésta, como el pandillerismo, el consumo de drogas y el involucramiento en actos delictivos (Andreas y Watson, 2009). Por consiguiente, el apoyo emocional que los hijos reciben de sus padres es un elemento fundamental para protegerlos de los abusos y vejaciones que ocurren en el contexto escolar (Huang y Zhao, 2018).

Diversas investigaciones han analizado la relación entre el funcionamiento familiar y la violencia escolar, y específicamente el vínculo padres-hijos; sin embargo, no se ha llegado a concluir si un estilo parental en particular determina o contribuye a la violencia presente en las escuelas. En una revisión sistemática efectuada por Nocentini *et al.* (2019) se encontró que los padres de los alumnos más agresivos eran más autoritarios en la toma de decisiones familiares, tenían dificultades para relacionarse con sus hijos de manera armónica, usaban el castigo físico como un método para ejercer la disciplina, y les era complicado expresar a sus hijos el cariño que sentían hacia ellos. Asimismo, se ha podido identificar que los estudiantes agresivos vivían en hogares donde era frecuente la carencia de calidez y del apoyo necesario para establecer una buena convivencia. Cuando, además, el padre está ausente y abusaba de sus hijos física y emocionalmente, éstos eran más propensos a comportarse agresivamente dentro y fuera de la escuela (Hein, 2017).

Asimismo, se han reportado las condiciones del ambiente y los factores inherentes a la experiencia de victimización. Por ejemplo, en un estudio de Shah y Majoka (2017) se halló que las víctimas de la violencia escolar tienen padres que solían convivir poco con ellas, criticaban negativamente las actividades que llevaban a cabo y su comportamiento en general, eran distantes, hostiles y frecuentemente los golpeaban o gritaban. Los resultados de otro estudio efectuado en Italia por Baldry (2003) revelaron que en aquellos hogares en los que los hijos presenciaban actos violentos entre los padres, además de tener más posibilidades de convertirse en víctimas de la violencia escolar, exhibían más disfunciones en su comportamiento y en su rendimiento escolar. Se ha identificado también que las víctimas de la violencia en las escuelas tenían padres que no so-

lamente se involucraban menos en sus actividades escolares, sino también que mantenían con ellas una comunicación muy deficiente. Esta falta de apoyo parental y comunicacional tenía a su vez consecuencias en la calidad de las relaciones con sus compañeros, en sus sentimientos de seguridad dentro de la escuela y en su rendimiento académico (Spriggs *et al.*, 2007).

Algunos estudios han documentado el efecto que diversos factores inherentes al centro escolar tienen en la prevalencia de la violencia escolar (*e.g.*, Espelage y Hong, 2019; Låftman *et al.*, 2017; Piko *et al.*, 2005). Sin embargo, más allá del contexto educativo aún se desconocen los efectos que tienen las interacciones familiares en este tipo de violencia.

Tal condición ha llevado a explorar los factores que se encuentran fuera de las escuelas y que inciden en la predisposición para que los adolescentes puedan convertirse en víctimas o en perpetradores de la violencia escolar. Así, con la finalidad de examinar el impacto que tienen el funcionamiento parental y los estilos de autoridad en la prevalencia del fenómeno, el principal objetivo de la presente investigación fue identificar los efectos de los predictores parentales de comunicación, apoyo, hostilidad, cohesión, interés y supervisión. Con base en este objetivo se hipotetizó que los citados predictores tendrían una relación negativa con la violencia escolar, mientras que el nivel de hostilidad que se vive en el hogar tendría un efecto positivo. Por otra parte, un segundo objetivo fue examinar las posibles diferencias entre los estudiantes que han sido víctimas y los que han sido agresores con respecto a los estilos de autoridad parental. También se analizaron las posibles diferencias entre mujeres y hombres, hipotetizándose que éstos exhibirían niveles más altos de violencia escolar y de victimización que aquéllas. A su vez, los padres de los alumnos más agresivos tendrían un estilo más permisivo y autoritario.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en esta investigación fueron alumnos de cuatro escuelas preparatorias públicas de la

ciudad de Toluca, Estado de México (México). La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un muestreo de tipo intencional que incluyó la participación de 225 hombres y 248 mujeres. La edad mínima de los participantes fue de 14 años y la máxima de 21 ($M = 16.4$, $D.E. = .98$). Al momento de la recolección de datos, 28.5% se encontraba estudiando el segundo semestre, 37.9% estaban en el cuarto semestre y 33.6% el último semestre de la preparatoria. De la muestra, 52.5% vivía en casa con ambos padres y hermanos, 27.2% con uno de sus padres y hermanos, 5.3% sólo con sus dos padres, 7.4% con sólo uno de sus padres, 3.1% solamente con sus hermanos, 2.8% con algún pariente y 1.7% vivía solo en una habitación.

Instrumentos

Escala de Autoridad Parental (Aguilar y Aguilar, 2013).

Se utilizó para medir las actitudes y conductas asociadas a los cuatro estilos que caracterizan la autoridad parental: Autoritario (8 ítems), Permisivo (6 ítems), Negligente (6 ítems) y Autoritativo o Democrático (9 ítems). Al contestar cada uno de estos 29 reactivos, los participantes señalan el estilo de autoridad que mejor describe a sus padres. Los participantes emiten sus respuestas en un formato tipo Likert con respuestas que van de 1 (“Completamente en desacuerdo”) a 4 (“Completamente de acuerdo”). Según sus autores, la escala ha mostrado buenos índices de consistencia interna, que van desde $\alpha = 0.72$ para el estilo permisivo, hasta $\alpha = 0.87$ para el estilo negligente.

Escala de Ambiente Familiar (Villatoro *et al.*, 1997). Consta de 42 reactivos agrupados en cinco dimensiones: Comunicación de los padres, Comunicación del hijo, Hostilidad y rechazo, Apoyo cotidiano del hijo y Apoyo de los padres. Los participantes emiten sus respuestas en una escala Likert optando entre 1 (“Casi nunca”) y 4 (“La mayoría de las veces”). Considerando los objetivos de esta investigación, solamente se emplearon las dimensiones de hostilidad y rechazo y apoyo de los padres. Al sumar los puntajes de cada participante, entre mayor es la puntuación obtenida más es el apoyo que los padres brindan a sus hijos; de la misma manera,

más es la hostilidad y el rechazo que experimenta la persona en su núcleo familiar.

Esta escala ha reportado una confiabilidad aceptable al ubicarse en rangos de entre $\alpha = 0.72$ y $\alpha = 0.85$.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Olson *et al.*, 2004).

Como parte del instrumento FACES IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), se usó específicamente su dimensión de Cohesión para medir la cohesión familiar. En la presente investigación se emplearon los veintidós reactivos que conforman las tres escalas asociadas con dicha dimensión: Cohesión Balanceada, para medir las áreas balanceadas de la cohesión, y la Desvinculada y Enmarañada, que se utilizan para analizar las áreas problemáticas. La escala tipo Likert se contesta eligiendo una de las cinco opciones, que van de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 5 (“Totalmente de acuerdo”). Un puntaje alto en esta escala indica una buena cohesión familiar. La escala muestra una fiabilidad interna de 0.93.

Escala de Percepción de la Crianza Parental (Rodríguez *et al.*, 2011).

Se eligió este instrumento para medir el interés de los padres en la conducta y las actividades cotidianas de sus hijos. Cuenta con 32 reactivos clasificados en tres dimensiones (Orientación a los hijos, Interés de los padres hacia sus hijos y Apoyo a los hijos). Con base en los objetivos de este estudio, solamente se incluyeron los 16 reactivos que conforman la dimensión Interés en las actividades de los hijos. Los participantes contestan este instrumento usando una escala Likert de cinco opciones que van de 1 (“Nunca”) a 5 (“Siempre”). Una puntuación alta en esta dimensión evidencia que los padres de los participantes demuestran un interés profundo y genuino por todo aquello que hacen sus hijos. Este instrumento reporta propiedades psicométricas adecuadas ($\alpha = 0.91$) que explican 41% de la varianza (Rodríguez *et al.*, 2011).

Escala de Supervisión Parental (Small y Kerns, 1993).

Se utiliza para evaluar el nivel de información con el que cuentan los padres respecto a los lugares que

visitan sus hijos, las actividades que realizan y sus propias condiciones. La escala tipo Likert incluye ocho reactivos, cada uno con cinco opciones, que oscilan entre 0 (“Nunca”) y 4 (“Siempre”). Este instrumento fue diseñado en idioma inglés, por lo que como primer paso se tradujo al español por un investigador. En un segundo momento, esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro investigador a fin de compararlas y determinar si había discrepancias. Después de llevar a cabo los cambios correspondientes, se consideró como adecuada para aplicarse. Las puntuaciones altas que obtienen los participantes sugieren que sus padres conocen las actividades que realizan y el lugar donde se encuentran. El coeficiente alfa de confiabilidad para esta escala fue de 0.88.

Escala de Comunicación Adolescentes-Padres (Barnes y Olsen, 1985).

Consta de 20 ítems agrupados en dos factores, el primero de los cuales evalúa los problemas que se suscitan en la comunicación familiar, mientras que el segundo mide la comunicación abierta y funcional que tienen los adolescentes con sus padres. Esta escala se desarrolló originalmente en inglés, por lo cual se realizó el proceso de traducción descrito en el párrafo anterior. Ambos procedimientos los llevaron a cabo dos traductores independientes con la finalidad de asegurar la precisión en la comparación de ambas traducciones. Una vez que se discutieron y superaron las divergencias, la escala se incluyó en la batería de instrumentos. Este instrumento se contesta usando una de las cinco opciones tipo Likert que oscilan entre 1 (“Totalmente en desacuerdo”) y 5 (“Totalmente de acuerdo”). Al obtener un puntaje alto en la dimensión de Comunicación abierta, el participante denota que mantiene un buen nivel de comunicación con sus padres. Por el contrario, al obtener un puntaje alto en la dimensión de Problemas en la comunicación, el participante da a conocer que tiene serias dificultades para comunicarse con sus padres. Con la finalidad de obtener un puntaje en la misma dirección, todos los reactivos de esta segunda dimensión se revirtieron. La citada escala muestra niveles adecuados de consistencia interna ($\alpha = 0.79$ para la dimensión de Comunicación abierta y $\alpha = 0.75$ para la dimensión de Problemas en la comunicación).

Escala de Violencia y Victimización (Orpinas y Frankowski, 2011).

Mide las conductas de violencia verbal y física en las instituciones educativas. El instrumento consta de 21 reactivos agrupados en dos dimensiones, la primera de las cuales valora los actos de violencia escolar cometidos por el perpetrador, y la segunda evalúa los actos de violencia que reciben las víctimas. Ambas escalas miden la frecuencia con la que efectuó una conducta violenta o, por el contrario, la frecuencia con la que se fue víctima de uno o más actos violentos. Los participantes eligen una de las siete opciones de respuesta, las cuales oscilan entre 0 veces hasta 6 o más episodios de violencia. En la presente investigación se usaron las versiones en español traducidas y adaptadas por López y Orpinas (2012). Un puntaje alto en la escala de violencia indica un nivel alto de violencia por parte del perpetrador. Por el contrario, un puntaje alto en la escala de victimización indica la presencia de una gran cantidad de actos violentos cometidos en contra de la víctima. Esta escala ha mostrado una consistencia interna apropiada ($\alpha = 0.88$). Con respecto a su estructura interna, el análisis factorial confirmatorio reveló un ajuste adecuado del modelo (RMR = 0.037 y GFI = 0.94).

Procedimiento

Después de obtener la autorización de los directivos de las cuatro preparatorias, se tuvo una entrevista con el subdirector de cada plantel para planear la estrategia que se seguiría para recolectar los datos. De esta manera quedaron seleccionados los once grupos a los que se aplicaron los instrumentos. En reuniones escolares con los padres de familia de los alumnos de estos grupos se les presentaron los objetivos de la investigación, sus alcances y el procedimiento a seguir. Una vez que se aclararon sus dudas, se les pidió que aquellos que estuvieran de acuerdo en la posible participación de sus hijos firmaran una carta de consentimiento informado. En el presente estudio se cumplieron todos los principios éticos que se han establecido en México para realizar investigación. De la misma manera, se siguieron los principios de la American Psychological Association para la conducción de una investigación en el área de la psicología y

todos los procedimientos establecidos por la Universidad Autónoma del Estado de México para la protección de datos personales. Antes de comenzar la entrega de los instrumentos, se les explicó a los estudiantes de cada salón de clase el propósito general del estudio y se resolvieron todas sus dudas. Aquellos alumnos que libremente decidieron participar en el estudio firmaron individualmente una carta de asentimiento informado en la que se les daban a conocer sus derechos y el resguardo de sus datos como participantes.

La primera parte del cuestionario incluía preguntas relativas a sus datos sociodemográficos. Al terminar esta sección, se les pidió a los participantes que leyeran con detenimiento las instrucciones para contestar correctamente cada escala. Conforme iban terminando de responder y verificando que todos los reactivos hubiesen sido contestados, los alumnos abandonaban el aula para no interrumpir al resto de sus compañeros. Los estudiantes necesitaron alrededor de 40 minutos para completar todos los instrumentos.

Análisis estadísticos

En un primer momento se llevaron a cabo análisis descriptivos (media, desviación estándar y correlaciones) para conocer las características generales de la muestra. Después, con la finalidad de identificar alguna posible diferencia que se presen-

tara en cuanto al sexo de los alumnos, el estilo de autoridad parental identificado y el rol que tenían los participantes como agresores o víctimas de la violencia escolar, se llevó a cabo un análisis para muestras independientes. Finalmente, con el fin de examinar el impacto que tenían el funcionamiento parental y los estilos de autoridad en la prevalencia de la violencia escolar, se efectuó un análisis de regresión múltiple jerárquica. Para lograr tal objetivo, se diseñaron dos análisis de regresión empleando el mismo procedimiento analítico. En el primero, la variable de criterio fue la experiencia de victimización, y en el segundo, los episodios de violencia escolar ejercida. En ambos análisis de regresión, el Modelo 1 incluyó la edad y el sexo de los participantes; en el Modelo 2 se controlaron esas dos variables y se incluyeron los predictores propios del contexto familiar (hostilidad, cohesión y comunicación). Finalmente, en el Modelo 3 se incluyeron, además de los mencionados anteriormente, los predictores que conforman el involucramiento parental (supervisión, apoyo e interés).

RESULTADOS

Previo a los análisis de regresión múltiple, se obtuvieron la media, la desviación estándar y un análisis de correlaciones bivariadas (Tabla 1).

Tabla 1. Media, desviación estándar y correlaciones entre las variables de estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Apoyo	–							
2. Interés hacia los hijos	0.75*	–						
3. Supervisión parental	0.47*	0.53*	–					
4. Cohesión	0.63*	0.71*	0.45*	–				
5. Hostilidad	–0.59*	–0.64*	–0.32*	–0.74*	–			
6. Comunicación	0.72*	0.82*	0.57*	0.59*	–0.70*	–		
7. Violencia ejercida	–0.19*	–0.23*	–0.44*	–0.21*	0.25*	–0.11	–	
8. Victimización	–0.23*	–0.30*	–0.33*	–0.20*	0.31*	–0.32*	0.75*	–
M	17.56	50.04	24.62	21.37	5.34	67.23	10.83	9.26
D	5.12	9.38	5.11	4.14	2.98	8.15	5.27	2.53

* $p < 0.05$

Se analizaron posteriormente las posibles diferencias entre las mujeres y los hombres, así como entre los estudiantes agresores y las víctimas. Para llevar a cabo estos análisis se emplearon pruebas

t para muestras independientes. De acuerdo con las puntuaciones de cada estudiante, se identificó el estilo de autoridad parental predominante (Tabla 2).

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de acuerdo con el grupo de pertenencia.

	Hombre (n = 225)	Mujeres (n = 248)	Víctima (n = 204)	Agresor (n = 153)
Autoritario	17.80 (2.72)	17.35 (2.24)	21.57 (2.78)*	23.39 (3.18)*
Permisivo	14.75 (3.41)*	10.25 (3.02)*	11.72 (3.37)*	15.32 (2.42)*
Negligente	13.02 (1.71)	12.72 (2.18)	9.31 (1.69)*	12.59 (1.73)*
Autorizativo	23.48 (3.08)*	27.32 (2.38)*	17.74 (3.24)	17.25 (2.31)

* $p < 0.05$

Al clasificar a los padres de los estudiantes por el estilo más predominante para ejercer su autoridad, los padres autorizativos alcanzaron el mayor porcentaje (43.41%), seguidos de los considerados permisivos (26.32%) y los autoritarios (24.49%). Finalmente, los padres negligentes tuvieron el menor porcentaje (5.78%). En la Tabla 2 se muestran las medias de las puntuaciones para los cuatro estilos de autoridad parental. Como se puede observar, se hallaron dos diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres, siendo las mujeres quienes reportaron niveles más bajos en el estilo permisivo ($t = 4.69$, $gl = 471$, $p < 0.05$) y más altos en el estilo autorizativo ($t = 3.83$, $gl = 471$, $p < 0.05$). Al comparar las medias de las víctimas y de los agresores, tal como se había hipotetizado, los padres de los estudiantes más violentos reportaron las puntuaciones más altas en los estilos autoritario ($t = 2.80$, $gl = 471$, $p < 0.05$), permisivo ($t = 3.25$, $gl = 471$, $p < 0.05$) y negligente ($t = 4.11$, $gl = 471$, $p < 0.05$), en comparación con lo que reportaron las víctimas acerca de sus padres.

Con base en los resultados estadísticamente significativos asociados al rol que tenían los participantes en la violencia escolar, se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos con el propósito de medir algún posible efecto de interacción entre la condición de víctimas o de agresores y el sexo de los estudiantes. Los resultados de estos análisis mostraron que ninguna de las interacciones fue estadísticamente significativa.

En un segundo momento, por medio del análisis estadístico de regresión múltiple se examina-

ron los efectos del apoyo parental, la hostilidad, la cohesión, el interés de los padres, la supervisión parental y la comunicación en la violencia escolar. En un análisis preliminar no se encontraron datos perdidos ni desviaciones considerables del principio de normalidad. De acuerdo con las hipótesis planteadas, se llevaron a cabo dos análisis de regresión jerárquica; en el primero, la variable de criterio fueron los actos de violencia escolar cometidos por el agresor, y en el segundo la experiencia de victimización. En ambos análisis se controlaron los efectos del sexo y el grado escolar de los adolescentes. Como se puede observar en la Tabla 2, el Modelo 1 fue estadísticamente significativo, al igual que el Modelo 2, al explicar 49% de la varianza de la variable de criterio. Luego, en el último modelo se incluyeron los predictores de supervisión parental, el apoyo de los padres y su interés por los hijos. Este modelo también tuvo un incremento estadísticamente significativo de R^2 al explicar 57% de la varianza de la variable de criterio. Los análisis revelaron que para la experiencia de victimización, los predictores que obtuvieron la mayor magnitud fueron la supervisión de los padres ($\beta = -0.49$, $p = 0.02$) y la hostilidad ($\beta = 0.38$, $p = 0.03$).

Finalmente, se llevó a cabo un segundo análisis de regresión múltiple jerárquica teniendo como variable de criterio los actos ejercidos por el agresor. Los resultados que se muestran en la Tabla 3 indican que el Modelo 1 fue estadísticamente significativo.

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple jerárquica para predecir la experiencia de victimización.

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β
Sexo	0.51	0.42	0.14*	0.48	0.49	0.09	0.38	0.42	0.13
Grado	1.35	0.63	0.30*	1.03	0.58	0.23*	1.73	0.83	0.22*
Cohesión				-0.23	0.43	-0.15	-0.23	0.48	-0.28*
Hostilidad				-0.29	0.32	-0.25*	-0.31	0.22	0.38*
Comunicación				0.31	0.29	0.28*	0.22	0.31	-0.26*
Supervisión							-0.09	0.39	-0.49*
Interés							-0.55	0.23	-0.12
Apoyo							-0.13	0.19	-0.35*
R^2	0.25*			0.49*			0.57*		
<i>F</i> para ΔR^2	12.73*			6.78*			4.08*		

* $p < 0.05$

El Modelo 2, que incluye los predictores de comunicación con los padres, la cohesión familiar y la hostilidad entre los miembros de la familia fue estadísticamente significativo y explica 40% de la varianza en la variable de criterio. A su vez,

el Modelo 3 también tuvo un incremento estadísticamente significativo en R^2 , lo cual representa un aumento adicional de 9% en la varianza de la variable de criterio (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión múltiple jerárquica para predecir los actos de violencia escolar ejercida.

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β
Sexo	0.73	0.59	0.15*	0.60	0.53	0.08	0.55	0.35	0.11
Grado	1.52	0.84	0.23*	1.34	0.38	0.22*	0.93	0.41	0.19*
Cohesión				-0.28	0.36	-0.15	-0.23	0.55	-0.10
Hostilidad				-0.12	0.29	0.22*	-0.19	0.19	0.28*
Comunicación				0.31	0.41	-0.27*	0.32	0.22	-0.25*
Supervisión							-0.31	0.31	-0.38*
Interés							-0.58	0.35	-0.11
Apoyo							-0.22	0.24	-0.35*
R^2	0.21*			0.40*			0.49*		
<i>F</i> para ΔR^2	7.67*			5.11*			3.28*		

* $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Los efectos que tiene la violencia escolar en la vida de los adolescentes son determinantes en su salud mental. En las últimas dos décadas son cada vez más los estudios que han incluido el análisis de diversos factores familiares asociados a este fenómeno social. Las investigaciones han sido

concluyentes al hallar que el funcionamiento de los padres, así como las relaciones entre padres e hijos –particularmente durante la adolescencia– son determinantes en el desarrollo de la violencia escolar.

Bajo esta premisa, el principal objetivo de esta investigación fue analizar los efectos de ciertos predictores en la violencia que se perpetra y

se experimenta dentro de las instituciones educativas —como la supervisión, el interés, el apoyo, la cohesión, la comunicación y la hostilidad familiar—. Para lograr tal objetivo, se propusieron dos análisis de regresión múltiple jerárquica donde se confirmaron los efectos que tienen sobre todo la supervisión parental y la hostilidad familiar en la experiencia de victimización.

Diversos estudios han documentado los importantes efectos de la supervisión parental en la violencia escolar (e.g., Espelage *et al.*, 2012; Nocentini *et al.*, 2019; Van der Vorst *et al.*, 2006). En el presente análisis, la supervisión de los padres fue el predictor más significativo, tanto para la experiencia de victimización como para la violencia escolar. Algunos estudios han documentado que los adolescentes con menos supervisión por parte de sus padres, y al mismo tiempo con menos tiempo de convivencia con éstos y sus hermanos, reportan niveles más altos de violencia escolar, ya como víctimas o como agresores (Dishion *et al.*, 2003; Hill *et al.*, 2007).

Ante la falta de supervisión de sus padres es común que los adolescentes no cuenten con la guía necesaria para encauzar correctamente su comportamiento lo cual los conduce a su vez a verse involucrados en situaciones violentas. Estudios tanto transversales como longitudinales han mostrado que aquellos que son vigilados por sus padres tienen menos riesgo de involucrarse en actos violentos, consumo de drogas o actividades delictivas (Barrera *et al.*, 2001; Hoeve *et al.*, 2009; Le *et al.*, 2017). Los resultados de la presente investigación confirman la relevancia que tiene la supervisión de los padres no solamente en las actividades puramente académicas de sus hijos, sino también en aquellas que tienen que ver con su desarrollo social.

Además de la supervisión parental, el apoyo que reciben los hijos de parte de sus padres fue otro de los predictores más significativos en esta investigación. Uno de los análisis de esta relación fue llevado a cabo por Veenstra *et al.* (2005), quienes concluyeron que los estudiantes que agreden a sus compañeros reportan un mayor rechazo por parte de sus padres, así como niveles más bajos de afecto parental, lo que demuestra esta falta de apoyo, en comparación con las víctimas y con los

estudiantes que no se involucran en actos de violencia escolar.

Ante la escasez de investigaciones que hayan examinado el efecto que tiene el apoyo parental en la violencia escolar, una de las principales aportaciones del presente estudio es que enfatiza la importancia de la comunicación, las expresiones afectivas, la convivencia diaria, la atención y el compartir momentos de esparcimiento tanto para los adolescentes que son víctimas como para aquellos que son agresores.

Respecto al predictor de la hostilidad, los resultados revelaron que este constructo es determinante en la prevalencia de la violencia escolar. Los efectos de la hostilidad familiar pueden explicarse desde diferentes perspectivas. En primer lugar, los niños y adolescentes que experimentan continuamente conflictos con sus padres y hermanos desarrollan una percepción de la violencia como un recurso adecuado para resolver sus conflictos. Al igual que los resultados reportados previamente, los hallazgos de este estudio confirman dicha relación. Por ejemplo, un estudio con adolescentes italianos reveló que aquellos estudiantes que habían tenido conflictos con los miembros de su familia eran más propensos a reaccionar violentamente contra sus compañeros (Baldry, 2003). De la misma manera, otro análisis reveló que los estudiantes que vivían en un hogar hostil reaccionaban de forma más violenta contra sus compañeros (de Oliveira *et al.*, 2019).

Por otra parte, manifestar un nivel alto de hostilidad hacia los compañeros de escuela se asocia con el manejo de las emociones. De acuerdo con el modelo procesual de la regulación emocional, los adolescentes son capaces de identificar y controlar sus emociones, influir en el momento y la forma en que experimentan las emociones, así como en sus diversas expresiones (Gross, 1998). Con base en esta condición, es probable que los estudiantes que agreden a sus compañeros tiendan a presentar deficiencias muy importantes en la regulación de sus emociones.

Finalmente, un ambiente familiar hostil está asociado a problemas conductuales en los niños. De acuerdo con Kernic *et al.* (2003), a diferencia de los adolescentes que establecen relaciones armónicas con los miembros de su familia, quienes

viven en un hogar hostil reportan niveles más altos de problemas conductuales, principalmente en su comportamiento externo, el cual está relacionado directamente con la comisión de actos violentos. A la misma conclusión llegaron otros dos estudios que confirmaron que vivir en un hogar caracterizado por la hostilidad y los conflictos interpersonales entre sus miembros se considera un elemento clave para la predisposición de una gran variedad de problemas conductuales externos, incluida la violencia, la delincuencia, la hiperactividad, la hostilidad, el consumo de drogas, la impulsividad y el aislamiento (Caravaca *et al.*, 2016; Wolfe *et al.*, 2003). Así, los hallazgos del presente estudio proporcionan una evidencia empírica de los efectos que acarrea un ambiente familiar hostil como factor de riesgo en la violencia escolar, ya sea como víctima o como agresor.

Por otra parte, el segundo objetivo de esta investigación fue examinar los estilos de la autoridad parental comparándolos entre mujeres y hombres, así como el rol de víctima o agresor que asumen los alumnos en la violencia escolar. Durante las últimas tres décadas se ha buscado determinar no solamente si se presenta un vínculo entre la violencia escolar y los estilos de crianza que ejercen los padres, sino también qué tan profunda es esta relación.

Siguiendo los postulados de Baumrind (1991), se hipotetizó que los estudiantes más agresivos tendrían padres predominantemente permisivos y autoritarios. Estudios anteriores han documentado que los niños y adolescentes que cometen actos de violencia en contra de sus compañeros provienen generalmente de hogares caracterizados por las prácticas autoritarias de los padres (*e.g.*, Bibou-Nakou *et al.*, 2013; Morcillo *et al.*, 2015). Asimismo, en otro estudio llevada a cabo por Garaigordobil y Machimbarrena (2017) se encontró que los estudiantes agresores que tienen padres autoritarios que emplean métodos de disciplina coercitivos reportan niveles de estrés más altos, buscan controlar de manera restrictiva las actividades de sus hijos y les resulta más difícil expresar a sus hijos el amor que les tienen.

Los presentes hallazgos confirman esta misma tendencia al hallar que los estudiantes más vio-

lentos son quienes reportaron que sus padres eran más permisivos, negligentes y autoritarios con ellos cuando se les compara con los padres de las víctimas. Una posible explicación de este patrón de comportamiento estaría relacionada con el uso reiterado de prácticas punitivas de disciplina que ejercen los padres autoritarios, negligentes o permisivos. De la misma manera, tales padres se caracterizan no solamente por controlar excesivamente las actividades y el comportamiento de sus hijos, sino también por diversas carencias afectivas que propician que sus hijos reaccionen de una forma violenta con sus compañeros.

De acuerdo con la teoría del apego de Bowlby (1969), los adolescentes desarrollan esquemas internos de aquello que acontece a su alrededor a través de las relaciones personales que establecen con sus cuidadores, quienes casi siempre son sus padres. Cuando estos cuidadores son insensibles y ausentes, los menores tienen menos probabilidades de desarrollar las habilidades necesarias para interactuar apropiadamente con sus pares. Un estudio realizado por Sroufe *et al.* (2005) reveló que la ausencia de habilidades sociales puede ser un factor que propicie el uso de la violencia. Desde esta misma perspectiva, otro estudio mostró que los hijos que tienen padres controladores tienden a ser inseguros en el contacto con los demás. Con la finalidad de compensar la inseguridad que experimentan, los adolescentes reaccionan violentamente en contra de sus compañeros de escuela (Soenens *et al.*, 2008). Los hallazgos de esta investigación corroboran el vínculo entre los estilos permisivo, negligente y autoritario de los padres y los actos de violencia escolar cometidos por los adolescentes participantes.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones que tienen que ser consideradas. En primer lugar, en la muestra participaron únicamente adolescentes que estudiaban en uno de los tres años de preparatoria que conforman el nivel medio superior en México, previo al ingreso a la universidad. En esta etapa, la mayoría de los estudiantes tienen entre 15 y 18 años. Esta condición es una limitación porque estudios previos han documentado que la prevalencia de la violencia escolar es diferente en alumnos de secundaria, preparatoria

y universidad. Por consiguiente, es necesario incluir muestras de los diversos niveles con la finalidad de identificar sus particularidades.

Además de ello, este estudio también tiene limitaciones en cuanto a la evaluación de ciertos factores parentales. Específicamente, sólo se midió una variable que se considera como un factor de riesgo. Aunque se incluyeron cinco predictores que poseen una función protectora en contra de la violencia escolar, únicamente se midió el nivel de hostilidad familiar. La inclusión de más factores de riesgo ayudará a dilucidar los efectos que tie-

nen en los actos de violencia y victimización. Una tercera limitación es consecuencia de la ausencia de un tercer grupo identificado como los “testigos de la violencia escolar”. Durante los últimos años se ha marcado un énfasis en este grupo de estudiantes que no participan como agresores ni como víctimas. Al participar de manera indirecta en el fenómeno de la violencia escolar, este grupo de estudiantes puede contribuir a explicar los efectos del ambiente familiar y el involucramiento parental desde una perspectiva pocas veces estudiada.

Citación: Orozco-Vargas, A.E., González-Jaimes, E.I. y Cervantes-Luna, B.S. (2025). El funcionamiento parental como predictor de la violencia escolar desde la perspectiva de las víctimas y los agresores. *Psicología y Salud*, 35(2), 201-213. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2983>

REFERENCIAS

- Aguilar, J. y Aguilar, A. (2013). Validez de constructo de la escala de autoridad parental para adolescentes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1228-1237. Doi: 10.1016/s2007-4719(13)70962-1
- Baldry, A.C. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*, 27(7), 713-32. Doi: 10.1016/s0145-2134(03)00114-5
- Barnes, H.L. y Olsen, D.H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Development*, 36, 438-447. Doi: 10.2307/1129732
- Barrera, M., Biglan, A., Ary, D. y Li, F. (2001). Replication of a problem behavior model with American Indian, Hispanic, and Caucasian youth. *Journal of Early Adolescence*, 21, 133-157. Doi: 10.1177/0272431601021002001
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks, R. Lerner y A. C. Peterson (Eds.): *The encyclopedia of adolescence* (pp. 758-772). New York: Garland.
- Bibou-Nakou, I., Tsiantis, J., Assimopoulos, H. y Chatzilambou, P. (2013). Bullying/victimization from a family perspective: A qualitative study of secondary school students' views. *European Journal of Psychology of Education*, 28, 53-71. Doi: 10.1007/s10212-011-0101-6
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (v. 1: Attachment). New York: Basic Books.
- Caravaca S., F., Falcon, R., M., Navarro Z., J., Luna R.C., A., Rodrigues F., O. y Luna M., A. (2016). Prevalence and patterns of traditional bullying victimization and cyber-teasing among college population in Spain. *BMC Public Health*, 16(176), 1-10. Doi: 10.1186/s12889-016-2857-8
- Carrillo A., L., Juárez G., F., González F., C., Martínez V., N.A. y Medina-Mora I., M.E. (2016). Relación entre supervisión parental y conducta antisocial en menores infractores del Estado de Morelos. *Salud Mental*, 39(1), 11-17. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2015.063
- de Oliveira, W.A., da Silva, J.L., Querino, R.A., Caravita S., C.S. y Silva M., A.I. (2019). Family variables and bullying among Brazilian adolescents: A mixed study. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1), 41-53.
- Dishion, T.J., Nelson, S.E. y Kavanagh, K. (2003). The family check-up with high-risk young adolescents: Preventing early-onset substance use by parent monitoring. *Behavior Therapy*, 34, 553-571. Doi: 10.1016/s0005-7894(03)80035-7
- Elledge, L.C., Smith, D.E., Kilpatrick, C.T., McClain, C.M. y Moore, T.M. (2019). The associations between bullying victimization and internalizing distress, suicidality, and substance use in Jamaican adolescents: The moderating role of parental involvement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2202-2220. Doi: 10.1177/0265407518786804
- Espelage, D.L. y Hong, J.S. (2019). School climate, bullying, and school violence. en M. J. Mayer y S. R. Jimerson (Eds.): *School safety and violence prevention: Science, practice, policy* (pp. 45-69). American Psychological Association. Doi: 10.1037/0000106-003
- Espelage, D.L., Low, S. y De La Rue, L. (2012). Relations between peer victimization subtypes, family violence, and psychological outcomes during adolescence. *Psychology of Violence*, 2, 313-324. Doi: 10.1037/a0027386

- Fernández A., R., Álvarez D., M., Woitschach, P., Suárez Á., J. y Cuesta I., M. (2017). Parental involvement and academic performance: Less control and more communication. *Psicothema*, 29(4), 453-461.
- Fitzpatrick, K.M., Akilah, J.D. y Bettina, F.P. (2007). Not just pushing and shoving: School bullying among African American adolescents. *Journal of School Health*, 77, 16-22. Doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00157.x
- Flanagan, I.M., Auty, K.M. y Farrington, D.P. (2019). Parental supervision and later offending: A systematic review of longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 47, 215-229. Doi: 10.1016/j.avb.2019.06.003
- Garaigordobil, M. y Machimbarrena, J.M. (2017). Stress, competence, and parental educational styles in victims and aggressors of bullying and cyberbullying. *Psicothema*, 29(3), 335-340.
- Giménez A., M., Luengo J., A. y Bartrina, M. (2017). What are young people doing on Internet? Use of ICT, parental supervision strategies, and exposure to risks. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 15(3), 533-552. Doi: 10.14204/ejrep.43.16123
- Graham, S. (2016). Victims of bullying in schools. *Theory Into Practice*, 55(2), 136-144.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Hein, N. (2017). New perspectives on the positioning of parents in children's bullying at school. *British Journal of Sociology of Education*, 38(8), 1125-1138. Doi: 10.1080/01425692.2016.1251305
- Hill, N.E., Bromell, L., Tyson, D.F., Flint, R. (2007). Developmental commentary: Ecological perspectives on parental influences during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 367-377. Doi: 10.1080/15374410701444322
- Hoeve, M., Dubas, J.S., Eichelsheim, V.I., Van der Laan, P.H., Smeenk, W. y Gerris, J.R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775. Doi: 10.1007/s10802-009-9310-8
- Huang, L. y Zhao, D.C. (2018). Empirical research on relationship between family economic, social and cultural status and students' exposure to school bullying: mediating effects of parental support and teacher support. *Education Science*, 34(1), 7-13. Doi: 10.15354/bece.19.ar1006
- Kernic, M.A., Wolf, M.E., Holt, V.L., McKnight, B., Huebner, C.E. y Rivara, F.P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1231-1246. Doi: 10.1016/j.chiabu.2002.12.001
- Låftman, S.B., Östberg, V. y Modin, B. (2017). School climate and exposure to bullying: A multilevel study. *School Effectiveness and School Improvement*, 28(1), 153-164. Doi: 10.1080/09243453.2016.1253591
- Le, H.T., Dunne, M.P., Campbell, M.A., Gatton, M.L., Nguyen, H.T. y Tran, N.T. (2017). Temporal patterns and predictors of bullying roles among adolescents in Vietnam: a school-based cohort study. *Psychology, Health & Medicine*, 22(suppl. 1), 107-121. Doi: 10.1080/13548506.2016.1271953
- Lereya, S.T., Samara, M. y Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091-1108. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.001
- López, V. y Orpinas, P. (2012). Las escalas de agresión y victimización: validación y prevalencia en estudiantes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 109-124.
- Morcillo, C., Ramos O., M.A., Blanco, C., Sala, R., Canino, G., Bird, H. y Duarte, C.S. (2015). Socio-cultural context and bullying others in childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2241-2249. Doi: 10.1007/s10826-014-0026-1
- Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L. y Menesini, E. (2019). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 41-50. Doi: 10.1016/j.avb.2018.07.010
- Olson, D.H., Gorall, D.M. y Tiesel, J.W. (2004). *Faces IV package*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Orpinas, P. y Frankowski, R. (2001). The Aggression Scale: A self-report measure of aggressive behavior for young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 21(1), 51-68. Doi: 10.1177/0272431601021001003
- Pepler, D.J., Craig, W.M., Connolly, J.A., Yuile, A., McMaster, L. y Jiang, D. (2006). A developmental perspective on bullying. *Aggressive Behaviour*, 32, 376-384. Doi: 10.1002/ab.20136
- Piko, B.F., Fitzpatrick, K.M. y Darlene, R.W. (2005). A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behaviour in two different cultural settings. *Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 95-103. Doi: 10.1007/s00787-005-0437-z
- Rettew, D.C. y Pawlowski, S. (2022). Bullying: an update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 31(1), 1-9.
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, N.I. y Unikel, C. (2011). Desarrollo de una escala para medir la percepción de la crianza parental en jóvenes estudiantes mexicanos. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 9-20.
- Shah, S.A. y Majoka, M.I. (2017). Bullying in schools: The role of parents. *Rawal Medical Journal*, 42(4), 567-570.
- Small, S.A. y Kerns, D. (1993). Unwanted sexual activity among peers during early and middle adolescence: Incidence and risk factors. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 941-952. Doi: 10.2307/352774

- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Goossens, L., Duriez, B. y Niemiec, C. P. (2008). The intervening role of relational aggression between psychological control and friendship quality. *Social Development, 17*, 661-681. Doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00454.x
- Spriggs, A.L., Iannotti, R.J., Nansel, T.R. y Haynie, D.L. (2007). Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: Commonalities and differences across race/ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 41*(3), 283-293. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.04.009
- Van der Vorst, H., Engels, R.C.M.E., Meeus, W., Dekovic, M. y Vermulst, A. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviours, 20*(2), 107-116. Doi: 10.1037/0893-164x.20.2.107
- Van Noorden, T.H., Haselager, G.J., Cillessen, A.H. y Bukowski, W.M. (2015). Empathy and involvement in bullying in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(3), 637-657. Doi: 10.1007/s10964-014-0135-6
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A.J., De Winter, A.F., Verhulst, F.C. y Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology, 41*, 672-682. Doi: 10.1037/0012-1649.41.4.672
- Villatoro, J.A., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M.E., Reyes, I. y Rivera, E. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental, 20*(2), 21-27.
- Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. y Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 171-187. Doi: 10.1023/a:1024910416164

Exploración cualitativa de experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios

Qualitative exploration of cyber dating abuse experiences in university students

Solveig E. Rodríguez-Kuri¹, Valeria Díaz Barriga-Muñoz²,
Alejandra Lemus-Romero², Sussy Moussan-Cohen²,
Andrea Rosado-Ramírez² e Isabella Toscano-Núñez²

Centros de Integración Juvenil, A.C.¹
Universidad Anáhuac²

Autor para correspondencia: Solveig E. Rodríguez-Kuri, solveigrk@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo. El presente estudio tuvo por objeto analizar diversas experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios. *Método.* Se realizaron entrevistas semiestructuradas con estudiantes que habían tenido experiencias de acoso cibernético de pareja, ya sea por victimización o por perpetración. La información se analizó mediante el análisis de marcos referenciales. *Resultados.* Se obtuvo información sobre cinco ejes temáticos originales y uno emergente: 1) Control y monitoreo, donde se configuraron cinco categorías: control sobre interacciones, control de tiempo y actividades, control sobre la libertad de expresión en redes, manipulación y victimización, y estrategias de control recíproco; 2) Agresión directa, con cuatro categorías: verbal o psicológica, relacional, acoso coactivo y transición al acoso presencial o violencia física; 3) Secuelas, con tres categorías: psicológicas, sociales y de salud; 4) Redes de apoyo, con tres categorías: grupo de pares, familiares y profesionales; 5) Situación actual y nuevas relaciones, con tres categorías: ruptura de la relación, identificación de patrones y nuevas relaciones, y 6) Resignificación de la experiencia. *Discusión y conclusiones.* El control y el monitoreo constituyen la modalidad más frecuente del acoso cibernético de pareja, y junto con la agresión directa reflejan una tendencia a cosificar a las mujeres y la persistencia de mitos o ideas preconcebidas sobre el amor romántico. La ansiedad, depresión, estrés posttraumático, aislamiento, culpa, dificultad para establecer nuevas relaciones y problemas de salud fueron algunas secuelas que dejó la experiencia, confirmando que el ciberacoso es una de las formas de violencia emocional más dañinas.

Palabras clave: Acoso cibernético; Relación de pareja; Jóvenes; Control y monitoreo; Agresión directa; Redes de apoyo.

¹ Subdirección de Investigación, Av. San Jerónimo 372, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, 01900 Ciudad de México, México, tel. (55)59-99-49-49, correo electrónico: solveigrk@hotmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3432-5367>.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac, 52786 Huixquilucan, Edo. de México, México, tel. (55)56-27-02-10, correos electrónicos: valeria.diazba@anahuac.mx, <http://orcid.org/0009-0000-9015-0165>; alejandra.lemusro@anahuac.mx; <http://orcid.org/0009-0004-9950-2242>; sussy.moussan@anahuac.mx, <http://orcid.org/0009-0002-9959-5616>; andrea.ramirezro@anahuac.mx, <http://orcid.org/0009-0009-3339-8282>; isabella.toscanonu@anahuac.mx, <http://orcid.org/0009-0003-5007-2213>.



ABSTRACT

Objective. *To explore and analyze experiences of cyber dating abuse in university students.* **Method.** *This is a qualitative study based on semi-structured interviews with university students who experienced partner cyberbullying by victimization or perpetration, captured by "snowballing."* *We approached the information through the analysis of referential frameworks.* **Results.** *The interviews yielded information on five original thematic axes and one emerging one: 1) Control and monitoring, leading to five categories of content: Control over interactions with the environment, Control of time and activities, Control over freedom of expression in networks, Manipulation and victimization, and Reciprocal control strategies; 2) Direct aggression, with four categories: Verbal or psychological, Relational, Coercive harassment, and Transition to face-to-face harassment or physical violence; 3) Sequelae, with three categories: Psychological, Social, and Health; 4) Support networks, with three categories: Peer group, Family, and Professional; 5) Current situation and new relationships, three categories: Relationship rupture, Identification of relational patterns, and New relationships; 6) Re-signification of the experience.* **Discussion and conclusions.** *Control and monitoring constitute the most frequent forms of partner cyberbullying and, together with direct aggression, reflect a tendency to objectify women and the persistence of myths or preconceived ideas about romantic love. Anxiety, depression, post-traumatic stress, isolation, guilt, difficulty in establishing new relationships, and health problems are some of the consequences of this experience, confirming that cyber dating abuse is one of the most emotionally damaging forms of violence.*

Key words: Cyber-dating abuse; Couple relationship; Young people; Control and monitoring; Direct aggression; Support networks.

Recibido: 12/11/2023

Aceptado: 03/03/2024

ANTECEDENTES

El desarrollo de los medios digitales ha marcado en muchos sentidos los estilos de vida de la sociedad contemporánea, sin que las relaciones de pareja hayan sido la excepción, particularmente entre los jóvenes, para quienes las tecnologías digitales se han convertido en un mé-

todo habitual de comunicación, utilizado con gran frecuencia para iniciar y mantener relaciones de pareja, pero también, en ciertos casos, como un medio en el que se ejercen distintas formas de intimidación o acoso.

El abuso cibernético, o ciberacoso en la pareja, se ha definido como una acción intencionada y repetida “que busca causar[le] daño y que se lleva a cabo mediante el uso de computadoras, teléfonos celulares y otros dispositivos electrónicos” (Patchin e Hinduja, 2015). De manera semejante, Kowalski *et al.* (2014) conceptúan tal abuso como un comportamiento “intencional, agresivo, llevado a cabo repetidamente, que ocurre entre un perpetrador y una víctima, desiguales en su poder, y que tiene lugar a través de las tecnologías electrónicas”.

Gámez *et al.* (2018) apuntan que esta forma de violencia comprende conductas de abuso, control, monitoreo y vigilancia, manifestaciones de celos, invasión de la privacidad, distribución de material digital privado sin el consentimiento de la víctima y otras más. Entre las principales formas en que se manifiesta este tipo de abuso se hallan el control o monitoreo en las redes, el robo de contraseñas, la difusión de información comprometedora y las amenazas o insultos públicos.

Reed *et al.* (2017) distinguen tres principales formas de abuso o violencia hacia la pareja a través de estos medios: la *agresión digital directa*, el *control o monitoreo digital* y la *agresión sexual digital*.

Otros autores coinciden en señalar el control y el monitoreo como las formas más frecuentes del ciberacoso (Baker y Carreño, 2016; Utz y Beukeboom, 2011), e incluyen también el ciberacecho o *ciberstalking* (Strawhun *et al.*, 2013), entendido como una forma de hostigar y acechar a la pareja, invadiendo con ello su intimidad y privacidad.

La población joven ha sido un grupo especialmente vulnerable a la expresión de estas formas de violencia. Algunos estudios realizados entre estudiantes hispanoamericanos dan cuenta de la presencia de agresiones cibernéticas desde edades tempranas (Sierra y Cabrera, 2021; Vega, 2019). En un estudio efectuado con jóvenes mexicanos de educación media, se encontró que 62.2% de

ellos había sido víctima de violencia cibernética en la modalidad de *control y vigilancia* y 35% en la de *agresión directa* (Javier *et al.*, 2021); de igual manera, alrededor de 50.0% de los estudiantes peruanos de entre 12 y 18 años había experimentado ciberacoso tanto por perpetración como por victimización (Díaz-López, 2021). Un estudio transcultural llevado a cabo con estudiantes de España y México reveló que la conducta de control había ocurrido entre 70 y 80% de los mismos, observándose las tasas más altas entre los estudiantes mexicanos (Trujano y Raich, 2000).

Diversos análisis han hallado una relación entre las conductas de ciberacoso y los celos (Lucero *et al.*, 2014), y algunos autores consideran estos últimos como un fenómeno permeado por ciertos elementos culturales, como una expresión de los mitos románticos (Cava y Buelga, 2018) o de inseguridades personales (Salas *et al.*, 2023). Vinculados al consumo de alcohol y otras drogas, los celos y la depresión parecen ser también un factor determinante para ejercer o padecer violencia cibernética (Woerner *et al.*, 2023).

En cuanto a las diferencias por sexo, Sánchez *et al.* (2017) observaron que los hombres se implican con más frecuencia en esas conductas intrusivas que las mujeres. A su vez, Álvarez y Osorio (2020) encontraron que las mujeres tienden a ejercer más prácticas de seguimiento y los hombres más acciones de control.

La mayor parte de esas agresiones se producen cuando las víctimas se comunican con sus pares por medio de WhatsApp o alguna otra red, como Facebook, y con mayor frecuencia al finalizar una relación (Borrajo y Gómez, 2015), y entre las acciones de control y seguimiento cibernético más observadas en las citadas investigaciones se encuentran la revisión de las redes sociales, el hostigamiento por medio de mensajes, la creación de perfiles falsos como una medida de vigilancia, el uso o robo de contraseñas y la usurpación de la personalidad con la intención de causar daño, así como las amenazas o la divulgación de información privada y de fotografías íntimas.

Uno de los aspectos de mayor relevancia acerca del fenómeno del ciberacoso, además del perjuicio emocional y psicológico que por sí mismo puede generar, es su relación con ciertas formas de violencia presencial más tradicionales (Helle-

vik, 2018; Temple *et al.*, 2016), las que pueden manifestarse de manera verbal, psicológica, física o sexual, y de forma continua en el tiempo.

Se han identificado algunas formas de agresión presencial o cara a cara, principalmente física y psicológica, como predictoras de futuras agresiones cibernéticas (Cava y Buelga, 2018), y también a la inversa, esto es, que la violencia cibernética puede predecir la violencia presencial (Marganski y Melander, 2018). En efecto, incluso se ha observado una relación de continuidad al perpetrar o padecer violencia, pues los participantes que han perpetrado agresiones cibernéticas continúan haciéndolo hasta un año después, y quienes han sufrido agresiones físicas y cibernéticas las han seguido experimentando después de ese tiempo. En algunos casos, las propias víctimas también fueron a la vez perpetradoras de agresiones cibernéticas.

Si bien el abuso o acoso cibernético constituye un fenómeno relativamente reciente, su estudio comenzó desde la primera década del siglo, en trabajos de como los de Silverman *et al.* (2001), Raiford *et al.* (2007) y McQuade *et al.* (2009). Sin embargo, fue a partir de la segunda década que el tema adquirió una mayor relevancia. De acuerdo con una revisión exhaustiva y sistemática realizada por Caridade *et al.* (2019), el interés de la comunidad científica por el fenómeno del abuso cibernético en las relaciones de pareja no tenía más de diez años, y el mayor número de publicaciones sobre este tópico aparecieron sobre todo a partir de 2016, siendo sus principales objetivos analizar su prevalencia y los factores asociados a tal conducta.

En el ámbito mexicano, la violencia de pareja que se expresa en los medios cibernéticos (ciberacoso y ciberviolencia) es un problema creciente que atañe especialmente a los jóvenes. Se trata de un fenómeno que adquiere una creciente importancia no sólo por su alta prevalencia y por las consecuencias de quienes son víctimas, sino por su posible papel predictor de otras formas de la violencia tradicional, como la física y la sexual, más aún en un país que ocupa el décimo lugar de feminicidios en el mundo.

El desarrollo de intervenciones dirigidas a prevenir el abuso cibernético en las relaciones de pareja requiere comprender las particularidades del fenómeno en distintas poblaciones y entornos

culturales; de ahí la necesidad de poner en práctica un abordaje cualitativo que aporte una mayor información sobre las causas, contextos, consecuencias, redes de apoyo y significados de esta experiencia en aquellos jóvenes implicados en el fenómeno como víctimas o perpetradores.

En tal sentido, el objetivo del presente estudio fue conocer y analizar las experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios. En particular, se buscó analizar las formas específicas que adoptan las conductas de control y monitoreo y las de agresión directa digital en las relaciones de pareja, tanto por victimización como por perpetración; analizar el contexto y las consecuencias de la experiencia del ciberacoso, e identificar las coincidencias, divergencias, patrones, puntos de inflexión y significados en la expresión del acoso en los roles que adopta (perpetración o victimización y sexo).

MÉTODO

A estos efectos, se llevó a cabo un estudio cualitativo con base en entrevistas semiestructuradas, para las cuales se contó con el apoyo de una guía de entrevista elaborada *ex profeso*, conformada por diversas preguntas o ejes temáticos en las que las presentes autoras establecieron el orden y continuidad, así como la manera de formular las preguntas, decidiendo durante el curso de la entrevista los aspectos en los que se debía profundizar. En este tipo de entrevista las preguntas no están definidas con anterioridad, pero sí los temas a tratar.

Los ejes temáticos de la entrevista se definieron después de una amplia revisión de la literatura sobre las cuestiones de interés, y en ellos se identificaron dos dimensiones principales del abuso cibernético de pareja, a saber: control y monitoreo, y agresión cibernética directa. A esos ejes se agregaron otros aspectos que también se consideraron pertinentes para complementar la exploración del problema, tales como el uso que los participantes hacían de las redes sociales, el tipo de redes de apoyo en su entorno, la evolución que había tenido la relación de pareja en la que vivieron la experiencia del acoso, y las secuelas que ésta dejó.

Participantes

Se entrevistó a diez estudiantes universitarios de licenciatura o posgrado de entre 18 y 26 años de edad, de ambos sexos, que habían experimentado una situación de violencia o acoso cibernético que concordaba con las definiciones antes mencionadas, en alguna relación de pareja presente o pasada, ya fuera por victimización o perpetración.

Para el reclutamiento de los participantes se utilizó el método conocido como “bola de nieve”, en el que los primeros participantes, convocados en entornos universitarios reclutan a otros entre sus conocidos.

El número de entrevistas se definió a partir del principio de saturación de contenidos, pero también se trató de garantizar que en el grupo final de participantes hubiese personas de ambos sexos que hubieran experimentado el abuso en alguna de las dos modalidades ya apuntadas. Además de estos aspectos, entre los criterios de inclusión se consideró que las personas entrevistadas fueran mayores de edad y que participaran voluntariamente en el estudio. Se excluyó a quienes habían sufrido acoso cibernético en un ámbito distinto al de una relación de pareja, como es el caso del acoso por su grupo de pares o por personas desconocidas.

Instrumentos

La información se recabó por medio de entrevistas semiestructuradas basadas en una guía conformada por un conjunto limitado de preguntas que sirvieron como disparadores de una conversación temáticamente orientada. Este tipo de entrevista permite explorar las ideas, opiniones o conocimientos de una persona acerca de un fenómeno determinado por medio de una conversación flexible entre el entrevistador y el entrevistado; a la vez, hace posible centrarse en ciertos tópicos, de modo que el entrevistador puede contribuir a que la conversación apunte en la dirección definida en el proyecto. Este tipo de entrevista es muy útil para organizar y analizar la información obtenida a partir del método conocido como “análisis de marcos referenciales”, que implica extraer la información relativa a una serie de ejes temáticos generales, clasificar sus contenidos en categorías

internas y plasmarlos en una matriz para analizarlos por tema (columnas) y por caso (filas).

Entre los ejes temáticos abordados se incluyeron los siguientes: Agresión directa; Control y monitoreo; Secuelas de la experiencia de acoso; Redes de apoyo, y Situación actual de la relación y establecimiento de nuevas relaciones de pareja.

Análisis de la información

Para el abordaje de la información se utilizó un enfoque cualitativo denominado *análisis de marcos referenciales*, utilizado en el campo de la salud ya que resulta particularmente útil en el contexto de la investigación aplicada orientada frecuentemente a cubrir necesidades específicas de información y a generar resultados en un plazo relativamente corto.

El análisis de marcos referenciales se realiza en cinco pasos: 1) Transcripción de las entrevistas o datos cualitativos; 2) Identificación de los marcos referenciales utilizados por los participantes; 3) Agrupación de los contenidos de los marcos referenciales en categorías; 4) Análisis de las relaciones entre las categorías temáticas, y 5) Desarrollo de un modelo conceptual que represente los marcos referenciales identificados y sus categorías.

Siguiendo tal abordaje, un primer paso para el análisis consistió en familiarizarse con la información a partir de la transcripción íntegra y lectura de las entrevistas. Después, se llevó a cabo la identificación de los marcos temáticos originales relativos al acoso y el abuso cibernético a la pareja, así como de los temas emergentes. El tercer paso consistió en la extracción de segmentos específicos del texto (unidades de texto), o sea, partes del texto que representaban un aspecto significativo de un hecho, una historia o una idea expresada respecto a cada marco o eje temático original o emergente, los cuales se categorizaron por medio de códigos que representan y describen su contenido. Finalmente, se procedió a estructurar un mapa o matriz que hizo posible la lectura e interpretación del conjunto de la información por caso y por tema, buscando en esta lectura coincidencias, divergencias, patrones, significados, puntos de inflexión, etcétera, y agrupando la información por tendencias en un proceso inferencial que

parte de las categorías y llega hasta las opiniones inferidas respecto a cada uno de los ejes centrales indagados.

Procedimiento

Se elaboró una convocatoria abierta dirigida a personas que trabajaban en entornos universitarios para que a su vez, de acuerdo con el procedimiento conocido como “bola de nieve”, invitaran a otras que desearan participar en una entrevista acerca de sus experiencias de acoso o abuso cibernético, según las definiciones ya mencionadas, haciendo el señalamiento de que la información obtenida se utilizaría con fines de investigación y que sería tratada con los criterios de anonimato y confidencialidad que establece la norma oficial para estos casos.

A quienes cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio se les citó en un lugar convenido por los entrevistadores y los entrevistados para informarles con más detalle las características de la entrevista (duración, formato, grabación, etc.) y solicitarles leer y firmar una carta de consentimiento informado.

Antes de iniciar con la exploración de los temas principales, se recabaron los datos para su caracterización sociodemográfica; luego, se indagó el tipo de experiencia de acoso cibernético que los entrevistados habían experimentado en el contexto de una relación de pareja actual o pasada, a fin de corroborar si se trataba de una experiencia de acoso por victimización, por perpetración o por ambas.

Una vez identificado el rol desempeñado por los participantes en el acoso cibernético, se procedió a la indagación de los ejes temáticos establecidos originalmente, los cuales abarcaron: 1) Agresión directa; 2) Control y monitoreo; 3) Secuelas de la experiencia de acoso; 4) Redes de apoyo, y 5) Situación actual de la relación y establecimiento de nuevas relaciones de pareja.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento vigente de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para

la Salud en México, el presente estudio se apejó a lo establecido en su artículo 16, el cual señala que “en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación”, así como en el artículo 17, que clasifica las investigaciones en salud en tres niveles de riesgo, y según el cual el presente estudio se inserta dentro de la categoría II: Investigación con riesgo mínimo, pues si bien no supone una intervención o modificación intencionada de variables psicológicas (I: Investigación sin riesgo), se tratan aspectos sensibles de la conducta de los participantes, por lo que no podría descartarse que algún participante pudiese requerir orientación o una derivación oportuna a los servicios de atención psicológica. Por lo anterior, además de que el protocolo se sometió al dictamen del Comité

de Investigación Científica, se solicitó la firma de un formato de consentimiento informado (NOMS-012-SSA2-2012) presentado previamente a los participantes, así como una información amplia y clara sobre los temas que serían tratados en la entrevista, a quienes se comunicó que en caso de que así lo requieran se le podría proporcionar información y orientación sobre algunas instancias de atención psicológica.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la caracterización sociodemográfica de los participantes y las principales redes sociales utilizadas por los mismos.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y redes sociales.

IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD (años)	OCUPACIÓN	ROL DESEMPEÑADO	PRINCIPALES REDES SOCIALES UTILIZADAS	TIEMPO PROMEDIO EN REDES SOCIALES (al día)
Paola	Femenino	23	Estudiante	Victimización	Instagram WhatsApp Facebook Tik Tok	4 horas
Mario	Masculino	26	Estudiante	Perpetración	WhatsApp Facebook	Sin/inf
Chris	No binario	20	Estudiante	Victimización	Instagram WhatsApp Amino	2 horas
Valentina	Femenino	22	Estudiante	Perpetración	WhatsApp Instagram Facebook Tik Tok Twitter	5 horas
Ximena	Femenino	21	Estudia y trabaja	Victimización	WhatsApp Instagram Tik Tok Facebook	12 horas
Sofía	Femenino	21	Estudiante	Victimización	Instagram WhatsApp VSCO Spotify	12 horas
Sandra	Femenino	21	Estudiante	Victimización	Instagram WhatsApp Facebook Tik Tok Snapchat	5 horas
Lilia	Femenino	23	Estudiante	Victimización	Twitter Instagram WhatsApp Facebook Tik Tok	4 horas

Continúa...

IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD (años)	OCUPACIÓN	ROL DESEMPEÑADO	PRINCIPALES REDES SOCIALES UTILIZADAS	TIEMPO PROMEDIO EN REDES SOCIALES (al día)
Marcela	Femenino	22	Estudiante	Victimización	WhatsApp Instagram Facebook Tik Tok	3 horas
Andrea	Femenino	22	Estudia y trabaja	Victimización	WhatsApp Instagram Facebook Twitter Tik Tok	4 horas

Tras las entrevistas, el análisis de la información codificada arrojó los siguientes cinco ejes temáticos originales y uno emergente con sus respectivas categorías: 1) *Agresión directa*, con cuatro categorías: verbal o psicológica, relacional, acoso coactivo y paso del acoso cibernético al acoso presencial o violencia física; 2) *Control y monitoreo*, con cinco categorías: estrategias dirigidas a controlar o limitar la interacción de la pareja con otras personas, estrategias dirigidas a controlar el tiempo o actividades de la pareja, estrategias dirigidas a limitar la libre expresión en las redes sociales, estrategias de manipulación y victimización dirigidas a controlar la dinámica de la relación, estrategias recíprocas de control; 3) *Consecuencias o secuelas*, con tres categorías: psicológicas, sociales y de salud física; 4) *Redes de apoyo*, con tres categorías: grupo de pares, familiares e institucionales o profesionales; 5) *Situación actual y establecimiento de nuevas relaciones de pareja*, con tres categorías: ruptura de la relación, identificación de patrones en las relaciones de pareja y establecimiento de nuevas relaciones de pareja, y, por último, un eje temático emergente al que se denominó *Resignificación de la experiencia*.

Control y monitoreo

La indagación de las conductas de control y monitoreo arrojó información cuyo análisis permitió distinguir cinco categorías de contenidos:

1. *Estrategias dirigidas a controlar o limitar la interacción de la pareja con otras personas*. Esta forma de control, referida por la mayor parte de los participantes, incidió de manera sustancial en su

vida social, derivándose a un aislamiento gradual respecto de las redes de apoyo más significativas, como amigos y familia.

Victimización:

«*Todos los días, en frente de mí, se metía a mi perfil y a mis chats con la mayor normalidad [...] y buscaba los nombres. Literalmente invadió mi privacidad [...] Se metía a mis chats y me decía “¿Quién es este güey?”. Y yo: “Es mi primo”, y se metía a mi conversación para ver si realmente era mi primo*».

«*Veía mi perfil, y si notaba alguna anomalía, como algo que quizás antes no estaba, no sé, como un seguidor más en Instagram, me reclamaba*».

«*Cuando le decía que me iba a dormir y me distraía en Facebook, me escribía: “¿Qué haces conectada en Facebook?”*».

Perpetración:

«*Yo le mandaba mensajes y si no me contestaba, estaba seguro de que había algo escondido, que estaba con otra persona o algo*».

«*En WhatsApp yo veía el último momento en el que había estado en línea*».

«*Si alguien se atrevía a ponerle sobre una foto “Qué linda estás” o “Qué bonita te ves”, para mí era suficiente razón para que bloqueara a esa persona*».

«*Siempre le exigía ver los contenidos del celular de sus exparejas*».

2. *Estrategias dirigidas a controlar el tiempo o actividades de la pareja*. Una de las formas de control más frecuentes en las experiencias compartidas por los entrevistados consistió en una presión

constante por tener información sobre las actividades de la pareja a fin de controlar su libertad y autonomía.

Victimización:

«Se enojaba porque no le contestaba un mensaje. Me decía “Seguro la estás pasando bien con X. Mejor sal con él”. No podía estar despreocupada en un concierto, en donde ni señal tenía, porque estaba tratando de ver en qué momento tenía señal para que yo contestara. Me decía: “Subiste una historia, pero no me has contestado por WhatsApp”».

«Le marcaba a mi mamá o le mandaba mensajes y le decía “Oye, ¿estás con X? Es que no me contestas”».

«Me espiaba por todos lados; si yo quería un momento de paz o simplemente para mí, era como decir: “Ya vi que estás activa aquí”».

Perpetración:

«Era estar viendo lo que subía, lo que compartía [...] Ella tenía un Iphone y por alguna razón tenía abierta la ubicación, y yo entonces sabía dónde andaba [...] La ‘stalkeaba’, revisaba sus segundos en Instagram y sus publicaciones en Facebook. Le había pedido conocer su ubicación y checaba los horarios en que se conectaba. Siempre lo hacía. Revisé su teléfono a escondidas, la presioné para que bloqueara a alguna persona. Hice una cuenta falsa y la vigilaba a diario por esa cuenta”».

3. Estrategias dirigidas a controlar la libertad de expresión en las redes sociales. Esta forma de control sobre las publicaciones en las redes logra el efecto de inhibir la libertad de la pareja para expresarse públicamente por estos medios, al punto de que frecuentemente termina por autorregular sus publicaciones para evitar situaciones potenciales de conflicto.

Victimización:

«Me decía de mis fotos en bikini o de publicaciones en Facebook: “Es que tú te haces la soltera”, “Borra esa foto porque se te ve mucho”, o “¿Por qué te gusta subir fotos?, ¿para que te vean y te digan que estás guapísima?”».

Perpetración:

«Le pedía que subiera fotos en las que estuviera conmigo. Llegué a pedirle que borrara fotos de sus publicaciones».

«Quería ver sus fotos y revisar sus mensajes en Facebook, en WhatsApp y también en Instagram». «Le pedí que borrara publicaciones».

4. Manipulación y victimización. Diversos testimonios de los entrevistados dan cuenta de esta forma de manipulación basada en el chantaje y la victimización. Se trata de formas pasivo-agresivas que permiten al acosador tener un mayor control sobre la dinámica de la relación. En la mayoría de los casos se busca culpabilizar a la pareja de modo tal que ésta termina cediendo y dejando a un lado sus propios intereses y deseos.

Victimización:

«Me decía: “Me fui solo y se me acabó la gasolina, y como no me contestaste, le tuve que marcar a mi ex”».

«Si yo tenía algún amigo, me decía: “¿Por qué hablas con él? Seguro te divierte hablar más con él que conmigo. Creo que no soy suficiente para ti”; “Ya aparté el día para verte, pero si quieres, vete con tus amigas”, o “Me voy a suicidar porque ya no quieres estar conmigo”; “Dijo que se iba a aventar de un puente y no me respondió en dos días, y entonces yo pensé que en verdad se había suicidado”; “Constantemente me decía que se sentía mal, que se cortaba los brazos... y también me mandaba fotos de los brazos cortados, que ni siquiera eran de él”».

Perpetración:

«Quería establecer una catarsis emocional para advertir que yo era el maltratado».

«Buscaba tener un control absoluto. Yo creo que algunas veces dejó de publicar ciertas cosas para evitarse conflictos conmigo».

5. Estrategias recíprocas de control. Conductas en las que la perpetración y la victimización terminan relacionándose; es decir, en algunos casos se establecen dinámicas relacionales en las que la víctima también se convierte en agresor y el agresor en víctima.

Victimización:

«Los dos nos pasábamos las contraseñas. También le pedía ver sus mensajes y teléfono..., que con quién hablaba y todo eso. También le reclamaba lo que publicaba y le pedía que eliminara de sus contactos a las chavas que se burlaban de mí».

Perpetración:

«Ella me pedía que yo subiera ciertas fotos. Estaba metida en esa relación», «Llegaban momentos en que también me pedía que yo hiciera cosas en las redes porque estaba viciada la relación en ese terreno» «Entonces, si tú me pides cosas, pues yo te pido cosas a ti».

Agresión directa

Las conductas de agresión directa cibernética se pueden categorizar en cuatro tipos:

1. Verbal o psicológica. Esto es, conductas consistentes en agresiones verbales, tales como insultos o amenazas, así como agresiones más bien simbólicas, como burlas, humillaciones o ridiculización, ya sea en redes públicas o mediante mensajes privados, tal como se aprecia en los siguientes testimonios:

Victimización:

«Me llegó a decir que me mataría, a insultar mi físico, a decirme “pendeja”, “estúpida”. “Me llegaban mensajes con insultos y amenazas, e incluso llegó a amenazarme por las redes”; “Solía molestarme con fotos mías que no me gustaban, y yo le pedía que por favor las eliminara”». «Tomaba fotos que yo había subido hacía mucho a ese perfil, las repostaba y me ponía: “Eres un monstruo, eres la peor persona que he tocado en la vida”, “Eres una zorra”, “Eres una puta”, “Te metes con todos”».

Perpetración:

«Era una discusión con amenazas. Una vez le quité el teléfono para ver sus cosas»; «Me desbloqueaba cuando yo le decía: “Bueno, ya no va a volver a pasar”. Pero volvía yo otra vez a lo mismo».

2. Relacional. Son conductas dirigidas en esencia a afectar la imagen o reputación de la pareja ante los demás, en particular el grupo de pares, mediante la difusión de rumores, calumnias o mentiras, así como de información privada o de imágenes sin el consentimiento de la pareja:

Victimización:

«Me insultaba cuando estábamos con amigos suyos... Ellos empezaban a decir que estaba loca, que ni siquiera era tan bonita. “El se reía, se burlaba y hacía comentarios sobre mí en los grupos que teníamos con amigos comunes. Le parecía muy gracioso”; “Me tomó un video teniendo relaciones sin que yo me diera cuenta y se lo enseñó a varios de sus amigos”; “Le confíe cosas personales... y cuando ya no lo veía me amenazaba con que si no nos veíamos las iba a mostrar a todo el mundo”».

Perpetración:

«Confrontaba públicamente a sus contactos o amigos en sus muros, una manera de hacerte presente, de establecer límites». «Cuando yo interpretaba –por conversaciones en el muro del Facebook–, que había un coqueteo o una cosa así, me sentía provocado, y lo que trataba de hacer era utilizar un tono, si no amenazante, sí el adecuado para que esas personas supieran que estaba yo presente». «Sus contactos se daban cuenta evidentemente de que había un problema». «Le decía con frecuencia que era un drogadicto, y cuando estaba con amigos lo insultaba».

3. Acoso coactivo. Conductas dirigidas a coartar la libertad de la pareja a partir del hostigamiento y la persecución reiterada, generalmente con objeto de imponer la continuación de la relación.

Victimización:

«Empezó a mandar mensajes y terminé bloqueándolo por WhatsApp; luego cambié de teléfono. Me buscó luego en Instagram, y después en Snapchat. Seguía mandando mensajes para que volviéramos. Me cambié de prepa y me mandaba muchos mensajes. Me seguía mandando mensajes ya en la ca-

rrera”, “Me dijo que se había creado una cuenta falsa de Twitter para ver lo que yo publicaba”. “Cuando yo le decía que no quería verlo, me amenazaba, siempre me amenazaba. De la nada me llegaban mensajes de números que yo no tenía guardados para escribirme desde todos lados”. “En Instagram creó más de doce cuentas... Yo lo bloqueaba o dejaba de contestar, y él las creaba para poder comunicarse”, Lo tuve que bloquear y me escribió: “¿Por qué me dejaste de contestar por acá, pinche vieja?”».

Perpetración:

«En algunas ocasiones, ella, digamos que para evitar un conflicto o discusión, me mostraba lo que ponía y las reacciones que tenía. [Ella] tenía buenas amistades y no quería –aunque yo se lo exigía– romper con esas amistades, y eso era un conflicto».

4. Transición al acoso presencial o violencia física.

Escalamiento del acoso a un nivel de mayor riesgo, pasando de los medios cibernéticos a una forma presencial de violencia física.

Victimización:

«Fue escalando el asunto. Ya después me buscaba en la escuela, me buscaba en mi casa»; «Tomó mi celular, lo aventó atrás del coche y me dijo: “¡Pues de aquí no te sales!” y le puso seguro a la puerta». «Intentó una agresión ya más fuerte, física»; «Me agredió varias veces, físicamente». «Era de agarrarme muy fuerte o jalarme. Una vez le lancé el yogurth».

Secuelas psicológicas, sociales y de salud

Sobre este eje temático relativo a las secuelas que dejó la experiencia de acoso, se determinaron las siguientes tres categorías:

Secuelas psicológicas

Victimización:

«Durante un tiempo tuve que tomar antidepresivos fuertes por la depresión que me ocasionó, por la inseguridad que generó en mi forma de ser, en mi cuerpo y en mis relaciones. Aunque supiera

que yo no estaba mal, es muy difícil recordarlo cuando alguien constantemente te dice que eres una mala persona, que haces todo mal y que eres un monstruo». «Caí en una depresión; ya no tenía mucha autoestima ni seguridad en mí misma. Fue algo muy traumático para mí; me había hecho tan chiquita que sentía que no tenía de dónde sacar fuerza. Ya me había hecho yo muy dependiente». «Fue algo muy impactante en mi vida. Desarrollé depresión, ansiedad... Sigo lidiando con eso». «Tuve ataques de pánico por mucho tiempo. Era mucha presión cuando estaba esperando el momento en el que sonara el teléfono para oír lo peor. Todavía cuando me llega un correo me da miedo abrirlo, y me da miedo cuando alguien timbra porque normalmente suele ser él, y me da miedo llegar a lugares en los cuales nadie me pueda defender», «Me sentía avergonzada, triste, deprimida, me daba mucha ansiedad, estrés...». «No tenía un momento para mí; era estar cuidándome. Tenía que saltarme clases para explicar cosas que no necesitan explicación. Era vivir con miedo». «Legalmente no pude proceder [...] Su mamá me comentó que su siguiente pareja estaba en el hospital; que casi se muere porque él casi la mata a golpes. Me quedé una semana en casa porque no podía con la culpa de pensar que si hubiera hecho algo quizá esa persona no hubiera pasado por eso. Entré mucho en depresión en ese momento. Yo genuinamente pensaba que él era la única razón por la que estaba viviendo. Estuve dos días completamente mal... terminar esa relación y ya no tenerlo, aunque fuera un pequeño motivo, era ya no tener nada». «Todo el tiempo estaba exageradamente drenado. Me sentía incapaz de hacer muchas cosas, y lo que hacía normalmente me cansaba; no podía concentrarme y me la pasaba llorando. Lloraba todos los días, y si no lo hacía un día, al día siguiente terminaba llorando peor».

Perpetración:

«Yo sufría esa circunstancia de los pensamientos fantasiosos y el tipo de relación violenta que yo establecía por esa razón. En ese momento me sentía inseguro y realmente me dolía emocionalmente. No era algo que controlara como algunos que sí pueden hacerlo. La consecuencia inmediata fue el sufrimiento que esta situación me generaba a mí.

Vigilar a mi pareja me hacía sentir triste, tóxico, y sabía que lo que estaba haciendo estaba mal. Las acciones que realizaba me hacían daño emocionalmente».

Secuelas sociales

Victimización:

«Me empecé a alejar de mis amigas, de mis hermanas; me empecé aislar de todos. De hecho, nadie se enteró de todo lo que pasó. Me dejó bastantes problemas en cuanto a mi forma de relacionarme. Ahora suelo ser hipervigilante; ante cualquier cosa exploto y me pongo muy a la defensiva». «También entró la presión social, o sea, los amigos, y yo pensaba: “No sé qué cosas esté dispuesto ese güey a decirles”. Me alejé de un buen de gente».

Perpetración:

«Las personas cercanas a ella decían que era una cosa muy absurda, y la sufrían también. Su familia se percataba de que ella estaba con una persona que la hacía sufrir... y también sufrían. No lo entendían».

Secuelas en la salud física

Victimización:

«Llegué a somatizar mucho. Me enfermaba mucho de la garganta casi siempre que peleábamos». «Estaba físicamente debilitada, enflaqué muchísimo, bajé mucho de peso... ya me notaba mal y no aguanté. Fui a dar al hospital de emergencia».

Redes de apoyo

La indagatoria sobre las redes de apoyo accesibles en el entorno de las personas entrevistadas dio cuenta de tres esferas principales en las que éstas se ubicaban: grupo de pares, familiares e institucionales o profesionales.

Grupo de pares

La mayoría de los jóvenes encontraron en este grupo uno de los apoyos más significativos; otros, por el contrario, refirieron no haber contado con el apoyo suficiente de sus pares, debido en parte

al aislamiento progresivo en el que ellos mismos fueron colocándose.

Victimización:

«Durante ese tiempo nadie sabía, y mis amigas sí, pero lo mínimo, porque me daba pena llegar y salirles con que “X casi se suicida”. Cuando tienes el apoyo de otras personas, te das cuenta que no estás tan loca, que no estás exagerando; que no está mal pedir ayuda, que no está mal enojarte, que no está mal sentirte mal. Mis amigas lo entendieron, me apoyaron, y eso me fue dando fuerza para poder poner límites, para poder decir que no». «Yo tuve un apoyo muy reducido». «Me di cuenta de que me estaba aislando. Mis amigos incluso llegaron a decirme que si necesitaba algo ellos me ayudaban, o que hablaban con mi ex-pareja para decirle que me dejara en paz». «Le conté a un amigo, y no sabíamos exactamente qué hacer con eso. Fue la única persona que me ayudó a salir de mi depresión».

Perpetración:

«Pedí ayuda a amigas y a mi mamá porque las cosas que hacía me hacían daño emocionalmente».

Redes familiares

Si bien algunos de los entrevistados encontraban en su familia una importante red de apoyo, la mayoría, quizás por encontrarse en una etapa de su vida en la que los pares constituyen el grupo de pertenencia y un referente más significativo, no recurrieron a aquélla para buscar ayuda. *«Mis papás tuvieron que intervenir hablando con la mamá y el papá. Les escribieron y les dijeron: “Dile a tu hijo que deje de escribirle a mi hija”». «En ningún momento se me ocurrió acercarme a hablar con mis papás, y aunque ellos me veían mal y me preguntaban, pero igual y yo, puberta al fin, era de “Ay, no, ¿de qué hablas?” y mandaba todo a la chingada». «No tuve mucho apoyo de mis papás; fue como un proceso que tuve que superar sola». «No quería decirles a mis papás porque sabía que me iban a regañar; para empezar, por estar en una relación a distancia, y con alguien al que no conocía físicamente».*

Redes institucionales o profesionales

El apoyo terapéutico o de instancias accesibles en el entorno escolar desempeñaron un importante papel en algunos de los casos con las experiencias más severas; sin embargo, algunos jóvenes no pudieron acceder a algún tipo de apoyo profesional en los momentos más críticos.

Victimización:

«Tengo un psiquiatra, tengo psicólogos. Al principio llegué a tener dos psicólogos». «Fue importante ir a terapia, una terapia entre física y emocional que me ayudó un poco a sanar, y quizá también hasta sexual por lo que viví en esa relación». «Fuimos con la directora para que me cambiara de grupo, y me cambiaron; también fui con otra profesora, que era como mi mentora, que fue con quien más me desahogué». «Queríamos buscar a algún psicólogo o psiquiatra. Estuvimos buscando, pero no encontramos a nadie. Actualmente estoy en el programa de apoyo emocional de la escuela».

Perpetración:

«Recibí apoyo psicológico. Creo que mejoró la relación. Llegué a entender un poco de dónde surgía mi inseguridad».

Situación actual y establecimiento de nuevas relaciones de pareja

Se analizaron la situación actual de la relación de acoso y su evolución. En este caso, la información arrojó tres categorías de contenidos:

1) Ruptura de la relación

Victimización:

«Él me dijo que yo ya no era una persona que quisiera en su vida [de modo que] más bien fue él el que dejó de estar conmigo». «Al final, lo último que él me dijo fue: “Ya no me sirves”». «Terminamos en mi casa. Hubo testigos; estaba su mamá, sus amigos, mi mamá [...]; terminé con él un poco tarde quizá, pero no tan tarde. Al final, él estuvo en la cárcel como un mes o mes y medio. Tristemente, pues a la familia de la chava se le dio cierta cantidad, y él sigue como si nada».

Perpetración:

«Finalmente ella se cansó; hubo un deterioro. En una relación en la cual una persona está desconfiando constantemente, se crean conflictos. Llegó un momento en el que la otra persona dice: “¿Cómo puedo yo seguir en esto”, ¿no?».

2) Identificación de un patrón en las relaciones de pareja

Algunos jóvenes identificaron ciertos patrones en la dinámica de sus relaciones de pareja, aunque otros parecieran haber desarrollado una cierta agudeza intuitiva para reconocer el riesgo de involucrarse nuevamente en una relación de abuso.

Victimización:

«Tengo una disposición de dejarlo todo por una persona, a hacer todo de lado como una cierta dependencia que formo hacia las personas con las que estoy». «Vi que en esta relación había algunas acciones medio tóxicas». «Vi algunas intenciones de controlar mi personalidad, de ver quién me hablaba, de cuánto subía, de cómo me veía». «Pero agradezco que esta vez lo pude bloquear en armonía y no me ha vuelto a buscar, y eso a mí me da mucha paz». «Empecé a notar muchos patrones que me asustaron y que pude reconocer». «Lo corté porque no había forma de que pudiera vivir algo así otra vez».

Perpetración:

«Después de eso sí he seguido revisando a los seguidores en el Instagram de mi pareja actual». «Yo no volví a acosar a nadie por eso. Tuve otras parejas y no he tenido ese deseo de estarlas viendo; ya no me he vuelto a meter en esa situación».

3) Establecimiento de nuevas relaciones de pareja

La mayoría de los participantes ha establecido nuevas relaciones de pareja, aunque para algunos ha sido complicado: *«Estoy con personas que no están emocionalmente disponibles para una relación». «Lo conocí cuando todavía estaba en las últimas de aquella relación». «Me costó volver a tener una pareja».*

Resignificación de la experiencia de acoso

Diversos elementos, como la perspectiva que brinda el tiempo y la distancia, el hecho de encontrarse fuera de la dinámica relacional de abuso constante y, seguramente, el apoyo profesional que algunos recibieron, permitió a algunos de los participantes resignificar la experiencia narrada y apreciar ciertos aspectos de la relación que no podían apreciar mientras estaban inmersos en esa dinámica de acoso, no sólo en la victimización sino también en la perpetración. Esta resignificación de la experiencia se incorporó a los hallazgos de este estudio como un eje temático emergente.

Victimización:

«Cuando tienes el apoyo de otras personas te das cuenta de que no estás loca [...] de que tienes justificación al hacer las cosas que haces, que no estás exagerando, que no está mal pedir ayuda, que no está mal enojarte ni está mal sentirte mal».

«Fue el punto más crítico de mi vida; modificó mi experiencia en las redes sociales... Pero haber entrado a esa relación no es algo por lo que me tuviera que sentir culpable».

«Fue un abuso, totalmente, que generaba en mí un sentimiento de estrés y ansiedad muy fuerte, y pienso que él disfrutaba con eso. Cuando me di cuenta, lo enfrenté, y en vez de ofrecer disculpas se enojó conmigo y me reclamó, victimizándose. Pienso que al final crecí como persona y aprendí muchísimo de esa experiencia. Aprendí a poner límites».

«Era manipulación. Estaba como en una burbuja o una jaula de la que ya no sabes cómo salirte. Lo sufrí muchísimo en el momento, pero me ayudó en parte a entender que no quiero más una relación así. Marcó una pauta de lo que yo no haría jamás en una relación y en lo que no quiero. Al final me hizo mucho bien porque me hizo ver que en el momento en el que alguien empieza a controlarme, yo ya sé que eso no le va a funcionar jamás en la vida. Fue un before and after».

«Era pura manipulación porque era yo quien tomaba la decisión. Está una tan chiquita que ni sabes qué hacer. Estuvo fuerte lo que viví... como que te cae el veinte de que eso no es normal. La

gente no vive esos traumas a los quince años, la gente normal no amenaza a su pareja con suicidarse, no miente de esa manera».

Perpetración:

«Sabía que lo que estaba haciendo estaba mal. Las acciones que llevaba a cabo me hacían daño emocionalmente».

«No tuve un control del tipo de relaciones que había en las redes. No las pude interpretar correctamente y yo ya tenía un problema de celos. Estaba seguro de que yo era una víctima. En esa situación, la que yo creaba (porque yo fui el productor de ese acoso), aunque hay de acosadores a acosadores, según entiendo. Hay unos que sí son muy perversos y que disfrutaban acosando a la pareja. Ese no es mi caso. Nunca me di cuenta de que estaba viviendo una situación de acoso. O sea, yo nunca me percaté ni nunca lo calificué así, sino que después de que rompí esa relación o de que se rompió me empecé a dar cuenta, como se dice por ahí. Cuando empieza uno a hacer el conteo de los daños, se da cuenta dónde la regó. Pasa el tiempo, pasa el tiempo y uno dice: “Es que esto no debió haber ocurrido”. No creo vivir una situación así nuevamente, pues aquí sí cuenta la experiencia. Sería ridículo intentar celar a mi pareja, sería algo muy fuera de lugar».

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se puede apreciar, las conductas de control y monitoreo constituyen las formas más frecuentes del acoso cibernético en las relaciones de pareja de los participantes, lo que se ha documentado también en otros estudios (Baker y Carreño, 2016; Utz y Beukeboom, 2011). Quizás por ello es una de las modalidades del acoso que ha generado un mayor interés (Gámez *et al.*, 2018). El monitoreo persistente del uso del tiempo y de las actividades efectuadas por la pareja se muestra aquí como una forma incipiente de la evolución del acoso cibernético. Esta conducta, en su forma más pasiva, se ejerce principalmente por medio de mensajería instantánea, como WhatsApp, Facebook, Instagram y, en su expresión más invasiva, mediante la

revisión abierta o encubierta del teléfono celular de la pareja. A estas estrategias les siguen otras dirigidas a controlar el uso de las redes sociales de la pareja por medio del monitoreo constante de sus publicaciones y de la interacción con sus contactos, en lo que algunos autores han denominado *cyberstalking* (Strawhun *et al.*, 2013). Lo anterior, según se aprecia en los testimonios, deriva con frecuencia, ya sea por agotamiento o por temor, en la autorregulación por parte de la propia víctima de su actividad en las redes sociales para evitar que los conflictos se acentúen.

La perpetración de conductas de control, que se traduce en un amplio dominio de la vida de la pareja, particularmente en el caso de las mujeres, refleja una tendencia a cosificarlas, lo que está profundamente arraigado en la cultura mexicana. Desde la perspectiva de la victimización, estas conductas parecen ser también el reflejo de ciertos mitos o ideas preconcebidas sobre el amor romántico (Cava y Buelga, 2018), los cuales establecen para las mujeres un lugar determinado dentro de las relaciones amorosas, y legitiman asimismo diversos mecanismos propios de culturas patriarcales, como el control, la posesión y los celos.

Destaca también la presencia de estrategias de control recíprocas que corroboran algunos hallazgos sobre la violencia presencial en las relaciones de adolescentes y jóvenes, en las que se ha observado cómo la perpetración y la victimización pueden aparecer en un sentido bidireccional, esto es, en las que la víctima se convierte en agresor y el agresor en víctima (Gámez *et al.*, 2018), lo que también ha sido reportado respecto al abuso cibernético (Leisring y Giumetti, 2014; Reed *et al.*, 2017).

A su vez, la agresión directa en los medios cibernéticos refleja un nivel más alto del abuso contra la pareja o las personas de su entorno (violencia relacional). La agresión directa ejercida continuamente acarrea una pérdida de la autoestima debido a la descalificación constante y a la humillación o exhibición pública, y eventualmente puede conducir al aislamiento respecto del grupo de pares y de la familia, lo que hace aún más difícil para la víctima reconocer, en esta dinámica, un patrón de abuso. Si bien las secuelas de este

tipo de agresión cibernética son preocupantes en sí mismas, a ellas hay que agregar la probabilidad de que tales conductas puedan dar paso al acoso presencial o a la violencia física, como ha sido también reportado en estudios anteriores (Gámez *et al.*, 2018).

Las referidas conductas de agresión directa parecen reflejar no solamente una baja tolerancia a la frustración por parte del perpetrador, sino que también reproducen pautas culturales de conducta ampliamente normalizadas, lo que contribuye a que los involucrados, tanto víctimas como agresores, no puedan reconocer en ellas mismas el fenómeno del abuso sino hasta que transcurre algún tiempo, una vez que les es posible tomar distancia de ese vínculo afectivo relacional, o bien hasta que pueden acceder a algún tipo de orientación o apoyo terapéutico.

Una de las características que favorecen la aparición y la persistencia del acoso digital es que, al ejercerse a través de medios cibernéticos no requiere que el agresor y la víctima tengan que coincidir físicamente en un lugar o un momento determinados, lo que limita aún más las acciones que la víctima puede adoptar para impedir esa conducta. Aún más, como se muestra en algunos de los testimonios presentados, puede llevarse a cabo el acoso entre dos individuos que no necesariamente se conocen en persona; es decir, la agresión y el control pueden tener lugar en el contexto de una relación virtual, lo que deja secuelas psicológicas, sociales y hasta de salud tan profundas o incluso más severas que las que es posible observar en la relación de acoso de una pareja que interactúa presencialmente.

La pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, estrés postraumático, aislamiento, sentimientos de culpa, dificultad para establecer nuevas relaciones de pareja y relaciones sociales en general y hasta afectaciones en el estado de salud física son algunas de las secuelas que deja esta experiencia en los jóvenes, lo que confirma que el ciberacoso en la pareja es una de las formas de violencia emocional más nocivas. De ahí que la necesidad de las redes de apoyo, formales o informales, resulte fundamental para manejar y procesar en forma adecuada esta experiencia que, debido a

su naturaleza destructiva, puede llegar a comprometer significativamente la estabilidad emocional y el futuro de quien la ha vivido.

Por todo lo anterior, se hace necesario profundizar el estudio de este fenómeno relativamente

reciente a fin de generar información que contribuya a enriquecer las estrategias existentes de prevención de la violencia de pareja, poniendo énfasis en el acoso o abuso cibernético.

Citación: Rodríguez-Kuri, S.E., Díaz-Barriga M., V., Lemus-Romero, A., Moussan-Cohen, S., Rosado-Ramírez, A. y Toscano-Núñez, I. (2025). Exploración cualitativa de experiencias de acoso cibernético en las relaciones de pareja de estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 35(2), 215-230. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2984>

REFERENCIAS

- Álvarez L., Y. y Osorio M., M.C. (2020). *Creencias sobre la violencia psicológica en relación con las prácticas de vigilancia y control hacia la pareja en redes sociales virtuales, en universitarios del municipio de Envigado*. Tesis para optar al título de psicología. Antioquia, Colombia: Institución Universitaria de Envigado.
- Baker, C.K. y Carreño, P.K. (2016). Understanding the role of technology in adolescent dating and dating violence. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 308-320. Doi: 10.1007/s10826-015-0196-5
- Borrajó, E. y Gámez G., M. (2015). Comportamientos, motivos y reacciones asociadas a la victimización del abuso online en el noviazgo: un análisis cualitativo. *Revista de Victimología*, 2, 73-95. Doi: 10.12827/RVJV.2.04
- Caridade, S., Braga, T. y Borrajó, E. (2019). Cyber dating abuse (CDA): Evidence from a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 152-168. Doi: 10.1016/j.avb.2019.08.018
- Cava, M.J. y Buelga, S. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Ciber-Violencia (Cib-VPA) en parejas adolescentes. *Summa Psicológica*, 25(1), 51-61. Doi: 10.14349/sumapsi.2018.v25.n1.6
- Díaz L., R.D.C. (2021). *Ciberviolencia en parejas adolescentes de una institución educativa del distrito de Los Olivos, Lima-2021*. Tesis para optar al título de psicología. Lima: Universidad César Vallejo. Repositorio de la Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/85981/Diaz_LRDC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gámez G., M., Borrajó, E. y Calvete, E. (2018). Abuso, control y violencia en la pareja a través de internet y los smartphones: características, evaluación y prevención. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 218-227. Doi: 10.23923/pap.psicol2018.2874
- Hellevik, P.M. (2018). Teenagers' personal accounts of experiences with digital intimate partner violence and abuse. *Computers in Human Behavior*, 92, 178-187. Doi: 10.1016/j.chb.2018.11.019.
- Javier J., S.P., Hidalgo R., C.A., De Jesús D., R.F. y Vizcarra L., M.B. (2021). Abuso cibernético en el noviazgo y relación intrafamiliar en adolescentes estudiantes mexicanos. *Behavioral Psychology*, 29(1). Doi: 10.51668/bp.8321107s
- Kowalski, R.M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N. y Lattanner, M.R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140, 1073-1137. Doi: 10.1037/a0035618
- Leisring, P. y Giumetti, G. (2014). Sticks and stones may break my bones, but abusive text messages also hurt: Development and validation of the Cyber Psychological Abuse Scale. *Partner Abuse*, 5(3), 323-341. Doi: 10.1891/1946-6560.5.3.323
- Lucero, J.L., Weisz, A.N., Smith-Darde, N.J. y Lucero, S.M. (2014). Exploring gender differences: socially interactive technology use/abuse among dating teens. *Journal of Women and Social Work*, 29(4), 478-491. Doi: 10.1177/0886109914522627
- Marganski, A. y Melander, L. (2018). Intimate partner violence victimization in the cyber and real world: Examining the extent of cyber aggression experiences and its association with in-person dating violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(7), 1071-1095. Doi: 10.1177/0886260515614283.
- McQuade, S.C., Colt, J.P., Meyer, N.B. y Meyer, N.B. (2009). *Cyber bullying: Protecting kids and adults from online bullies*. Bloomsbury Publishing.
- Patchin, J.W. e Hinduja, S. (2015). Measuring cyberbullying: Implications for research. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 69-74. Doi: 10.1016/j.avb.2015.05.013.
- Raiford, J.L., Wingood, G.M. y Diclemente, R.J. (2007). Prevalence, incidence, and predictors of dating violence: A longitudinal study of African American female adolescents. *Journal of Women's Health*, 16(6), 822-832. Doi: 10.1089/jwh.2006.0002
- Reed, L., Tolman, R. y Ward, M. (2017). Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *Journal of Adolescence*, 59, 79-89. Doi: 10.1016/j.adolescence.2017.05.015
- Salas H., J.L., Condeza D., J.V., Figueroa M., N.A., Oliva R., D.I., Villarroel A., A.S. y Vera J., V.A. (2022). Celos y ciberviolencia en el pololeo en universitarios chilenos. *Límite (Arica)*, 17. Doi: 10.4067/s0718-50652022000100213

- Sánchez J., V., Muñoz F., N., Lucio L., L.A. y Ortega R., R. (2017). Ciberagresión en parejas adolescentes: un estudio transcultural España-México. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(1), 46-54.
- Sierra J., J.A. y Cabrera C., C.E. (2021). Prácticas de ciberacoso predominantes en estudiantes de 10° y 11° de una institución educativa privada. *Búsqueda*, 8(2), e559-e559. Doi: 10.21892/01239813.559
- Silverman, J.G., Raj, A., Mucci, L.A. y Hathaway, J.E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 572-579. Doi: 10.1001/jama.286.5.572
- Strawhun, J., Adams, N. y Huss, M.T. (2013). The assessment of cyberstalking: An expanded examination including social networking, attachment, jealousy, and anger in relation to violence and abuse. *Violence and Victims*, 28(4), 715-730. Doi: 10.1891/0886-6708.11-00145
- Temple, J.R., Choi, H.J., Brem, M., Wolford-Clevenger, C., Stuart, G.L., Peskin, M.F. y Elmquist, J. (2016). The temporal association between traditional and cyber dating abuse among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 340-349. Doi: 10.1007/s10964-015-0380-3
- Trujano R., P. y Raich E., M. (2000). Variables socioculturales en la atribución de culpa a las víctimas de violación. *Psicothema*, 12(2), 223-228.
- Utz, S. y Beukeboom, C.J. (2011). The role of social network sites in romantic relationships: Effects on jealousy and relationship happiness. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 16, 511-527. Doi: 10.1111/j.1083-6101.2011.01552.x
- Vega C., J.I. (2019). Prevalencia del bullying en México: un meta-análisis del bullying tradicional y el cyberbullying. *Diversitas*, 15(1), 113-129. Doi: 10.15332/s1794-9998.2019.0015.09
- Woerner, J., Fissel, E.R., Flori, J.N. y Memphis, R.N. (2023). Problem drinking is associated with intimate partner cyber abuse perpetration but is buffered by high relationship satisfaction. *Journal of Family Violence*, 1-14. Doi: 10.1007/s10896-023-00513-x

Midiendo la violencia escolar, la intimidación y el efecto de la presencia del docente. Resultados en Baja California

Measuring school violence, bullying, and teacher presence. Results in Baja California

Teresa Fernández de Juan¹, Sarah Eva Martínez Pellégrini¹
y Miriam de Anda Hernández²

El Colegio de la Frontera Norte¹
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California²

Autor para correspondencia: Teresa Fernández de Juan, teresaf@colef.mx.

RESUMEN

A pesar del alto índice de violencia escolar y de intimidación (*bullying*)³ que hay en Baja California y, en general, en México, no hay un instrumento o prueba que mida la violencia escolar entre iguales o el acoso entre pares, que distinga el tipo de violencia (psicológica, física o cibernética), identifique a las víctimas, los victimarios y los observadores, así como la presencia o ausencia del maestro, y el nivel de conciencia de ser víctimas o victimarios. El presente estudio da cuenta del diseño de tal instrumento y contrasta su efectividad mediante revisión de expertos y la aplicación a 5,750 estudiantes de una muestra estratificada por nivel de violencia y municipios. La investigación se centró en la evaluación de sus propiedades psicométricas. El coeficiente alfa de Cronbach confirmó su fiabilidad para ser aplicado en contextos semejantes. Se considera que el citado cuestionario constituye una contribución para el diagnóstico y aplicación de las políticas de prevención y corrección de la violencia en los planteles escolares.

Palabras clave: Acoso escolar; Jóvenes; México; Validez; Violencia escolar.

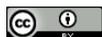
ABSTRACT

Despite the high rate of school violence and bullying in Baja California and, in general, in Mexico, no test measures peer violence and peer bullying, distinguishes the type (psychological, physical, or cybernetic), identifies victims, perpetrators, and observers, as well as the presence of the teacher and the level of awareness of being victims or victimizers. This study identifies the design and contrasts the effectiveness of a questionnaire for these purposes, with expert review and application to a sample of 5,750, stratified by level of violence and municipalities (students). The research focused on the assessment of the psychometric properties of such questionnaires. Cronbach's Alpha confirmed its reliability and applicability to similar contexts. The present study contributes to the

¹ Carretera Escénica Tijuana-Ensenada, Km 18.5, San Antonio del Mar, 22560 Tijuana, B.C., México, tel. 664(631)63-00, correos electrónicos: teresaf@colef.mx, <https://orcid.org/0000-0002-2122-1158> y sarahm@colef.mx, <https://orcid.org/0000-0002-3334-4972>.

² Blvd. Insurgentes.16310-B, Tercera Etapa del Río, Los Álamos, Tijuana, B.C., tel. 664(973-23-73), correo electrónico: programa.nna@derechoshumanosbc.org, <https://orcid.org/0000-0002-4135-170x>.

³ Si bien las autoras utilizan el término inglés *bullying* a lo largo de su texto, se ha preferido emplear aquí la palabra "intimidación" (N. del E.).



diagnosis and management of policies for preventing and correcting violence in schools.

Key words: School bullying; Youth; Mexico; Validity; School violence.

Recibido: 11/07/2024

Aceptado: 02/12/2024

La intimidación (*bullying*) en México “es grave y alarmante y ocupa el primer lugar a nivel internacional en violencia escolar, a tal grado que el 60% de los suicidios en niños en este país son por este problema” (Gaichero, 2021; Martínez, 2023, p. 3) de forma que “al menos un estudiante de cada cinco es probable que sea víctima o agresor, ya sea de acoso tradicional o cibernético” (Bullying sin Fronteras [BSF], 2024). Tan sólo en Baja California, el Secretario de Educación reportó más de 300 incidentes mensuales en los planteles escolares del estado (Jiménez, 2023).

Se estima que un alto porcentaje (62 %) de adolescentes son víctimas de violencia o acoso escolar, sea psicológica o físicamente. Este fenómeno se ha ido incrementando internacionalmente (Zapata *et al.*, 2023) y aunque Caliman (2023) plantea que hay una mayor incidencia de violencia psicológica, encubierta y de tipo simbólica en las escuelas; si bien tales actos no suelen reportarse (Embleton, 2023), abarcan todas las formas de maltrato que existen dentro o fuera de las aulas, así como en los entornos digitales.

Hay diferencias entre el acoso escolar o *bullying* y la violencia escolar por los pares. El *bullying*, intimidación o “matoneo” (Cardozo, 2021) es una conducta sostenida en el tiempo (Zegarra *et al.*, 2022), tiene un carácter de síntoma y siempre se produce entre iguales (Observatorio FIEEX, 2019), o sea, es un evento aislado o un patrón de comportamiento que se repite durante un período de tiempo menor a una semana, por ejemplo (Mora *et al.*, 2024). Para Castillo (2011), “el criterio para diferenciar violencia de acoso parece estar en la opción de respuesta ‘alguna vez’ dada por un estudiante, lo que se interpreta (...) como “violencia”, mientras que si elige la opción “con frecuencia’, se categoriza como acoso” (p. 418).

En otras palabras, mientras que

la violencia escolar [...] se caracteriza por interacciones violentas (cara a cara o cibernéticas) entre pares y entre el profesorado y el alumnado, así como hacia el mobiliario escolar; el bullying o acoso escolar (...) ocurre únicamente entre pares, se elige a un alumno como blanco de una agresión continua de diversos tipos y hay un desequilibrio de poder más marcado entre el acosador y la víctima (Mendoza *et al.*, 2022, p. 2).

Debido a la alta incidencia de ambos tipos de maltrato, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2023) ha destacado el papel clave que desempeñan los docentes para acabar con la violencia escolar y el acoso. Si bien ambos fenómenos tienen un impacto negativo en la salud física y mental de las víctimas, así como en su rendimiento escolar, la intimidación los lleva al límite, ya que puede conducir a las víctimas a intentar suicidarse o a sufrir serios trastornos alimentarios (Barriguete *et al.*, 2022; Mora *et al.*, 2024).

Vergara *et al.* (2023) afirman lo siguiente:

Por sus consecuencias, la violencia y el acoso escolar afectan el desarrollo social y psicológico [...], disminuyen la autoestima, acentúan las dificultades interpersonales, afectan la asistencia a la escuela, interfieren en la capacidad de los estudiantes para aprender y disminuye el rendimiento escolar [y produce en la víctima] ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo [...] y deterioro del autoconcepto (p. 4).

Cedeño (2020), quien se ha dedicado a explorar el estado de la violencia y el acoso escolar en el mundo, y particularmente en el entorno latinoamericano, concluye que estos problemas abarcan todos los niveles, “sin que hayan sido ni suficientes ni eficaces las estrategias preventivas implementadas” (p. 478), por lo que toca a los científicos, educadores y psicólogos ejecutar “nuevas estrategias, capaces y eficaces para prevenirlos y mitigarlos” (p. 478).

En este sentido, el presente trabajo busca constituirse como una prueba integral capaz de medir la violencia entre iguales, el acoso por pares, el tipo de violencia (psicológica, física o cibernética), el carácter de víctimas, victimarios y observadores de los implicados, la presencia del maestro y el nivel de conciencia de ser maltratados o maltratadores.

Se toma en cuenta también a los observadores, que en su mayoría se recrean con los episodios agresivos (Bauman *et al.*, 2020), o se abstienen de participar por temor a ser a su vez victimizados (Midgett y Dumas, 2019) y con ello, le otorgan un mayor poder al victimizador (Herrera *et al.*, 2022; Sánchez *et al.*, 2023). Un estudio de Quilis (2023) señala que hay quienes defienden a la víctima o convencen al agresor de detener la agresión⁴. Respecto a este punto, es importante señalar que, posteriormente a la confección, validación y ejecución de esta prueba, las presentes autoras supieron de un test creado específicamente para medir al observador (Herrera *et al.*, 2022), lo cual resulta novedoso y fortalece el análisis de tal arista en futuros trabajos.

Como se afirma antes, tanto la violencia como el acoso escolar tienen consecuencias demoleadoras. Socavan el desarrollo psicoafectivo en los niños, niñas y adolescentes (NNA) que lo padecen, merman su salud mental y su motivación para asistir a las aulas (Cerna, 2023; Lucas *et al.*, 2022). Es por ello que, cuando la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California (CEDHBC) solicitó a las presentes autoras explorar la incidencia de ambos tipos de maltrato en los cinco municipios de Baja California, se revisaron las pruebas existentes y se optó por crear un instrumento que contuviera, de forma abreviada pero pertinente, todos los elementos necesarios antes mencionados. Para ello se procedió, una vez confeccionada, a su validación y contrastación en una muestra de 5,750 estudiantes.

⁴ De hecho, el rol del observador no implicado “no se explica de manera importante por ninguno de los mecanismos de desligamiento moral, lo cual es coherente con su papel de desconocidos de los procesos de violencia compleja en la escuela; no obstante, si en algún momento se percatan de la ocurrencia de las situaciones de intimidación, tienden a distorsionar las consecuencias percibiendo los sucesos como actos inocuos, de ahí que ignoran los resultados perjudiciales que esas conductas causan sus pares (Bandura, 2016)” (*cf.* Herrera *et al.*, 2022, p. 931).

MÉTODO

Objetivo

Crear una herramienta para medir y caracterizar la violencia escolar entre pares y la intimidación. Tal caracterización identifica además el tipo de maltrato, si el docente presencia estas acciones, y busca conocer si al finalizar la aplicación del instrumento el educando toma conciencia de ser víctima o victimario.

Procedimiento

Se consultaron artículos teóricos, empíricos, tesis y otras publicaciones sobre violencia escolar, su incidencia y particularidades (Alonso *et al.*, 2023; Del Barrio *et al.*, 2003; Obregón, 2022), intimidación (Gómez *et al.*, 2011), *ciberbullying* (Álvarez *et al.*, 2011), efectos psicoeducativos (Aristimuño y Noya, 2015) y papeles del victimario y de la víctima. Entre las más destacadas publicaciones se hallan el test AVE, de Piñuel y Oñate (2006), así como otros cuestionarios para llevar a cabo mediciones similares (Álvarez *et al.*, 2013; Cobián *et al.*, 2015; López, 2017).

Se revisaron asimismo cada dimensión e ítem utilizados en otros estudios, como los de Dobarro (2011), Álvarez *et al.* (2013), Ayala (2015) y Cuevas y Marmolejo (2016). Con todo ello se integró un nuevo instrumento de medición denominado AE-VE (Acoso Escolar-Violencia Escolar). Además de estos antecedentes, se incorporó un conocimiento del contexto obtenido a partir del trabajo de campo con directores y maestros, quienes brindaron información sobre distintos aspectos del fenómeno para facilitar la comprensión e interpretación de las preguntas.

Por último, se aplicó el instrumento a los estudiantes para detectar las situaciones referidas. Para ello, se contó con la anuencia (asentimiento/consentimiento)⁵ por anticipado de los directivos,

⁵ Según la Pauta 17 de las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), los NNA deben ser incluidos en investigaciones científicas que buscan mejorar el conocimiento de fenómenos o problemas de salud a las que son sensibles, “a menos que exista una razón científica que justifique su exclusión” (*cf.* Vega *et al.* 2024, pp. 73 y 104).

profesores y educandos de forma totalmente voluntaria y anónima, garantizándose que estos últimos, al ser adolescentes, entendieran perfectamente el proceder, todo ello a la luz de la Ley General de Derechos de los Niños Niñas y Adolescentes (LGDNNA) (2024)⁶, por lo que, antes de su aplicación, se les explicó a todos los alumnos la dinámica a seguir, el respeto por su determinación y, por ende, la posibilidad de no participar si ese era su deseo.

El enfoque del trabajo retoma una perspectiva sociocognitiva, alineada con la propuesta de estándares de validación de la American Educational Research Association (AERA, 2014) y la American Psychological Association (APA, 2014), que buscan incorporar las variaciones del contexto social en el que se produce el fenómeno observado.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 5,750 estudiantes de segundo y tercer grado de secundaria, alumnos de 25 escuelas públicas de Baja California, por lo que su edad osciló entre 13 y 15 años. Los centros se identificaron a partir de un censo estatal de escuelas matutinas y vespertinas del Sistema Educativo Estatal (SEE) de los cinco municipios que constituyen dicha entidad. Estos datos permitieron distinguir el carácter rural o urbano de las escuelas; el municipio; la calificación de foco rojo o verde, siendo las primeras las catalogadas por el SEE con presencia de violencia (comunicación personal con Irma Martínez, delegada del Sistema Educativo (SEE), Tijuana, septiembre de 2020); el turno que cubrían (escuelas matutinas o vespertinas) (Tabla 1).

⁶ El Artículo 72 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2024) trata sobre el derecho a la participación, el principio de capacidad progresiva y sobre todo el de consentimiento informado: “La participación de adolescentes en investigaciones o encuestas debe estar basada en un consentimiento claro, libre y bien informado [...] Los adolescentes de nivel secundaria puedan consentir su participación en un cuestionario, sin necesidad de que los padres intervengan, siempre y cuando se garantice que se comprende plenamente el propósito de la investigación”.

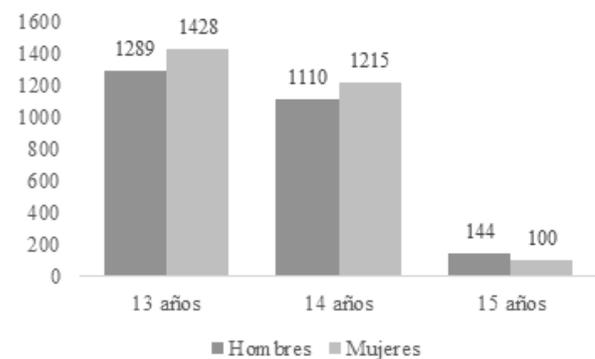
Tabla 1. Escuelas por municipio y clasificación.

Municipio	Número de escuelas	Número de cuestionarios aplicados	
		Foco rojo	Foco verde
Ensenada	7	54	1,286
Mexicali	9	903	1,153
Rosarito	1	80	0
Tecate	4	393	194
Tijuana	4	1,382	305
Total	25	2,812	2,938

La razón de clasificar como “foco rojo” o “foco verde” a las escuelas fue establecer si los parámetros del registro oficial de la violencia escolar coincidían con los resultados obtenidos, y plantear, de ser necesario, una reconsideración de los registros.

Se equilibró la participación de los turnos matutinos y vespertinos ya que, según Saucedo (2005), hay diferencias sustanciales en su desempeño escolar entre los alumnos que asisten por la mañana o por la tarde. La distribución por edades y género final se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1. Número de cuestionarios aplicados por edad y género.



RESULTADOS

El cuestionario AE-VE tiene tres secciones. La primera recoge datos sociodemográficos y de caracterización. La segunda constituye la prueba propiamente dicha, en escala Likert, donde se identifican las situaciones de violencia y de acoso escolar teniendo en cuenta su periodicidad. Por ello los primeros 60 ítems tienen la opción 1) nunca, 2) una

vez al mes o cada 15 días, o 3) una o más veces a la semana, correspondiendo esta última al acoso. También se registran los casos de *ciberbullying*. La tercera sección, recoge el grado de conciencia adquirido mediante la aplicación de la prueba, sobre ser víctima o victimizador(a). Debido a que algunos autores han señalado diferencias entre los

géneros (Amemiya *et al.*, 2022) este factor también fue tabulado.

La Tabla 2 muestra la distribución de los ítems por tipos de violencia, el papel desempeñado por el encuestado(a) y la presencia del docente que se registra en 13 preguntas (21.6 %).

Tabla 2. Estructura de los ítems del Cuestionario de VE- AE.

Tipo de intimidación o violencia escolar	Situaciones		
	Presenciadas (observador(a))	Vividas (víctima)	Realizadas (victimario(a))
Psicológico	1*, 2, 12	19*, 20, 27, 28, 29, 30, 34	41*, 42,49, 50, 54
Físico	3*, 5*, 6*, 4, 7, 8	21*, 23*, 24*, 22, 25, 26	43*, 45*, 49*, 48*, 44, 47
<i>Ciberbullying</i>	9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18	31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40	51, 53, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60

* Con presencia del maestro.

El referido instrumento se diseñó de manera que se pudiesen distinguir las siguientes variables:

1. Las situaciones violentas presenciadas (18 reactivos, 30% de la prueba), ya sean vividas (22 reactivos, 36.6%) o efectuadas (20 reactivos, 36.3%).

2. El tipo de intimidación o de violencia escolar: violencia psicológica (15 reactivos, que incluye violencia verbal, humillación, insultos y exclusión social); violencia física (18 reactivos, directa, como una pelea o golpes, e indirecta, como robar, romper o esconder objetos de la víctima), y *ciberbullying* (27 reactivos, referidos a violencia

digital). Puede haber varios tipos de violencia simultáneamente.

3. La presencia o no de maestros en estas situaciones.

El instrumento concluye con dos preguntas

La Tabla 3 muestra que las formas más frecuentes de violencia ocurren mediante la interacción hablada o física; la incidencia de actos cibernéticos se ubica en menos de 11% y es inferior a 6% para los victimarios. La violencia física es mencionada por más del 16% para víctimas y victimarios.

Tabla 3. Respuestas afirmativas por pregunta en situaciones vividas y presenciadas.

Papel	Tipo de violencia	Rangos de respuesta %			
		0-5.99	6-10.99	11-15.99	16 % y más
Víctima	Psicológica	2.38	4.76	4.76	4.76
	Física	0	2.38	2.38	9.52
	Ciber	4.76	14.28	2.38	0
Victimario	Psicológica	2.38	2.38	2.38	4.76
	Física	0	2.38	2.38	9.52
	Ciber	19.05	2.38	0	0

Apenas hay variaciones respecto al género (Tabla 4). En las situaciones presenciadas (observadores),

la diferencia de 3% es algo mayor para mujeres, pero es apenas 16% de la muestra.

Tabla 4. Promedios de respuesta positiva a los ítems sobre violencia y acoso por género.

Situaciones	Hombre	Mujer
Presenciadas	15.70	18.10
Vividas	7.37	7.71
Realizadas	6.03	5.38

Se validó el contenido de la prueba con jueces expertos en el tema, quienes propusieron algunos cambios y la eliminación de algunas preguntas. Se circuló el cuestionario a maestros escogidos aleatoriamente para revisar la claridad de las preguntas. Después se efectuó un análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Este arrojó un resultado de alta confiabilidad (0.9) para el total de la muestra y garantiza la coherencia entre los ítems por su aspecto.

La prueba también se realizó para las preguntas sobre situaciones vividas, presenciadas y realizadas en escuelas urbana y rural, respectivamente. Con resultados de alta consistencia y poca variación (Tabla 5), se consideró distinguir las escuelas rurales y urbanas, bajo el supuesto de que sus condiciones son diferentes.

Tabla 5. Nivel de confiabilidad.

Situación de violencia	Tipo de escuela	
	Urbana	Rural
Situaciones presenciadas	0.84	0.85
Situaciones vividas	0.84	0.82
Situaciones realizadas	0.71	0.78

El levantamiento de información se llevó a cabo en septiembre y octubre de 2019 dentro de las aulas, y según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (Gobierno de México, 2014), y el de la American Psychological Association (APA, 2017), se contó con el acuerdo previo de los directivos, el apoyo de los maestros y el consentimiento de los entrevistados. Se dio a los participantes un tiempo de 50 minutos para responder, con la posibilidad de aclarar sus dudas.

Se identificó el mayor nivel de violencia en las escuelas con foco verde, apuntando a un fenómeno de subregistro en las instituciones educativas (Tabla 6).

Tabla 6. Total de violencia y su tipología.

Psicológica		Física		Ciberbullying	
Violencia	Intimidación	Violencia	Intimidación	Violencia	Intimidación
12.59	11.11	18.43	11.91	7.33	2.93

La mayor diferencia se ubicó en la violencia escolar por pares, mientras que en la intimidación ambos tipos de escuelas presentaron condiciones similares. El 4% o más en las de foco verde podría deberse a que los sujetos no identificaban tales situaciones, ya que registraban más respuestas positivas en las preguntas 61 y 62, en las que 14.70% se reconoció como víctima en la pregunta 61, y como victimario en la 62.

Hubo alumnos que al finalizar la encuesta se reconocían como víctimas o victimarios, lo que permite utilizar esta prueba como instrumento educativo.

En la tabla 7 destaca la intimidación psicológica en las escuelas de foco rojo. Los valores más bajos son los de intimidación física en las escuelas de foco rojo y verde, respectivamente. En todas las escuelas, de los registros sobre violencia psicológica en presencia de docentes, cinco reba-

saron 25% de respuestas, lo que indica una alta incidencia, pese a lo cual ante los docentes había menos violencia física.

Tabla 7. Presencia de los docentes.

Tipo de escuela	Intensidad	Psicológica	Física
Todas las escuelas	Violencia escolar	21.93	18.72
	Intimidación	26.83	12.93
Foco rojo	Violencia escolar	18.47	18.26
	Intimidación	27.98	12.26
Foco verde	Violencia escolar	25.12	20.01
	Intimidación	25.73	13.77

Acerca de los insultos, en la Tabla 8, 38.3% de los jóvenes declaró ser violentados en clase y 26.8 % en los recesos.

Tabla 8. Preguntas 19 y 20 (“Me insultan en la clase o en el receso”).

Tipo	Nunca	Una vez al mes o cada 15 días	Una o más veces a la semana	Agredidos %	Total
Foco rojo	3,733	927	718	30.59	5378
Foco verde	3,710	1,299	799	36.12	5808
General	7,443	2,226	1,517	33.46	11186

Con la violencia física ocurre como con los insultos, y hay mayores agresiones en las clases que en los recreos. Con 17.11% de respuestas, “golpear en clase” es una de las mayores agresiones, junto a “insultar”. La diferencia entre las escuelas de foco verde y foco rojo es algo inferior a la de ambos tipos de escuelas, y el resultado para el total de la muestra, con incidencia algo mayor en las de foco rojo.

“Me empujan o fastidian en las filas” alcanza prácticamente a un tercio de las víctimas. Otro es “impedir la realización del trabajo en clase” (34%). La última respuesta con un alto porcentaje de las víctimas es la sustracción de pertenencias. Para las acciones de “empujar en las filas”, “molestar durante los tiempos de trabajo” o “esconder y quitar cosas a los compañeros”, los patrones son semejantes en todas las escuelas.

DISCUSIÓN

El interés principal del presente estudio fue construir y validar una escala para medir y caracterizar el acoso escolar entre iguales y la violencia escolar por pares en estudiantes de secundaria, para lo cual se identificaron el tipo de violencia (física, psicológica e ciberintimidación), la presencia del maestro durante el episodio agresivo, y el grado de conciencia que adquiere el alumno de haber sido violentador o víctima. Este último aspecto resulta particularmente importante, teniendo en cuenta la función educativa del instrumento y el hecho de que es posible que un alto porcentaje de víctimas, victimarios y observadores no se identifiquen como tales. Si no se reconoce ese papel, es imposible obrar en consecuencia. En este sentido, esta prueba supone una táctica muy valiosa para detectar la situación en grupos y educar a cada estudiante y maestro para prevenir conductas de violencia y de acoso en el ámbito escolar.

Al haberse analizado cinco municipios, es posible concluir que el nivel de violencia en las escuelas bajacalifornianas se refleja en respuestas positivas en un abrumador 71.27 %, lo que implica prácticamente a todos los alumnos que respondieron. Aunque prima la violencia escolar vs. la intimidación, ésta también está presente. Un quinto de los alumnos resulta violentado por sus iguales, sobre todo físicamente, aunque no se excluyen el maltrato psicológico y cibernético.

No hubo diferencias significativas por género, hallazgo que no resulta novedoso si se parte de que no hay consenso entre los distintos estudios en lo que respecta al acoso escolar por pares ni el tipo de violencia. En los intercambios con docentes y autoridades, la percepción general es que no hay diferencia entre géneros, y que en algunos casos la presión entre las mujeres es mayor como consecuencia de su más rápido desarrollo.

También se manifiesta la necesidad de un ajuste de clasificación de las escuelas en el estado según el índice de violencia de la zona, según la cual se consideraban dignas de atención sólo los planteles ubicados en áreas problemáticas. Debe extenderse el trabajo educativo a todas sin distinción, y profundizar en las diferencias de los comportamientos violentos en todos los casos. Se identificó un mayor nivel de violencia en las escuelas de foco verde, lo cual apunta a un fenómeno de subregistro en las instituciones educativas.

La comparación entre todos los centros de educación secundaria localizados en las áreas rurales y urbanas de la muestra es una limitación que presenta este estudio.

Considerando que a futuro cada uno de estos alumnos, en caso de no ser detectado y ayudado, seguirá exhibiendo una conducta violenta en cualquier contexto (pareja e hijos), habrá la necesidad de establecer un mejor diagnóstico y un control más eficaz sobre tal conducta.

La violencia predominante fue la intimidación psicológica en la forma de humillación. La mitad de los alumnos insultaban a sus compañeros, y las muestras más frecuentes se daban en las aulas con los maestros presentes. Les empujaban en la fila, los golpeaban, les impedían realizar trabajos e incluso hurtaban sus pertenencias. La presencia de los maestros expone no solo su permisividad, sino su escasa preparación en el conocimiento de formas adecuadas de resolver los conflictos, además de sus deficiencias en el manejo de grupos, lo que perjudica a los victimados y alienta a los victimarios y la impunidad. Los educadores tienen la obligación de intervenir directamente para crear un clima escolar sano basado en la empatía y el respeto. Entre más mejor sea el clima escolar, una menor violencia habrá entre los alumnos.

En entornos complejos sería importante identificar la carencia de especialistas en las diversas áreas psicopedagógicas. También es necesario profundizar en las situaciones violentas a las que están expuestos los maestros por parte de los estudiantes y en ocasiones de los propios padres.

Se considera que esta prueba, dada la calidad de respuestas obtenidas, congruencia interna, validación de expertos, capacidad de diagnóstico del nivel de incidencia, identificación de los tipos de violencia, impacto en la conciencia de los estudiantes, del personal de los centros educativos y de los tomadores de decisiones, es una contribución relevante para la prevención y corrección de situaciones de violencia, en planteles escolares.

Citación: Fernández de Juan, T., Martínez-Pellégrini, S.E. y de Anda Hernández, M. (2025). Midiendo la violencia escolar, la intimidación y el efecto de la presencia del docente. Resultados en Baja California, México. *Psicología y Salud*, 35(2), 231-243. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2985>

REFERENCIAS

- Alonso, L., Saracoo, R., Chávez, M., y Paz, F. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento Criminal y Violento en el Aula en adolescentes del sureste mexicano. *Psicología y Salud*, 33(1), 241-251. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2787>
- Álvarez-García, D., Núñez, J., Álvarez, L., Dobarro, A., Rodríguez, C. y González-Castro, P. (2011). Violencia a través de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de secundaria. *Anales de Psicología*, 27(1), 221-231. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113661/107651>
- Álvarez-García, D. Núñez, J. y Dobarro, A. (2013). Cuestionarios para evaluar la violencia escolar en Educación Primaria y en Educación Secundaria: CUVE3 -EP y CUVE3 -ESO. *Apuntes de Psicología*, 31(2), 191-202. <https://doi.org/10.55414/ap.v31i2.322>
- Amemiya Hoshi, I., Oliveros Donohue, M., Acosta Evangelista, Z., Piscocoya, S. J. y Martina Chávez, M. (2022). Victimización (Bullying) según enfoque de género en adolescentes escolares de Huamanga y Sicuani. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(3), 188-196. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-55832022000300188&lang=es
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (AERA, APA y NCME). (2014). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas*. American Educational Research Association.
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ethics/code/index>
- Aristimuño, A. y Noya, J.C. (2015). La convivencia escolar y el fenómeno del bullying en la enseñanza secundaria de Uruguay. Un estudio de caso. *Páginas de Educación*, 8(2), 201-244.
- Ayala C., M.R. (2015). Violencia escolar: un problema complejo. *Ra Ximhai*, 11(4), 493-509. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46142596036>
- Barriguete, J., Radilla, C., Fernández, L., Valle, H., Baños, M., Hernández, L., Garibay, N., Vázquez, F., Mejía, M. y Salinas, C. (2022). Relación del acoso escolar y conductas de riesgo a trastornos de la alimentación en escolares mexicanos. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 28(4), 1-13.

- Bauman, S., Yoon, J., Iurino, C. y Hackett, L. (2020). Experiences of adolescent witnesses to peer victimization: The bystander effect. *Journal of School Psychology, 80*, 1-14. Doi: 10.1016/j.jsp.2020.03.002
- Bullying sin Fronteras (BSF) (2024). *Estadísticas mundiales de bullying 2022/2023. México, Primer lugar: 270,000 casos*. Autor. Recuperado de <https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2017/03/bullying-mexico-estadisticas-2017.html#:~:text=M%-c3%89XICO%20N%C3%9AMERO%201%20EN%20CASOS,Unidos%20de%20Am%C3%A9rica%20y%20Espa%C3%B1a>
- Caliman, G. (2023). School climate and violence in a university environment: between prevention and promotion of cultures of peace. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, 31*(121), 1-21. Doi: 10.1590/s0104-40362023003103902
- Cardozo, G. (2021). Factores vinculados al bullying en escolares de Córdoba, Argentina. *Liberabit, 27*(1), e459. Doi: 10.24265/liberabit.2021.v27n1.08
- Castillo P., L. (2011). El acoso escolar. De las causas, origen y manifestaciones a la pregunta por el sentido que le otorgan los actores. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación, 4*(8), 415-428. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281021722009.pdf>
- Cedeño S., W.A. (2020). La violencia escolar a través de un recorrido teórico por los diversos programas para su prevención a nivel mundial y latinoamericano. *Revista Universidad y Sociedad, 12*(5), 470-478. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2218-36202020000500470
- Cerna, D. (2023). Lo que se siente aprender: violencia pedagógica en estudiantes universitarios. *Contextualizaciones Latinoamericanas, 2*(29), 1-8. Doi: 10.32870/cl.v2i29.8006
- Cobián, C., Nizama, A., Ramos, D. y Mayta, P. (2015). Medición y magnitud del bullying en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32*(1), 196-197. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-46342015000100032
- Cuevas, M. y Marmolejo, M. (2016). Observadores: un rol determinante en el acoso escolar. *Pensamiento Psicológico, 14*(1), 89-102. Doi: 10.11144/Javerianacali.PPS14-1.orda
- Del Barrio, C., Martín, E., Montero, I., Gutiérrez, H. y Fernández, I. (2003). La realidad del maltrato entre iguales en los centros de Secundaria españoles. *Infancia y Aprendizaje, 26*(1), 25-47. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/233620216_La_realidad_del_maltrato_entre_iguales_en_los_centros_de_secundaria_espanoles_Peer_victimization_in_Spanish_secondary_schools_The_state_of_the_art
- Dobarro, A. (2011). Revisión de los principales estudios sobre la incidencia de la violencia escolar en Asturias. *Magister, 24*, 77-89. <https://reunido.uniovi.es/index.php/MSG/article/view/13768>
- Embleton, S. (2023). La cultura del bullying (acoso escolar). *Ciencia Latina, 7*(2), 7357-7367. Doi: 10.37811/cl_rcm.v7i2.5886
- Gaichero, S. (2020). *En México, 60% de los suicidios en menores son por bullying*. Recuperado de <https://www.adn40.mx/noticia/mexico/notas/2017-05-01-20-11/60-de-suicidios-en-menores-mexicanos-son-a-causa-del-bullying>
- Gobierno de México (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (LGSMISM), 2 de abril. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Gómez, T., León, B. y Felipe, E. (2011). Acoso escolar en estudiantes de educación primaria en Extremadura. *Apuntes de Psicología, 29*(3), 471-490.
- Herrera L., M., Pantoja A., D.M. y Viteri E., M.A. (2022). Diseño y validación de una escala de roles de observadores de bullying y su explicación desde el desligamiento moral. *Revista Mexicana de Investigación Educativa, 27*(94), 911-938.
- Jiménez, A. (2023, 15 de noviembre). "Reportan 50 casos de bullying en escuelas de BC". *La Voz de la Frontera*. Recuperado de <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/reportan-50-casos-de-bullying-en-escuelas-de-bc-11006611.html>
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) (2014, 27 de mayo). México: *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf>
- López, V. (2017). *Violencia escolar en las aulas de educación primaria* [Tesis de licenciatura]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/63503/L%c3%b3pez%20Lemasurier.pdf>
- Lucas M., B., Pérez A., A., Solbes C., I., Ortuño S., J. y Fonseca P., E. (2022). Bullying, cyberbullying, and mental health: the role of student connectedness as a school protective factor. *Psychosocial Intervention, 31*(1), 33-41. Doi: 10.5093/pi2022a1
- Martínez, A. (2023). El bullying en las escuelas mexicanas. *Enlace, 10*(157), 1-14.
- Mendoza G., B., Pérez M., H., Domínguez M., J.M. y Román V., M. (2022). Roles de participación en el bullying y episodios violentos en la interacción profesor-alumno. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, 24*(e25). Doi: 10.24320/redie.2022.24.e25.4240
- Midgett, A. y Doumas, D. (2019). Witnessing bullying at school: the association between being a bystander and anxiety and depressive symptoms. *School Mental Health, 11*, 454-463. Doi: 10.1007/s12310-019-09312-6
- Mora, K., León, B., Ramírez, G., Álvarez, K. y Chiluisa, Y. (2024). Violencia escolar y su influencia en el comportamiento: una revisión de estudios. *Ciencia Latina, 8*(3), 5297-5314. Doi: 10.37811/cl_rcm.v8i3.11737

- Obregón, F. (2022). *Adaptación del Cuestionario de Exposición a la Violencia en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana, 2021*. Tesis de licenciatura. Repositorio de la Universidad César Vallejo. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88502>
- Observatorio FIEEX (2019). *Diferencias entre acoso, bullying y ciberbullying*. Recuperado de <https://observatoriofieex.es/diferencias-entre-acoso-bullying-y-ciberbullying/#:~:text=El%20acoso%20escolar%20se%20produce,violencia%20escolar%20puede%20ser%20puntual>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2023). *Entornos de aprendizaje seguros: Prevención y tratamiento de la violencia en la escuela y sus alrededores*. París: Unesco. Recuperado de <https://www.unesco.org/es/health-education/safe-learning-environments>
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2006). *Test AVE de acoso y violencia escolar*. TEA Ediciones.
- Quilis J., M. (2023, 18 de mayo). *Bullying: el papel del espectador en el acoso escolar*. *PsicoActiva*. Recuperado de <https://www.psicoactiva.com/blog/bullying-el-papel-del-espectador/>
- Sánchez A., C., Osorio, A., Rodríguez G., M. y Laudadio, J. (2023). Relación entre diferenciación del self y agresión entre pares en estudiantes universitarios argentinos. *Interdisciplinaria*, 40(2), 197-214. Doi: 10.16888/interd.2023.40.2.12
- Saucedo, C. (2005). Los alumnos de la tarde son los peores. Prácticas y discursos de posicionamiento de la identidad de alumnos problema en la escuela secundaria. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 10(26), 641-668. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v10n26/1405-6666-rmie-10-26-641.pdf>
- Vega V., P., Miranda C., C. y Vargas C., I. (2024). Consideraciones claves en el proceso de asentimiento en niños, niñas y adolescentes: revisión integrativa. *Andes Pediátrica*, 95(1), 91-106. Doi: 10.32641/andespediatr.v95i1.4968
- Vergara L., S., Hevia, F. y Muñoz, M. (2023). Violencia y aprendizajes básicos. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 13(26), 1-26. Doi: 10.23913/ride.v13i26.1443
- Zapata, L., Pozo, A. y Prado J., V. (2023). Análisis de la violencia en los estudiantes universitarios y sus consecuencias. *Dilemas Contemporáneos*, 10(2), 1-23. Doi: 10.46377/dilemas.v2i10.3540
- Zegarra Ch., R., Cuba S., J.M., Castillo P., H., Morán P., G.I. y Zeladita H., J.A. (2022). Conocimiento sobre sistemas de denuncia del acoso escolar y tipo de intervención del adolescente espectador. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1), e4221. Recuperado de scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01-e4221.pdf

ANEXO

Cuestionario de VE y AE

Este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial. Debe llenarse sin que nadie mire hacia los lados. No hay respuestas buenas ni malas.

ESCUELA: _____						
MUNICIPIO: _____			LOCALIDAD: _____			
EDAD: _____ SOY: Hombre (<input type="checkbox"/>) Mujer (<input type="checkbox"/>) GRADO: _____						
SITUACIONES PRESENCIADAS	He observado situaciones que pueden molestar a algún/a compañero/a como son:	Nunca	Una vez al mes o cada quince días	Una o más veces a la semana	Estaba presente el maestro	
					Sí	No
1	Insultarle en clase.					
2	Insultarle en el receso.					
3	Pegarle en clase.					
4	Pegarle en el receso.					
5	Empujarle o fastidiarle en las filas.					
6	Molestarle o no dejarle hacer el trabajo.					
7	Quitarle o esconderle cosas.					
8	Estropearle los trabajos.					
9	Enviarle mensajes ofensivos por teléfono o en redes sociales.					
10	Difundir sus fotos o videos privados o comprometidos por redes sociales.					
11	Vi que le tomaban fotos sin su consentimiento en lugares como vestidores, playas o baños.					
12	Que le hagan llamadas anónimas para asustarle.					
13	Que le acosen sexualmente por teléfono o en redes sociales.					
14	Que alguien finja ser él / ella en redes sociales mintiendo o revelando sus secretos.					
15	Que alguien le haya robado la contraseña de su correo electrónico y/o redes sociales.					
16	Que alguien haya retocado sus fotos o videos para difundirlos en redes sociales y convertirlo / a en objeto de burlas.					
17	Que alguien le haya chantajeado para que hiciera cosas que NO quería hacer, y así evitar que difundieran sus asuntos privados por internet.					
18	Que alguien le haya calumniado por internet diciendo mentiras sobre él / ella para desacreditarlo/a (rumores).					

SITUACIONES VIVIDAS YO he sufrido situaciones que han llegado a molestarme, como por ejemplo que:	Nunca	Una vez al mes o cada quince días	Una o más veces a la semana	Estaba presente el maestro	
				Sí	No
19 Me insultan en clase.					
20 Me insultan en el receso.					
21 Me pegan en clase.					
22 Me pegan en el receso.					
23 Me empujan o fastidian en las filas.					
24 Me molestan o no me dejan hacer el trabajo.					
25 Me quitan o esconden mis cosas.					
26 Me estropean los trabajos.					
27 Mis compañeros no me dejan convivir con ellos/as.					
28 Mis compañeros/as no se quieren sentar conmigo.					
29 Tengo que estar solo/a en el receso.					
30 Me dejan convivir si les doy lo que me piden o hago lo que me dicen.					
31 Me han enviado mensajes ofensivos por teléfono o en redes sociales.					
32 Han difundido mis fotos o videos privados o comprometidos por redes sociales.					
33 Me han tomado fotos sin mi consentimiento en lugares como: vestidores, playas o baños.					
34 Me han enviado llamadas anónimas para asustarme.					
35 Me han acosado sexualmente por teléfono o en redes sociales.					
36 Han fingido ser yo en redes sociales haciendo comentarios difamatorios, mintiendo o revelando mis secretos.					
37 Me han robado la contraseña de mi correo electrónico y/o de mis redes sociales.					
38 Han retocado mis fotos o videos para difundirlos en redes sociales y sea yo objeto de burlas.					
39 Me han chantajeado para hacer cosas que NO quería hacer y así evitar que difundiera mis asuntos privados por internet.					
40 Me han calumniado por internet diciendo mentiras sobre mí para desacreditarme (rumores).					

SITUACIONES REALIZADAS YO he llevado a cabo situaciones que han llegado a molestar a algún compañero/a, como:	Nunca	Una vez al mes o cada quince días	Una o más veces a la semana	Estaba presente el maestro	
				Sí	No
41	He insultado en clase.				
42	He insultado en el receso.				
43	He pegado en clase.				
44	He pegado en el receso.				
45	He empujado o fastidiado en las filas.				
46	He molestado o no dejado trabajar a algún compañero/a.				
47	He quitado o escondido las cosas a algún compañero.				
48	He estropeado el trabajo a algún compañero/a.				
49	He dejado de convivir con algún com- pañero/a para excluirlo de mi círculo social.				
50	Dejo de molestar a alguien sólo si me da algo a cambio.				
51	He enviado a algún compañero/a men- sajes ofensivos por teléfono o por redes sociales.				
52	He difundido las fotos o videos priva- dos de algún compañero/a o por redes sociales.				
54	He enviado llamadas anónimas para asustarle.				
55	He acosado sexualmente a algún compa- ñero/a por teléfono o en redes sociales.				
56	He fingido ser él/ella en redes sociales haciendo comentarios difamatorios, mintiendo o revelando sus secretos.				
57	He robado a un compañero/a la contra- seña de su correo electrónico y/o de sus redes sociales.				
58	He retocado las fotos o videos de un compañero/a para difundirlos en redes sociales y convertirlo en objeto de burlas.				
59	He chantajeado, obligando a otro a que haga cosas que NO quería hacer, para evitar que difunda sus asuntos privados por internet.				
60	He calumniado por internet, diciendo mentiras sobre un/a compañero/a para desacreditarlo/a (rumores).				

61	Al finalizar este cuestionario, ¿te diste cuenta de que eres o has sido víctima de violencia escolar	Sí	No
62	¿Al finalizar este cuestionario ¿te diste cuenta de que tú has agredido a algún/os compañeros/a de la escuela?		

Rasgos oscuros de personalidad en estudiantes de Derecho y Medicina en universidades mexicanas

Dark personality traits in law and medical students at Mexican universities

Marcelo José Villarreal-Coindreau¹, Montserrat Legorreta-Vega²,
Brayan Yahir Martínez-de Jesús², Juliana Jiménez-Díaz²,
Romina Schievenini-Córdova² y Miranda Camarena-Álvarez²

Universidad Anáhuac México-Norte^{1,2}

Autor para correspondencia: Juliana Jiménez Díaz, juliana.jimenezdi@anahuac.mx.

RESUMEN

Los individuos con rasgos oscuros pueden funcionar en sociedad, aunque afectando negativamente su entorno. Algunos autores asocian tal personalidad con la búsqueda de poder y estatus y en algunas profesiones. Por ello, el presente estudio explora tales rasgos en estudiantes de Derecho y Medicina de universidades mexicanas, así como sus posibles diferencias en cuanto a su carrera, sexo, edad y semestre estudiado, usando para ello el Inventario de Personalidad Corporativa (CPI-R) en español. Los resultados mostraron valores medios en audacia y crueldad, y bajos en el dominio interpersonal en todos los grupos, con diferencias estadísticamente significativas en esta última escala y, con ello, en la total, hallándose puntuaciones mayores entre los estudiantes de Derecho, y en particular en los varones. A la vez, las puntuaciones en el dominio interpersonal fueron platicúrticas en los citados participantes varones y en los de Derecho, en tanto que las de audacia indicaron un sesgo positivo en las mujeres de Medicina. No hubo correlación de las escalas con la edad ni el semestre, pero tendió a ser negativa y estadísticamente significativa, con $p < 0.05$, en los estudiantes de Derecho en el dominio interpersonal y la crueldad. Un segundo grupo de análisis mostró bajas puntuaciones en el comportamiento antisocial, así como diferencias estadísticamente significativas con puntuaciones más altas en los estudiantes varones y de Derecho, en línea con los análisis previos según la carrera. Las puntuaciones fueron moderadas en cuanto a la búsqueda de emociones, la presión hacia los otros, la persuasión y el aplomo. Dados los resultados mixtos en los ajustes del modelo para los análisis factoriales y la diferencia en el tamaño de los grupos, se sugiere efectuar estudios adicionales del fenómeno.

Palabras clave: Tríada oscura; Narcisismo; Psicopatía; Maquiavelismo; Estudiantes; CPI-R.

ABSTRACT

Individuals with dark traits may function in society, negatively impacting their environment. Some authors associate these personality traits with pursuing power and status and, therefore, with certain professions. Thus, this research sought to explore scores in dark traits among Law and Medical

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad Anáhuac 46, Edificio CAIDE 5º Piso, Col. Lomas Anáhuac, 52786 Huixquilucan, Estado de México, (C/o Dra. Diana Betancourt Ocampo), tel. +525556270210, ext. 8495, correo electrónico: jose.villarreal@anahuac.mx, <https://orcid.org/0000-0003-1914-8569>.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad Anáhuac 46, Edificio 7, Col. Lomas Anáhuac, 52786 Huixquilucan, Estado de México, correos electrónicos: montserrat.legorreta@anahuac.mx, brayan.martinezde@anahuac.mx, juliana.jimenezdi@anahuac.mx, romina.schievenini@anahuac.mx y miranda.camarenaal@anahuac.mx.



students in Mexican universities, as well as possible differences by career, gender, age, and semester studied, using the Corporate Personality Inventory (CPI-R) in Spanish. The results showed moderate values for audacity and cruelty and low scores in interpersonal dominance in all groups, with statistically significant differences in the latter scale and, consequently, in the overall scale, with higher scores for Law students and men. Furthermore, interpersonal dominance scores were platykurtic for male and Law students, and audacity scores showed a positive bias in female and medical students. Their scales did not correlate with age or semester, but the correlations for interpersonal dominance and cruelty tended to be negative and statistically significant at $p < 0.05$ for Law students. A second set of analyses showed low scores in antisocial behavior. Still, the scale had statistically significant differences, with higher scores for male and law students, which aligned with previous career-based studies. In contrast, the scores were moderate for thrill-seeking, pressure on others, persuasion, and poise. Given that the mixed model fits in with factorial results and group size differences, additional studies should examine more specific associations.

Key words: Dark triad; Narcissism; Psychopathy; Machiavellianism; Students; CPI-R.

Recibido: 27/11/2023

Aceptado: 28/08/2024

INTRODUCCIÓN

La personalidad, como organización compleja de hábitos, pensamientos, actitudes e intereses, ha sido un concepto considerablemente útil para comprender las diferencias individuales. Entre las teorías propuestas acerca de la misma destacan las que la organizan en términos de rasgos o de características distintivas, como por ejemplo la propuesta por Cattell (1957) (*cf.* Schultz y Schultz, 2017).

Algunos rasgos pueden afectar de manera importante las relaciones de las personas con quienes las rodean (como los entornos familiares y laborales), de manera que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013) los ha clasificado con base en los diversos trastornos que muestran, como el *narcisista* y el *antisocial* (TNP y TAP, por sus siglas en inglés, respectivamente).

Los individuos que manifiestan TNP se caracterizan por considerarse superiores a los demás y buscan demostrar esa creencia en sus interacciones sociales como un medio de superar sus incapacidades y sufrimientos personales (Othmer y Othmer, 1996). Estas personas carecen de empatía, buscan ser admiradas y se irritan o deprimen cuando no lo logran (Deng *et al.*, 2021), molestandose con quienes las superan en cualquier ámbito, pudiendo agredirlos de diferentes maneras.

Por otra parte, el TAP se explica como un patrón para la manipulación de los demás, el incumplimiento de las normas establecidas, la falta de remordimientos, la indiferencia ante el sufrimiento ajeno, la incapacidad de formar vínculos afectivos o de solidarizarse con otras personas y una búsqueda para mantener el control de la situación mostrándose dominantes y exigentes (Barraza *et al.*, 2018).

Aunque los conceptos de narcisismo y psicopatía corresponden a una clasificación psiquiátrica, hay diversas variantes subclínicas. Así, el concepto de narcisismo subclínico surge del desarrollo del Inventario de Personalidad Narcisista (INP), diseñado por Raskin y Hall (1979) con base en el DSM-V (APA, 2013), pero para administrarse a la población normal (*cf.* Morf *et al.*, 2011). Dicho rasgo de personalidad implica tener características de grandiosidad, dominancia y sentido de superioridad, así como de vanidad extrema. Las personas con rasgos clínicos o subclínicos buscan ser admirados y procuran atraer la atención de los demás, a quienes tratan de manipular de manera egoísta (Morf *et al.*, 2011; Rauthmann, 2011).

El término *psicopatía* fue el último en hacer la transición al concepto subclínico tras la publicación de la Lista de Verificación de Psicopatía Revisada (PCL-R), de Hare (1985), con base en la definición de *psicopatía* de Hervey Cleckley (1941). Este instrumento permite identificar de manera efectiva los rasgos psicopáticos en la población normal sin historial criminal (Falkenbach *et al.*, 2008; Hare *et al.*, 1990; Pethmann y Erlandsen, 2002).

En línea con lo anterior, el rasgo de personalidad psicopática subclínica tiene características específicas de impulsividad, búsqueda constante de emociones extremas, afecto aplanado o frío y manipulación, así como falta de empatía y de re-

mordimiento, encanto superficial, agresividad y falta de responsabilidad (Rauthmann, 2011).

A estos dos conceptos subclínicos, junto con el de maquiavelismo, Paulhus y Williams (2002) los denominan la *triada oscura*, y consisten en general en rasgos malevolentes aversivos, pero que se manifiestan en el rango de un funcionamiento adecuado, con tendencias conductuales de auto-promoción e individualismo, frialdad, duplicidad y agresividad (Furnham *et al.*, 2013). Las similitudes y diferencias entre las personalidades de la triada oscura se identifican principalmente por sus efectos en el ambiente y las relaciones interpersonales de quienes las muestran (Paulhus y Williams, 2002). A su vez, el concepto de maquiavelismo, propuesto por Christie y Geis (1970), se caracteriza por cinismo, falta de principios y relaciones interpersonales que se procuran y conservan sólo para el propio bien (Furnham *et al.*, 2013). Las demás personas pueden percibir inicialmente a estos individuos como agradables –en especial cuando son jóvenes–, pero tras un contacto constante pueden verificar su frialdad, dominancia y manipulación constantes hacia los demás (Rauthmann, 2011).

Diversos especialistas han analizado la relación que guardan los rasgos de la triada oscura con el comportamiento de directivos y profesionistas en las organizaciones (p. ej., Board y Fritzon, 2005; Brooks, 2020; Grijalva *et al.*, 2015; Jonason *et al.*, 2012; Landay *et al.*, 2019; Mathieu y Babiak, 2016; Wille *et al.*, 2013, 2019), encontrando que diversas características de psicopatía, narcisismo y maquiavelismo pueden ser incluso características muy apreciadas en muchas empresas (Kets de Vries, 2012), no obstante tener resultados sumamente negativos para las mismas (p. ej. Boddy, 2017; Volmer *et al.*, 2016). Otros autores se han enfocado en el estudio específico de la probable relación de los rasgos oscuros de personalidad con la selección vocacional y el ejercicio de carreras profesionales específicas.

Vedel y Thomsen (2017) han conjeturado que las personas con rasgos de la triada oscura pudieran sentirse atraídos por ocupaciones que les brinden poder, estatus y dominio sobre los demás. Al efectuar mediciones comparativas de estos rasgos en estudiantes de nuevo ingreso en diversas

carreras, encontraron que los varones mostraban puntuaciones más elevadas en narcisismo y maquiavelismo que las mujeres en los rasgos de dicha triada, así como entre los estudiantes de Economía, Negocios, Psicología, Derecho y Ciencias Políticas, pero no así en psicopatía. De manera más específica, las medias fueron mayores en maquiavelismo y narcisismo entre los estudiantes de Economía o Negocios, intermedias en los de Derecho y Ciencias Políticas, y menores en los de Psicología. Sin embargo, cabe destacar que no obstante haber diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.05$, las puntuaciones variaban muy poco (de 2.47 a 3.00 en maquiavelismo y de 2.73 a 2.98 en narcisismo).

Kay y Saucier (2020), en dos estudios perceptuales con muestras de 470 y 463 estudiantes universitarios del noroeste de los Estados Unidos, cuyas carreras no son sin embargo reportadas, encontraron que era ventajoso para los abogados y para los músicos lograr altos niveles en los tres rasgos de la triada oscura, así como de narcisismo en los profesores.

Con relación a los médicos, Jiménez y Sánchez-Sosa (2021) afirman de manera anecdótica que la mentira y el engaño son comunes entre los profesionales de la salud a fin de no desanimar a los pacientes o sus familiares respecto a su verdadero estado de salud, especialmente en los casos psiquiátricos. Sin embargo, Bucknall *et al.* (2015) concluyeron, tras administrar a lo largo de un año ciertos inventarios de narcisismo, maquiavelismo y psicopatía a diversos grupos de trabajadores de la salud (cirujanos, médicos hospitalarios, practicantes generales, médicos de padecimientos agudos, enfermeros) y aquellos con contacto limitado con pacientes (p. ej. radiólogos y microbiólogos), que en general este tipo de trabajadores tienen puntuaciones menores en todos los rasgos de la triada oscura que la población general. En este grupo, los cirujanos manifiestan un narcisismo más elevado y los enfermeros una psicopatía secundaria más acentuada.

En un estudio acerca del apoyo social y la triada oscura, Hernández y Acosta (2022) reportan que los profesionales de la salud muestran niveles de narcisismo, maquiavelismo y psicopatía menores que los de los estudiantes de Medicina. Los

autores atribuyen como posible causa el estrés al que los segundos se ven sometidos y a su falta de habilidad para afrontar eficazmente dicho estrés.

Toda vez que no se ha hecho en México una comparación directa de los rasgos oscuros entre estudiantes de Medicina y de Derecho en general ni en particular, y que ambas carreras, de acuerdo con Vedel y Thomsen (2017), brindan estatus, poder y dominio sobre los demás e involucran relaciones estrechas con otras personas con propósitos y mecanismos muy distintos, el objetivo del presente estudio fue explorar las puntuaciones de ambos grupos de estudiantes en universidades mexicanas en las escalas de rasgos oscuros, así como posibles diferencias según el sexo, carrera e interacción de estas variables; adicionalmente, se examina la probable relación de los resultados obtenidos con tales instrumentos con la edad o el grado de avance en la carrera de los participantes, en línea con lo reportado por Hernández y Acosta (2022).

MÉTODO

Participantes

Participó una muestra no probabilística de 239 estudiantes de 18 universidades mexicanas, de los cuales 38.91% cursaba la carrera de Derecho y 61.09% la de Medicina; 63.18% de las cuales eran mujeres y 36.82% varones; de estos participantes 95.40% dijo tener entre 17 y 24 años de edad.

De la carrera de Derecho, 53.76% fueron mujeres y 46.24% hombres, con edades de 18 a 27 años, y 81.72% entre los 20 y 23 años. La mayoría (23.66%) se hallaba en octavo semestre, seguida por el sexto y el séptimo (15.05% en cada caso), para un total de 30.10%. Del total, 3.23% indicó estudiar el primer semestre de esta carrera. La edad media fue 21.56 años, con una desviación estándar de 1.64.

De los de la carrera de Medicina, 69.18% fueron mujeres y 30.82% hombres, con edades de 17 o más de 30 años, de los cuales 70.55% se ubicaron entre los 19 y 23 años de edad, estando la mayoría en el primer semestre (20.55%), seguida por los de cuarto (15.07%), séptimo (12.33%)

y sexto semestres (10.96%). La edad media fue 20.56 años, con una desviación estándar de 2.02.

Instrumento

Inventario de Personalidad Corporativa Revisado (CPI-R) (Fritzson *et al.*, 2017).

Este instrumento autodescriptivo contiene 58 reactivos (*cf.* Fritzson, 2020) y mide los rasgos de la personalidad de la tríada oscura. Se utilizó la versión en español, validada en estudiantes de universidades mexicanas por Villarreal *et al.* (2021, 2023).

La versión original aplicada en Australia tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 y tres factores validados estadísticamente: audacia, dominio interpersonal y crueldad, con coeficientes alfa de Cronbach de 0.90, 0.70 y 0.78, respectivamente. La versión utilizada en el presente estudio reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90, y las tres escalas restantes de 0.89, 0.85 y 0.82, respectivamente (Villarreal *et al.*, 2021).

En términos generales, el factor “audacia” incluye reactivos relacionados con ambición, búsqueda de emociones, astucia interpersonal y vanidad, todos ellos afines al narcisismo. El de “dominio interpersonal” gira en torno a una orientación maquiavélica, y el de “crueldad” subraya el destacar y aprovechar los errores de los demás, el desprecio a la emotividad, la aprobación de la manipulación y la impaciencia, características éstas que pueden estar relacionadas con la psicopatía.

Este inventario se responde utilizando una escala Likert de cuatro valores: 1 = “Totalmente distinto a mí”, 2 = “Un poco distinto a mí”, 3 = “Un poco como yo” y 4 = “Totalmente como yo”.

Es importante señalar que esta investigación tuvo también como objetivo adicional la verificación de la estructura factorial y la confiabilidad de dicho inventario en las muestras participantes, así como el comportamiento estadístico de las escalas resultantes.

Procedimiento

Se elaboró un formato en Google Forms con un apartado inicial en el que se informaba a los estudiantes el propósito de la investigación, el uso

exclusivamente estadístico de los datos recabados y las características generales del instrumento, solicitándoles su participación anónima, libre y voluntaria y su consentimiento para responderlo. En el mismo formato se solicitó indicar solamente el sexo, la edad, la carrera, el semestre y el nombre de la universidad para los fines del estudio, e incluyéndose los 58 reactivos del CPI-R. Los investigadores solicitaron de manera presencial y virtual la participación de los estudiantes a través de peticiones individuales o de las redes sociales.

Análisis de los datos

Las respuestas se registraron en el propio sistema de Google Forms y, después, exportadas a un archivo de MS Excel para su análisis en el tutorial del software estadístico Jamovi, versión 2.3.21. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de ambos grupos y se verificó la posible diferencia entre los estudiantes de Medicina y de Derecho en la escala total y en las subescalas de audacia, dominio interpersonal y crueldad mediante pruebas *t* de muestras independientes, así como el posible

efecto por sexo, la carrera y la interacción de estas dos variables, usando para ello análisis bifactoriales de varianza. Asimismo, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson de estas escalas con la edad y el semestre, y finalmente se examinó la estructura de los reactivos por medio de análisis factoriales exploratorios con ejes principales y rotación varimax, así como con análisis confirmatorios, al igual que la confiabilidad de las escalas mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Estadísticas descriptivas

Para su fácil visualización, las Tablas 1 y 2 muestran las medias y desviaciones estándar de las distintas escalas del CPI-R por carrera y sexo, respectivamente.

Las Tablas 3 y 4 muestran a su vez los resultados de la asimetría y curtosis de las escalas del CPI-R por carrera y sexo, respectivamente.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar en las escalas originales del CPI-R por carrera estudiada.

Carrera	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Derecho	2.86	0.342	3.13	0.418	2.12	0.566	2.98	0.424
Medicina	2.73	0.367	3.06	0.417	1.84	0.549	2.87	0.450

Nota: M = media, SD = desviación estándar.

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar en las escalas originales del CPI-R por sexo.

Sexo	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hombre	2.88	0.357	3.17	0.422	2.11	0.595	2.97	0.401
Mujer	2.73	0.354	3.04	0.409	1.85	0.535	2.88	0.462

Nota: M = media, SD = desviación estándar.

Tabla 3. Resultados de asimetría y curtosis en las escalas originales CPI-R según la carrera estudiada.

Carrera	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3
Derecho	0.113	-0.483	0.059	-0.865	0.435	-0.388	-0.169	-0.960
Medicina	0.540	0.210	-0.099	-0.223	0.797	0.298	0.204	0.018

Nota: g_2 = asimetría; g_3 = curtosis.

Tabla 4. Resultados de asimetría y curtosis en las escalas CPI-R originales según el sexo.

Sexo	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3
Hombre	0.439	-0.245	0.009	-0.769	0.291	-0.447	0.181	-0.247
Mujer	0.316	-0.214	-0.092	-0.317	0.827	0.376	0.063	-0.497

Nota: g_2 = asimetría, g_3 = curtosis.

Comparación entre estudiantes de Medicina y Derecho

Se llevaron a cabo pruebas t para muestras independientes comparando las puntuaciones en la escala total, la de audacia, dominio interpersonal y crueldad entre los estudiantes de las mencionadas carreras, obteniéndose los siguientes resultados: $t = 2.66$, $p = 0.008$ en la escala total; $t = 1.30$, $p = 0.197$ en audacia; $t = 3.70$, $p < 0.001$ en domi-

nio interpersonal, y $t = 1.81$, y $p = 0.071$ en crueldad. En todos los casos, $gl = 237$.

Por su parte, las pruebas t para muestras independientes por sexo fueron como sigue: $t = 3.14$, $p = 0.002$ en la escala total; $t = 2.37$, $p = 0.018$ en audacia; $t = 3.47$, $p < 0.001$ en dominio interpersonal, y $t = 1.58$, $p = 0.116$ en crueldad. En todos los casos, $gl = 237$.

La Tabla 5 resume los resultados de los análisis bifactoriales de varianza por sexo y carrera.

Tabla 5. Resultados de los análisis bifactoriales de varianza por escala CPI-R por carrera y sexo.

Efecto	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	F (1,1)	p	F (1,1)	p	F (1,1)	p	F (1,1)	p
Carrera	4.620	0.033	0.705	0.402	10.940	0.001	2.160	0.143
Sexo	7.414	0.007	4.435	0.036	9.251	0.003	1.543	0.215
S x C	0.026	0.872	0.173	0.677	0.389	0.533	0.150	0.699

Correlación entre las escalas del CPI-R

La escala de dominio interpersonal obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.562, $p < 0.001$ con crueldad y 0.327, $p < 0.001$ con audacia. Estas últimas dos escalas mostraron una r de 0.410 y $p < 0.001$.

Correlación de las escalas del CPI-R con edad y semestre

El coeficiente de correlación de Pearson entre edad y semestre estudiado fue de $r = 0.769$ y $p < 0.001$. La Tabla 6 resume los coeficientes de correlación restantes.

Tabla 6. Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas CPI-R originales con edad y semestre.

Efecto	Total		Audacia		Dominio Interpersonal		Crueldad	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Edad	-0.032	0.626	-0.019	0.768	-0.067	0.307	0.008	0.897
Semestre	0.004	0.954	0.024	0.713	-0.048	0.459	0.021	0.750

Nota: $N = 237$ para edad, $N = 239$ para las demás variables.

La Tabla 7 muestra los coeficientes de correlación de Pearson por escala del CPI-R según la edad y el semestre, diferenciados por carrera.

Para los estudiantes de Derecho, el coeficiente de correlación de Pearson entre dominio interpersonal y crueldad fue $r = 0.410$, $p < 0.001$;

entre dominio interpersonal y audacia, $r = 0.265$, $p < 0.010$ y entre audacia y crueldad, $r = 0.347$, $p < 0.001$. Para los estudiantes de Medicina, los resultados correspondientes fueron, a saber: $r = 0.644$, $p < 0.001$; $r = 0.351$, $p < 0.001$, y $r = 0.439$, $p < 0.001$, respectivamente. A la vez, cabe señar

lar que en el caso de Derecho, el coeficiente entre edad y semestre fue $r = 0.801, p < 0.001$, en tanto

que en el caso de los estudiantes de Medicina fue $r = 0.730, p < 0.001$.

Tabla 7. Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas CPI-R con edad y semestre por carrera.

Variable	Derecho							
	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Edad	-0.246	0.018	-0.121	0.246	-0.257	0.013	-0.222	0.032
Semestre	-0.100	0.340	-0.008	0.942	-0.171	0.101	-0.093	0.376
Variable	Medicina							
	Total		Audacia		Dominio interpersonal		Crueldad	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Edad	0.006	0.947	0.000	0.999	-0.065	0.442	0.081	0.335
Semestre	-0.036	0.668	-0.002	0.980	-0.119	0.151	0.016	0.846

Nota: N = 237 para edad, N = 239 para las demás variables.

Análisis factoriales

Toda vez que el número de participantes por reactivo fue menor de 5 (4.12), se calculó el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con un resultado satisfactorio de 0.826. Sobre esta base, en primer lugar se hizo un análisis factorial confirmatorio del modelo original, que sugirió un bajo ajuste de modelo, con TLI de 0.638 y RMSEA de 0.645, por lo que se llevaron a cabo diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios.

El primero de ellos indicó una solución natural de siete factores, obteniéndose un RMSEA adecuado de 0.040 y un TLI de 0.835, por debajo del deseable 0.900. Sin embargo, todos los reactivos se concentraron en los primeros seis factores, por lo que se forzó una solución a ese número mediante ejes principales y rotación varimax que arrojó un RMSEA de 0.043 y un TLI de 0.811. Esta solución exploratoria tuvo un mejor ajuste al modelo que aquellas con un número menor de factores, por lo que se decidió conservarla.

El cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach correspondientes reveló una confiabilidad de 0.544 para el sexto factor, por lo que se decidió conservar sólo los primeros cinco, considerando su mayor confiabilidad y parsimonia. Con ello, el factor 1, denominado “Antisocial”, quedó constituido por ocho reactivos y un coeficiente α de 0.885; el factor 2, “Búsqueda de emociones”, por

nueve reactivos y α de 0.854; el factor 3, “Presión interpersonal”, con nueve reactivos y α de 0.804; el factor 4, “Persuasión”, con cinco reactivos y α de 0.737, y el factor 5, “Aplomo”, con cinco reactivos y α de 0.729. Con lo anterior, la escala final quedó constituida por 36 reactivos, con un coeficiente α de 0.900. El análisis factorial confirmatorio para esta configuración final arrojó un TLI de 0.817 y un RMSEA de 0.601.

Análisis complementarios

Con base en los resultados indicados, y con el fin de tener información más amplia sobre la muestra de esta investigación, se efectuaron los mismos cálculos que los empleados para las escalas originales del CPI-R.

Las Tablas 8 y 9 muestran las medias y desviaciones estándar para las cinco nuevas escalas y su correspondiente escala total, por carrera y sexo, respectivamente.

Por otra parte, las Tablas 10 y 11 muestran los resultados de la asimetría y la curtosis para las escalas nuevas por carrera y sexo, respectivamente.

La Tabla 12 muestra los resultados para las pruebas *t* de las escalas nuevas por carrera y sexo.

La Tabla 13 presenta los resultados para el análisis bifactorial de varianza de las escalas nuevas del CPI-R por sexo y carrera.

Tabla 8. Medias y desviaciones estándar para las nuevas escalas del CPI-R por carrera estudiada.

Carrera	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Derecho	2.90	0.389	2.06	0.712	3.14	0.493	3.06	0.540	3.26	0.550	3.20	0.585
Medicina	2.74	0.409	1.71	0.688	3.04	0.563	2.87	0.575	3.14	0.535	3.21	0.523

Nota: M = media, SD = desviación estándar.

Tabla 9. Medias y desviaciones estándar para las escalas nuevas del CPI-R por sexo.

Sexo	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hombre	2.92	0.403	2.06	0.758	3.18	0.543	3.03	0.452	3.21	0.554	3.32	0.530
Mujer	2.74	0.398	1.73	0.664	3.02	0.528	2.90	0.622	3.17	0.537	3.14	0.547

Nota: M = media, SD = desviación estándar.

Tabla 10. Resultados de asimetría y curtosis para las escalas nuevas del CPI-R por carrera estudiada.

Carrera	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3
Derecho	-0.022	-0.330	0.374	-0.536	-0.125	-0.783	-0.590	-0.072	-0.174	-1.040	-0.381	-0.460
Medicina	0.521	0.279	1.240	1.260	-0.505	-0.162	-0.114	-0.258	-0.439	-0.087	-0.533	-0.191

Nota: g_2 = asimetría, g_3 = curtosis.

Tabla 11. Resultados de asimetría y curtosis para las escalas nuevas del CPI-R por sexo.

Sexo	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3	g_2	g_3
Hombre	0.402	-0.329	0.498	-0.392	-0.667	-0.417	-0.072	-0.619	-0.447	-0.025	-0.456	-0.612
Mujer	0.234	-0.167	1.070	0.727	-0.309	-0.424	-0.245	-0.557	-0.243	-0.659	-0.478	-0.195

Nota: g_2 = asimetría, g_3 = curtosis.

Tabla 12. Resultados de las pruebas t para las escalas nuevas del CPI-R por carrera y sexo.

Prueba t	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p
Carrera	3.06	0.002	3.79	<0.001	1.30	0.194	2.45	0.015	1.66	0.099	-0.06	0.949
Sexo	3.29	0.001	3.55	<0.001	2.12	0.035	1.72	0.088	0.66	0.510	2.52	0.012

Tabla 13. Resultados de los análisis de varianza para las escalas nuevas del CPI-R por carrera y sexo.

Efecto	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Carrera	6.393	0.012	11.043	0.001	0.916	0.340	3.961	0.048	2.653	0.105	0.228	0.634
Sexo	8.000	0.005	9.442	0.002	3.644	0.057	1.490	0.223	0.222	0.638	6.281	0.013
S x C	0.015	0.902	0.124	0.725	0.003	0.955	0.737	0.392	0.208	0.649	0.015	0.904

A su vez, la Tabla 14 resume los coeficientes de correlación de Pearson para las nuevas escalas con la edad y el semestre estudiado.

Finalmente, la Tabla 15 muestra los coeficientes de correlación de Pearson de las nuevas escalas entre sí.

Tabla 14. Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas nuevas del CPI-R con edad y semestre.

Efecto	Total		Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Edad	-0.021	0.751	-0.058	0.378	0.031	0.635	-0.004	0.949	-0.057	0.383	0.019	0.776
Semestre	0.044	0.497	-0.035	0.586	0.066	0.312	0.072	0.265	0.032	0.620	0.028	0.666

Nota: N = 237 para edad, N = 239 para las demás variables.

Tabla 15. Coeficientes de correlación de Pearson de las escalas nuevas del CPI-R entre sí.

Escala	Antisocial		Emociones		Presión		Persuasión		Aplomo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Antisocial	1.000	—	0.254	<0.001	0.469	<0.001	0.270	<0.001	0.139	0.031
Emociones			1.000	—	0.402	<0.001	0.386	<0.001	0.481	<0.001
Presión					1.000	—	0.355	<0.001	0.202	0.002
Persuasión							1.000	—	0.408	<0.001
Aplomo									1.000	—

DISCUSIÓN

Las escalas originales del CPI-R mostraron una alta confiabilidad en los coeficientes alfa de Cronbach. A la vez, sus promedios en esta muestra y en los grupos por carrera y sexo fueron cercanos en torno a la respuesta “Un poco como yo” para audacia (similar a narcisismo), crueldad (similar a psicopatía) en la escala total, y más cercanos a “Un poco distinto a mí” en el dominio interpersonal (similar a maquiavelismo). Estos resultados fueron consistentemente más elevados en los hombres y los estudiantes de Derecho, al igual que lo reportado por Vedel y Thomsen (2013) y Hernández y Acosta (2022), y en menor grado por Kay y Saucier (2020).

Sin embargo, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en el dominio interpersonal por carrera y por sexo, con $p < 0.001$; en la escala total por carrera y sexo, con $p < 0.01$, y en audacia por sexo, con $p < 0.05$. Tales datos indican una diferencia clara únicamente en el caso del dominio interpersonal, si bien cabe reiterar que las puntuaciones giraron en torno a la respuesta “Un poco distinto a mí”.

Los resultados de los análisis de varianza fueron similares a los ya reportados e indican que no hay un efecto de interacción entre carrera y sexo en estas escalas.

Por otra parte, los coeficientes de correlación de Pearson de las escalas originales del CPI-R con edad y semestre fueron bajos y, en general, no significativos, si bien hubo cierta relación inversa de dominio interpersonal y crueldad, así como de la escala total con edad para los estudiantes de Derecho ($p < 0.05$), lo que sugiere una ligera tendencia a disminuir estos rasgos a medida que aumenta la edad.

Respecto a la correlación entre las escalas del CPI-R en sí mismas, la más alta, con valores medios, se encontró entre el dominio interpersonal y la crueldad, en particular entre los estudiantes de Medicina. Este resultado llama la atención porque coincidiría indirectamente con el hallazgo de Kay y Saucier (2020) acerca de la percepción de que puede ser ventajoso para los profesores ser narcisistas, pero no maquiavélicos ni con tendencias psicopáticas.

La relación entre audacia y crueldad ocupó consistentemente un segundo lugar, siendo el coeficiente menor para audacia y dominio interpersonal, con $p < 0.001$ en todos los casos, lo que implica una mayor relación entre narcisismo y psicopatía que entre narcisismo y maquiavelismo en esta muestra de estudiantes.

Si bien las escalas originales alcanzaron una confiabilidad adecuada y su contenido tiene sentido conceptual, los análisis factoriales mostraron

una distribución de las dimensiones distinta a las tres originales en el caso de esta muestra, por lo que se decidió realizar análisis complementarios. La solución que más se acercó a la solución libre mediante análisis de ejes principales y con rotación varimax, estuvo constituida por cinco factores, y por un sexto que no obtuvo una consistencia interna adecuada.

De estos factores, llama particularmente la atención el primero, ya que en la experiencia del primer autor su estructura coincide con la encontrada en estudios previos (*cf.* Villarreal *et al.*, 2023) y alude a las características antisociales (psicopáticas). El contenido de los demás factores es conceptualmente consistente y muestra características que pueden considerarse tanto positivas como negativas desde una perspectiva ética o social: la búsqueda de emociones (o de estimulación, en línea con una de las variables propuestas por Hare (2016) y Hare y Neumann (2008, 2009) para la psicopatía; la presión interpersonal para el logro de resultados, y la persuasión y el aplomo ante las adversidades.

En este segundo grupo de análisis todas las escalas tienen un promedio que gira en torno a “Un poco como yo”, con excepción del relativo al factor “antisocial” cuando fue próximo a “Un poco distinto a mí”. Solo en este factor hay diferencias estadísticamente significativas por carrera y sexo, de nuevo con puntuaciones más altas para los hombres y los estudiantes de Derecho.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas (con $p < 0.05$) en presión interpersonal por carrera con los estudiantes de Derecho con promedios más altos, y en búsqueda de emociones y aplomo por sexo, con calificaciones mayores en el caso de los varones. Sin embargo, como ocurre en el caso de los resultados reportados por Vedel y Thomsen (2013), la diferencia en la puntuación fue baja, con la posible excepción de los promedios para el factor “antisocial”.

Los análisis de variancia mostraron resultados particularmente consistentes en el efecto por

carrera; en un grado ligeramente menor, en sexo para este mismo factor, y de manera marginal en aplomo por sexo ($p = 0.013$). Nuevamente, no hubo efectos de interacción entre carrera y sexo en estos factores.

Tampoco se identificó alguna correlación de interés entre los resultados de estas escalas con la edad ni el semestre estudiado en la muestra general, lo que indica estabilidad de estas calificaciones en el tiempo, si bien el estudio fue transversal y no longitudinal.

Todas las correlaciones entre las nuevas escalas fueron estadísticamente significativas con $p < 0.001$, siendo la principal excepción la hallada entre los factores “antisocial” y “aplomo”, con $r = 0.139$ y $p = 0.031$. A la par, es importante señalar que todos los coeficientes fueron menores a 0.5, siendo los más altos el de búsqueda de emociones con aplomo ($r = 0.481$), ambas escalas conceptualmente relacionadas en aspectos emotivos; antisocial con presión interpersonal ($r = 0.469$), consistente con un perfil psicopático o incluso narcisista; persuasión con aplomo ($r = 0.408$), combinación que pudiera ser útil en las dos carreras consideradas en esta investigación, así como para quienes se dedican a las ventas, y presión interpersonal con búsqueda de emociones ($r = 0.402$).

Los hallazgos de esta investigación fueron consistentes con los de otros estudios y compatibles con una perspectiva optimista del nivel de rasgos oscuros en estudiantes de Derecho y Medicina en universidades mexicanas. A la vez, desde un enfoque de medición, mostraron la solidez del factor antisocial. Sin embargo, dadas las diferencias en el tamaño de las muestras, en especial entre ambas carreras, y los resultados mixtos de ajuste al modelo para los análisis factoriales, será importante realizar más estudios empíricos o estadísticos sobre el CPI-R en lo específico, y sobre los rasgos oscuros en estudiantes universitarios en lo general.

Citación: Villarreal-Coindreau, M.J., Legorreta-Vega, M., Martínez de Jesús, B.Y., Jiménez-Díaz, J., Schievenini-Córdova, R. y Camarena-Álvarez, M. (2025). Rasgos oscuros de personalidad en estudiantes de Derecho y Medicina en universidades mexicanas. *Psicología y Salud*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2986>

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barraza S., B., Iglesias H., A. y Serrano R., J.J. (2018). Trastorno antisocial de la personalidad: epidemiología, criterios de diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico. *Educación y Salud (Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA)*, 7(13), 1-12. Recuperado de repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/3452/4657
- Board, B. J. y Fritzon, K. (2005). Disordered personalities at work. *Psychology, Crime & Law*, 11(1), 17-32. Doi: 10.1080/10683160310001634304
- Boddy, C.R. (2017). Psychopathic leadership. A case study of a corporate psychopath CEO. *Journal of Business Ethics*, 147, 141-156. Doi: 10.1007/s10551-015-2908-6
- Brooks, N. (2020). The tangled web: Psychopathic personality, vulnerability and victim selection. En K. Fritzon, N. Brooks, y S. Croom (Eds.): *Corporate psychopathy: Investigating destructive personalities in the workplace* (pp. 295-325). Macmillan.
- Bucknall, V., Burwaiss, S., MacDonald, D., Charles, K. y Clement, R. (2015). Mirror on the ward: who's the most narcissistic of them all? Pathologic personality traits in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(18), 1359-1363. Doi: 10.1503/cmaj.151135
- Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. World Book Co.
- Christie, R. y Geis, F.L. (1970). *Studies in machiavellianism*. Academic Press.
- Cleckley, H.M. (1941). *The Mask of Sanity*. Mosby & Co.
- Deng, F., Ding, L. y Liao, C.C. (2021). An overview of narcissistic personality disorder. Proceedings of the 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021). *Advances in Social Science. Education and Humanities Research*, 615, 1605-1610. Doi: 10.2991/assehr.k.211220.271
- Falkenbach, D., Poythress, N. y Creevy, C. (2008). The exploration of subclinical psychopathic subtypes and the relationship with types of aggression. *Personality and Individual Differences*, 44, 821-832. Doi: 10.1016/j.paid.2007.10.012
- Fritzon, K. (2020). The development of a measure of dark triad traits in a corporate sample. in corporate psychopathy. En K. Fritzon, N. Brooks, S. Croom, S. (Eds.): *Corporate psychopathy: Investigating destructive personalities in the workplace* (pp. 255-298). Palgrave Macmillan.
- Fritzon, K., Bailey, C., Croom, S. y Brooks, N. (2017). Problem personalities in the workplace: Development of the corporate personality inventory. En P-A. Granhag, R. Bull, A. Shaboltas y E. Dozortseva (Eds.): *Psychology and law in Europe: When West meets East* (pp. 139-165). CRC Press.
- Furnham, A., Richards, S. y Paulhus, D. (2013). The dark triad of personality: A 10 year review. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(3), 199-216. Doi: 10.1111/spc3.12018
- Grijalva, E., Harms, P.D., Newman, D.A., Gaddis, B.H. y Fraley, C. (2015). Narcissism and leadership: A meta-analytic review of linear and nonlinear relationships. *Personnel Psychology*, 68(1), 1-47. Doi: 10.1111/peps.12072
- Hare, R.D. (1985). Comparison of procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 7-16. Doi: 10.1037/0022-006X.53.1.7
- Hare, R.D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology*, 57(1), 21-34. Doi: 10.1037/cap0000041
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A.E., Hart, S.D. y Newman, J.P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338-341. Doi: 10.1037/1040-3590.2.3.338
- Hare, R.D. y Neumann, C.S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217-246. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
- Hare, R.D. y Neumann, C.S. (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 791-802.
- Hernández L., E. y Acosta R., M. (2022). Apoyo social percibido y triada oscura de la personalidad en estudiantes y profesionales de la salud. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 117-134. Doi: 10.15381/rinvp.v25i1.22408
- Jiménez P., S.E. y Sánchez-Sosa J.J. (2021). Engaño: mecanismos cerebrales y psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 31(1), 5-13. Doi: 10.25009/pys.v31i1.2671
- Jonason, P.K., Slomski, S. y Partyka, J. (2012). The Dark Triad at work: How toxic employees get their way. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 449-453. Doi: 10.1016/j.paid.2011.11.008
- Kay, C.S., y Saucier, G. (2020). Insert a joke about lawyers: Evaluating preferences for the dark triad traits in six occupations. *Personality and Individual Differences*, 159, 109863. Doi: 10.1016/j.paid.2020.109863

- Kets de Vries, M.F.R. (2012). The psychopath in the C suite: Redefining the SOB. *INSEAD. Faculty & Research Working Paper*, November. INSEAD.
- Landay, K., Harms, P.D. y Credé, M. (2019). Shall we serve the dark lords? A meta-analytic review of psychopathy and leadership. *Journal of Applied Psychology*, 104(1), 183-196. Doi: 10.1037/apl0000357
- Mathieu, C. y Babiak, P. (2016). Corporate psychopathy and abusive supervision: Their influence on employees' job satisfaction and turnover intentions. *Personality and Individual Differences*, 91, 102-106. Doi: 10.1016/j.paid.2015.12.002
- Morf, C.C., Horvath, S. y Torchetti, L. (2011). Narcissistic self-enhancement. Tales of (successful?) self-portrayal. En M. D. Alicke y C. Sedikides (Eds.): *Handbook of self-enhancement and self-protection* (pp. 399-424). The Guilford Press.
- Othmer, E. y Othmer, S.C. (1996). *DSM-IV: la entrevista clínica* (t. 1. Fundamentos). Toray Masson.
- Paulhus, D.L. y Williams, K.M. (2002). The dark triad of personality: narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36(6), 556-563. Doi: 10.1016/s0092-6566(02)00505-6
- Pethmann, T.M.I. y Erlandsson, S.I. (2002). Aberrant self-promotion or subclinical psychopathy in a Swedish general population. *The Psychological Record*, 52, 33-50. Doi: 10.1007/BF03395413
- Raskin, R.N. y Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45(2), 590. Doi: <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.45.2.590>
- Rauthmann, J.F. (2011). The dark triad and interpersonal perception: Similarities and differences in the social consequences of narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Social Psychological and Personality Science*, 3(4), 487-496. Doi: 10.1177/1948550611427608
- Schultz, D.P. y Schultz, S.E. (2017). *Theories of personality* (11th ed.). Cengage Learning.
- Vedel, A. y Thomsen, D.K. (2017). The dark triad across academic majors. *Personality and Individual Differences*, 116, 86-91. Doi: 10.1016/j.paid.2017.04.030
- Villarreal C., M.J., Gutiérrez M., L.A., Parboni A., G.E., Martínez J., S. y Arrubarrena M., A. (2023). Relación entre rasgos oscuros y luminosos de personalidad en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(33-2). 10-33. Doi: <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v12i33.22078>
- Villarreal C., M.J., Quesada G., L.D., Hulsz B., R., Chiu P., A., Jiménez H., J.C., Avayou S., D. y Martínez F., J. (2021). *Validación del CPI-R en español para la medición de la tríada oscura en México* [Manuscrito no publicado]. Universidad Anáhuac México Norte.
- Volmer, J., Koch, I.K. y Göritz, A.S. (2016). The bright and dark sides of leader's dark triad traits: Effects on subordinates' career success and well-being. *Personality and Individual Differences*, 101, 413-418. Doi: 10.1016/j.paid.2016.06.046
- Wille, B., De Fruyt, F. y De Clercq, B. (2013). Expanding and reconceptualizing aberrant personality at work: Validity of Five-Factor Model aberrant personality tendencies to predict career outcomes. *Personnel Psychology*, 66, 173-223. Doi: 10.1111/peps.12016
- Wille, B., Hofmans, J., Lievens, F., Back, M.D. y De Fruyt, F. (2019). Climbing the corporate ladder and within-person changes in narcissism: Reciprocal relationships over two decades. *Journal of Vocational Behavior*, 115, 103341. Doi: 10.1016/j.jvb.2019.103341

Psicología de la alimentación: una revisión

Psychology of eating: a review

José Enrique Díaz-Camacho¹ y Elí Alejandra Garcimarrero-Espino²

Universidad Veracruzana^{1, 2}

Autor para correspondencia: José Enrique Díaz-Camacho, jdiaz@uv.mx.

RESUMEN

La alimentación es una actividad inherente al ser humano, al igual que a todos los seres vivos, los que deben alimentarse para producir la energía basal, que se requiere para las actividades básicas de supervivencia, como respirar y demás funciones primarias de los organismos. Además, específicamente en el caso de los seres humanos, las actividades propias de la alimentación, como masticar, deglutir y procesar los nutrientes de los alimentos requieren energía, al igual que para activar el sistema nervioso y músculo-esquelético y llevar a cabo actividades tales como desplazarse, trabajar y demás actividades diarias. Es así como la alimentación es una actividad común a todos los seres humanos y a todas las especies, independientemente de su lugar en la escala filogenética. Sin embargo, la selección de los alimentos, su calidad y la cantidad son en extremo diversas y, nuevamente en el caso del hombre, no siempre son las adecuadas y con frecuencia se incurre en errores que dan lugar a alteraciones de tales procesos debido a que el comportamiento de alimentarse está sujeto a una serie muy variada de factores, por lo que a menudo surgen situaciones emocionales anómalas que impiden el ejercicio adecuado de la alimentación. Hay diferentes tipos de trastornos en la alimentación ocasionados por problemas psicológicos que dan lugar a problemas graves de la salud que, al actuar en forma generalizada, traen consigo verdaderos problemas en la salud pública. En este trabajo se abordan desde los estudios experimentales que dan lugar a conductas compulsivas ocasionadas por estados emocionales individuales, hasta los problemas de salud más importantes que se traducen en problemas colectivos de salud física y mental.

Palabras clave: Psicología; Problemas alimentarios; Estrés; Alteraciones emocionales; Emoción; Imagen corporal; Alimentación.

ABSTRACT

Humans need to eat to produce the energy necessary for the organism's primary survival activities and functions: feeding activities, activation of the nervous system and skeletal muscles, moving, working, and other daily activities. Feeding is an activity common to all species on the phylogenetic scale. However, food selection, quality, and quantity are not always adequate; errors frequently result in bad habits and emotional disorders that do not allow adequate dietary planning, causing nutritional and psychological problems and leading to serious public health problems. The present paper reviews experimental studies that trigger compulsive behaviors caused by emotional states

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: jdiaz@uv.mx, <https://orcid.org/0000-0001-5492-7731>.

² Facultad de Medicina Xalapa, Médicos y Odontólogos s/n, Unidad del Bosque, 91017 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: egarcimarrero@uv.mx, <https://orcid.org/0000-0002-4673-7804>.



as well as the most common health problems, among which collective physical and mental health issues stand out.

Key words: Psychology; Eating disorders; Stress; Emotional disturbances; Emotion; Body image; Feeding.

Recibido: 27/02/2024

Aceptado: 27/08/2024

El dualismo mente-cuerpo es una filosofía que proviene de la antigüedad y que se ha mantenido hasta la actualidad. La parte que corresponde al cuerpo ha sido estudiada por la medicina, la fisiología y la bioquímica, entre otras ramas de la ciencia; mientras que la psicología, la filosofía, la pedagogía y la sociología y muchas más han abordado la que corresponde a la mente. Sin embargo, estos dos grandes grupos de disciplinas no trabajan solas y más bien se interrelacionan al tratar diferentes problemas, uno de los cuales es la alimentación. En el presente trabajo se analiza cómo la psicología interviene en los procesos anatómicos y fisiológicos para determinar las características de la alimentación y la estructura física de las personas, así como sus alteraciones.

Algunos fenómenos psicológicos, como los derivados de la motivación y las emociones, determinan la estructura normal y anormal de los individuos. Por ejemplo, Talbot y Mahlberg, (2023) estudiaron cómo la satisfacción personal con el propio cuerpo determina tanto la alimentación como las características físicas de estudiantes universitarios (altura, peso, masa muscular). Es decir, la emoción y la satisfacción, junto con las particularidades personales, afectan las condiciones alimenticias y, con ello, los estilos de vida y los rasgos físicos mencionados.

Ésta es sólo una de las posibles interacciones entre los factores psicológicos y la estructura anatómica y fisiológica de las personas, pero su estudio sistemático se originó mucho tiempo atrás, y entre sus estudiosos destaca Iván Pavlov (1933), quien recibió el Premio Nobel por sus contribuciones a la fisiología de la alimentación y por descubrir el fenómeno de los reflejos condicionados.

Es decir, la forma como un estímulo originalmente neutro se convierte en uno capaz de provocar una respuesta condicionada a partir de su asociación con un estímulo incondicionado. Aquí se aprecia una manifestación de cómo el aprendizaje por condicionamiento puede llegar a servir como un modelo para explicar todo el comportamiento humano, incluso las actividades de orden superior controladas por el sistema nervioso central.

Investigaciones experimentales sobre polidipsia

Más tarde, cuando comenzaron los estudios de condicionamiento operante o instrumental y se estudió el efecto de los programas de reforzamiento en los patrones de respuesta que se generan con ellos, fue un hecho reconocido que, en los programas de intervalo fijo, los sujetos presentaban una pausa posterior al reforzamiento que va seguida de una tasa de respuestas positivamente acelerada que hacía que el registro acumulativo tomara la forma de un festón. Durante esa pausa es común observar que los animales experimentales muestran una serie de comportamientos muy variados, como acicalarse o explorar la cámara experimental, entre muchas otras. John Falk, en 1961 tuvo la idea de poner un bebedero, disponible todo el tiempo, de manera que los animales podían tomar agua en cualquier momento. El resultado sobresaliente fue que los animales bebían agua durante la pausa, y a menudo pasaban mucho tiempo bebiendo, a tal grado que, al medir la cantidad de agua ingerida durante la pausa, se halló que la cantidad de agua que tomaban los animales superaba su propio peso, y en ocasiones hasta el doble. Tal fenómeno fue conocido como *polidipsia*, y la conducta de beber como *conducta adjuntiva* (Falk, 1961, 1966a, 1966b, 1967).

En otras investigaciones se reportaron conductas adjuntivas muy variadas, tales como roer cartón o madera, correr en una rueda giratoria o simplemente hacerlo por la caja siguiendo patrones erráticos o movimientos más o menos regulares. La similitud sugerida es que, durante el tiempo posterior al reforzamiento, los sujetos experimentales se ven obligados a permanecer en un lapso de espera dado que sus respuestas no obtienen ninguna consecuencia durante ese tiempo. Así, las

conductas adjuntivas podrían considerarse como respuestas que se presentan mientras los sujetos se encuentran sometidos a una especie de estrés. Así, en investigaciones posteriores se llegó a identificar el fenómeno de la polidipsia en el alcoholismo y a otros comportamientos como comer en exceso e incluso las adicciones. Son, pues, conductas alternativas que aparecen para ocupar el obligado tiempo de espera a que están sometidos los sujetos y que de alguna manera implican una clase de estrés.

Otros trastornos que se han relacionado con la polidipsia son la obesidad, el sobrepeso, el alcoholismo, el tabaquismo, la hipertensión y la diabetes (Colotla *et al.*, 1970), pero también la polifagia o hiperfagia, la adiposidad, la potomanía, la hiponatremia y la intoxicación por agua. La polifagia o hiperfagia consiste en una sensación anormalmente intensa e incesante de hambre o el deseo de comer que con frecuencia lleva a la sobrealimentación. A diferencia del aumento del apetito que sigue al ejercicio, la polifagia no persiste después de comer y con frecuencia lleva a una ingestión rápida de cantidades excesivas de alimento. Tal condición no es un desorden alimenticio por sí mismo, sino que es un síntoma que manifiesta la existencia de una condición médica. A menudo es el resultado de la existencia de niveles anormales de glucosa en la sangre (tanto la hiperglicemia como la hipoglicemia) y, al igual que la polidipsia y la poliuria, es una de las tres “*p*” que se asocian comúnmente con la diabetes mellitus.

El agua es uno de los nutrientes fundamentales en la vida, por lo que muchos médicos recomiendan su ingesta frecuente, pero se ha descubierto que este vital líquido puede transformarse en un verdadero dolor de cabeza cuando se consume en forma desproporcionada, pues genera lo que se conoce como *potomanía*, hiperhidratación o adicción al agua. La adicción al agua consiste en beber grandes cantidades de agua de manera compulsiva sin sentir sed, lo cual produce en la persona sensaciones de placer y bienestar. Los adictos al agua suelen beber hasta cinco u ocho litros de agua al día, cuando lo recomendable para la población sedentaria es tomar dos litros diarios (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2013).

Otro fenómeno psicológico muy difundido hace algunos decenios, el cual se encuentra en cierta

forma relacionado con los efectos de la polidipsia, es el llamado *contraste conductual*. En 1957, Fester y Skinner observaron que, en los programas de intervalo variable y de razón variable, los sujetos experimentales mostraban una aceleración mayor en su tasa de respuestas inmediatamente después de la pausa posterior al reforzamiento. De la misma manera, Bouzas y Baum (1976) encontraron que en un programa múltiple de dos componentes de intervalo variable, la ocurrencia de respuestas en el primer componente variaba al cambiar la frecuencia de reforzamiento en el segundo programa, de manera que una reducción en la frecuencia de reforzamiento en el segundo programa producía un incremento en las respuestas en el primer programa. Los autores interpretaron tales hallazgos señalando que los cambios en las contingencias de un programa afectan no sólo a las respuestas en el programa cambiado, sino también las respuestas en el otro programa, lo que identificaron como un efecto de contraste conductual. Aparentemente, el estímulo discriminativo asociado con el segundo componente adquiere propiedades aversivas o estresantes, lo que ocasiona un aumento en las respuestas del primer componente como un efecto de contraste. Como dice Killeen (2014), el reforzador que mantiene las respuestas instrumentales que se estudian también refuerza otras respuestas que compiten con ellas. Esta competencia, y su desbalance en momentos de la transición entre distintos programas de reforzamiento dan lugar al contraste conductual. Ese mismo desbalance se origina por diferencias en las tasas en las que diferentes respuestas quedan bajo el control de los estímulos componentes.

Por su parte, Terrace (1963, 1964, 1966a, 1966b y 1966c) y Sidman y Stoddard (1967) aportaron resultados significativos al estudio de la alimentación al comparar el aprendizaje de discriminación con y sin errores, encontrando que el contraste conductual ocurre en la discriminación con errores, pero no en el aprendizaje sin errores. De esta forma, en el aprendizaje sin errores –situación en la cual los sujetos nunca responden ante el estímulo (S-)–, éste no llega a adquirir propiedades aversivas, razón por la cual no hay contraste y en cambio, en el aprendizaje con errores, en el que los sujetos tienen oportunidad de responder

ante el estímulo (S-) y no ser reforzados, sí adquiere propiedades aversivas. Así, en los estudios de discriminación y en los programas múltiples de reforzamiento hay estímulos que adquieren propiedades aversivas que a su vez ocasionan cierto tipo de estados emocionales que dan lugar a respuestas excesivas que bien pueden identificarse como producto de esos estados emocionales.

En forma complementaria, Killeen (2014) establece que la inhibición del reforzamiento es una posible causa del contraste conductual. En este caso, la inhibición es claramente un tipo de supresión de alguna clase de comportamiento, la cual puede ser provocada por múltiples factores, entre los que se destacan varios tipos de estados emocionales. Y, tal como afirma Palomino (2020), las emociones determinan la elección, la calidad y la cantidad de alimento que se consume, lo que a su vez tiene un efecto sobre el grado de aumento o disminución del peso corporal. Es así el modo en que las emociones afectan a la conducta alimentaria y son, a su vez, modificadas por ella.

Pero la relación entre estos dos componentes se ve también alterada por las características personales de los individuos, el contexto y la cultura. Una buena parte de esos determinantes son los factores psicológicos que llevaron a Palomino (2020) a etiquetar a las personas como “comedores emocionales”; es decir, como

aquellos individuos que utilizan los alimentos como un mecanismo disfuncional para afrontar sus emociones negativas (ira, apatía, frustraciones, entre otras). Estas emociones negativas estarían más presentes en situaciones de alto estrés percibido, lo que conlleva el aumento de la ingesta de alimentos llamados “reconfortantes”, como aquellos elevados en azúcares y grasas. La presencia del comer emocional es más prevalente en las mujeres que en los hombres, así como en personas obesas que en aquellas con estado nutricional normal y en contextos de restricción alimentaria. Las últimas investigaciones señalan que la forma en cómo regulamos nuestras emociones permitirían controlar la cantidad o calidad de los alimentos que se ingieren, siendo una estrategia efectiva para el control alimentario (p. 286).

El concepto de “comedor emocional” es una categoría de análisis que se aplica a aquellas personas que no siguen un plan específico para seleccionar sus alimentos, o que tampoco siguen un orden con los horarios de alimentación y demás aspectos relacionados con tal conducta. En esos casos, las personas son proclives a sufrir trastornos alimentarios. Éstos son, de hecho, enfermedades crónicas graves que afectan a la salud física y mental, provocando problemas relacionados con el exceso de peso, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la enfermedad obstructiva crónica (Panamerican Health Organization/World Health Organization, 2018). Otros trastornos alimentarios relacionados con la manera de pensar sobre uno mismo, como la autoimagen, tienen que ver con el peso corporal y la figura, tales como la bulimia, la anorexia y el trastorno alimentario compulsivo.

Todos estos problemas alimentarios pueden afectar la salud, las emociones y la capacidad para desenvolverse en ámbitos importantes de la vida y se relacionan con la depresión, la ansiedad, las autolesiones y los pensamientos y comportamientos suicidas (Palomino, 2020).

Así, la alimentación depende de factores psicológicos relacionados con los estados emocionales, situación que la Clínica Mayo hace evidente de la siguiente manera:

Esto puede terminar en comportamientos alimentarios peligrosos [que] pueden afectar gravemente la capacidad de obtener la nutrición que el cuerpo necesita. Los trastornos alimentarios pueden dañar el corazón, el aparato digestivo, el sistema reproductor femenino, los huesos, el cabello, los dientes, las uñas, la boca y pueden abrir la puerta de entrada a otras enfermedades. De no tratarse adecuadamente, los trastornos alimentarios pueden convertirse en problemas crónicos y, en algunos casos, pueden causar la muerte, y al aplicarse al colectivo de la sociedad, pueden dar lugar a verdaderos problemas de salud pública.

Por otra parte, los problemas de sobrepeso, obesidad y diabetes han llegado a constituir verdaderos problemas de salud pública en la inmensa mayoría

de los países del mundo (Panamerican Health Organization/World Health Organization, 2018), por lo que anualmente se efectúa una gran cantidad de investigaciones en torno a esta problemática de la salud y las causas que la originan (Williams *et al.*, 2015). Sin duda, el problema es multicausal y, en consecuencia, multidisciplinario, siendo múltiples y muy variadas las líneas de investigación, siendo una de las disciplinas interesadas en el problema la psicología de la alimentación.

El origen de la obesidad está en el estilo de vida: las dietas saturadas de calorías, la falta de ejercicio y la vida mayormente sedentaria. Los datos del Banco Mundial (2015) indican que, si continúa esta tendencia, en el año 2030 la cantidad de obesos latinoamericanos alcanzará a 30 por ciento de la población. Entre los factores psicológicos que afectan dicha condición están los niveles de estrés, lo que se ha aprendido en cuanto a los tipos de alimentos, los sabores y las preferencias individuales por los tipos de alimentos. La combinación de esos factores puede dar lugar a malos hábitos de alimentación que generan alteraciones psicológicas de la alimentación, como el sobrepeso, la obesidad, la bulimia y la anorexia, entre otras.

La importancia del sobrepeso y la obesidad es que estos son los principales factores que dan lugar a una serie de problemas de salud de mayor trascendencia, como la diabetes, el cáncer de diferentes tipos y las enfermedades cardiovasculares. Aunados a estos problemas alimenticios se encuentran otros, como el tabaquismo, el alcoholismo y las adicciones a drogas legales e ilegales. En su conjunto, este tipo de fenómenos relacionados con el metabolismo humano pueden llamarse *trastornos alimentarios* y constituyen las principales causas de muerte en México.

Sin embargo, la principal razón para el sobrepeso, la obesidad y los demás trastornos alimentarios es la falta o una deficiente educación para la salud alimentaria. De ahí la importancia de alimentarse y aprender a comer sanamente. Así, para los psicólogos, educadores, pedagogos, profesores y demás profesionales de la educación constituye un verdadero reto enseñar a las nuevas generaciones a alimentarse de ese modo. No obstante, no sólo hay que enseñar en las escuelas las características de la buena alimentación, sino que

esa educación debe llevarse a los hogares, pues no sirve de mucho que los niños aprendan en la escuela cómo se conforma el plato del buen comer si al llegar a casa regresan a los mismos patrones de alimentación empobrecida por los excesos de carbohidratos y a la comida chatarra. El que pueda aprenderse el comportamiento sano ha sido un tema muy discutido durante mucho tiempo, pues se señala que los niños no son directamente los responsables de su alimentación.

Problemas relacionados con el manejo de la autosatisfacción y la autoimagen personal

Otra cuestión que la psicología ha abordado respecto a la conducta alimentaria y los trastornos alimenticios es el de la imagen corporal como punto de partida para analizar la comparación social y el grado de satisfacción corporal de las personas. De acuerdo con Hollander *et al.* (1993), la insatisfacción con la imagen corporal puede tener efectos psicológicos como baja autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y una evaluación excesiva del cuerpo, y dar lugar a disfunciones sexuales, el trastorno dismórfico corporal en la conducta alimentaria y el inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares y demás de forma reiterativa y con demandas irracionales.

El estudio de la autoimagen ha sido considerado de la siguiente manera por Martínez-Flores (2018), quien apunta:

Una de las maneras que se ha empleado el estudio de la autosatisfacción y la autoimagen ha sido analizando el comportamiento de los usuarios en las redes sociales, como es el uso de Instagram y Tik Tok por universitarios. Estas redes sociales son de las más utilizadas en los últimos años, y cuya popularidad en todo el mundo ha crecido vertiginosamente en los pocos años que tienen desde su creación. Su popularidad se debe, entre otras cosas, a las facilidades que da a los usuarios emplear filtros para editar, retocar y modificar las fotografías que ellas y ellos publican para parecer más delgados y cambiar las proporciones de distintas partes del cuerpo y [...] otras características físicas de las personas. Estas redes sociales han sido ampliamente estudia-

das en Estados Unidos y en Europa, aunque en México y Latinoamérica son comparativamente pocos los estudios que se tienen de ella.

Son categorías de análisis relacionados con la imagen y la satisfacción corporal la supervisión corporal o el monitoreo físico, cuyo objetivo es cumplir con las expectativas externas y evitar así las críticas, la vergüenza por el propio cuerpo, que resulta de no alcanzar el canon de belleza impuesto socialmente, y la creencia del control de la apariencia o la creencia de que se puede controlar el aspecto físico, de tal manera que con la suficiente dedicación se pueden alcanzar los patrones socialmente establecidos (Martínez-Flores, 2022; Moreno, 2021). Respecto a estas categorías, Behar (2010) apunta que uno de los factores que genera la presión social por tener una imagen corporal deseable es la ansiedad físico-social por la apariencia física, que se refiere a la preocupación reiterada que experimenta una persona por la manera en que su cuerpo es evaluado por los demás (Arreguín *et al.*, 2016).

Una forma de tratar la autosatisfacción y la autoimagen personal es mediante la comparación de la propia imagen con la de los demás. Se dice que la comparación social es ascendente cuando la persona se compara con otros que considera mejores, como actores, cantantes, ídolos populares o los llamados *influencers*. Este tipo de comparación puede mostrar una respuesta afectiva negativa; es decir, al momento de compararse la persona con otros que considera mejores que ella se producen sentimientos tales como angustia, tristeza e insatisfacción (Flores, 2018). A su vez, los sentimientos negativos al compararse de manera ascendente con otros que considera peores genera un mayor uso de filtros en las imágenes. Tiggerman y Zaccardo (2018) confirman que el contenido de las publicaciones que se encuentran en Instagram puede influir negativamente en la visión corporal de las personas al reforzar las creencias de que, para ser consideradas atractivas, las personas se deben ver

de cierta manera (Martínez-Flores, 2022). Por otra parte, a mayor comparación social de tipo ascendente, menos satisfacción corporal hay. Según Fox *et al.* (2016), las comparaciones sociales ascendentes pueden ser perjudiciales para el bienestar y provocar emociones negativas, autopercepciones disminuidas, síntomas depresivos, menos satisfacción corporal y más trastornos alimentarios. Además, entre más comparaciones sociales de tipo ascendente se hagan y más filtros y fotografías se empleen, más ansiedad por la apariencia física se generará. Brea (2019) encontró que las imágenes que los usuarios editan en Instagram puntúan más alto en la vigilancia corporal que en otras redes sociales, correlacionando positivamente con la autocosificación y dando lugar a la comparación e internalización del ideal de belleza. Finalmente, con el desarrollo tan acelerado que ha tenido la inteligencia artificial en los últimos años, se estarán generando otras formas de sobrellevar el tema de los usos informáticos y en línea de la autovaloración, la autosatisfacción y la autoimagen.

CONCLUSIONES

Desde los inicios de la investigación experimental en el campo del condicionamiento clásico y del instrumental se han aclarado más las relaciones entre las situaciones emocionales que ocurren durante el aprendizaje y el comportamiento alimentario. De la misma manera, ha quedado claro que los desbalances que ocurren en la selección de los alimentos y los hábitos de alimentación inadecuados motivados por la emoción y el estrés pueden derivar en verdaderos problemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo. Todo ello apunta a que una psicología de la alimentación es un área de estudio a la que se le debe prestar una gran atención y que debe ser cultivada para generar mayores aportaciones en beneficio de la sociedad y de la propia ciencia.

Citación: Díaz-Camacho, J.E. y Garcimarrero-Espino, E.A. (2025). Psicología de la alimentación: una revisión. *Psicología y Salud*, 35(2), 257-264. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2987>

REFERENCIAS

- Arreguín, R., Sandoval, S. y González, J. (2016). Preocupación por la apariencia física en usuarios de empresas multideportivas en México. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 329-337.
- Banco Mundial (2015). *Informe Anual*. Washington D. C.: Banco Mundial. Consultado en <http://www.bancomundial.org/projects> recuperado el 6/5/2023
- Behar, A. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 48(4), 319-334. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722007>
- Bouzas, A. y Baum, W. M. (1976). Behavioral contrast of time allocation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 25(2), 179-184. Doi: 10.1901/jeab.1976.25-179
- Brea, A. (2019). *Corporalidad online-offline: Revisión sistemática de la influencia de Instagram en la imagen corporal de los adolescentes*. Tesis inédita de maestría. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Colotla, V.A., Keehn, J.D. y Gardner, L.L. (1970). Control of schedule-induced drink durations by inter-pellet intervals. *Psychonomic Science*, 21, 137-139.
- Falk, J.L. (1961). Production of polydipsia in normal rats by an intermittent food schedule. *Science*, 133, 195-196.
- Falk, J.L. (1966a). The motivational properties of schedule-induced polydipsia. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 19-25.
- Falk, J.L. (1966b). Schedule-induced polydipsia as a function of fixed-interval length. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 37-39.
- Falk, J.L. (1967). Control of schedule-induced polydipsia: type, size, and spacing of meals. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 10, 199-206.
- Flores, B. (2018). *Insatisfacción con la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo y deseo de modificación corporal en adolescentes: un reporte por sexo y orientación sexual en Hermosillo, Sonora*. Tesis de Maestría. Tijuana (México): Colegio de la Frontera Norte. Recuperado de <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/20161293/>
- Fox, J., Megan, A. y Vendemia, M. (2016). Selective self-presentation and social comparison through photographs on social networking sites. *School of Communication*, 19(10), 593-599. Doi: 10.1089/cyber.2016.0248
- Hollander, R., Cohen, L. y Simeon, D. (1993). Body dysphoric disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 359-364. Doi: 10.3928/0048-5713-19930701-06
- Instituto Nacional de Salud Pública (2013). *Obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares*. Cuernavaca (México): Recuperado de <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/obesidad-diabetes-y-enfermedades-cardiovasculares.html>
- Killeen, P.R. (2014). A theory of behavioral contrast. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 102(3), 363-390.
- Martínez F., C.L. (2022). *Relación entre el uso de Instagram y la comparación social con respecto a la satisfacción corporal y la ansiedad por apariencia física en universitarios*. Tesis inédita de Licenciatura. Xalapa (México): Universidad Veracruzana.
- Moreno, B. (2021). *Autoestima en la actualidad: ¿cómo afectan las redes sociales?* Tesis inédita de Licenciatura. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/50905>
- Palomino P., A.M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 286-291.
- Panamerican Health Organization / World Health Organization (2018). *Non-communicable diseases*. Santiago de Chile: PHO/WHO. Available from https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_contentyview=articleid=128:enfermedades-no-transmisiblesItemid=2134
- Pavlov, I.P. (1891). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (Translated and edited by G.V. Anrep). New York: Dover Publications.
- Sidman, H. y Stoddard, L.T. (1967). The effectiveness of fading in programming a simultaneous form discrimination for retarded children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 10, 3-15.
- Talbot, D. y Mahlberg, J. (2023). Exploration of height dissatisfaction, muscle dissatisfaction, body ideals, and eating disorder symptoms in men. *Journal of American College Health*, 71(1), 18-23.
- Terrace, H.S. (1963). Discrimination learning with and without "errors". *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6, 1-27.
- Terrace, H.S. (1964). Wavelength generalization after discrimination learning with and without errors. *Science*, 144(3614), 78-80. Doi: 10.1126/science.144.3614.78
- Terrace, H.S. (1966a). Discrimination learning and inhibition. *Science*, 154, 1677-1680.
- Terrace, H.S. (1966b). Behavioral contrast and the peak shift: effects of extended discrimination training. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6, 613-617.

- Terrace, H.S. (1966c). Stimulus control. En W. K. Honig (Ed.): *Operant behavior: Areas of research and application* (pp. 271-344). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Tiggemann, M. y Zaccardo, M. (2018). Strong is the new skinny: A content analysis of fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1003-1011. Doi: 10.1177/1359105316639436
- Williams, H., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. y Wyatt, S. (2015). Overweight and obesity: Prevalence, consequences and causes of a growing public health problem. *Current Obesity Reports*, 4(3), 363-370.

Relación entre conductas alimentarias de riesgo y gaudibilidad

Relationship between risky eating behaviors and gaudiebility

Martha Zamora-Cervantes¹, María Patricia Martínez-Medina²
y Ferrán Padrós-Blázquez¹

Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo^{1,2}

Autor para correspondencia: Martha Zamora-Cervantes, dpsizam@gmail.com.

RESUMEN

Se ha reportado presencia de anhedonia en los trastornos de conducta alimentaria (TCA); sin embargo, no hay estudios que estudien la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y los moduladores del disfrute, es decir, la gaudibilidad. *Objetivo.* Comparar los niveles de gaudibilidad entre participantes con alto riesgo de TCA y sus pares sin riesgo, así como estudiar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo y la gaudibilidad. *Material y Método.* Se administró el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) y la Escala de Gaudibilidad de Adultos Morelia (EGAM). *Resultados.* Se observaron menores niveles en los factores denominados Concentración y Creencias irracionales de la EGAM en los participantes con riesgo de TCA, pero con un tamaño pequeño del efecto. También se observaron relaciones negativas, aunque bajas, entre los mismos factores de la EGAM y la CBCAR. *Conclusiones.* Los factores de Creencias irracionales y Concentración de la gaudibilidad se relacionan con mayor riesgo de TCA.

Palabras clave: Disfrute; Afecto positivo; Anhedonia; Trastornos alimentarios.

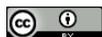
ABSTRACT

The presence of anhedonia is frequently associated with Eating Disorders (ED). However, no previous studies examine the relationship between risky eating behaviors and enjoyment modulators, that is, gaudiebility. Objective. To compare the levels of gaudiebility between participants with high risk of eating disorders and their peers without such risk. In addition to studying the relationship between risky eating behaviors and gaudiebility. Method. The Brief Questionnaire of Risk Eating Behaviors (BQREB) and the Gaudiebility Scale for Adults of Morelia (GSAM), which assess risky eating behaviors and gaudiebility, respectively, were administered. Results. Lower levels resulted in the Concentration and Irrational Beliefs factors of the GSAM scale in the participants with a risk of eating disorders but with a small effect size. Negative, albeit low, relationships were also observed between the same GSAM and BQREB factors. Conclusions. The factors Irrational Beliefs and Concentration of the GSAM are related to an increased risk of eating disorders.

Key words: Enjoyment; Positive affect; Anhedonia; Eating disorders.

¹ Facultad de Psicología, C/Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. +52 (443)312-00-09, correos electrónicos: dpsizam@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0001-9401-2656> y padros@umich.mx, <https://orcid.org/0000-0001-8911-8096>.

² Facultad de Enfermería, C/Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México, tel. +52 (443)312-00-09, correo electrónico: dra_pmartinez@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0002-0825-5943>.



Recibido: 19/06/2023

Aceptado: 19/01/2024

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA en lo sucesivo), entre los que se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón, son un problema de salud mental pública que se caracteriza por una alteración de la percepción de la figura corporal, ciertos comportamientos anómalos en los patrones de alimentación y otros comportamientos relacionados (Hübel *et al.*, 2019; O'Brien y Vincent, 2003). La prevalencia en el mundo de los TCA en población adolescente femenina se encuentra entre 0.3 y 2%, y en los varones entre 0.1 y 0.8% (Herpertz-Dahlmann, 2015). Se ha estimado que entre la población adolescente mexicana hay una prevalencia de 0.3% de anorexia nerviosa (AN) y de 0.9% de bulimia nerviosa (BN) (Kolar *et al.*, 2016).

Se ha reportado que hasta 89% de los adolescentes mexicanos con TCA padece comorbilidades psiquiátricas, destacándose que hasta 52.40% de los mismos cumple los criterios del trastorno depresivo mayor (52.40%), y que 40% presenta riesgo suicida (Ruiz *et al.*, 2021).

A pesar de ser relativamente infrecuentes, los TCA tienen un efecto importante en la salud pública porque interfieren en el funcionamiento cotidiano de las personas (Behar y Figueroa, 2010) y traen consigo riesgos emocionales, psicosociales y sexuales, así como otros riesgos significativos de morbilidad. La mortalidad provocada por la AN se estima entre 5.9 y 18%, y la de la BN en 1.6% (Unikel y Caballero, 2010). También los TCA se relacionan con varias complicaciones fisiológicas, como enfermedades cardiovasculares, renales, digestivas, óseas, hematológicas, endocrinológicas y dermatológicas, entre otras (Camarillo *et al.*, 2013).

Además de las manifestaciones y complicaciones médicas, los TCA se acompañan de síntomas psicológicos tales como una autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensa-

mientos obsesivos, tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás, conductas autodestructivas, dificultades para concentrarse, irritabilidad, obsesión por la comida, frustración, impulsividad y otros (Behar *et al.*, 2014; Lechuga y Gámiz, 2005).

El término “conductas alimentarias de riesgo” se emplea para referirse a un conjunto de conductas dañinas, como la práctica de atracones, dietas crónicas y restrictivas, abuso de laxantes y diuréticos, vómitos autoinducidos y ayunos prolongados (Berengüí *et al.*, 2016).

Se ha descrito frecuentemente la ocurrencia de anhedonia en los TCA (Dolan *et al.*, 2022; Murray *et al.*, 2021). De hecho, Dolan *et al.* (2022) señalaron que una elevada anhedonia presente en los TCA debe tomarse como un objetivo del tratamiento en el futuro. Por ello, puede ser conveniente tener presente el concepto de *gaudibilidad*, el cual hace referencia a la potencialidad de cada individuo para experimentar sensaciones gratificantes, o sea, los moduladores del disfrute (Padrós, 2002; Padrós y Fernández, 2001).

El concepto *gaudibilidad* (Padrós y Fernández, 2008) alude a un constructo que incluye moduladores susceptibles de ser modificados que regulan la intensidad, duración y frecuencia del disfrute experimentado. Es importante señalar que lo anterior se refiere al disfrute *complejo*, mismo que se distingue del placer *básico* porque aquél no se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas, sino que se experimenta como un afecto positivo que se deriva de actividades complejas, como leer, jugar o aprender, las cuales están reguladas por partes del cerebro filogenéticamente más modernas (Gómez *et al.*, 2020).

Los moduladores considerados en el constructo de *gaudibilidad* son habilidades como el sentido del humor, imaginación, concentración, capacidad de generarse retos y habilidad para encontrar interés, así como creencias y estilos cognitivos, tales como las creencias irracionales en general, la competencia percibida, y los estilos cognitivos y los de vida (Padrós, 2002; Padrós y Fernández, 2001, 2008). Como puede observarse, unas y otros son susceptibles de ser modificados;

de hecho, ya hay evidencias de una terapia que ha demostrado su efectividad como tratamiento coadyuvante en pacientes depresivos (Padrós *et al.*, 2014).

La anhedonia se manifiesta como una parte de ciertos cuadros psicopatológicos, tales como la depresión, la esquizofrenia (Trøstheim *et al.*, 2020), el consumo de sustancias (Trøstheim *et al.*, 2020), el trastorno antisocial de la personalidad (Zohdi *et al.*, 2022) y los TCA (Dolan *et al.*, 2022; Murray *et al.*, 2021). Por otro lado, en algunos casos se han observado menores niveles de gaudibilidad, como ocurre en los pacientes con depresión (Valdés *et al.*, 2023), esquizofrenia (Padrós *et al.*, 2011a), consumo de sustancias psicotrópicas (Padrós *et al.*, 2011b), consumo de alcohol (Acosta y Padrós, 2022; Padrós y Martínez, 2020), trastorno antisocial de la personalidad (Magallón *et al.*, 2018) y otros síntomas psicopatológicos (*cf.* González *et al.*, 2018). Nótese que en los pacientes con TCA se han descrito algunas características cognitivas (e.g. cogniciones o creencias irracionales, locus de control, etc.) (Behar *et al.*, 2014), además de anhedonia, y también se ha reportado un menor rendimiento en la atención sostenida en los TCA (He *et al.*, 2022), variables todas ellas que también se incluyen en la gaudibilidad. Sin embargo, hasta la fecha no se ha estudiado la relación entre la gaudibilidad y las conductas alimentarias de riesgo.

Por ello, el objetivo principal del presente trabajo fue estudiar las relaciones entre dicho constructo y sus factores con las conductas alimentarias de riesgo, así como comparar los niveles de gaudibilidad entre participantes con alto riesgo y sin riesgo de TCA.

MÉTODO

Participantes

Participó un total de 315 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México), con edades comprendidas entre 18 y 57 años ($M = 21.96$;

$D.E. = 3.99$), de los cuales 188 (59.68%) eran y 127 (40.32%) varones, de todos los cuales 292 eran solteros (92.70%) y 23 (7.30%) casados.

Instrumentos

Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) (Unikel *et al.*, 2004).

Elaborado con base en los criterios diagnósticos de DSM-IV, es autoaplicable y contiene diez preguntas acerca de la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer, las conductas alimentarias restrictivas (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y las purgativas (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos) en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Los reactivos se califican en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, de 0, “Nunca”, a 3, “Muy frecuentemente, con un punto de corte de 10, que indica una mayor anomalía de las conductas alimentarias.

En un reciente estudio (Padrós *et al.*, 2022) se confirmó la estructura de tres factores mediante un análisis factorial exploratorio del instrumento, que cuenta con valores de confiabilidad de 0.756 en la escala total, siendo también aceptables los mostrados por los tres factores “Medidas compensatorias” (tres reactivos, $\alpha = .646$), “Atracón y purga” (cuatro reactivos, $\alpha = .583$) y “Restricción” (tres reactivos, $\alpha = .748$). En la presente muestra, los tres factores mostraron los siguientes valores: .702, .639 y .817, respectivamente, que aunque son bajos pueden considerarse aceptables, tomando en consideración el reducido número de ítems para los factores, según señalan autores como Taber (2018).

Escala de Gaudibilidad de Adultos Morelia-24 (Padrós *et al.*, 2021).

Evalúa la gaudibilidad y consta de 24 ítems con cinco opciones de respuesta que van de 0 a 4, donde una mayor puntuación indica asimismo una mayor gaudibilidad. Tiene seis factores que pueden utilizarse como subescalas: “Imaginación” ($\alpha = .794$), “Creencias irracionales” ($\alpha = .741$), “Disfrute en

soledad" ($\alpha = .738$), "Interés" ($\alpha = .733$), "Concentración" ($\alpha = .728$) y "Sentido del humor" ($\alpha = .710$). La confiabilidad de la escala total también es aceptable ($\alpha = .858$). Estas propiedades las mostró este instrumento en su aplicación a la población mexicana (Padrós *et al.*, 2021); en la presente, esos factores alcanzaron los siguientes valores: "Imaginación" ($\alpha = .700$), "Creencias irracionales" ($\alpha = .711$), "Disfrute en soledad" ($\alpha = .773$), "Interés" ($\alpha = .712$), "Concentración" ($\alpha = .768$) y "Sentido del humor" ($\alpha = .725$).

Procedimiento

Después de solicitar y obtener el permiso de las autoridades de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para administrar los referidos instrumentos a los alumnos, se invitó a éstos a participar respondiendo las escalas CBCAR y EGAM y proporcionando sus datos de edad, sexo y estado civil. Se conformó la muestra con la colaboración de un alumno entrenado para la administración de los instrumentos. Previamente se explicaron brevemente los propósitos del estudio y se recabó la firma de los participantes en una carta de consentimiento informado. Los grupos se conformaron a partir de las puntuaciones del CBCAR; aquéllos con valores iguales o superiores a 10 formaron parte del grupo de riesgo de TCA, y quienes tenían puntuaciones menores a esa cifra, al grupo de no riesgo.

Análisis de datos

Para la descripción de los datos se utilizaron los siguientes índices: media aritmética, desviación estándar, frecuencia y porcentaje. Para los análisis inferenciales, se aplicaron las pruebas *t* de Student-Fisher para comparar los resultados entre el grupo con riesgo de TCA y el grupo control. El tamaño del efecto se calculó a través de la *d* de Cohen. Por otro lado, se utilizó la *r* de Pearson para estudiar la relación entre cada uno de los factores y el total de la escala CBCAR, así como las puntuaciones de la escala EGAM y sus factores, para lo cual se tomó como significativo un valor inferior a 0.05. Para ello, se utilizó el programa IBM SPSS Statistics, v. 25.

Consideraciones éticas

El protocolo de la presente investigación fue evaluado y recibió la aprobación del Comité de Ética de la referida institución. La participación de todos los participantes fue voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Sólo se observaron diferencias significativas entre los alumnos con riesgo de padecer TCA y los controles en los factores "Creencias irracionales" y "Concentración", aunque con un tamaño del efecto pequeño (Tabla 1).

Tabla 1. Media, desviación estándar y comparación de medias en los factores y valor total de la escala EGAM-24 entre personas con riesgo de TCA y controles.

Escala	Riesgo TCA M (D.E.)	Controles M (D.E.)	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	<i>d</i>
F Interés	12.08 (2.89)	12.43 (2.67)	-1.097	313	.273	0.13
F Soledad	10.60 (3.94)	11.02 (3.83)	-0.926	313	.355	0.11
F Humor	12.07 (3.33)	11.67 (3.12)	1.089	313	.277	0.12
F Cree Irr	12.31 (3.15)	13.02 (2.67)	-2.124	313	.034	0.24
F Concent	8.62 (4.08)	9.78 (3.97)	-2.503	313	.013	0.29
F Imagina	11.11 (3.23)	10.82 (3.04)	0.783	313	.434	0.09
EGAM-24	66.80 (10.89)	68.84 (11.39)	-1.571	313	.117	0.09

Por otro lado, las correlaciones resultaron muy bajas y negativas entre las puntuaciones de los fac-

tores "Creencias irracionales" y "Concentración" y la puntuación total de la escala CBCAR. También

fueron significativas, bajas y negativas las correlaciones entre las subescalas de “Restricción” y “Desinhibición” y la de “Creencias irracionales”,

así como entre el factor “Purga-Medicación” y la subescala “Concentración” de la EGAM-24 (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre la escala CBCAR (y sus factores) con la Escala de Gaudibilidad EGM-24 y cada uno de sus factores.

Escala	Interés	Disfrute en soledad	Humor	Creencias irracionales	Concentración	Imagen	EG total
CBCAR Total	-.031	-.033	.070	-.126*	-.136*	.100	-.055
F Restricción	-.001	.018	.070	-.078	-.116*	.073	-.017
F Purga-Med	-.032	-.073	-.015	-.132*	-.027	.061	-.066
F Desinhib	-.057	-.068	.078	-.108	-.144*	.098	-.069

* $p < .05$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como propósito estudiar la relación entre la gaudibilidad y las conductas alimentarias de riesgo. Respecto al análisis de las posibles diferencias entre los grupos formados a partir de las puntuaciones del CBCAR, se observaron puntuaciones menores en los factores “Concentración” y “Creencias irracionales” en el grupo con riesgo de TCA, si bien el tamaño del efecto fue pequeño. En el resto de los factores y en la puntuación de la escala total no se observaron diferencias significativas.

De igual manera, en cuanto a las correlaciones se hallaron relaciones negativas, bajas y significativas entre la escala total de la CBCAR y los factores “Concentración” y “Creencias irracionales”, pero con ningún otro factor. El factor “Concentración” de la Escala de Gaudibilidad tuvo correlaciones bajas y negativas con los factores “Restricción” y “Desinhibición” de la escala CBCAR. También resultó significativa la baja correlación negativa hallada entre el factor “Creencias irracionales” de la escala EGAM y el factor “Purga-medicación” de la CBCAR.

Los resultados son semejantes a los descritos respecto a otro tipo de trastorno: la depresión, en que se hallaron anhedonia (Wang *et al.*, 2021) y bajos niveles de gaudibilidad (Valdés *et al.*, 2023), en la esquizofrenia (Padrós *et al.*, 2011a; Trøstheim *et al.*, 2020) y el consumo de sustancias (Padrós *et al.*, 2011b; Trøstheim *et al.*, 2020), así como en el trastorno antisocial de personalidad (Magallón *et al.*, 2018; Zohdi *et al.*, 2022).

Por otro lado, la asociación entre las conductas de riesgo de TCA y el factor “Creencias irracionales” de la Escala de Gaudibilidad es congruente con lo encontrado por Behar *et al.* (2014). La relación negativa hallada en el presente trabajo entre el factor “Concentración” y las conductas de riesgo de TCA es congruente con el peor rendimiento en atención sostenida relacionado con la sintomatología de TCA descrita por He *et al.* (2022). Respecto a la ausencia de relaciones entre la puntuación del CBCAR y los factores Humor, Imaginación, Interés y Disfrute en soledad, no se conocen otros estudios que relacionen dichas variables.

Es importante señalar algunas limitaciones importantes del presente análisis. La primera y probablemente la más importante, es que los grupos se formaron a partir de una puntuación en una escala; obviamente, sería mucho mejor hacer uso de una entrevista en profundidad para determinar tanto la presencia como la ausencia de riesgo de TCA. También sería interesante que en futuras investigaciones se contara con muestras clínicas diagnosticadas por especialistas. De igual manera, no se controló la presencia de otros trastornos frecuentes, como los depresivos y ansiosos, el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad, los cuales son muy frecuentes en la población con riesgo de TCA (Keski-Rahkonen, 2021).

Asimismo, sería de gran utilidad efectuar estudios longitudinales en los cuales se evaluara el riesgo de TCA y los niveles gaudibilidad a edades tempranas, y hacer seguimientos hasta la juventud o la vida adulta, lo que haría posible discernir si

la baja gaudibilidad es un factor de riesgo para los TCA, o si la presencia de TCA reduce la gaudibilidad.

Otra importante limitación es que se utilizó una muestra de solamente estudiantes de Psicología. Sería conveniente que en futuras investigaciones se contara con muestras más diversas para así poder generalizar los hallazgos.

A partir del presente trabajo se puede concluir que los factores de creencias irracionales y de concentración de la gaudibilidad se relacionan con un mayor riesgo de TCA, de modo que se abre la posibilidad de hacer uso de intervenciones como el descrito por Padrós *et al.* (2014) para aumentar la gaudibilidad como un tratamiento coadyuvante en pacientes con TCA.

Citación: Zamora-Cervantes, M., Martínez-Medina, M.P. y Padrós-Blázquez, F. (2025). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y gaudibilidad. *Psicología y Salud*, 35(2), 265-271. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2988>

REFERENCIAS

- Acosta M., V.S. y Padrós B., F. (2022). Gaudibilidad (moduladores del disfrute) y consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en adolescentes de Morelia. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 8(2), 18-24. Doi: 10.28931/riiad.2022.2.03
- Behar, R. y Figueroa, G. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(2), 103-114. Doi: 10.4067/s0717-92272014000200006
- Berengüí, R., Castejón, M.A., y Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. Doi: 10.1016/j.rmta.2016.02.004
- Camarillo, N., Cabada, E., Gómez, A.J., Munguía, E.K., Ochoa, N.C., Ramos, E.C., Méndez A., J.G. y Alamilla E., K.M. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55.
- Dolan, S.C., Khindri, R., Franko, D.L., Thomas, J.J., Reilly, E.E., y Eddy, K.T. (2022). Anhedonia in eating disorders: a meta-analysis and systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 55(2), 161-175. Doi: 10.1002/eat.23645
- Gómez H., E., Carrillo R., E. y Padrós B., F. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala para medir el Disfrute Experimentado en Niños y Adolescentes (EDENA) en población de Michoacán (México). *Psicogente*, 23(43), 1-18. Doi: 10.17081/psico.23.43.3761
- González C., J.O., González B., V.H., Ramírez Z., L.M., Salazar E., J.G., Del Rio, J.M., Sánchez D., O. y Ramírez A., A.V. (2018). Gaudibility and psychopathological symptoms in the Mexican population. *Psychology*, 9(5), 925-933. Doi: 10.4236/psych.2018.95057
- He, Z., Li, M., Liu, C. y Ma, X. (2022). Common predictive factors of social media addiction and eating disorder symptoms in female college students: state anxiety and the mediating role of cognitive flexibility/sustained attention. *Frontiers in Psychology*, 12, 61-82. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.647126
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196. Doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003
- Hübel, C., Marzi, S.J., Breen, G. y Bulik, C.M. (2019). Epigenetics in eating disorders: a systematic review. *Molecular Psychiatry*, 24(6), 901-915. Doi: 10.1038/s41380-018-0254-7
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000750
- Kolar, D.R., Rodriguez D., L.M., Chams, M.M. y Hoek, H.W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000279
- Lechuga, L. y Gamiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Trastornos de la Conducta alimentaria*, 2, 142-157.
- Magallón G., M.T., Villegas C., S.M., Martínez M., M.P. y Padrós B., F. (2018). Gaudibilidad en varones con y sin trastorno antisocial de la personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 64(3), 168-175.
- Murray, S.M., Brown, C.S., Kaye, W.H. y Wierenga, C.E. (2021). Anhedonia in eating disorders. En D. A. Pizzagalli (Ed.): *Anhedonia: Preclinical, Translational, and Clinical Integration* (pp. 219-236). Champaign, Ill: Springer International Publishing. Doi: 10.1007/7854_2021_287
- O'Brien, K.M. y Vincent, N.K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57-74. Doi: 10.1016/S0272-7358(02)00201-5

- Padrós B., F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Padrós B., F. y Fernández C., J. (2001). Escala de Gaudibilidad de Padrós. Una propuesta para medir la disposición a experimentar bienestar. *Boletín de Psicología*, 71, 7-28.
- Padrós B., F. y Fernández C., J. (2008). A proposal to measure the disposition to experience enjoyment; "the Gaudiebility Scale". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 413-430.
- Padrós B., F. y Martínez M., M.P. (2020). Gaudibilidad y consumo abusivo de alcohol en adolescentes. *Psicosomática y Psiquiatría*, 14, 13-19.
- Padrós B., F. Martínez M., M.P. y Cruz, M.A. (2011a). Nivel de gaudibilidad en pacientes esquizofrénicos: un estudio piloto. *Salud Mental*, 34, 525-529.
- Padrós B., F. Martínez M., M.P., González R., V., Rodríguez M., D. y Astals V., M. (2011b). Estudio del nivel de gaudibilidad en pacientes con diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias. *Psiquis (Tlalpan)*, 20(2), 64-69.
- Padrós B., F. Martínez M., M.P. y Graff 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. Martínez M., M.P., Montoya P., K.S. y Montoya P., R. (2021). Psychometric properties of the Gaudiebility (Enjoyment modulators) Scale for Adults of Morelia (GSAM). *Plos One*, 16(7), e0252543. Doi: 10.1371/journal.pone.0252543
- Padrós B., F. Pintor S., B.E., Martínez M., M.P. y Navarro C., G. (2022). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en universitarios mexicanos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83-91. Doi: 10.14306/renhyd.26.1.1487
- Ruiz R., D., Martínez M., J.J., García, A.R., Juárez R., I.E., González C., T.B., Tovilla Z., C.A., ... y Genis M., A.D. (2021). Psychiatric comorbidity in Mexican adolescents with a diagnosis of eating disorders its relationship with the body mass index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3900. Doi: 10.3390/ijerph18083900
- Taber, K.S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48, 1273-1296. Doi: 10.1007/s11165-016-9602-2
- Trøstheim, M., Eikemo, M., Meir, R., Hansen, I., Paul, E., Kroll, S.L., ... y Leknes, S. (2020). Assessment of anhedonia in adults with and without mental illness: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2013233-e2013233. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13233
- 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(6), 509-515.
- Unikel, C. y Caballero, A. (2010). Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. *Serie Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Valdés G., K.P., Sánchez L., L.M., Padrós B., F., Ambriz D., L.E. 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(3), 120-137.
- Wang, S., Leri, F. y Rizvi, S.J. (2021). Anhedonia as a central factor in depression: Neural mechanisms revealed from preclinical to clinical evidence. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110289. Doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110289
- Zohdi, Y., Mohammadkhani, P. y Karimpour-Vazifekhorani, A. (2022). The role of anhedonia and low arousal in substance use disorder among adolescents with conduct disorder symptoms. *Practice in Clinical Psychology*, 10(2), 111-120. Recuperado de <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-804-en.html>

Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología

Effects of a mediated by technology intervention based on positive psychology in older adults

Nicolás Armando Torres y Torres¹, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel²,
María del Rocío Hernández-Pozo² y Christian Oswaldo Acosta-Quiroz³

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}
Instituto Tecnológico de Sonora³

Autor para correspondencia: Christian Oswaldo Acosta Q., christian.acosta@itson.edu.mx.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue probar la eficacia de un programa de intervenciones basadas en la psicología positiva mediada por tecnología para fomentar el bienestar en adultos mayores. Para ello, se empleó un diseño experimental intrasujetos tipo A-B, con medidas adicionales pre-postest. Participaron doce adultos mayores de entre 60 y 72 años de edad. El programa consistió en cinco sesiones semanales de una hora de duración implementadas a través de videoconferencias, que abordaban como su principal contenido las fortalezas del carácter. Se evaluaron el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las fortalezas de carácter, la satisfacción con los elementos de la intervención y la usabilidad de la videoconferencia. Los resultados indicaron efectos de medios a grandes en el bienestar subjetivo, efectos clínicos en todas las variables, diferencias significativas también en todas las variables medidas, y altos niveles de satisfacción con los componentes de la intervención y la implementación tecnológica. El fomento del bienestar en adultos mayores resultó efectivo y factible mediante la intervención mediada por videoconferencias.

Palabras clave: Bienestar psicológico; Bienestar subjetivo; Psicología positiva; Adultos mayores; Fortalezas de carácter; Intervención mediada por tecnología; Diseño intrasujetos.

ABSTRACT

This study aimed to probe the efficacy of a technology-mediated intervention based on positive psychology to enhance well-being in older adults. The design was an AB intrasubject design with additional pre-posttest measures. The participants were twelve older adults aged 60-72. The program included five 1-hour weekly sessions, and the implementation was via videoconferences, the

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Tlalpan, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: nick_x001@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0001-8727-1310>.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Estado de México, México, correos electrónicos: alger10@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8996-5866>, <https://orcid.org/0000-0001-5781-2825>.

³ Departamento de Psicología, 5 de Febrero 818 Sur, 85000 Ciudad Obregón, Son., México. Correo electrónico: christian.acosta@itson.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0003-1101-6844>.



main program topics included character strengths. The variables assessed were psychological well-being, subjective well-being, character strengths, program element satisfaction, and videoconference usability. The results showed medium to large effects on subjective well-being, clinical effects in all variables, significant differences in all measured variables, and high satisfaction levels with intervention components and technology implementation. Enhancing well-being in older adults was effective and feasible by videoconference technology-mediated intervention.

Key words: Psychological well-being; Subjective well-being; Positive psychology; Older adults; Character strengths; Technology mediated intervention; Intrasubjects design.

Recibido: 21/11/2023

Aceptado: 03/02/2024

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) considera que la salud implica un estado de bienestar en las esferas física, psíquica y social y no sólo la ausencia de enfermedad. En tales términos, el bienestar psicológico es un constructo complejo que conjunta experiencias placenteras subjetivas, actividades significativas y relaciones sociales que permiten el desarrollo y una contribución productiva al entorno (Ryan y Deci, 2001).

En los adultos mayores, el bienestar se relaciona con beneficios que incluyen una menor frecuencia de enfermedades mentales y psicopatologías (Lamers *et al.*, 2015), la intensificación del estado de salud (Ngamaba *et al.*, 2017), resiliencia (Millea *et al.*, 2015), sentimientos de conexión social y familiar (Huxhold *et al.*, 2013) y disminución del riesgo de desarrollar Alzheimer (Boyle *et al.*, 2010) y enfermedades coronarias (Hill y Turiano, 2014; Kim *et al.*, 2013).

Sin embargo, el envejecimiento reduce el bienestar percibido por su asociación con el deterioro de las funciones físicas y cognitivas y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas (Ranzijn, 2002; Shapira *et al.*, 2007; World Health Organization, 2015), lo que se debe a los cambios en los estilos de afrontamiento, pues decrece el uso de las estrategias comportamentales

y aumentan las emocionales, lo que desmotiva la sensación de control y autoeficacia, centrales en el autocuidado en la tercera edad (Heckhausen *et al.*, 2010).

A pesar de la disminución de las capacidades funcionales y un contexto afectado de salud, el fomento del bienestar es posible si se ponen en práctica intervenciones apropiadas que se centren en un envejecimiento positivo y en el incremento de las actividades (WHO, 2015).

Las intervenciones basadas en la psicología positiva (IPP, en lo sucesivo) son medios cuyo objetivo es el incremento del bienestar y a la vez herramientas para aprender a afrontar las adversidades, apreciar y poner atención en los aspectos positivos de la vida, involucrarse en actividades que provocan emociones positivas y practicar las fortalezas personales (Sin y Lyubomirsky, 2009). Adicionalmente, han probado ser eficaces en el decremento de la sintomatología depresiva y ansiosa (Carr *et al.*, 2020).

El incremento del bienestar puede lograrse mediante el fomento de las dimensiones del bienestar según el modelo PERMA (*cf.* Seligman, 2011), que incluye experimentar emociones positivas, llevar a cabo actividades absorbentes que logren el desarrollo de habilidades, el mejoramiento de relaciones interpersonales, una mejor comprensión del significado y propósito de la vida, la consecución de logros y metas personales y el desarrollo de fortalezas de carácter, que son rasgos o habilidades que resultan personalmente gratificantes y que constituyen procesos que hacen posible el desarrollo de virtudes o valores vinculados al bienestar (Niemic, 2018).

En los adultos mayores, la implementación de las intervenciones basadas en la psicología positiva se ha traducido en su mayor bienestar (Cantarella *et al.*, 2013), en una mejoría de la autoestima (Meléndez *et al.*, 2015) y la calidad del sueño (Friedman *et al.*, 2017), en la disminución de la presión arterial sistólica (Jiménez *et al.*, 2016), la ansiedad (Ramírez *et al.*, 2014), el estrés (Killen y Macaskill, 2015) y la depresión (Ho *et al.*, 2014; Proyer *et al.*, 2014).

Debido a la pandemia de covid-19, la intervención psicológica a distancia aumentó el empleo de la tecnología para implementar ciertos procesos

terapéuticos y la atención de grupos vulnerables (Békés *et al.*, 2021). Tal tipo de intervención en los adultos mayores es factible y deseable por las ventajas potenciales que ofrece, como facilitar el acceso a los servicios de salud cuando la movilidad es limitada o resulta problemática la adaptación de dichas intervenciones a cada individuo (Callari *et al.*, 2012). A este respecto, también se han elaborado programas autoaplicados u *online* con efectos favorables al aumentar el bienestar (Killen y Macaskill, 2014; Proyer *et al.*, 2014); sin embargo, no se han evaluado los programas mediados por la tecnología o implementados mediante videoconferencias en esta población.

Por tal motivo, es necesario proseguir la investigación sobre la aplicación a distancia de las IPP mediadas por la tecnología y documentar los efectos clínicos que tienen en la referida población puesto que es un segmento vulnerable, de manera que la administración mediada por tecnología podría resolver algunos problemas de acceso a los servicios de salud (Schneider *et al.*, 2020). Así, el objetivo de esta investigación fue examinar la eficacia de un programa de IPP mediado por tecnología basado en las fortalezas de carácter para el fomento del bienestar en adultos mayores.

MÉTODO

Participantes

Participaron doce adultos mayores alfabetizados de 60 y más años, con acceso a una plataforma de videoconferencia y que habían expresado por escrito su anuencia para participar en el estudio. Dichos participantes se reclutaron por conveniencia en los lugares usuales de reunión de adultos mayores, a quienes se les hizo una entrevista para precisar los objetivos, contenidos y requerimientos del programa. Dichos participantes recibieron un entrenamiento tecnológico previo en el que se les enseñó a conectarse a internet en el dispositivo de su preferencia para acceder a las videoconferencias, verificar la conexión de audio e imagen y resolver los problemas más frecuentes de conexión.

La Tabla 1 muestra las características generales de los mismos, que en su mayoría fueron mujeres. Sus edades se ubicaron entre 60 y 72 años, residentes en Ciudad de México y con una escolaridad mínima de secundaria. Todos ellos tenían antecedentes de padecer al menos una enfermedad crónico-degenerativa; diez de ellos sufrían multimorbilidad, siendo la hipertensión arterial la enfermedad más frecuente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Caso	Sexo	Edad en años	Escolaridad	Ocupación	Estado civil
1	F	70	Técnico completo	Jubilada	Viuda
2	F	60	Bachillerato completo	Cocinera	Casada
3	M	66	Técnico incompleto	Jubilado	Casado
4	F	64	Licenciatura completa	Jubilada	Soltera
5	F	68	Licenciatura incompleta	Hogar	Casada
6	M	65	Secundaria completa	Jubilado	Casado
7	F	72	Secundaria completa	T. eventual	Casada
8	F	63	Bachillerato completo	Hogar	Separada
9	F	61	Técnico completo	Empleada	Soltera
10	M	63	Secundaria completa	Empleado	Casado
11	F	67	Licenciatura completa	Hogar	Casada
12	M	70	Licenciatura completa	Jubilado	Casado

Instrumentos

Autoprueba de Positividad (Fredrickson, 2009). Adaptada y validada en población mexicana por

Cortina y Berenzon (2013), es una escala breve autoaplicable compuesta por 20 reactivos que evalúan la experiencia emocional con base en la proporción entre el afecto positivo y el negativo,

equivalente al bienestar subjetivo. En su adaptación en población mexicana, cada reactivo consiste en evaluar el grado en el que se ha experimentado una emoción, ya sea positiva o negativa, en una escala Likert de cinco puntos, que varían de 0, “Nada”, a 5, “Muchísimo”. La calificación total, denominada *Índice de positividad*, se obtiene de la división entre el número total de reactivos positivos experimentados por lo menos moderadamente (≥ 2) y el número total de reactivos negativos experimentados al menos ligeramente (≥ 1), lo que representa el *balance emocional*. Según su autor, una proporción $\geq 3:1$ indica un buen nivel de bienestar subjetivo. Cuenta con validez de constructo por análisis factorial exploratorio y consistencia interna, y un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79.

PERMA Profiler (Buttler y Kern, 2016).

Adaptado y validado por Chaves *et al.* (en prensa), es una escala que mide las dimensiones del bienestar psicológico propuestas en el modelo PERMA de Seligman (2011), unido a tres variables de contraste: Emociones negativas, Felicidad general y Percepción de salud. Compuesto por 23 reactivos en formato Likert de 11 puntos, según la redacción del reactivo la escala va de 0 (“Nunca/nada”) a 10 (“Siempre/absolutamente”). Cuenta con validez de constructo por análisis factorial exploratorio y una consistencia interna de .94.

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

Adaptada y validada en población mexicana por Padrós *et al.* (2015), es una escala que evalúa la satisfacción con la vida a través del juicio global sobre ésta. La validación mexicana consta de cinco reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco puntos que van de 1, “Totalmente de acuerdo”, a 5, “Totalmente en desacuerdo”. Cuenta con validez de constructo por análisis factorial confirmatorio y una consistencia interna de .83.

Inventario de Valores y Fortalezas (IVyF) (Consentino y Castro, s/f).

Es un inventario desarrollado para evaluar las fortalezas de carácter según la clasificación de Peterson y Seligman (2004). Validado en población mexicana por Ruvalcaba *et al.* (2016), incluye veinticuatro reactivos bipolares tipo Likert de cinco puntos

que se responden indicando en qué grado se considera que se parece la persona a dos descripciones opuestas que están en función de cada una de las veinticuatro fortalezas de carácter. Cada reactivo evalúa una fortaleza y quien lo responde decide si se parece más a uno u otro perfil. Su consistencia interna es de .84.

Cuestionario de Satisfacción. Diseñado *ex profeso* para esta investigación, es un cuestionario de nueve reactivos que evalúan el grado de satisfacción con el programa. Los reactivos se califican en una escala de 0 a 10 puntos y cubre aspectos como agrado, utilidad, pertinencia, facilidad, relevancia y satisfacción en general con las tareas y materiales de la intervención.

Cuestionario de Usabilidad de la Videoconferencia. Basado en la propuesta de Acosta *et al.* (2021), es un cuestionario de diez reactivos que evalúa la satisfacción de los participantes con el uso de videoconferencias. Tres reactivos examinan la utilidad de la videoconferencia; tres, la calidad de la información, comunicación e interacción con el terapeuta; tres más, la calidad de la interface (audio e imagen), y uno, la satisfacción general. El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro opciones que van de 0, “Totalmente en desacuerdo”, a 3, “Totalmente de acuerdo”.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental intrasujetos de tipo A-B con mediciones adicionales pre-postest, en el cual la A corresponde a una fase inicial o línea base de tres mediciones previas al inicio del programa de intervención, y la B al tratamiento implementado. Se eligió este diseño debido al énfasis puesto en la evaluación de los efectos clínicos, la administración individual y las ventajas sobre el estudio del bienestar y administración cuidada y controlada, a la vez que se observan y evalúan otros comportamientos de interés (Barbot y Perchec, 2015; Tate *et al.*, 2016).

Procedimiento general

Se estableció contacto con dos psicólogos graduados que fungieron como coterapeutas y que reci-

bieron capacitación para efectuar las evaluaciones previas, las efectuadas durante el tratamiento y las posteriores, así como aquellas para valorar la monitorización de elaboración de tareas, la motivación para el cumplimiento y la resolución de problemas entre las sesiones. El terapeuta responsable del programa contaba con experiencia de más de diez años en psicoterapia y psicología positiva, quien a lo largo de todas las evaluaciones permaneció “ingenuo” a los resultados.

El reclutamiento se llevó a cabo mediante una convocatoria a través de los contactos de los coterapeutas y la promoción a grupos de adultos mayores en clubes sociales y eclesiásticos. Se entrevistó a los posibles participantes para describirles el programa y sus requisitos. Si el participante consentía en tomar parte en el estudio, se le entregaba un cuadernillo de evaluación y un manual con la información y las actividades del programa. Se le presentaba con alguno de los coterapeutas, se le explicaba el proceso y se acordaban conjuntamente los siguientes encuentros. Los coterapeutas visitaban a los participantes en sus domicilios la primera vez, se les entrenaba desde el punto de vista tecnológico y aplicaban la primera evaluación de línea base y las evaluaciones pretest. Después llevaban a cabo las siguientes evaluaciones de línea base y resolvían las dudas o los problemas de conexión mediante videoconferencias. La línea base quedó constituida por tres mediciones de la autoprueba de positividad.

Al finalizar la línea base, el terapeuta principal procedía a la instrumentación del programa. Antes de comenzar cada sesión semanal de tratamiento, el coterapeuta se ponía en contacto con el participante mediante videoconferencias y efectuaba la evaluación semanal. Al concluir todas las sesiones de tratamiento llevaba a cabo la evaluación final aplicando el postest y los cuestionarios de satisfacción y usabilidad.

Procedimientos clínicos

Psicoeducación.

Se revisaron algunos aspectos conceptuales de la psicología positiva y el bienestar. Con apoyos visuales provistos por videoconferencia, el manual de

intervención y en un español sencillo, se describía el bienestar, su impacto en el envejecimiento, sus elementos, las fortalezas de carácter y cómo se éstos de expresan y emplean para generar bienestar. Se proveían ejemplos y se solicitaba que los participantes formularan los propios, lo que servía para introducir las IPP de cada sesión y las tareas entre sesiones. Se resolvían sus dudas y se les invitaba a formular preguntas y a exponer sus avances.

Intervenciones basadas en la psicología positiva (IPP).

Las intervenciones basadas en la psicología positiva son los elementos centrales del programa, las que, según Parks y Schueller (2014), implican la repetición de experiencias agradables, la práctica de habilidades y la aceptación de las circunstancias personales. Se implementaron en cada sesión de videoconferencia, para las que el *Diario de Gratitud* y el fascículo *Usar una fortaleza de carácter de una nueva forma* sirven como tareas que entrelazaban cada sesión. A continuación se describen las IPP implementadas en la intervención.

Presentación positiva. Se basa en la indagación apreciativa (Denborough, 2014) y la metáfora narrativa (Tarragona, 2013, 2014; White, 2007), y consiste en solicitar que se recuerde, escriba y comparta un evento en el que se haya enfrentado positivamente una situación y cuyo desenlace ha sido satisfactorio. El escrito debe ser detallado y redactado como una anécdota.

Diario de Gratitud. Se solicita que el participante escriba tres cosas por las que se siente diariamente agradecido (Emmons y McCoulough, 2003).

Identificación de fortalezas distintivas. Se emplean distintos medios para identificar las fortalezas de carácter distintivas, que son aquellas que tienen una mayor expresión conductual y que se perciben como parte de la identidad personal. A partir de lo anterior, se identifican y emplean procesos que hacen posible su ejercicio (Linley *et al.*, 2010). En este programa se utilizó la identificación de fortalezas en video y la aplicación del inventario IVyF.

Uso de una fortaleza de carácter de una nueva forma. Desarrollada por Seligman *et al.* (2005),

la intervención consiste en incitar el uso de fortalezas distintivas de una nueva forma cada día, durante una semana, en actividades comunes.

Una puerta se cierra, otra se abre. Desarrollada por Peterson (2006), dicha intervención se centra en el fomento de la esperanza y el optimismo. Se instruye al participante para que examine tres momentos en los que ha tenido que enfrentar adversidades, y reflexionar si las mismas fueron después oportunidades para el crecimiento personal.

Carta de gratitud. Se solicita a los participantes escribir una carta de agradecimiento a una persona por algún detalle o una contribución importante a la vida del participante. Si es posible, se solicita que se entregue la carta en una visita presencial o un encuentro telefónico (Emmons y McCullough, 2003).

Todas las IPP implementadas poseen un componente de intervención cognitiva en la que se examina el significado de las actividades llevadas a cabo y, mediante el diálogo terapéutico, se examinan las creencias y actitudes de los participantes acerca del bienestar y los componentes ejercitados durante las sesiones y las tareas entre las sesiones.

Un minuto de atención plena. Para la constitución del programa, se siguió la recomendación de Rashid y Seligman (2018) de asociar los ejercicios de relajación al uso de IPP a fin de estimular los estados de atención óptimos para el desenvolvimiento apropiado de las actividades. Se empleó este ejercicio, desarrollado por los presentes autores, que consiste en entrenar a los participantes en respiración diafragmática mientras se concentran en su propia respiración y aprenden a evadir pensamientos intrusivos. El desempeño se verificaba a través de la videoconferencia y se retroalimentó hasta utilizar cada vez menos los apoyos verbales. Dichos ejercicios se llevaban a cabo al inicio y al final de cada sesión, y se solicitó a los participantes que los practicaran dos veces diarias entre las sesiones. A este efecto, se les entregaron audios de apoyo que les guiaban en las tareas entre sesiones, solicitándoles que comentaran sus percepciones sobre estos ejercicios.

Encuestas de satisfacción.

Con la finalidad de evaluar la validez social de la intervención (Kazdin, 2021), se solicitó a los par-

ticipantes que contestaran un cuestionario breve para evaluar ocho aspectos de la intervención, así como otro de diez reactivos para calificar su percepción acerca del uso de la videoconferencia. Se evitó la inducción de respuestas o de sesgos mediante su aplicación por psicólogos distintos a aquellos con quienes los participantes habían trabajado, e *ingenuos* respecto al proceso del participante y de la implementación de la intervención.

Análisis de datos

Se efectuaron los análisis visuales descriptivos que comúnmente se emplean en diseños experimentales intrasujetos, y se siguieron asimismo las recomendaciones de Sanz y García (2015) para evitar sesgos en la interpretación de las tendencias mostradas por los datos, calculándose la magnitud del cambio terapéutico mediante el índice de no solapamiento de los datos, o NAP (Parker y Vannest, 2009), el cual indica la proporción de datos que muestran una mejoría en la fase de intervención a partir de su comparación con la línea base. Para las medidas pre-postest, se utilizó el Índice de Cambio Fiable (ICFJT) de Jacobson y Truax (1991), que estima la significancia clínica en la que un participante mejora su puntuación en la evaluación postest cuando se desconoce la norma en una población funcional. Dicho índice establece que a partir de un puntaje mayor a 1.96, que representa un cambio en dos desviaciones estándar, hay un cambio confiable en las mediciones, mientras que un puntaje mayor a 1 y menor a 1.96 constituye un cambio mínimo, pues representa un movimiento en solamente una desviación estándar. De igual modo, se aplicó la prueba de Wilcoxon para identificar las diferencias antes y después del tratamiento, prueba que es especialmente apropiada cuando el sujeto funciona como su propio control, y que complementa la observación clínica sobre la dirección y dimensión del cambio (Siegel y Castellan, 1995).

Para las puntuaciones dadas en el Cuestionario de Satisfacción, se empleó un jueceo de no expertos según las recomendaciones de Gitlin y Czaja (2016) y de Sekhon *et al.* (2017), quienes recomiendan evaluar el grado en que las personas que ejecutan o reciben una intervención juzgan

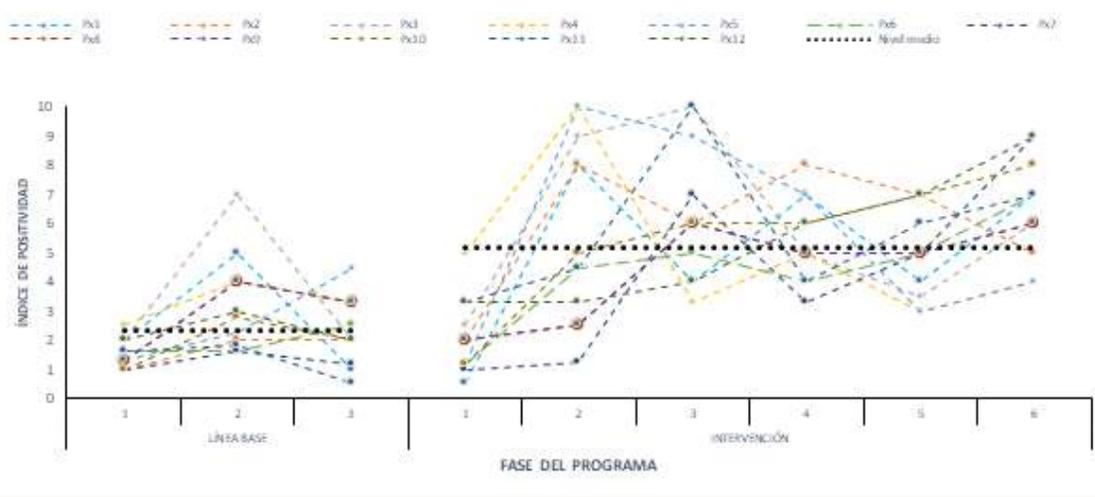
como apropiada o relevante su participación. Se utilizó también el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC), de Hernández-Nieto (2011), para evaluar el nivel de acuerdo de los participantes en cuanto a su satisfacción con la intervención. Respecto a la usabilidad de la videoconferencia, se usó el mismo criterio que Acosta *et al.* (2021) de formular tres categorías de percepción de usabilidad: baja, media y alta, definiéndose a partir de ± 1 desviaciones estándar a partir de la media de la distribución en cada una de las dimensiones del

instrumento. Con estos criterios, se identificó el número de participantes en cada categoría y por cada dimensión.

RESULTADOS

La Figura 1 representa los puntajes obtenidos por los participantes en el Índice de Positividad en las fases de línea base y tratamiento.

Figura 1. Índice de Positividad.



Nota: Índice de positividad medido con la Autopueba de positividad de Fredrickson (2009), Px = Participante. La línea punteada marcada como nivel medio representa el nivel promedio de desempeño de todos los participantes.

Como puede observarse, los participantes 2, 11 y 12 fueron los que mostraron la mayor mejoría en sus puntuaciones del Índice de Positividad respecto a las mediciones de la línea base ($NAP \geq 0.90$). Los datos muestran un nivel medio distinto entre ambas fases, y se observa que en estos tres participantes el incremento durante la fase de intervención fue constante respecto a lo observado en la fase sin tratamiento. En estos participantes es muy evidente el cambio de nivel entre ambas fases; el participante 2 cambió de $\bar{X} = 1.66$ a $\bar{X} = 6.0$ entre las fases de línea base y tratamiento, respectivamente; en el participante 11, de $\bar{X} = 1.32$ a $\bar{X} = 5.80$, y en el participante 12, de $\bar{X} = 2.33$ a $\bar{X} = 5.43$.

Los participantes 4, 7, 8 y 10 mostraron un desempeño medio o promedio en cuanto al cambio entre sus mediciones durante la fase de línea base y las efectuadas a lo largo de la intervención ($NAP \geq 0.80$ y ≤ 0.89). El nivel de las mediciones

entre ambas fases en estos participantes fue distinto. El participante 4 cambió de $\bar{X} = 2.33$ a $\bar{X} = 6.83$ entre la fase de línea base y el tratamiento, respectivamente; en el 7 cambió de $\bar{X} = 1.90$ a $\bar{X} = 4.44$; en el 8 de $\bar{X} = 1.25$ a $\bar{X} = 4.42$, y en el 10 de $\bar{X} = 1.93$ a $\bar{X} = 5.74$.

Los participantes 1, 3, 5, 6 y 9 tuvieron el menor desempeño ($NAP \leq 0.79$). El nivel de cambio entre fases fue menos evidente que en el resto de participantes. El participante 1 cambió de $\bar{X} = 2.66$ a $\bar{X} = 5.08$ entre la fase de línea base y tratamiento, respectivamente; en el 3, de $\bar{X} = 3.66$ a $\bar{X} = 6$; en el 5, de $\bar{X} = 3.26$ a $\bar{X} = 5.05$; en el 6, de $\bar{X} = 2.88$ a $\bar{X} = 5.70$, y en el 9, de $\bar{X} = 2.86$ a $\bar{X} = 4.41$.

Si se observa detenidamente la gráfica anterior, se puede notar que en la mayoría de los participantes el mayor cambio durante la fase de intervención ocurre entre la tercera y cuarta mediciones, que corresponden a las sesiones tercera y

cuarta de la intervención, lo que puede deberse a las intervenciones implementadas, aspecto que se discute con mayor detalle más abajo.

El tamaño de la magnitud de cambio (Tabla 2) tuvo una variación de entre 0.72 a 1.00, lo cual se categoriza como un cambio de medio a grande.

Tabla 2. Magnitud del cambio terapéutico.

Participantes	Índice NAP
11	1.00a
12	1.00a
2	0.94a
4	0.88b
10	0.88b
7	0.83b
8	0.80b
3	0.77b
5	0.77b
9	0.77b
1	0.72b
6	0.72b

Nota. Se presentan los niveles de tamaño del efecto por grado de mejoría decreciente. Los tamaños del efecto calculados a partir del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) se clasifican así: 0.66-0.92 = efecto medio^b, 0.93-1 = efecto grande^a.

El cambio clínico con el Índice de Cambio Fiable de Jacobson y Truax (Tabla 3) mostró que, en cuanto al bienestar psicológico, los participantes 3, 7, 11 y 12 mostraron una mejoría clínica significativa, y mejoría los participantes 9 y 10, pero sin alcanzar el punto de corte de 1.96 necesario para lograr la categoría de cambio objetivo. Respecto a bienestar subjetivo, solamente el participante 3

mostró una mejoría clínica significativa; mientras que los participantes 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 mostraron mejoría sin alcanzar el punto de corte. Finalmente, en cuanto a las fortalezas de carácter, los participantes 3, 4, 7, 8, 9, 10 y 12 mostraron cambios clínicos significativos, y los participantes 5, 6 y 11 mejoraron sus puntuaciones sin alcanzar el punto de corte.

Tabla 3. Cambio clínico confiable de Jacobson y Truax por variable.

Participante	Bienestar psicológico		Bienestar subjetivo		Fortalezas de carácter	
	ICFJT	Interpretación	ICFJT	Interpretación	ICFJT	Interpretación
1	0.67	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	0.00	Sin cambio
2	0.00	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	0.00	Sin cambio
3	3.27	Cambio clínico confiable	2.03	Cambio clínico confiable	6.38	Cambio clínico confiable
4	0.49	Sin cambio	0.40	Sin cambio	4.06	Cambio clínico confiable
5	0.54	Sin cambio	0.81	Sin cambio	1.16	Mejoría, cambio mínimo
6	0.35	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	1.16	Mejoría, cambio mínimo
7	5.49	Cambio clínico confiable	1.22	Mejoría, cambio mínimo	2.32	Cambio clínico confiable
8	0.19	Sin cambio	1.22	Mejoría, cambio mínimo	8.13	Cambio clínico confiable
9	1.20	Mejoría, cambio mínimo	1.62	Mejoría, cambio mínimo	3.48	Cambio clínico confiable
10	1.70	Mejoría, cambio mínimo	1.22	Mejoría, cambio mínimo	6.38	Cambio clínico confiable
11	3.07	Cambio clínico confiable	1.22	Mejoría, cambio mínimo	1.74	Mejoría, cambio mínimo
12	3.27	Cambio clínico confiable	0.81	Sin cambio	4.64	Cambio clínico confiable

En lo concerniente a la prueba de Wilcoxon, en todas las variables examinadas se obtuvieron diferencias significativas entre las mediciones realizadas antes y después de la implementación del programa de intervención: bienestar psicológico ($Z = -3.08$, $p < 0.002$), bienestar subjetivo ($Z = -2.93$, $p < 0.003$) y fortalezas de carácter ($Z = -2.809$, $p < 0.005$).

Satisfacción con el tratamiento

En la Tabla 4 se muestran los resultados del jueceo de no expertos. Como puede observarse, en general los participantes mostraron un acuerdo general excelente, expresando sentirse sumamente satisfechos en los distintos rubros examinados.

Tabla 4. Jueceo de no expertos. Satisfacción con el tratamiento.

Aspecto evaluado	CVC
Agrado	.94 ^a
Utilidad	.94 ^a
Pertinencia	.95 ^a
Facilidad	.90 ^a
Relevancia	.97 ^a
Satisfacción general	.99 ^a
Satisfacción con las tareas	.95 ^a
Satisfacción con los materiales	.99 ^a
Total	.95 ^a

Nota: CVC = Coeficiente de validez de contenido.

^a Validez y concordancia excelentes.

En cuanto a la percepción de usabilidad de la videoconferencia, la Tabla 5 muestra el número de participantes categorizados por nivel de usabilidad. Como se puede apreciar, la mayoría de los participantes calificaron los tres aspectos evaluados en una categorización de usabilidad media y alta. El aspecto en el que hubo una satisfacción mayor fue la calidad de la interfaz, puesto que once participantes obtuvieron una calificación entre media y alta, lo que indica que se sintieron satisfechos con los aspectos de transmisión de audio, imagen

y video a través de las aplicaciones tecnológicas utilizadas. En cuanto a la calidad de la información, nueve participantes señalaron que la videoconferencia les permitió recibir de una manera adecuada la información brindada y que se sentían satisfechos con esta modalidad de participación. La misma cantidad de personas calificaron entre media y alta la utilidad del sistema, esto es, el manejo de la videoconferencia y la facilidad para conectarse para la intervención.

Tabla 5. Categorización de participantes con respecto a la clasificación de la usabilidad.

Clasificación	Usabilidad	Usabilidad	Usabilidad
	baja	media	alta
Utilidad del sistema	3	4	5
Calidad de la información	3	0	9
Calidad de la interfaz	1	4	7

Adicionalmente, se proporcionó a los participantes un espacio para comentar libremente la intervención, donde señalaron que estaban sumamente satisfechos con las actividades. Sin embargo, tres participantes comentaron que les hubiera agradao más que el programa se desarrollara presen-

cialmente, puesto que en algunas sesiones se sintieron cansados del tiempo transcurrido frente a la pantalla. Otros participantes señalaron que el tiempo que se les había otorgado para plantear sus dudas y comentar sus historias personales había sido muy importante para sentirse satisfechos; sin

embargo, deseaban que la intervención incluyera más sesiones y temas.

DISCUSIÓN

En el presente artículo se documenta la puesta en práctica de un programa de IPP mediado por tecnología en adultos mayores, y se examina la viabilidad de esta modalidad en México. Los resultados respecto a las diferencias estadísticas y el efecto clínico en las variables exponen los efectos benéficos de lo anterior, que demuestran que los componentes de la intervención generan mejoras en el bienestar en la mayoría de los participantes. Los efectos obtenidos en la magnitud del cambio terapéutico emulan los resultados de un metanálisis reciente conducido por Carr *et al.* (2020), en el cual el tamaño del efecto de la administración de IPP en distintas poblaciones también fue de mediano a grande en cuanto al bienestar y las fortalezas.

La combinación de distintos procedimientos clínicos hizo posible que los participantes se relacionaran con los contenidos de las IPP y las utilizaran en sus actividades cotidianas. El diseño empleado permitió identificar el momento en el cual las intervenciones comienzan a ejercer su efecto; de hecho, en la mayoría de los participantes el mayor cambio ocurrió entre la tercera y la cuarta semana de tratamiento, lo que puede explicarse con base en dos evidencias previas. En este programa se solicitó a los participantes desde la primera sesión que iniciaran el llamado *Diario de gratitud*, mientras que simultáneamente se llevaban a cabo las actividades relacionadas con la identificación de sus fortalezas distintivas; al concluir la tercera sesión, se les requirió centrarse en realizar las actividades relacionadas con aquellas.

Gander *et al.* (2013) encontraron que el empleo del diario no produce beneficios adicionales a los observados después de una semana, a diferencia de las combinaciones de IPP centradas en distintas fortalezas, lo que genera efectos mayores inmediatos y de mayor duración en el largo plazo. Aunado a lo anterior, la combinación utilizada en este estudio hace posible la administración de IPP personalizadas. De acuerdo con Ruch *et al.* (2020), la individualización de las fortalezas distintivas del participante puede tener como

resultado más beneficios que las actividades genéricas, como el propio diario. Peterson y Seligman (2004) consideran que las intervenciones en las fortalezas distintivas son más energizantes y auténticas en virtud de que estas fortalezas representan características con las que el individuo está más familiarizado, requieren un menor esfuerzo y, por lo tanto, implican una menor resistencia a realizar las actividades relacionadas con ellas. La combinación planteada en este programa permite la sistematización de tales propuestas y tiene el beneficio adicional de que la IPP centrada en las fortalezas distintivas es la que tiene más apoyo empírico en la mejora del bienestar (Schutte y Malouf, 2018).

El análisis del cambio clínico hace posible observar que todos los participantes lograron cambios, aun mínimos, en alguna de las variables examinadas. La mayor cantidad de cambios objetivos se apreció en la evaluación de las fortalezas de carácter, lo que era de esperarse porque el contenido de la intervención hacía referencia a este medio para fomentar el bienestar. Si bien es cierto que no todos los participantes obtuvieron el mismo beneficio, se ilustra la dinámica compleja del bienestar y la necesidad de fomentar otras de sus dimensiones.

Schueller y Parks (2014) apuntan que las fortalezas de carácter constituyen la base para las dimensiones contenidas en el modelo PERMA y favorecen un funcionamiento psicológico que tiende a incrementarlo. Asimismo, Proyer *et al.* (2013) afirman que la práctica de las fortalezas de carácter puede conducir a experimentar un mejor y más óptimo balance afectivo, tal como se observó en el cambio en el índice de positividad de los participantes al experimentar más emociones positivas, otorgar significado, experimentar una sensación de logro en las actividades cotidianas y fomentar mejores relaciones interpersonales. De ahí que algunos participantes de ésta y de futuras investigaciones podrían acrecentar más su bienestar si, además de ciertas IPP centradas en las fortalezas, se incluyeran otras orientadas a dimensiones distintas del bienestar, pertinentes para aquéllos.

El desarrollo, integración y evaluación de sus efectos en los adultos mayores mediante la mediación de la tecnología constituye una interrogante a responder en futuros estudios.

La intervención fue así una alternativa de tratamiento viable y muy aceptable debido al nivel de satisfacción expresado en los dos instrumentos que lo examinaron. Como en otras intervenciones, la aceptación pudo incluir distintos aspectos de la implementación, como su facilidad de acceso, la cual se logró gracias al entrenamiento tecnológico previo, la flexibilidad en el tipo de plataforma de videoconferencia usada, el apoyo cercano del coterapeuta y el suministrado por un manual de intervención, todo ello aunado a otros aspectos descritos en general para las intervenciones mediadas por la tecnología, como eliminar el tiempo de traslado y disminuir el esfuerzo para acceder al servicio de salud (Schuster *et al.*, 2020).

La instrumentación de este programa responde también a anteriores evidencias que sugieren acotar las intervenciones a los medios digitales para evitar el cansancio y la falta de adherencia

de los adultos mayores a este tipo de implementaciones mediadas por la tecnología (Callari *et al.*, 2012).

Los programas como éste responden a las características de la población de adultos mayores en virtud de que pueden ponerse en práctica en aquellos casos en que la movilidad es reducida o cuando el traslado implica el riesgo de empeorar la condición de salud (Mewton *et al.*, 2013). De igual manera, puede constituir un medio que podría hacerse versátil si su implementación se efectúa mediante la identificación de las necesidades particulares de cada participante, identificando así a los adultos mayores que requieren un seguimiento más cercano o presencial, que no necesitan tanto supervisión y apoyo, pero sí una mezcla de formatos presenciales y a distancia, o que pueden adherirse a programas únicamente a distancia sin menoscabo del beneficio potencial (Silva *et al.*, 2022).

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se llevó a cabo gracias a la Beca Nacional para Estudios de Posgrado del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), con número de CVU 1086223.

Citación: Torres y Torres, N.A., González-Celis-Rangel, A.L.M., Hernández-Pozo, M.R. y Acosta-Quiroz, C.O. (2025). Efectos de una intervención basada en psicología positiva en adultos mayores mediada por tecnología. *Psicología y Salud*, 35(2), 273-286. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2989>

REFERENCIAS

- Acosta C., O., Palacio R., R., Borrego, G., García, R. y Rodríguez M., J. (2021). Design guidelines and usability for cognitive stimulation through technology in Mexican older adults. *Informatics for Health and Social Care*, 1-17. Doi: 10.1080/17538157.2021.1941973.
- Barbot, B. y Perchee, C. (2015). New directions for the study of within-individual variability in development: the power of “N = 1”. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2015(147), 57-67. Doi: 10.1002/cad.20085
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T.A. y Hoffman, L. (2021). Psychotherapists’ challenges with online therapy during covid-19: concerns about connectedness predict therapists’ negative view of online therapy and its perceived efficacy over time. *Frontiers in Psychology*, 12, 705699. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.705699
- Boyle, P.A., Buchman, A.S., Barnes, L.L. y Bennett, D.A. (2010). Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 304-310. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.208.
- Buttler, J. y Kern, M.L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48. Doi: 10.5502/ijw.v6i3.526
- Callari, T.C., Ciairano, S. y Rea, A. (2012). Elderly-technology interaction: accessibility and acceptability of technological devices promoting motor and cognitive training. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 41, 362-369. Doi: 10.3233/WOR-2012-0183-362 IOS Press

- Cantarella, A., Borella, E., Marigo, C. y De Beni, R. (2017). Benefits of well-being training in healthy older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(3), 261-284. Doi: 10.1111/aphw.12091
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E. y O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 1-21. Doi: 10.1080/17439760.2020.1818807
- Chaves, C., Ballesteros V., R., Madrilejos, E. y Charles L., H. (en prensa). *PERMA-Profiler para la evaluación del bienestar: Adaptación y validación en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos*.
- Consentino A., C. y Castro S., A. (s/f). *Inventario de virtudes y fortalezas*. Manuscrito inédito.
- Cortina G., L.G. y Berenzon Gom, S. (2013). Traducción al español y propiedades psicométricas del instrumento Positivity Self Test. *Psicología Iberoamericana*, 21(1), 53-64. Doi: 10.48102/pi.v21i1.166
- Denborough, D. (2014). *Retelling the stories of our lives: Everyday narrative therapy to draw inspiration and transform experience*. Norton.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Emmons, R.A. y McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. Doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity* (1st. ed.). Crown Publishers.
- Friedman, E.M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H. y Ryff, C.D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 21(2), 199-205. Doi: 10.1080/13607863.2015.1093605
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W. y Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241-1259. Doi: 10.1007/s10902-012-9380-0
- Gitlin, L.N. y Czaja, S.J. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*. Springer Publishing Co.
- Heckhausen, J., Wrosch, C. y Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117(1), 32-60. Doi: 10.1037/a0017668
- Hernández N., R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos en ciencias sociales y ciencias biomédicas*. Createspace Independent Publishing Platform.
- Hill, P.L. y Turiano, N.A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science*, 25(7), 1482-1486. Doi: 10.1177/0956797614531799.
- Ho, H.C.Y., Yeung, D.Y. y Kwok, S.Y.C.L. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187-197. Doi:10.1080/17439760.2014.888577
- Huxhold, O., Miche, M. y Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375. Doi: 10.1093/geronb/gbt029
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jiménez M., G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Summa Psicológica*, 23(1), 51-59. Doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Kazdin, A.E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56-85. Doi: 10.1002/jeab.638
- Killen, A. y Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance wellbeing in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16, 947-964. Doi: 10.1007/s10902-014-9542-3
- Kim, E.S., Sun, J.K., Park, N. y Peterson, C. (2013). Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: The health and retirement study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 427-432.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W. y Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560. Doi: 10.1080/17439760.2015.1015156
- Linley, P.A., Nielsen, K.M., Gillett, R. y Biswas-Diener, R. (2010). Using signature strengths in pursuit of goals: Effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 5(1), 6-15. Doi: 10.53841/bsicpr.2010.5.1.6

- Meléndez M., J.C., Fortuna T., F.B., Sales G., A. y Mayordomo R., T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 240-247. Doi: 10.1080/17439760.2014.936968
- Mewton, L., Sachdev, P.S. y Andrews, G. (2013). A naturalistic study of the acceptability and effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy for psychiatric disorders in older Australians. *PLOS ONE*, 8(8), e71825. Doi: 10.1371/journal.pone.0071825
- Milliar, P., Lioussis, P., Shochet, I.M., Biggs, H. y Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the Promoting Adult Resilience (PAR) program. *Behaviour Change*, 25(4), 215-228. Doi: 10.1375/behc.25.4.215
- Ngamaba, K.H., Panagioti, M. y Armitage, C.J. (2017). How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 27(5), 879-885. Doi: 10.1093/eurpub/ckx081
- Niemiec, R.M. (2018). *Character strengths interventions: A field-guide for practitioners*. Hogrefe.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). OMS.
- Padrós B., F., Gutiérrez H., C.Y. y Medina C., M.A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232. Doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04
- Parker, R.I. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Parks, A.C. y Schueller, S. (2014). *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions*. Wiley.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford Press.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification*. Oxford University Press.
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S. y Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005. Doi: 10.1080/13607863.2014.899978
- Proyer, R.T., Ruch, W. y Buschor, C. (2013). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 275-292. Doi: 10.1007/s10902-012-9331-9
- Ramírez, E., Ortega, A.R., Chamorro, A. y Colmenero, J.M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470. Doi: 10.1080/13607863.2013.856858
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, 37(2), 79-85. Doi: 10.1080/00050060210001706716
- Rashid, T. y Seligman, M. (2018). *Positive psychotherapy: Clinician manual*. Oxford University Press.
- Ruch, W., Niemiec, R., McGrath, R.E., Gander, F. y Proyer, R.T. (2020). Character strengths-based interventions: Open questions and ideas for future research. *The Journal of Positive Psychology*, 1-5. Doi: 10.1080/17439760.2020.1789700
- Ruvalcaba R., N., Gallegos G., J. y Morales S., A. (2016) Las fortalezas de los mexicanos, un análisis desde la autopercepción. *Revista Iberoamericana de Psicología, Ciencia y Tecnología*, 9(1), 73-84.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Sanz, J. y García V., M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. Doi: 10.1016/j.clysa.2015.09.004
- Schneider, L.H., Hadjistavropoulos, H.D., Dear, B.F. y Titov, N. (2020). Efficacy of internet-delivered cognitive behavioural therapy following an acute coronary event: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 21, 100324. Doi: 10.1016/j.invent.2020.100324
- Schueller, S.M. y Parks, A.C. (2014). Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist*, 19(2), 145-155. Doi: 10.1027/1016-9040/a000181
- Schuster, R., Topococo, N., Keller, A., Radvugin, E. y Laireiter A.-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21. Doi: 10.1016/j.invent.2020.100326
- Schutte, N.S. y Malouff, J.M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being*, 20(4), 1179-1196. Doi: 10.1007/s10902-018-9990-2
- Sekhon, M., Cartwright, M. y Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. Doi: 10.1186/s12913-017-2031-8
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.

- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. Doi: 10.1037/0003-066x.60.5.410
- Shapira, N., Barak, A. y Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11(5), 477-484. Doi: 10.1080/13607860601086546
- Siegel, S. y Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta* (4ª ed.). Trillas.
- Silva R., C., Robles G., R., Martínez R., M.A. y Sánchez-Sosa., J.J. (2022). Tratamiento de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca. Efectos de una intervención cognitivo-conductual vía telefónica. *Psicología y Salud*, 32(2), 375-388. Doi: 10.25009/pys.v32i2.2757
- Sin, N. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. Doi: 10.1002/jclp.20593
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31(1), 115-125.
- Tarragona, M. (2014). Positive identities: positive psychology and narrative practices. En M. Tarragona (Ed.): *The Positive Psychology Workbook Series*. PremiumBookz.
- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D.H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J.J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in behavioural interventions (SCRIBE). 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96(7), e1-e10. Doi: 10.2522/ptj.2016.96.7.e1
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. w w Norton & Co.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. WHO.

Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso

Transdiagnostic treatment for emotional disorders using a telepsychology system: a case study

*Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre,
Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo,
Lorena A. Flores-Plata y Alicia I. Flores-Elvira*

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Anabel de la Rosa G., anabel.delarosa@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

Los trastornos emocionales se hallan entre los más prevalentes y con mayor comorbilidad. En el presente estudio se muestran los hallazgos de un caso único en el que utilizó un diseño A-B para abordar la comorbilidad de trastornos emocionales mediante la perspectiva transdiagnóstica a través de telepsicología. La participante, una mujer de 41 años con síntomas de ansiedad y depresión derivados de ser víctima de violencia física y emocional, experimentó mejoras significativas a lo largo de un programa de intervención basado en web/móvil² con acompañamiento semanal de un terapeuta de forma síncrona por videoconferencia de 60 minutos a lo largo de ocho semanas. Se observó una reducción significativa de la sintomatología general, y específicamente de la de ansiedad, depresión y desregulación emocional, con cambios de entre 50 y 60% respecto a la línea base. La mayor reducción de síntomas se apreció en los de estrés postraumático. La participante evaluó el tratamiento recibido como sumamente aceptable, idóneo y adecuado, y destacó la alta usabilidad del sistema utilizado. Los resultados indicaron que el programa de intervención transdiagnóstica mediante internet mostró ser una herramienta prometedora para abordar trastornos emocionales y traumáticos, incluso en situaciones de acceso limitado a la atención clínica. No obstante, se requiere de futuras investigaciones para respaldar los resultados sobre su eficacia.

Palabras clave: Transdiagnóstico; Trastornos emocionales; Telepsicología; Estudio de caso; Mujer.

ABSTRACT

Emotional disorders are the most prevalent and with the greatest comorbidity. The present study shows the findings of a single case that used an A-B design to address the comorbidity of emotional disorders through the transdiagnostic perspective of telepsychology. The participant, a 41-year-old

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Avenida de los Barrios Núm. 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: 420103970@iztacala.unam.mx, edith.gonzalez@iztacala.unam.mx, pablo.valencia@ired.unam.mx, alejandra_mares@ired.unam.mx, lorena.flores@iztacala.unam.mx y alicia.flores@iztacala.unam.mx.

² Una web móvil es un sitio web que se ha optimizado para la versión móvil. Se puede acceder directamente desde el buscador web de un celular sin necesidad de descargarla.



woman with symptoms of anxiety and depression derived from being a victim of physical and emotional violence, experienced significant improvements throughout a web/mobile-based intervention program with weekly accompaniment from a therapist synchronously for 60 minutes videoconference for 8 weeks. A considerable reduction resulted in the general and specific symptoms of anxiety, depression, and emotional dysregulation, with changes of between 50% and 60% compared to the baseline. The most notable reduction in symptoms occurred in post-traumatic stress symptoms. The participant evaluated the treatment received as highly acceptable, suitable, and adequate and highlighted the high usability of the system. The results indicated that the transdiagnostic intervention program via the Internet proved to be a promising tool to address emotional and traumatic disorders, even in situations of limited access to clinical care. However, future research is required to support its long-term effectiveness.

Key words: Transdiagnostic; Emotional disorders; Telepsychology; Case study; Woman.

Recibido: 18/10/2023

Aceptado: 29/04/2024

Los trastornos emocionales han mostrado estar entre los más prevalentes y con mayor comorbilidad (Rosique *et al.*, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022a) reportó que en 2019 una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental. En 2020 estas cifras aumentaron debido a la pandemia de covid-19, con 26% en la ansiedad y 28% en los trastornos depresivos graves, en tan solo un año. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos de este tipo no tienen acceso a una atención efectiva (OMS, 2022b).

La depresión es un trastorno con gran prevalencia en el mundo y tiene importantes consecuencias en la salud física y mental, incluidos una disminución en la calidad de vida, pensamientos suicidas y comorbilidad con otras condiciones (Brenes, 2007). La comorbilidad entre la depresión y los trastornos de ansiedad es frecuente, con un elevado porcentaje de pacientes que experimentan ambos trastornos (Weisel *et al.*, 2018). Asimismo,

los trastornos de ansiedad tienden a coexistir entre sí y con la depresión, superando 50% de comorbilidad en varios casos, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada (Mineka *et al.*, 1998; Sandín *et al.*, 2012). Tan alta comorbilidad entraña la necesidad de disponer de enfoques más coherentes y dimensionales en la comprensión y clasificación de los trastornos mentales.

En las últimas décadas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha creado protocolos basados en la evidencia con notables resultados. Sin embargo, estos enfoques a menudo abordan los trastornos de manera aislada, sin considerar la comorbilidad, y recurren a tratamientos secuenciales en lugar de uno integrado. En contraste, la llamada TCC transdiagnóstica se centra en pacientes con trastornos superpuestos y procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos compartidos, para los que adopta un enfoque científico integrador, de manera que aborda varios trastornos de manera integrada (Sandín *et al.*, 2012). Harvey *et al.* (2004) identificaron procesos psicológicos transdiagnósticos que posteriormente fueron aplicados por Barlow *et al.* (2011) a los trastornos emocionales, lo que dio lugar a un protocolo unificado (PU) (Ellard *et al.* (2010). que ha demostrado ser eficaz en diversos trastornos emocionales (*cf.* Barlow *et al.*, 2016).

El PU tiene una de las bases de evidencia más sólidas en virtud de que su fundamento teórico se basa en la psicopatología, etiología, fundamentos biológicos y estudios de eficacia de la TCC. Es un programa de tratamiento cognitivo-conductual teóricamente unificado que se orienta al afecto negativo, el neuroticismo y la desregulación emocional como factores comunes de todos los trastornos emocionales. Se ha confirmado su eficacia en la ansiedad, los trastornos depresivos y los relacionados con el estrés y el trauma en varios estudios abiertos, ensayos controlados aleatorios y metanálisis (De la Rosa *et al.*, 2023; Kato *et al.*, 2021).

La mayoría de las personas con estos trastornos no pueden acceder a la atención adecuada por diversas razones, como la limitada disponibilidad de tratamientos efectivos, barreras geográficas, horarios distintos, priorización de otros tratamientos de salud y costos elevados (OMS, 2022a; Pote *et al.*, 2021; Rojas *et al.*, 2022). Sin embargo, recientemente ha habido un aumento en las inicia-

tivas de salud digital que han mejorado el acceso y la difusión de tratamientos efectivos sin importar la distancia ni las barreras físicas y sociales (McCord *et al.*, 2015).

Así, la telepsicología –uno de tales tratamientos– se define como la prestación de servicios psicológicos a través de tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Es accesible, privada (lo que evita el estigma), potencialmente más asequible y puede adaptarse a las necesidades individuales (American Psychological Association [APA], 2013). La evidencia sugiere que las intervenciones mediante la telepsicología son eficaces para tratar la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos alimentarios; además, los datos del metanálisis revelan que tales intervenciones son tan eficaces como los tratamientos cara a cara (Taylor *et al.* 2021).

Considerando que los trastornos emocionales comparten muchos procesos etiopatogénicos, el enfoque transdiagnóstico ofrece una perspectiva más realista al abordar, entre ellos, la comorbilidad (Antuña y Rodríguez, 2021). Así, este estudio tuvo como objetivo describir un caso clínico con comorbilidad de trastornos emocionales mediante la aplicación del PU a través de un sistema de telepsicología, comenzando por los síntomas “puente”, o sea los que son comunes a ambas patologías, como la ansiedad y la depresión y otras comorbilidades, incluidos la distimia, el trastorno de ansiedad social y la agorafobia.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de caso único con diseño A-B como parte de un ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar una intervención transdiagnóstica guiada a través de la internet para trastornos emocionales, traumáticos y relacionados con el estrés (De la Rosa *et al.*, 2022). Para tal fin, se establecieron algunos criterios de elegibilidad, como *a)* ser mayor de edad; *b)* participar voluntariamente en el estudio; *c)* cumplir con los criterios de diagnóstico para trastornos emocionales (ansiedad o depresión) y trauma, o trastornos relacionados con el estrés de acuerdo con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-Mini, v.

5.0 de Sheehan *et al.* (1997); puntuar ≤ 25 en el Inventario de Ansiedad (Beck y Steer, 1990) o ≤ 30 en el Inventario de Depresión (Beck *et al.*, 1996); *d)* tener acceso a equipos informáticos con conexión a Internet; *e)* tener una dirección de correo electrónico válida; *f)* tener habilidades digitales básicas en el uso de un sistema operativo y navegación en Internet.

A la vez, se determinaron ciertos criterios de exclusión, como *a)* sufrir trastornos psicóticos; *b)* abuso de alcohol y drogas; *c)* manifestar una condición médica cuya gravedad o características impida la intervención; *d)* recibir tratamiento psicológico o farmacológico durante el estudio; *e)* sufrir ideación suicida leve, moderada o severa.

Por último, se especificaron como criterios de eliminación *a)* no aceptar las condiciones establecidas en la carta de consentimiento informado, y *b)* ausentarse de la plataforma web o de los móviles por más de quince días, o haber faltado a dos sesiones consecutivas de los tratamientos sincrónicos.

Participante

Participante (M41) del sexo femenino, de 41 años, casada, con estudios de secundaria, dedicada a la venta de repostería; habitaba Vivía con su familia en una vivienda rentada en el área metropolitana del Estado de México: Dicha familia estaba conformada por su esposo, dos hijas de 15 y 13 años, y un hijo de 5 años, quienes por la dinámica familiar no asistían a la escuela. La participante afrontaba dificultades económicas debido al desempleo de su esposo. Había experimentado ansiedad y violencia emocional por parte de sus padres desde su infancia, y en la actualidad sufría violencia física por parte de su esposo, a lo que le resultaba muy difícil poner límites, por lo que manifestaba temor a hablar. Estos problemas se habían agravado durante la pandemia de covid-19.

Conceptualización del caso

La participante (M41 en lo sucesivo) manifestaba ansiedad al recibir visitas o llamadas telefónicas o al levantarse de su cama. Sentía mareos, agitación e hiperventilación que desataban pensamientos ne-

gativos sobre su salud, temor a morir por un paro cardíaco o incapacidad para respirar, lo que había ocasionado que no saliera de su cuarto ni de su cama; se sentía agitada, no se bañaba y se aislaba socialmente. Había sufrido violencia emocional desde su infancia, y se sentía relegada por una hermana, con a que comparaba. Había intentado hacer las cosas para agradar a su padre. Se casó con su primer novio, quien desde el noviazgo la maltrataba, habiendo continuado esta violencia en el matrimonio. Reportó no saber poner límites a dicha violencia, por lo que se sentía tensa, con miedo y aislada.

Durante la pandemia de covid-19 había padecido la muerte de su madre, lo que le produjo culpa y aumentó su aislamiento. En la fecha de la intervención llevaba, tres meses sin levantarse de

la cama y seis meses sin salir de casa; su hija mayor la asistía a satisfacer sus necesidades básicas.

Experimentaba ataques de ansiedad severos varias veces al día, con síntomas fisiológicos tales como hiperventilación, taquicardia y mareos. Aunque utilizaba una aplicación para controlar la ansiedad, los ataques eran recurrentes, lo que había agravado su aislamiento social y provocado la interrupción de sus actividades cotidianas como salir de su cama, comer y bañarse. Su esposo la acompañaba, pero a veces se desesperaba y le reclamaba su malestar. A pesar de no haber recibido tratamiento previo, estuvo comprometida con el proceso de terapia a distancia proporcionado debido a su deseo de superar la ansiedad. La Tabla 1 describe el mapa de patogénesis de la participante.

Tabla 1. Mapa de patogénesis del caso.

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p><i>Estímulos externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pandemia y confinamiento. ● Crisis económica. ● Contraer el coronavirus. ● Tener contacto con visitas o recibir llamadas telefónicas. ● Sufrir violencia en su matrimonio. <p><i>Estímulos internos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Al levantarse de la cama siente mareos e hiperventilación y tiene pensamientos catastróficos. <p><i>Historia del participante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Violencia en la familia. ● Muerte de su madre. ● Sobreprotección de su madre, quien no la dejaba salir. ● Comparaciones con su hermana menor. ● Desde pequeña se considera nerviosa. 	<p><i>Variables biológicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respuesta fisiológica de hiperexcitación. <p><i>Variables conductuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Respuesta de aislamiento. <p><i>Variables cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Creencias no adaptativas. ● Preocupación excesiva. ● Escasa asertividad para comunicar sus emociones. <p><i>Creencias y cultura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● No debe oponerse a los correctivos. ● Debe casarse con su primer novio. <p><i>Habilidades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hace uso de aplicaciones móviles para regular su emoción. ● Tiene motivación para salir de su estado actual. ● Es religiosa y eso la motiva. ● Cuenta con el apoyo de sus hijas y esposo. 	<p><i>Conducta problema:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● No se levanta de su cama. ● No sale de su cuarto. ● No se baña. ● No come. <p><i>Reacciones fisiológicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hiperventilación. ● Agitación. ● Ritmo cardíaco acelerado. ● Mareos. <p><i>Emocionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Miedo excesivo a no respirar y morir. <p><i>Cognitivas:</i></p> <p>Pensamientos catastróficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Voy a dejar de respirar”. ● “Me dará un paro cardíaco”. 	<p><i>A corto plazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se aísla. ● No trabaja. <p><i>A mediano plazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sus hijos no asisten a la escuela. ● Tiene problemas económicos. ● Se aísla, incluso de la familia. ● Le han pedido la casa y debe mudarse. <p><i>A largo plazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Posibles comorbilidades.

Aprobación ética y consentimiento para participar: Previa a la intervención, se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (CE/FESI/082020/1363). La intervención se apejó a los lineamientos éticos de

la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010) y a las recomendaciones sobre la telepsicología de la American Psychological Association (2013). Se protegió la confidencialidad de la participante y se obtuvo su consentimiento informado.

Instrumentos

Entrevista de diagnóstico.

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, v. 5.0.0 (MINI) (Sheehan *et al.*, 1998).

Incluye los principales trastornos psiquiátricos del DSM-IV-R y de la IDS-10. En su versión española (Heinze *et al.*, 2000) presenta una fiabilidad, medida con el coeficiente Kappa, de >0.75 .

Lista de Verificación de Síntomas (SCL-90) (Derogatis, 1994).

Es éste un instrumento de cribado para identificar síntomas de diversas psicopatologías mediante 90 ítems y nueve dimensiones: somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo (Cruz *et al.*, 2005). El coeficiente alfa de Cronbach de todas las subescalas es mayor que 0.7.

Medidas primarias

Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5) (Weathers, *et al.*, 2013).

Este instrumento describe los síntomas del estrés postraumático considerando la activación, las alteraciones, la evitación y la reexperimentación. En población mexicana, las propiedades psicométricas de la escala muestran una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de 0.97, una apropiada validez convergente (r_s de 0.58 a 0.88) (Durón *et al.*, 2019). El punto de corte de 33 indica un diagnóstico parcial del trastorno de estrés postraumático.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck *et al.*, 1998).

Consta de 21 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas y conductas relacionadas con la ansiedad en una escala de cuatro puntos (de 0 a 3), donde 0 indica la ausencia del síntoma y 3 su máxima severidad. La versión mexicana de esta escala fue validada por Robles *et al.* (2001).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-I y BDI-II) (Beck *et al.*, 1988).

Incluye 21 ítems que evalúan los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. La versión mexicana validada de este instrumento es de Jurado *et al.* (1998), y la de la versión II, de González *et al.* (2015).

Medidas secundarias

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Gratz y Roemer, 2008).

Este instrumento autoaplicado de quince ítems mide dos dimensiones: estrategias de regulación emocional y conciencia de las emociones. La versión validada en población mexicana por De la Rosa *et al.* (2021) muestra un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.74 y 0.84.

Escala de Gravedad de la Ansiedad General y el Deterioro (OASIS) (Norman *et al.*, 2011).

Evalúa la frecuencia, gravedad y evitación de la ansiedad en los rubros de interferencia laboral, académica y familiar y deterioro de la vida diaria y social. Consta de cinco preguntas que se evalúan en una escala de 0 a 4 puntos. Tiene una buena consistencia interna ($\alpha=0.80$) y confiabilidad test-retest ($k=0.82$). La versión en español confirmó la estructura factorial y los datos de confiabilidad y validez obtenidos por los autores originales: consistencia interna en ambas poblaciones: general y clínica ($\alpha=0.86$), y confiabilidad test-fall ($k=0.84$) (Osma *et al.*, 2019).

Escala de Depresión General y de Gravedad del Deterioro (ODSIS) (Bentley *et al.*, 2014).

Evalúa la frecuencia y gravedad de la depresión, así como el nivel de evitación de la interferencia laboral, académica, del hogar y de la vida social. Consta de cinco ítems con diferentes opciones de respuesta que van de 0 a 4 en cada ítem. En la versión en español, la consistencia interna ha demostrado ser excelente, con un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.91 y 0.94 y una buena validez convergente y discriminante (Osma *et al.*, 2019).

Medidas de opinión

Se evaluó la aceptabilidad con tres preguntas a evaluarse en una escala de 1 a 10 sobre la adecuación, utilidad y aplicabilidad del tratamiento para otros problemas psicológicos. La idoneidad se midió, en una escala de 1 a 10, con dos preguntas sobre el interés y la comprensión de las actividades. A su vez, la satisfacción se valoró también con dos preguntas que se califican en una escala Likert de seis puntos. La primera pregunta evaluó cómo el terapeuta abordó el problema: desde “Completamente insatisfecho” hasta “Completamente satisfecho”. La segunda pregunta evaluó la utilidad del tratamiento para el problema, desde “En absoluto” hasta “Mejóro mucho las cosas”.

Las medidas incluidas en el protocolo de evaluación se aplicaron en línea a través del sistema de telepsicología <https://e-motion.iztacala.unam.mx/>, excepto la entrevista Mini-Mental, que se llevó a cabo mediante videoconferencia por un psicólogo evaluador.

Tratamiento

La intervención transdiagnóstica se efectuó en línea a través de un sistema web autoaplicado basado en el Protocolo Unificado de Barlow *et al.* (2016), compuesto de ocho módulos, denominados “estaciones”, y “E-moción” la plataforma de intervención.

Asistencia sincrónica y asesoramiento psicológico. Para supervisar el progreso de la participante M41, se designó a una asesora-terapeuta para que le proporcionara atención personalizada por videoconferencia de forma semanal; dicha asesora era una licenciada en psicología con experiencia en terapia cognitivo-conductual y capacitada en el PU y la telepsicología en una formación a distancia efectuada durante un semestre escolar. Su función consistía en orientar, responder preguntas, dar seguimiento a los avances en la plataforma en sesiones individuales de aproximadamente 60 minutos, posteriores a que M41 terminara su sesión en la plataforma autogestiva E-moción.

A continuación, se describen los contenidos de las estaciones, así como los avances de M41 en cada una.

Estación 1: “Mis metas y motivaciones”. Para evaluar el aspecto emocional se utilizaron los instrumentos ODSIS y OASIS. La participante realizó los ejercicios en la plataforma para identificar sus objetivos terapéuticos y realizar un balance decisional. M41 comenzó la sesión con un ataque de ansiedad, por lo que se le brindó apoyo emocional y se le aplicaron técnicas de regulación antes de continuar con el encuadre. Se discutieron con ella los costos de no seguir el tratamiento, tales como el aislamiento, la inasistencia de sus hijos a la escuela y la continuación de los problemas económicos, así como también los beneficios, como la regulación emocional y el cuidado de su familia, principalmente. M41 mencionó los retos que representaría para ella realizar las tareas de las estaciones y entrar a videollamadas que le generaban una considerable ansiedad social. Se llegó con ella a ciertos acuerdos y se le proporcionó un número telefónico de atención psicológica (911) en caso de futuras crisis.

Estación 2: “Comprendiendo mis emociones”. Esta estación tiene como objetivo conocer la naturaleza funcional de las emociones y los patrones de respuesta emocional a través de un registro ARCO, esto es, antecedente, respuesta emocional y consecuencias a corto y largo plazo). M41 identificó los desencadenantes de sus crisis de ansiedad, sus consecuencias y las conductas de evitación impulsadas por la emoción. Por ejemplo, cuando trataba de levantarse de la cama, experimentaba el pensamiento “Me voy a marear”, lo que desencadenaba temor y la respuesta de permanecer en la cama, evitando así el trabajo. De manera similar, a la hora de comer surgía en ella el pensamiento “Me ahogaré con la comida”, evitando así la ingesta de alimentos, lo que tenía como resultado el hambre y la necesidad de consumir vitaminas. Finalmente, al abordar la idea de bañarse, pensaba que el agua la ahogaría, lo que le provocaba miedo y la evitación de la actividad, con la falta del aseo personal concomitante.

Estación 3: “Consciente aquí y ahora”. Se trabajó con técnicas de atención plena para practicar la conciencia emocional sin juzgar la experiencia, y centrada en el presente a través de videos psicoeducativos y dos meditaciones guiadas en E-moción. La participante informó que llevaba a cabo los ejercicios de meditación diariamente, y

que también continuaba con el autorregistro ARCO. La práctica la ayudó a regular la ansiedad cada que se levantaba de la cama e intentaba caminar; también manifestó comer bocados pequeños, respirando lentamente para regular el ahogamiento que sentía. Se recomendó que ante una crisis colocara su atención en las sensaciones de su cuerpo de tal forma que su anclaje fuera el mismo cuerpo. La tarea fue continuar con la meditación diaria, levantarse de la cama y tratar de llegar a la puerta de la habitación.

Estación 4: “Mis pensamientos”. Se abordaron las distorsiones cognitivas de M41 y se trabajó en la flexibilidad cognitiva, para lo cual se utilizaron vídeos explicativos sobre los pensamientos automáticos y las distintas distorsiones de la interpretación, junto con ejercicios tales como la “imagen ambigua” y la “flecha descendente”. M41 compartió sus logros de la semana, que incluían caminar de la cama a la puerta de su habitación, recibir visitas de su hermana y reanudar su trabajo en casa haciendo postres. Se exploraron los pensamientos que desencadenaban la ansiedad y se registraron otros alternativos más amables. En el caso del caminar, la situación desencadenante era la preocupación de que agitarse le provocaría un paro cardíaco, lo que le generaba angustia y desesperación. La trampa del pensamiento era la catastrofización. Sin embargo, la valoración alternativa sugería que su cuerpo buscaba restablecerse. En cuanto a recibir visitas, la situación desencadenante era el temor a ser criticada y menospreciada por su situación, lo que provocaba vergüenza y aprensión. La trampa del pensamiento implicaba una sobreestimación de la probabilidad de recibir críticas negativas. La valoración alternativa incluía la idea de validar sus emociones y comunicar cómo se sentía. En el caso del baño, la situación desencadenante era el miedo de que el agua le impidiera respirar y la ahogara. La trampa del pensamiento nuevamente era la catastrofización; sin embargo, la valoración alternativa sugería que podía regular sus sensaciones.

M41 señaló que identificar esos pensamientos la ayudó a reinterpretar las circunstancias de una manera menos crítica y catastrófica, lo que mejoró su capacidad para manejar su malestar.

Estación 5: “Afrontando mis conductas emocionales”. M41 identificó conductas de evitación como emociones desagradables, como no caminar para evitar la ansiedad y tener a la mano ungüento (*VapoRub*) para sentir que respiraba mejor. Durante la semana, logró un avance significativo al caminar sola de la cama a la puerta, utilizando la silla como apoyo, lo que le permitió mantenerse de pie durante más tiempo mientras regulaba su malestar a través de la respiración y la gestión de sus pensamientos.

Estación 6: “Mi cuerpo en situaciones desagradables”. Se llevaron a cabo ejercicios de exposición interoceptiva destinados a provocar sensaciones similares a las experimentadas durante las emociones desagradables. Sin embargo, M41 expresó su temor durante la sesión y no efectuó los ejercicios según lo indicado. Durante la videollamada se trabajó en técnicas como la hiperventilación controlada, observándose que podía tolerar la agitación resultante. También se le pidió que se cubriera con un cobertor para provocarle incomodidad, agitación y molestia, pero logró regularse mediante la respiración y mantener la calma. Se hizo hincapié en la importancia de llevar a cabo estos ejercicios para aprender a gestionar el malestar.

Estación 7: “Afrontando lo que siento”. M41 se había expuesto gradualmente a situaciones que le generaban malestar, como mantenerse de pie, caminar, bañarse, recibir visitas y trabajar, obteniendo resultados positivos. Durante esa semana en particular no recurrió a ningún apoyo o recurso de protección, lo que le permitió darse cuenta de que tras la crisis no ocurría ninguna catástrofe, lo que fortaleció su confianza. Este avance marcó un hito significativo en su proceso y la llenó de alegría, empoderamiento y motivación.

Estación 8. “Mis logros. ¿Cómo mantenerlos en el tiempo?”. Se resaltaron los avances y habilidades de la participante, y luego se estableció un plan de actividades con la asesora terapeuta para mantener el progreso. Se le proporcionó un registro ARCO para que continuara documentando sus experiencias emocionales, las prácticas de atención plena, sus pensamientos automáticos y las conductas de evitación. Dado que el trabajo con E-moción concluyó en la estación 8, se le proporcio-

naron números telefónicos de instituciones para continuar con el apoyo terapéutico, ya sea en línea o en persona.

Adherencia al tratamiento

La participante demostró un alto nivel de compromiso con el tratamiento, asistiendo puntualmente a las sesiones, excepto en la segunda semana debido a una crisis de ansiedad. Trabajó de manera autogestiva a lo largo de todos los módulos, completando los ejercicios y manteniendo un cuaderno de apuntes para registrar sus avances. La única excepción ocurrió en la estación 6, donde evitó los ejercicios de exposición interoceptiva para evitar

la agitación; sin embargo, éstos se retomaron en la sesión de videollamada.

RESULTADOS

La Tabla 2 muestra los puntajes de la línea base y del postest en cada una de las medidas de sintomatología y de los problemas de regulación emocional. En todos los casos, se observaron reducciones de entre 50 y 60%. La mayor reducción de síntomas se apreció en los síntomas de estrés postraumático.

Tabla 2. Puntajes de sintomatología y desregulación antes y después de la intervención.

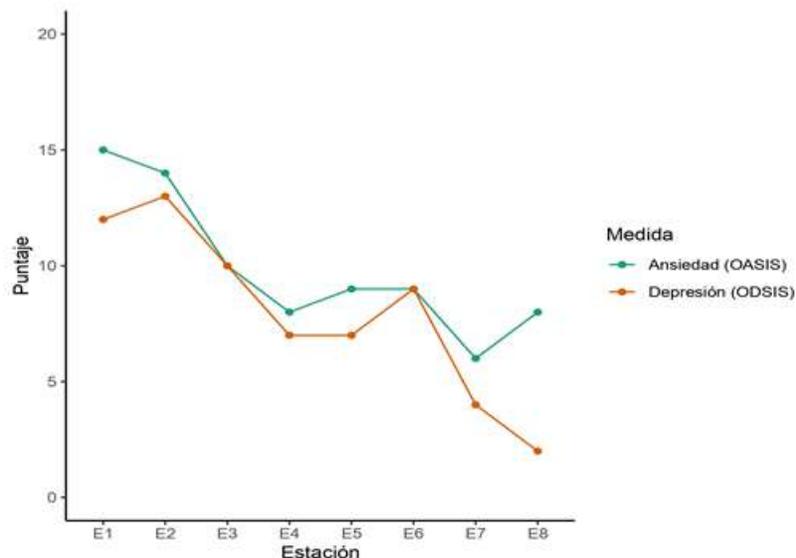
Variable	Rango posible	Pretest	Postest
Ansiedad (BAI)	0–60	46	24
Depresión (BDI-II)	0–63	22	11
Desregulación (DERS-14)	14–70	45	22
Síntomas de estrés postraumático (PCL-5)	0–80	50	19
Sintomatología general (SCL-90)	0–4	2.39	1.03

Evolución de la sintomatología

En cuanto a la evolución de la sintomatología depresiva, se evidenció un claro descenso a lo largo de las sesiones, especialmente entre la 2 y 4 y la 6

y 8. Respecto a la sintomatología ansiosa, se apreció también una tendencia al descenso a lo largo de la intervención, aunque de manera menos marcada en las últimas sesiones (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la sintomatología ansiosa y depresiva a lo largo de la intervención.



Perspectiva de la consultante

Respecto a la perspectiva de la consultante durante la postintervención, se exploraron con ella algunos aspectos de satisfacción, idoneidad y aceptabilidad. La participante respondió con la opción de respuesta más alta (“*Completamente satisfecha*”) a las preguntas correspondientes (“En general, ¿qué tan satisfecha está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema?” y “¿Le ha ayudado el tratamiento en relación a su problema específico?”). Asimismo, respondió también con las opciones más altas (“*Mucho*”, “*Algo*” y “*Nada*”, respectivamente) a las tres preguntas de idoneidad: “¿Las estrategias terapéuticas/tareas/actividades que se utilizaron a lo largo de esta sesión fueron entendibles para usted?”, “Los contenidos de la sesión le parecieron interesantes” y “¿Qué modificaría?”. Finalmente, M41 obtuvo puntajes ligeramente menores en la escala de aceptabilidad (donde 1 = *nada* y 10 = *mucho*), en la que respondió 7, 7 y 10, en ese orden, a los siguientes reactivos: “Este tratamiento fue adecuado para mi problema”, “¿Cree que este tratamiento fue útil en su caso?” y “¿Cree que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?”.

En cuanto a la usabilidad, la usuaria alcanzó un puntaje de 80/100, lo que sugiere una alta usabilidad percibida de la plataforma. Al examinar los puntajes individuales, se observó que la principal dificultad se halló en el ítem 4 (“Considero necesario el apoyo de personal experto para poder utilizar esta herramienta”), pues seleccionó la opción “Totalmente de acuerdo”.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo describir la intervención de un caso clínico con comorbilidad en trastornos emocionales a través de telepsicología, centrándose en los síntomas puente, como ansiedad, depresión, distimia, trastorno de ansiedad social y agorafobia. Durante un período de ocho semanas, la paciente experimentó mejoras significativas en su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas y una notable reducción en sus

niveles de ansiedad y depresión, según los instrumentos ODSIS y OASIS. Tales resultados respaldan la eficacia de la intervención, lo que coincide con lo observado en investigaciones previas, como las de Weisel *et al.* (2018) y Taylor *et al.* (2021).

En cuanto a la regulación emocional, la participante mostró proactividad en las etapas iniciales y mantuvo una actitud positiva hasta la estación 6, donde enfrentó un desafío en los ejercicios de exposición interoceptiva. Para superar esta situación fue guiada por su terapeuta a través de ejercicios simples destinados a generarle incomodidad y evocar la sintomatología ansiosa para que la procesara, lo que le permitió completar los contenidos. Los resultados mostraron una notoria disminución en sus niveles de ansiedad y depresión hacia la penúltima estación.

La aplicación del PU en este caso resaltó su enfoque principal en la regulación emocional para abordar múltiples sintomatologías simultáneamente. A través del registro ARCO, la paciente identificó emociones relacionadas con su aislamiento y su completa dependencia familiar, incluso para necesidades básicas como el aseo y la alimentación. Con el avance en la intervención, la paciente desarrolló pensamientos más adaptativos y adquirió una mayor comprensión de las creencias irracionales centrales y de sus alternativas.

La implementación del enfoque transdiagnóstico a través de la telepsicología cuenta con evidencias acerca de su eficacia en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales (Botella, 2010; Taylor *et al.*, 2021), que respaldan los resultados positivos de este caso único. Asimismo, se destaca la importancia de contar con espacios en México que permitan brindar atención profesional a personas que tienen dificultades para acceder a la atención clínica tradicional debido a las barreras geográficas, los costos o la limitación de recursos económicos, como fue el caso presente.

Los resultados obtenidos, aunque son prometedores, requieren continuar validándose a través de diseños metodológicos más rigurosos. Aun así, este estudio abre nuevas perspectivas para futuras investigaciones en este campo y resalta la necesidad de emprender investigaciones adicio-

nales para respaldar la utilidad de la telepsicología basada en el protocolo unificado en el tratamiento de la comorbilidad de trastornos emocionales y tra-

máticos, especialmente en situaciones de acceso limitado a la atención clínica tradicional.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio recibió financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (México) (CONAHCYT). Conv. 2020-04: Proyectos de Investigación e Incidencia Social en Salud Mental y Adicciones, número 1401. La institución financiadora no tuvo ninguna intervención en el diseño del estudio, la recopilación, el análisis ni la interpretación de datos, y tampoco participó en la redacción del manuscrito.

Citación: de la Rosa-Gómez, A., Perea-Aguirre, B.A., González-Santiago, E., Valencia, P. D., Mares-Portillo, A., Flores-Plata, L.A. y Flores-Elvira, A.I. (2025). Tratamiento transdiagnóstico para trastornos emocionales mediante un sistema de telepsicología: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 35(2), 287-298. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2990>

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychologist*. Recuperado de <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Antuña C., C. y Rodríguez, F.J. (2022). Los trastornos emocionales desde el modelo transdiagnóstico: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3-14. Doi: 10.33776/amc.v48i177.6920
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853. Doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C., Ellard, K.K., Boisseau, C., Allen, L. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1998). Beck Anxiety Inventory. *APA PsycTests*. Doi: 10.1037/t02025-000
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bentley, K.H., Gallagher, M.W., Carl, J.R. y Barlow, D.H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26(3), 815-830. Doi: 10.1037/a0036216
- Botella, C., Gallego, M.J., García P., A., Guillén, V., Baños, R.M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(4), 407-421. Doi: 10.1089/cyber.2009.0224
- Brenes, G.A. (2007). Anxiety, depression and quality of life in primary care patients. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9(6), 437-443. Doi: 10.4088/PCC.v09n0606
- Cruz F., C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- De la Rosa G., A., Flores P., L.A., Esquivel S., E., Santillán, C., García, R., Domínguez, A., Arenas, P., Castellanos, R., Berra, E., Silvestre, R., Miranda, G., Díaz, D., Hernández, A., Flores, A., Valencia, P. y Vázquez, M. (2022). Efficacy of a transdiagnostic guided internet-delivered intervention for emotional, trauma and stress-related disorders in Mexican population: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1). Doi: 10.1186/s12888-022-04132-6
- De la Rosa G., A., Hernández P., A., Valencia, P., Flores P., A., Serrano, B., Flores, A., Domínguez R., A., Vázquez, M. y González, E. (2023). Online transdiagnostic intervention for emotional, trauma- and stressor-related disorders in the Mexican population: A randomized pilot and feasibility trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 35. Doi: 10.1016/j.conctc.2023.101204
- De la Rosa G., A., Hernández P., A., Valencia, P. y Guajardo G., D. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. *Evaluar*, 21(2), 80-97. Doi: 10.35670/1667-4545.v21.n2.34401

- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Durón F., R., Cárdenas L., G., Castro C., J. y De la Rosa G., A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en población mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26-36. Doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03
- Ellard, K., Fairholme, C., Boisseau, C., Farchione, T. y Barlow, D. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. *Cognitive Behavior Practice*, 17(1), 88-101. Doi: 10.1016/j.cbpra.2009.06.002
- González, D., Reséndiz, A. y Reyes L., I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2015.033
- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2008). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 315. Doi: 10.1007/s10862-008-9102-4
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Heinze, M., Sheehan, D. y Cortés, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 500 DSM-IV*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 237-244. Recuperado de https://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Kato, N., Ito, M., Matsuoka, Y.J., Horikoshi, M. y Ono, Y. (2021). Application of the unified protocol for a Japanese patient with post-traumatic stress disorder and multiple comorbidities: a single-case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). Doi: 10.3390/ijerph18211644
- McCord, C.E., Saenz, J., Armstrong, T.W. y Elliott, T.R. (2015). Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counseling Psychology Quarterly*, 28(3), 324-344. Doi: 10.1080/09515070.2015.1053433
- Mineka, S., Watson, D. y Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412. Doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Norman, S.B., Campbell S., L., Hitchcock, C.A., Sullivan, S., Rochlin, A., Wilkins, K.C. y Stein, M.B. (2011). Psychometrics of a brief measure of anxiety to detect severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 262-268. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.06.011
- Organización Mundial de la Salud (2022a). *Trastornos mentales*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2022b). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Osma, J., Quiles O., A., Suso R., C., Peris B., O., Norman, S.B., Bentley, K.H. y Sauer-Zavala, S. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the overall anxiety and depression severity and impairment scales. *Journal of Affective Disorders*, 252(1), 9-18. Doi: 10.1016/j.jad.2019.03.063
- Pote, H., Rees, A., Holloway-Biddle, C. y Griffith, E. (2021). Workforce challenges in digital health implementation: How are clinical psychology training programmes developing digital competences? *Digit Health*, 7, 1-11. Doi: 10.1177/2055207620985396
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rojas J., C., Polanco C., R., Caycho R., T., Muñoz V., C., Muñoz M., M., Luna G., T. y Muñoz T., T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(2), 1733. Doi: 10.30849/ripijp.v56i2.1733
- Rosique, M.T., Sandín, B., Valiente, R.M., García E., J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del Protocolo Unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79. Doi: 10.24205/03276716.2019.1092
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. Doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. y Dunbar, G.C. (1997). The validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(59), 232-241. Doi: 10.1016/S0924-9338(97)83297-x

- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo* (5ª ed.). Trillas.
- Taylor, C., Graham, A., Flatt, R., Waldherr, K. y Fitzsimmons-Craft, E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(1), i3-i10. Doi: 10.1093/eurpub/ckz208
- Weathers, F.W., Litz, B., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. www.ptsd.va.gov
- Weisel, K., Zarski, A., Berger, T., Schaub, M., Krieger, T., Moser, C., Berking, M. y Ebert, D. (2018). Transdiagnostic tailored internet-and mobile-based guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 9. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00274

Autocuidado para ejercer el cuidado y el dilema del trabajo en equipo

Self-care to exert care and the teamwork's dilemma

Susana E. Morgado

Universidad de San Luis (Argentina)¹

Autor para correspondencia: Susana Elvira Morgado, suelmorgado@gmail.com.

RESUMEN

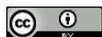
A partir de las narrativas de usuarios de servicios de salud entrevistados, en el marco de una investigación desarrollada en el sistema de Servicios de Salud en la Provincia de Mendoza (Argentina), se destacaron algunas cuestiones acerca de la ausencia de un “trato humanizado”, en particular cuando se indagó acerca de ciertos aspectos implicados en la calidad de la atención percibida. A su vez, profesionales responsables de prestar estos servicios reportaron ciertos malestares asociados a la exigencia de respuestas asistenciales inmediatas, numerosas demandas en cortos períodos de tiempo, y una clara falta de espacios para la capacitación y promoción del trabajo en equipo, lo que valoraban como un valioso dispositivo para mejorar su trabajo al actuar como un marco protector en cuanto a sus prácticas sanitarias, así como a sus propias condiciones de salud. El presente trabajo se basa en una metodología teórico-conceptual a partir de un rastreo bibliográfico relativo a este tópico. El objetivo general consistió en contribuir desde el marco de la psicología al quehacer del campo de la salud, profundizando en ciertos conocimientos acerca de los procesos de salud-enfermedad, y destacando el carácter eminentemente social de los mismos. Entre los objetivos específicos se buscó proponer una puesta en valor de las condiciones de salud de los profesionales que tienen por misión el cuidado, protección, restauración o mantenimiento del estado de salud de sus consultantes, así como analizar los criterios acerca de las prácticas del trabajo en equipo entre los profesionales de la salud y su incidencia en su propia salud y en la calidad de atención que dispensan. Los resultados alcanzados en esta revisión abren interrogantes para analizar propuestas que contribuyan al bienestar de los profesionales de la salud y a la calidad de la atención que deben dispensar a partir de la conformación de equipos de trabajo.

Palabras clave: Salud de los profesionales de la salud; Autocuidado; Trabajo en equipo; Calidad de la atención en salud.

ABSTRACT

The narratives of health service users interviewed in the framework of a research project carried out in the health services system in the Province of Mendoza, Argentina, have raised questions about the absence of a "humanized treatment," particularly when examining aspects involved in the perceived quality of care. Also, the professionals responsible for providing these services express discomfort associated with the demands for immediate care responses, numerous burdens in short periods, and emphasis on the lack of opportunities for training and promotion of teamwork. Besides, these aspects are valuable devices to improve their work, acting as a protective framework in terms of their health practices and conditions. The present paper follows a theoretical-conceptual methodology based on a literature review that addresses these issues. The general objective

¹ Universidad Nacional de San Luis, Ejército de los Andes 950, Capital San Luis, Argentina, tel. 02664520300, Interno 5316.



is to contribute from the psychology area to work in the health field, deepening knowledge about health processes, e.g., health-illness-care, and highlighting its eminently social character. Among the specific objectives, the aim is to propose an assessment of the health conditions of professionals whose mission is to care for, protect, restore, or maintain the state of health of their patients. It also aims to analyze criteria for teamwork practices among health professionals, their impact on their health, and the quality of care they provide, particularly in contexts affected by the COVID-19 pandemic. The results achieved in this review raise questions for analyzing proposals that contribute to the well-being of health professionals and the quality of care they can provide based on the formation of work teams.

Key words: Health of health professionals; Self-care; Teamwork; Quality of health care.

Recibido: 15/05/2023

Aceptado: 10/04/2024

El corpus aquí desarrollado ha seguido una metodología teórico-conceptual en la que se esbozan algunos avances sobre una tarea reflexiva e indagatoria apoyadas en fuentes bibliográficas, documentos y publicaciones que toman como referencia dicha temática, que se estima puede resultar enriquecedora para mejorar las estrategias de cuidado y atención, así como el ejercicio de las prácticas en salud que posibiliten el avance del conocimiento de este proceso salud-enfermedad-cuidado, destacando su carácter eminentemente social. Afirma Leininger (*cf.* Pinzón, 2002) que

cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, es un proceso intersubjetivo y simétrico en el cual ambos, el que es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como un ser humano, pero diferente, e implica “estar con” la(s) persona(s) a quien(es) se cuida. Es esto lo

que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio (p. 11).

Desarrollo

Para los fines que orientan el presente trabajo, se toma como punto de partida la conceptualización de la salud como un bien que afecta múltiples aspectos; se trata de sus incidencias en los estilos de vida, en los modos en que las personas se relacionan, hacen sus trabajos, se recrean, piensan y sienten, pero muy especialmente el valor que le adjudican a ese bien.

Siguiendo los conceptos de Barria *et al.* (2015), es preciso reconocer que a lo largo de la historia las ciencias médicas se han enfocado en los fenómenos del cuerpo, y especialmente en aquellos que remiten a la enfermedad, esto es, a la ausencia de salud, ajustándose a legitimaciones de aconteceres puramente biológicos, y quizás hasta dejando en la periferia otras cuestiones asociadas a las condiciones sociales, las características de los contextos de pertenencia, los estilos de vida, los rasgos de personalidad, las creencias, las escalas valorativas, las actitudes y demás.

No obstante lo anterior, y conforme a los múltiples aportes hechos por diversos investigadores en el tópico, como Morales o Saforcada, entre muchos otros referentes destacados, al referirse específicamente a la atención a la salud, reconocen que estas cuestiones no pueden quedar fuera del mencionado escenario ya que ameritan ser tenidas muy en cuenta en virtud de que el bienestar general está estrechamente vinculado con los modos de atravesar las circunstancias vitales, asumir las crisis, apelar a los recursos internos, resolver los problemas de la vida cotidiana, autovalorarse y cuidar de sí mismos como aspectos claves para preservar una condición saludable. Sin dudarlo, estos aspectos quedaron enteramente visibles en los tiempos marcados por la pandemia de covid-19.

En virtud de estos ejes de estudio, tal como se ha señalado, se propone una revisión y una valoración de las condiciones de salud de quienes tienen como misión el ejercicio cotidiano del cuidado, la protección, la restauración o el mantenimiento del estado de salud de los consultantes,

así como también las posibles incidencias que desempeñe en este contexto un pretendido trabajo en equipo.

En el proceso de investigación desarrollado, las narrativas dominantes entre los profesionales de la salud establecen bases muy sólidas respecto a la responsabilidad que tienen en los modos de establecer vínculos con los distintos sectores de la población a la que prestan sus servicios. Admiten que persiste la necesidad de profundizar en esos aspectos para mejorar tales condiciones, a las que califican como empobrecidas, deterioradas y dominadas por el malestar.

Según Doval (2018), el malestar domina el proscenio de las prácticas en el campo de la salud. Todo lo que tenga relación con proveer un mayor bienestar se discurre como una prioridad creciente, no sólo para los propios profesionales, sino también para quienes deben planificar las políticas de salud, para los gestores privados y públicos, así como para toda la sociedad que está interesada en las decisiones que hagan posible generar los cambios necesarios en el sector salud.

El mismo Doval (2018) sostiene que las mismas asociaciones profesionales, a partir de las acciones colectivas, pueden comprometerse inicialmente con el bienestar de sus asociados, precisamente con la finalidad de reducir el desgaste y el malestar, así como promover condiciones saludables, a fin de que logren de un modo coherente y dentro de lo esperado un trabajo verdaderamente orientado a la cura, la promoción y el otorgamiento de una mejor calidad de atención a quienes las consultan.

En lo tocante a las cuestiones referidas a la atención en salud, preexisten principios éticos que orientan la labor de los profesionales; en este sentido, cabe hacer referencia al principio fundamental de velar por el beneficio de los pacientes y evitar toda condición o riesgo que se traduzca en un daño.

No obstante estas valiosas consideraciones, también es preciso reconocer una creciente y abrumadora escalada de demandas que implican una mayor inversión de tiempo por parte de los profesionales de la salud, especialmente en tareas administrativas, que si bien son periféricas a la labor asistencial, terminan por comprometer tal función. En este sentido, fue mucho lo que implicó la

emergencia sanitaria suscitada por la citada pandemia. Estas condiciones provocan frustración en el personal cuando ve obstaculizada la misión que, según se supone, es propia de la institución. El estrés y el desgaste son consecuencias directas de estas experiencias que amenazan el bienestar profesional y personal, cuyos lógicos resultados terminan afectando a los usuarios de los servicios de asistencia.

Así, por ejemplo, en el caso específico del ejercicio de la medicina, Wright y Katz (2018) señalan que la creciente carga de trabajo administrativo es uno de los condicionantes más importantes en este campo, y subrayan que “los estudios del uso del tiempo muestran que por cada hora que el médico gasta con el paciente, gasta una o dos horas más para finalizar las notas, documentar los llamados telefónicos, pedir pruebas, revisar los resultados, responder a los requerimientos del paciente, prescribir medicamentos y comunicarse con el cuerpo médico” (p. 5).

Otra cuestión de interés son los costos financieros que deben asumir las instituciones, toda vez que la seguridad de los propios pacientes no puede verse resentida o amenazada. Es muy probable que los profesionales que manifiestan síntomas de desgaste también queden expuestos a cometer errores en su práctica, desarrollar enfermedades asociadas al trabajo, o ser mal ponderados por sus pacientes al momento de indagar acerca de los niveles de satisfacción de estos últimos. En relación con estas cuestiones, puede mencionarse nuevamente la inusitada situación generada por la pandemia de covid-19 implicada en los riesgos de contagio y la exposición permanente, los que implicaron un mayor dramatismo en las condiciones experimentadas.

Según estudios realizados por Hoyos *et al.* (2008) que guardan una estrecha relación con el tema abordado, los importantes cambios suscitados en el contexto de la salud en los últimos años han dado lugar a graves cuestionamientos acerca de la humanización de la atención de quienes son atendidos por sus problemas de salud. Ya entonces, tales interrogantes provocaron una profundización que trataba de superar las interesantes formulaciones teóricas propuestas hasta entonces, por cuanto era necesario dar pasos destinados a establecer

nuevos desarrollos empíricos que dieran cuenta de estas prácticas, tales como las cuestiones acerca de la motivación y el liderazgo profesional, o las actitudes y los modos de intervenir con los pacientes. Sin duda alguna, la multicitada emergencia sanitaria puso nuevamente de relieve estos cuestionamientos.

Hoyos *et al.* (2008) formularon una crítica constructiva a una norma promulgada en Colombia en la década de los 90, en la que analizaron el impacto provocado por lo que llamaron “la humanización en salud”. Explicaron que exigir a los profesionales y al personal sanitario en general atender a un creciente número de personas en unidades de tiempo muy reducidas imponía una condición que inevitablemente generaba prácticas de baja calidad y dejaba en grave riesgo a sus componentes éticos. Asimismo, agravaba las condiciones de salud por una suerte de alejamiento del profesional en su relación con las personas, por lo que quedaba atrapado en una visión reduccionista focalizada solamente en el órgano enfermo.

Tales fenómenos conducen a replantear la cuestión del trato humanizado en la atención en salud, el cual requiere el necesario abordaje integral del ser humano, en el que se considera la interacción de las dimensiones biológica, psicológica, conductual y ambiental. Varios autores subrayan la importancia de que todo profesional encuentre un bienestar propio, pues sólo a partir del mismo podrá trabajar en el de aquellos que lo consultan por sus propios malestares; pero además se convierte en un factor expansivo en la institución de salud, incluido el personal administrativo, técnico y directivo.

Así, Díaz *et al.* (2017) apuntan que lo fundamental respecto a la humanización en salud radica en hacerla efectiva, sin quedar limitada meramente a las buenas intenciones retóricas, o como una estrategia tendiente a encubrir las dificultades que, en el fondo, afectan el ejercicio de los profesionales de la salud y el modo de funcionar de los servicios. Esta cuestión implica un enorme desafío, especialmente en los tiempos actuales, en los que la inestabilidad laboral, las políticas institucionales de contratación, el recorte de personal, las perspectivas fragmentadas del ser humano y el incremento en el volumen de pacientes son fac-

tores, entre muchos otros, que pueden obstruir el alcance de este anhelo de humanización.

No pocas veces se ha dicho que las dinámicas poco humanizadas que caracterizan el funcionamiento de algunas instituciones de salud tienen graves repercusiones en la satisfacción de todos aquellos que están involucrados directa o indirectamente en las mismas (subsistemas de pacientes, familias y quienes laboran diariamente como prestadores de sus múltiples y muy variadas funciones. Por todo ello, es preciso poner el acento en la necesidad de instaurar procesos que renueven y fortalezcan los compromisos de quienes trabajan en el campo de la salud y propicien las condiciones necesarias para el autocuidado y la autoprotección, por cuanto sólo desde éstos será posible ofrecerlos a quienes también las demandan.

Dispositivos facilitadores para un contexto de humanización: los equipos de salud

Otro tópico de interés y que tiene una estrecha vinculación con lo aquí tratado se refiere a las acciones de motivación y promoción de estas relaciones humanizadas, que pueden ser pensadas y operadas desde un trabajo integral y multidisciplinario y con el insoslayable sello de la responsabilidad social. Hoyos *et al.* (2008) también han puesto de relieve que se trata de sensibilidad personal la percepción que se tenga del paciente, el trato entre los compañeros de trabajo, el modo en que se evalúan los servicios o la claridad en las funciones directivas, todo lo cual incide en la calidad de la atención que se dispensa a las personas. Tales premisas pueden ser planteadas y encausadas adecuadamente a partir del trabajo en equipo.

Rodríguez *et al.* (2021) afirman que uno de los mejores ejemplos del trabajo en equipo puede advertirse en los ámbitos hospitalarios. De no mediar esta modalidad de trabajo, resultaría muy complejo lograr la esperada coordinación y cooperación en pos de los objetivos esperados, como la atención médica cálida, segura y caracterizada por la eficiencia en la relación con los consultantes. Los citados autores apuntan que en la atención médica todo trabajo en equipo siempre se orienta a la consecución del bienestar de quienes demandan los servicios, lo que tiene un efecto potenciador

para el equipo en cuanto a sus habilidades y talentos. De este modo, encontrar las soluciones a los inconvenientes o imprevistos que surgen puede ser una oportunidad más que asegura una evidente disminución de rotación del personal o un menor desgaste laboral, entre muchos otros resultados.

En este mismo sentido destacan conceptos como los de Rando (2016), quien sostiene que el trabajo en un equipo de salud integrado por varias disciplinas se orienta a proporcionar una mayor seguridad en los pacientes por cuanto se minimiza el riesgo de cometer errores en la práctica, lo que redundará en una mayor satisfacción, mejora el rendimiento del personal de salud y tiene el beneficio adicional de reducir los gastos que podrían ocasionarse por una mala praxis o por complicaciones asociadas. Los equipos de salud, como estructura, cometen menos errores que los individuos solos, y esta premisa se ve particularmente cumplida cuando cada miembro del equipo conoce y asume sus responsabilidades y reconoce las de sus compañeros.

Otros estudios reportan que una modalidad de trabajo en equipo plantea desde el principio la división de tareas y de responsabilidades, lo que tiene como efecto una importante disminución de los niveles de estrés y de desgaste, además de que provee espacios de interacción que favorecen los aprendizajes mutuos.

Dichas condiciones resultan ser recursos óptimos para asegurar el autocuidado y los mejores estados de salud en general, que indudablemente tendrán un efecto positivo en la provisión de servicios más atinados a quienes acuden para ser cuidados en su salud.

Según Díaz *et al.* (2017), cuando se hace referencia a la garantía de derechos, debe incluirse a los consultantes de los servicios, al igual que a los profesionales prestadores. Por ello, no solamente se trata de que gocen de las condiciones dignas para desplegar su trabajo, sino que su actividad tenga reconocimiento y que sus decisiones queden resguardadas en un marco ético. De no quedar estos aspectos asegurados, es posible que sobrevenga un estrés moral.

Según Rosales y Valverde (2012), en cuanto que se plantea la importancia de que un grupo de trabajadores en el sector salud se conforme como

un equipo de trabajo, se hace imprescindible considerar básicamente dos condiciones. La primera de ellas es de carácter objetivo, la cual tiene relación con la organización y una clara orientación del trabajo al logro de sus fines (producción o servicios) que la institución ha definido previamente; la otra condición es de naturaleza subjetiva, esto es, que el trabajo en equipo conlleva el sentimiento de pertenencia, facilita la apropiación del trabajo y sus miembros sienten que comparten por igual su producción. Ambas condiciones generan auténticos beneficios que necesariamente se traducirán en una mejor prestación de los servicios.

Tales planteamientos fueron puestos a prueba durante la vorágine impuesta por la emergencia de la pandemia de covid-19. Es por ello que Freidin *et al.* (2021) han expuesto sus consideraciones acerca del trabajo de los equipos de salud en tiempos de esta particular situación sanitaria. Refieren que tal quehacer debe abordarse según ciertos aspectos institucionales y de gestión muy vinculados a las modalidades de contratación del personal de salud, la organización del trabajo y la capacidad de respuesta. Muchos condicionantes, como el avance de la flexibilización y la precariedad laboral, a la par que los deterioros salariales y las condiciones laborales del momento afectaron la composición de estos equipos, lo que incidió en una reducción de la calidad de atención y tuvo un efecto lesivo en los propios trabajadores. Los mismos autores sostienen, citando a East *et al.* (2020), que en el contexto de la pandemia y de las medidas de aislamiento las dificultades de los trabajadores de la salud se tornaron más visibles en razón de la doble carga laboral, el desempeño profesional y los cuidados en el hogar, todo lo cual implicó la reorganización de los servicios en los distintos niveles de atención y en los subsistemas para priorizar la pandemia, con lo que se debieron asumir nuevos desafíos y perspectivas para asegurar el trabajo en equipo.

Equipos de salud: sus indiscutibles beneficios y el dilema en el orden práctico

Tras reconocer las indudables ventajas y positivos aportes del trabajo en equipo —en especial en los equipos de salud—, también es necesario reconocer

las crisis y dificultades que entraña su implementación o sus intentos. De acuerdo a Rando (2016), se trata de una tarea compleja y que mucho se asemeja a una utopía, en especial en países en los que los recursos asignados al sector salud resultan escasos y donde, si bien se hacen esfuerzos por instaurar el paradigma, aún subsiste la búsqueda para la apropiación de conocimientos individuales, más que una interacción colectiva.

Remite asimismo a un trabajo que esencialmente plantea el desarrollo y entrenamiento de habilidades que resultan imprescindibles para enlazarse en un equipo. Según la citada autora, desde hace más de una década se efectúan en Uruguay diversos estudios acerca de los factores que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y de las perspectivas que implican un desafío para instaurar estrategias que promuevan un estilo de trabajo integrado por parte del personal de salud; por cuanto a esta seguridad se entiende, no sólo depende de la infraestructura de la institución ni de la experticia del profesional que asiste a la misma, sino esencialmente de la capacidad para trabajar a partir de la interdisciplina y de aquellas habilidades personales necesarias para trabajar en equipo.

Otros estudios de interés y perfilados a indagar la percepción que tienen los propios profesionales de salud acerca del trabajo en equipo en una institución de salud en Brasil (Da Costa y Trevizan, 2007) han permitido concluir que sus expectativas acerca de los roles de cada integrante no estaban claramente delimitadas, lo que provocaba graves confusiones ejecutivas y el incumplimiento de las responsabilidades. Si bien el trabajo en equipo fue altamente valorado, conservó una connotación como “tarea difícil”. Los profesionales entrevistados expresaron su reconocimiento por esta modalidad de trabajo que contribuía a la recuperación y la salud de los pacientes como una auténtica oportunidad de aprendizaje en tanto que permitía el intercambio con los demás integrantes del equipo; no obstante, refirieron que si no había definiciones claras en cuanto a los roles profesionales, tal condición se transformaba en una fuente de problemas y la invasión de competencias. Los mencionados participantes señalaron otros

inconvenientes que también pueden hacer muy compleja la tarea del equipo en virtud de que surgen disputas por el poder y el temor de perder el propio espacio y el status profesional. También indicaron la existencia de “feudos” profesionales difíciles de cruzar, muchas veces enraizados en la dificultad para establecer un diálogo entre ellos, lo que, como una consecuencia lógica, no hacían posible la creación de espacios para sus encuentros y reuniones de capacitación o de actualización. En general, el personal entrevistado atribuía a las universidades la responsabilidad de crear más y mejores oportunidades formativas para el reconocimiento de los distintos roles profesionales y el entrenamiento de habilidades de adaptación para integrar equipos. Expresaron también que si las instituciones formadoras no fomentaban estas cualidades tempranamente, sería muy difícil alcanzar las loables metas del trabajo en equipo.

De las fuentes consultadas es posible retomar otros reportes que destacan la visión de los profesionales de la salud respecto al trabajo colectivo mediante expresiones acerca de la importancia de definir explícitamente los propósitos de una cierta tarea por cuanto que ello facilita una mejor integración, pues cada quien sabe lo que debe hacer, lo que espera de sus colegas y la capacidad que tiene para escuchar y mostrar respeto a los demás. En virtud de que se garantiza el conocimiento acerca de cuáles son las responsabilidades de cada integrante, hay un mejor desempeño, un buen nivel de relaciones y una disminución de la sobrecarga y el estrés laboral, todo lo cual hace que se provea una mejor atención a los consultantes.

Hay una amplia coincidencia en la visión de una época en la que la interdisciplinariedad es puesta de relieve como uno de los grandes remedios para todas las afecciones que padece el mundo actual. Como hechos contundentes en tal sentido, pueden destacarse los surgidos del trabajo desarrollado durante la pandemia de covid-19.

No obstante, sigue dominando el escenario la cuestión de cómo es posible satisfacer esta condición si no se conoce o no existe el interés por conocer los roles de aquellos con los que se aspira a conformar un equipo de trabajo en salud.

Interrogantes y temas pendientes

En virtud de los desarrollos teóricos compartidos, cabe la posibilidad de plantear algunas áreas de acción que hacen necesario seguir analizando las posibles respuestas a las interrogantes asociadas a este dilema, lo que pone en evidencia algunas cuestiones pendientes de considerar para el pretendido trabajo de equipo en el campo de la salud.

Más allá de reconocer sus considerables virtudes, prevalecen en el orden empírico ciertas dificultades para su consolidación, como que una vez conformado un equipo pierda continuidad y no sea más que una fuente de malestar. Tales circunstancias se vuelven un riesgo por cuanto que inducen descuidos, alteraciones de la salud y el impedimento del bienestar, pues cuidado, salud y bienestar general se consideran atributos imprescindibles en aquellos que son agentes que deben propiciarlos en quienes los consultan.

Vera (2022) señala que la responsabilidad de los profesionales de la salud es una variante de la responsabilidad general que cabe a todas las personas. Afirma que la distinción debe hacerse a partir del ejercicio profesional y en donde puede haber un elemento objetivo denominado “el daño”, el cual se vincula al propio accionar profesional en el que no existe la intencionalidad de provocar un daño, sino que éste se produce por causa de imprudencia, impericia, negligencia o inobservancia de las funciones implicadas en el desempeño de un cargo. Dicho autor considera que la protección de la salud es un derecho que tiene que ser asegurado por las instituciones de la salud y de todo su personal con la finalidad de alcanzar el objetivo de brindar servicios profesionales a partir del marco de la responsabilidad y la ética que le son inherentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) reportó en ese año un saldo de 2.6 millones de muertes en aquellos países de ingresos medios y bajos, muertes que podían haberse evitado y que en su mayoría es posible atribuir a los daños provocados en la atención primaria de la salud y en los servicios ambulatorios. Entre los errores que más perjuicios causaron se cuentan los relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. Destaca que el hecho de que las personas padezcan estos daños originados en el

sector de la atención sanitaria es inaceptable, por lo que se insta a que se tomen medidas urgentes para reducir las prácticas implicadas en los mismos, pues tanto la seguridad del paciente como la calidad de atención resultan fundamentales para ofrecer servicios eficaces; así, entre los aspectos claves se alude a la necesidad de fomentar la participación de los usuarios en tales servicios.

Los planteamientos señalados traen a colación la necesidad de repensar las prácticas desde una perspectiva de calidad, trato humanizado y óptima comunicación en los equipos de salud, lo que entre sus múltiples beneficios haría posible la reducción de la carga por estos daños de hasta 15% y el ahorro de miles de millones de dólares por cada año (OMS, 2019). Además, la mayoría de los reportes consultados en relación con este tópico tienen que ver directamente con los problemas de comunicación entre los integrantes de los equipos de salud, lo que motiva un crecimiento exponencial de los estudios y publicaciones cuyo propósito es aportar soluciones a este fenómeno de tantos efectos.

Algunas conclusiones alcanzadas en tal sentido aluden a las virtudes que deben ser entrenadas y potenciadas para revertir esta situación, como el liderazgo, el monitoreo del trabajo, los respaldos mutuos, la priorización de los objetivos, la confianza recíproca y, especialmente, una comunicación estrecha y clara en los contextos más saludables y humanizados de las instituciones de salud.

Como se ha apuntado líneas atrás, aún existen áreas en que es posible seguir investigando, particularmente las dificultades para consolidar el trabajo en equipo. Así también pueden formularse hipótesis respecto de la escasa exploración de las actividades colectivas, o bien que cuando éstas se llevan a cabo no se habilitan los espacios necesarios para percibir y reflexionar acerca de la importancia de los roles profesionales de cada miembro, limitando de este modo la posibilidad de medir su efecto en las tareas que se emprenden. Además, es posible que no se profundice en la tarea de concientizar acerca de las “economías” en todo sentido que traen aparejado el trabajo en equipo para los profesionales y el personal técnico, administrativo y directivo, y el de toda persona que labore en las instituciones de salud.

Será preciso retomar las apreciaciones de las fuentes consultadas en relación con la urgencia de que las instituciones formadoras asuman un sólido compromiso por instaurar el paradigma de la interdisciplinariedad, una visión holística al momento de llevar a la práctica los saberes apropiados desde las tempranas etapas de la preparación para la vida profesional, puesto de relieve por la acuciante situación de afrontar lo inesperado y tomar decisiones en escenarios semejantes a los ya vividos durante la pandemia de covid-19.

CONCLUSIONES

En un viraje hacia el comienzo de esta presentación, se entiende entonces que para el autocuidado, y especialmente para ejercer el cuidado de los demás, es imprescindible disponer de una actitud propositiva y orientada hacia todos los actores del campo de la salud, con la meta de proponer estrategias y desarrollar recursos que sirvan para consolidar cambios saludables que resulten lo más estables posible en la vida institucional.

Según Dörner *et al.* (2017), la experiencia del bienestar personal siempre incide en el modo en que el ser humano encausa sus vínculos y en el marco ético y moral que construye para interpretar todo lo que acontece en estas interacciones. En el caso concreto de los vínculos que se instauran en el campo de la salud, pueden también tomarse algunos conceptos de Agostini (2015), quien refiere que el sector salud se ha vuelto un centro de discusiones y de tensiones entre distintos sectores de la sociedad: pacientes que reclaman calidad en los servicios que esperan y que no reciben, o profesionales de la salud que a su vez reclaman mejores condiciones de trabajo, lo que da paso en definitiva a suponer que en realidad, en no pocos casos, son aquellos que deberían cuidar quienes están dando claros indicios de que necesitan ser

cuidados, poniendo en evidencia un sistema de salud que necesita humanizarse y protegerse de intereses sectorizados o espurios, pues la situación planteada por la citada pandemia ya ha formulado sus interpelaciones en este sentido.

Resulta útil, luego entonces, pensar y reconocer la importancia de fomentar el bienestar personal, la protección y el resguardo que aportan un verdadero trabajo en equipo, la promoción del autocuidado y la claridad de las pautas organizacionales. Con ello, se estaría promoviendo simultáneamente el desarrollo de conductas éticas y las buenas prácticas en salud, que, sin lugar a dudas incidirán en un trato humanizado del usuario en cuanto que se sienta cuidado y reconocido en sus derechos.

En definitiva, y en concordancia con Tobón (2015), para cuidar la vida y la salud es preciso el desarrollo de habilidades personales, lo que conducirá a la toma de decisiones saludables identificadas con aquellos componentes esenciales de la promoción de la salud establecidos en Ottawa por la OMS (1986), donde se sostuvo con gran acierto que

la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, la educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida. De esta manera, se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud” (p. 3).

Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación, la información y el autocuidado, mediados todos ellos por la comunicación, estrategias éstas que bien pueden ser fomentadas a partir del trabajo en equipo.

Citación: Morgado, S.E. (2025). Autocuidado para ejercer el cuidado y el dilema del trabajo en equipo. *Psicología y Salud*, 35(2), 299-307. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2991>

REFERENCIAS

- Agostini F., L. (2015). Dificultades y proyecciones en la relación entre salud y espiritualidad. *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, 33, 143-158. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291141013008>
- Barria S., V., Rosemberg M., N. y Uribe C., P. (2015). Autocuidado y equipos de salud. Diplomado en Salud Pública, *Módulo 1: Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*. Recuperado de https://www.academia.edu/.../Diplomado_en_Salud_Pública_AUTOCUIDADO_Y_EQUIPOS_DE_SALUD.
- Da Costa S., S.R. y Trevizan M., A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a16.pdf
- Díaz A., E. (Ed.) (2017). *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Dörner P., A., Véliz B., A. y Soto S., A. (2017). Bienestar psicológico y conductas éticas en salud. *Espacios*, 38(44), 35. Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a17v38n44/17384435.html>
- Doval H., C. (2018). Malestar en los profesionales de la salud: ¿cómo cuidar a los que cuidan? *Revista Argentina de Cardiología*, 86(3), 236-239. Doi: 10.7775/rac.es.v86.i3.13221
- East, S., Laurence, T. y López M., E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina y UNFPA Argentina.
- Freidin, B., Wilner, A., Krause, M. y Ballesteros, M. (2021). Trabajadores de la salud en el primer nivel de atención durante la pandemia de covid-19 en el conurbano de Buenos Aires. *Población y Sociedad [en línea]*, 28(2), 138-167. Doi: <http://dx.doi.org/10.19137/pys-2021-280208>.
- Hoyos H., P., Cardona R., M. y Correa S., D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218-225.
- Organización Mundial de la Salud (1986, noviembre). *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención en salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>
- Pinzón, M.L. (2002). *Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular; objeto de estudio*. Numeral 3. Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud.
- Rando H., A.E.K. (2016). Trabajo en equipo: ¿es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Revista Médica de Uruguay*, 32(1), 59-67.
- Rodríguez, W., Secín, D. y Ramírez, A. (2021). El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta Médica del Grupo Ángeles*, 19(4), 477-479. Doi: 10.35366/102530
- Rosales, C. y Valverde, J.M. (2012). *Trabajo en equipo en las instituciones de salud: conceptos y herramientas para su desarrollo*. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/75478/mod_resource/content/2/trab_equipo_ins_salud%20%281%29.pdf
- Tobón C., O. (2015). *El autocuidado: una habilidad para vivir*. Universidad de Caldas (Colombia). Recuperado de <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>
- Vera C., O. (2022). La responsabilidad y la mala praxis del profesional médico. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 60-65.
- Wright, A. y Katz, I.T. (2018). Más allá del agotamiento: rediseñando la atención para restaurar el significado y la cordura para los médicos. *New England Journal of Medicine*, 378, 309-311. Recuperado de <http://doi.org/cp5s>

Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiiyi del sur de Veracruz, México

*Giving birth during the first wave of the covid-19 pandemic:
inequities in care and their impact on the lived experience
and psychosocial health of Nahua and Nuntajiiyi women
from southern Veracruz, Mexico*

*Aimé López-González¹, Amada Rubio Herrera²
y Alejandra Núñez-de la Mora³*

Universidad Veracruzana^{1,3}
Universidad Nacional Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Aimé López-González, ailopez@uv.mx.

RESUMEN

En México, los contextos de violencia, pobreza, exclusión social y cultural en el que vive la mayoría de las comunidades indígenas trae como resultado la inequidad en la salud, incluido el acceso a una cobertura continua y de calidad en la atención perinatal. Dichas desigualdades se reflejan en perfiles desfavorables de mortalidad y morbilidad materno-infantil, así como en altos índices de violencia obstétrica e insatisfacción de las usuarias de las instituciones de salud. Tal situación se vio recrudecida durante la pandemia de covid-19 debido a la interrupción de los servicios sanitarios en las comunidades, particularmente en las localidades marginadas, y a las restricciones protocolarias en la atención en los hospitales. Así, la presente investigación cualitativa tuvo como objetivos, a saber: 1) describir la experiencia de un grupo de mujeres primigestas nahuas y nuntajiiyi del sur del estado de Veracruz (México), en cuanto a la atención perinatal en el contexto de pandemia de covid-19, y 2) identificar las barreras para el acceso y las limitaciones de atención del sistema de salubridad durante este periodo, así como la importancia de la salud psicosocial de las mujeres indígenas participantes. Se realizaron entrevistas en profundidad a 16 mujeres (ocho nahuas y ocho nuntajiiyi), cuyo contenido se analizó desde un enfoque fenomenológico. El análisis de la experiencia vivida de las mujeres participantes da cuenta de la incertidumbre y el espacio limitado para decidir sobre el lugar, el tipo de atención y el desarrollo del parto, del temor de contagiarse de covid-19 y de contagiar al bebé durante su estancia en el lugar de atención, así como también de las condiciones poco propicias para una recuperación adecuada durante el posparto y el puerperio. En conclusión, el deterioro en el acceso y la calidad de atención materna en el estado de Veracruz tuvieron consecuencias desfavorables para la salud psicosocial de las mujeres indígenas que gestaron y parieron durante la pandemia de covid-19.

¹ Universidad Veracruzana Intercultural, correo electrónico: ailopez@uv.mx, <https://orcid.org/0000-0002-2523-8926>.

² Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, correo electrónico: amadarubioherrer@cephcis.unam.mx, <https://orcid.org/0000-0003-0598-6756>.

³ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México, correo electrónico: alnunez@uv.mx, <https://orcid.org/0000-0002-1609-0771>.



Palabras clave: Inequidad; Salud materna; Población indígena; Asistencia perinatal; Covid-19.

ABSTRACT

In Mexico, Indigenous communities often face violence, poverty, and social and cultural exclusion, resulting in health inequities, including access to good quality continuous maternal health coverage. These inequalities usually lead to worsened child-maternal mortality and morbidity profiles, as well as higher rates of obstetric violence and dissatisfaction among users of health services in such communities. This situation was even worse during the COVID-19 pandemic due to the interruption of health services, particularly for individuals in marginalized localities, as well as the implementation of restrictive measures in hospitals. Thus, the aims of this qualitative research were: 1) to describe the experience of perinatal care in the context of the COVID-19 pandemic of a group of Nahua and Nuntajiyi primigravidae women in southern Veracruz and 2) to identify barriers in the access and limitations of the health system to provide quality care, the importance of psychosocial health and well-being of Indigenous women. We conducted in-depth interviews with 16 women (8 Nahua and 8 Nuntajiyi), and their contents were analyzed using a phenomenological approach. The following key themes surfaced from the analysis of the participants' lived experience: 1) uncertainty and lack of opportunities to exercise agency to decide on the place, birth plan, and preferred type of maternal care, 2) the fear of becoming infected and infecting their baby with covid-19 during their stay in hospital, and 3) unfavorable conditions to recover adequately during the postpartum and puerperium period. The findings highlight the deterioration in access and quality of maternal care received by Indigenous women who gestated and gave birth in the state of Veracruz during the COVID-19 pandemic and its impact on women's psychosocial health.

Key words: Health inequities; Maternal health; Indigenous population; Perinatal care; Covid-19.

Recibido: 07/12/2023

Aceptado: 08/07/2024

El covid-19, causado por el virus SARS-CoV-2 fue anunciado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. Un mes más tarde, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) lo identificó como una emergencia de salud pública de alcance internacional, y el 11 de marzo de 2020, se le declaró oficialmente como una pandemia (Escudero *et al.*, 2021). En México, el primer caso de esta enfermedad se registró en el mes de febrero de 2020, y al mes siguiente, con 475 casos confirmados, las autoridades decretaron la fase de contingencia sanitaria e implementaron una serie de medidas, como el distanciamiento social, el confinamiento y la restricción laboral (Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud, 2020). Pocas semanas después la enfermedad se había expandido a todo el país, siendo la Ciudad de México y el Estado de México los lugares con el mayor número de casos. En diciembre de 2020, en el estado de Veracruz se habían confirmado cerca de 43,054 casos, 11,092 se consideraban sospechosos y 11,718 personas habían fallecido, siendo los municipios de Poza Rica, Veracruz, Xalapa, San Andrés Tuxtla y Coatzacoalcos (los dos últimos al sur del estado de Veracruz) aquéllos con más contagios activos (Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2020).

En México, el efecto de la pandemia en el ámbito de la salud fue significativo; las deficiencias en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios, así como la insuficiencia de infraestructura, capital humano, equipos y medicamentos se exacerbaron durante la crisis sociosanitaria (Talanquer y Sepúlveda, 2024). En cuanto a la salud materna, la Secretaría de Salud puso en práctica durante el periodo de contingencia sanitaria una serie de medidas encaminadas a disminuir la posibilidad de contagio sin interrumpir la atención; entre ellas, la reducción del número de controles prenatales para embarazos de bajo riesgo, la reducción de la estancia hospitalaria y del seguimiento postparto, y la suspensión de otras prácticas recomendadas, como el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna inmediata al nacimiento (Gobierno de México, 2020). En la práctica, tales acciones, aunadas a la ineficiente implementación de espacios diferenciados para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, la ineficaz comunicación de los riesgos y la carencia de equipos de protección personal en algunos servicios, entre otras deficiencias estructurales mencionadas anteriormente, entrañaron condiciones de verdadero riesgo para las mujeres embarazadas o puérperas.

Antes de la pandemia de covid-19, las principales causas de muerte materna registradas en México eran el edema, la proteinuria, los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas. En julio de 2020, a cuatro meses de declarada la contingencia sanitaria, el covid-19 se registró como la primera causa de muerte materna en México y una de las tres principales en mujeres de 15 a 44 años de edad (Talanquer y Sepúlveda, 2024). La razón de mortalidad materna (o RMM) presentó un incremento de 37.8 % con relación al año anterior, lo que implicó un retroceso de más de una década en dicho indicador (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021a; Observatorio de Muerte Materna, [OMM], 2021). En el estado de Veracruz, el número de muertes maternas registradas al término del segundo año de la pandemia fue de 71, en contraste con las 39 ocurridas el año anterior (OMM, 2021). Las cifras de morbimortalidad materna y neonatal, el número de embarazos tempranos, de embarazos no deseados y de necesidad insatisfecha de planificación familiar, son indicadores adicionales de las consecuencias directas e indirectas de la disrupción de la atención de la salud durante la pandemia. En conjunto, estos números representan un grave retroceso respecto a las metas y compromisos establecidos por nuestro país con relación a la salud materno-infantil de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2020; Chávez y Negrete, 2021; Talanquer y Sepúlveda, 2024).

La atención de la salud materna durante la pandemia de covid-19 descrita anteriormente se desarrolló en el contexto de un sistema de salud fragmentado, falta de inversión y en proceso de reestructuración (Moreno *et al.*, 2023; Talanquer y Sepúlveda, 2024), lo que agudizó las desigualdades preexistentes en la cobertura, el acceso y la atención entre los diferentes sectores de la sociedad, en particular en la población indígena y más específicamente las mujeres. En efecto, desde que se iniciaron los registros en México, las mujeres indígenas han mostrado indicadores elevados de mortalidad materna comparadas con las no indígenas, incluso aquéllas en circunstancias socioeconómicas similares. Las barreras geográficas, cultu-

rales y de lenguaje; la discriminación económica, étnico-racial y de género por parte de las instituciones en general, y en particular las de salud, así como distintos aspectos de la violencia estructural, se han identificado como factores asociados directa e indirectamente con dichas inequidades (Berrio, 2017; Chávez y Negrete, 2021; Pelcastre *et al.*, 2020). En esta entidad, el único diagnóstico con perspectiva de género reportado a la fecha sobre la situación de las mujeres en las poblaciones de la sierra de Zongolica y Santa Marta (donde se localizan las comunidades estudiadas) revela una elevada insatisfacción con la calidad de la atención recibida en los servicios públicos de salud, así como una demanda expresa de atención culturalmente pertinente (Instituto Veracruzano de las Mujeres [IVM], 2009). Las cifras que emergieron tras la pandemia de covid-19 reiteran el efecto de las desigualdades históricas al evidenciar que las poblaciones indígenas sufrieron un deterioro mayor en la salud y la salud materna que otros grupos (Meneses *et al.*, 2022).

En México, el efecto directo e indirecto que tuvo la pandemia de covid-19 en los indicadores de muerte materna refleja solo un aspecto de las consecuencias de dicha experiencia colectiva para la salud. Otro aspecto, igualmente crítico por su alcance y duración, es el efecto que tuvo en la salud mental de las personas (Talanquer y Sepúlveda, 2024), en particular las mujeres que vivieron el embarazo, parto y puerperio en condiciones de distanciamiento social y demás restricciones asociadas a la contingencia epidemiológica (Parasi, 2021). Algunos estudios efectuados en México y en varios países con características diversas han documentado una clara y consistente asociación entre la incertidumbre ante el contagio, la preocupación por mantener la salud propia, la del bebé y la de sus familias, así como el estrés económico, la violencia doméstica y el confinamiento prolongado de las mujeres gestantes y puérperas son indicadores desfavorables de salud mental y emocional (Akhter *et al.*, 2021; Wolfe-Sherrie *et al.*, 2022). Sin embargo, la experiencia de las mujeres indígenas y la forma en que la pandemia alteró sus procesos de gestación, parto y puerperio ha recibido poca atención.

En consecuencia, el presente trabajo propone documentar la experiencia de la atención perinatal de un grupo de mujeres primigestas nahuas y nuntajiyi del sur del estado de Veracruz durante la pandemia de covid-19 y sus implicaciones en términos de bienestar y salud psicosocial. Se pretende con ello reflexionar cómo es que las mujeres participantes organizaban y elaboraban esa vivencia y la revestían de significado a partir de la experiencia vivida (Rubio, 2017). El término “experiencia vivida” se refiere a la manera en que las personas sienten e interpretan afectiva y cognitivamente una situación y emprenden acciones o conductas (Jodelet y Kalampalikis, 2015). Esta forma de conocimiento apunta a una situación local concreta; comprende elementos emocionales que involucra a las subjetividades particulares; se expresa y toma conciencia a través del intercambio de experiencias sociales, lo que implica saberes y significados comunes, y tiene funciones prácticas en la vida cotidiana (Jodelet y Kalampalikis, 2015, p. 443).

MÉTODO

Poblaciones y contexto del estudio

La investigación se llevó a cabo en dos municipios del sur del estado de Veracruz: Soteapan y Zaragoza, con 83.5% y 37.8% de población indígena, respectivamente. En las poblaciones indígenas de Soteapan se habla el idioma nuntajiyi en su variante zoqueana (Velázquez, 2010), mientras que en Zaragoza se habla el náhuatl del sur de Veracruz. La economía de estas comunidades es preponderantemente agrícola, y en Zaragoza se complementa con el comercio de artesanías y textiles en pequeña escala (Cruz, 2020). La región muestra valores altos de vulnerabilidad social e indicadores desfavorables de salud materno-infantil asociados a las condiciones de pobreza (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2020). Las muertes maternas, predominantemente de mujeres de 20 a 29 años de edad, en las que la entidad veracruzana ocupa el tercer lugar nacional, están concentradas en la jurisdicción sanitaria de Coatzacoalcos (Gobierno

del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2019), a la que pertenecen los municipios donde se realizó la investigación. De manera relevante, 70% de las muertes maternas fueron por causas prevenibles y ocurrieron en hospitales del sector público. Dichas cifras son congruentes con los indicadores de calidad y eficiencia en la atención en las instituciones de salud, en las que se reporta un número preocupante de casos de maltrato y discriminación por parte del personal de salud, especialmente hacia las mujeres indígenas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2016; Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009). En los últimos cinco años se ha reportado una prevalencia de maltrato durante la atención obstétrica en el estado de 36.1% (INEGI, 2021b; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2024).

Diseño

Se efectuó una investigación etnográfica de corte cualitativo que describe e interpreta formas de vida, cultura y estructuras sociales de un grupo (Rodríguez *et al.*, 1999), empleándose la perspectiva fenomenológica como el enfoque para examinar las experiencias vividas de las mujeres participantes en relación a la atención de su salud durante el embarazo, el parto y el puerperio (atención perinatal). En su sentido más amplio, la atención perinatal es considerada como el conjunto de factores personales, físicos, sociales, culturales, políticos e ideológicos, así como las prácticas y circunstancias colectivas de la vida de una mujer que le permiten experimentar un embarazo y un parto seguro, saludable y una maternidad próspera (World Health Organization, 2016). En tal sentido, el abordaje fenomenológico intenta comprender los significados de la experiencia situada en la vida cotidiana y el contexto sociocultural de las personas, en contraste con otras aproximaciones que se enfocan en relaciones estadísticas entre diversas variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos (Rodríguez *et al.*, 1999).

La investigación se desarrolló en tres momentos: 1) identificación de las comunidades de estudio y reclutamiento de participantes; 2) entrevista en profundidad para documentar las expe-

riencias de la atención perinatal de las mujeres, y 3) entrevista semiestructurada para evaluar aspectos de la salud psicosocial de las participantes dentro de las primeras seis semanas del puerperio.

El estudio fue avalado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana (30CEI00120180131).

Participantes

Participaron ocho mujeres primigestas que se auto-identificaron como nahuas y ocho como nuntajiiyis, quienes cumplieron los criterios de inclusión de ser mayores de 16 años, oriundas y residentes de los citados municipios y encontrarse en el tercer trimestre de gestación al momento de aceptar colaborar en la investigación.

El rango de edad de las participantes fue de 16-26 años. De las mujeres nahuas, 75% reportó tener estudios preparatorios y 25% secundarios. En el grupo nuntajiiyi, 25% había terminado la educación primaria, 25% la educación secundaria, y 50% la preparatoria. Todas las mujeres reportaron como actividad principal el trabajo doméstico no remunerado.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo durante el periodo 2019-2020. Previamente a la pandemia, se visitaron e identificaron comunidades con una elevada presencia de población indígena en ambos municipios. En preparación para el trabajo en campo, se contactaron traductores de las lenguas nahua y nuntajiiyi mediante la vinculación con las autoridades municipales y comunitarias a fin de que colaboraran en el diseño y la traducción de los formatos de consentimiento informado y de las guías de entrevista empleados. En cada caso, se verificó que los conceptos, términos y lenguaje utilizados en cada documento se comprendieran de manera equivalente en su versión en español.

Una vez dispuestos los documentos en ambas lenguas, se llevaron a cabo visitas domiciliarias en cada comunidad para invitar a las mujeres gestantes que cumplieran los criterios de inclusión

mencionados anteriormente a colaborar en el estudio. En todas las visitas se contó con la participación de una traductora bien conocida en la comunidad. A las mujeres interesadas se les explicaron en el idioma de su elección el objetivo y el procedimiento de la investigación, se les dio oportunidad de hacer preguntas y una vez resueltas sus dudas se obtuvo de quienes aceptaron participar su asentimiento (en el caso de mujeres menores de 18 años) o el consentimiento informado en el de las mujeres mayores de 18 años, mediante un documento en el idioma y la pertenencia cultural de cada grupo. Se recabaron asimismo los datos sociodemográficos básicos (edad, estado civil, educación, ocupación) y la fecha estimada de parto de cada participante. Venturosamente, al momento de declararse la emergencia sanitaria por covid-19 se había logrado incluir el número de participantes previsto para la investigación. No obstante, la totalidad de las participantes vivieron el último semestre del embarazo y el parto durante la citada contingencia y ya sujetas a las restricciones derivadas de los protocolos de distanciamiento social.

Las mujeres se contactaron nuevamente en los días posteriores al nacimiento para llevar a cabo la entrevista en profundidad. A las seis semanas posparto, considerado el fin del puerperio, se hizo una última visita para explorar el estado de salud psicosocial de las mujeres participantes. En ambas ocasiones, las entrevistas se efectuaron en los domicilios de las participantes por la misma persona, previo acuerdo y con la entera aprobación de los miembros del hogar, durante un tiempo promedio de 60 a 90 minutos. Aunque todas las participantes hablaban las lenguas nahua o nuntajiiyi, prefirieron hacer las entrevistas en español. En todos los casos se cumplieron los protocolos de seguridad dispuestos por las autoridades sanitarias nacionales y locales, anteponiendo la salud y el bienestar de las participantes en todo momento.

Instrumentos

Para la entrevista en profundidad posterior al parto se elaboró una guía con preguntas inspiradas en las recomendaciones vigentes (*cf.* Gobierno de México, 2016; World Health Organization, 2016)

sobre la atención del parto relativas a la autoeficacia, el manejo del dolor, el control y la capacidad o viabilidad para tomar decisiones sobre el proceso y la percepción de riesgo, así como sobre las expectativas, el contraste con la realidad vivida, el tipo de prácticas y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el parto. De manera similar, para la entrevista semiestructurada durante el puerperio se utilizó una guía con preguntas acerca del estado de la salud física, mental y emocional de las participantes para indagar la manera en que las vivencias de la atención perinatal, particularmente las del parto, afectaron el mundo emocional y psicológico de las participantes como individuos, y cómo dicha experiencia afectó las relaciones e interacciones sociales de índole comunitaria (cf. Villa Gómez, 2012).

Análisis de la información

Se llevó a cabo un análisis de contenido a partir de las transcripciones de las entrevistas, para lo cual se establecieron fragmentos del texto como unidades de análisis y se definieron temas, categorías y subcategorías de forma mixta, partiendo tanto de los temas previamente establecidos, como aquéllos derivados del análisis inductivo de la información. Se agruparon y asociaron en una matriz las categorías de acuerdo a su contenido y naturaleza temática para obtener conexiones o nexos e inferir el contenido latente en las narraciones así recuperadas. Entre las categorías de análisis estuvieron las actitudes y percepciones sobre el embarazo, el cuerpo y el entorno (pareja, familia, comunidad), las actitudes y percepción de la calidad y satisfacción de la atención del embarazo, el parto, el puerperio, el manejo del dolor durante el parto y la toma de decisiones durante la atención del mismo. Para evaluar los aspectos de la salud psicosocial se analizaron los antecedentes familiares, el entorno cultural y socioeconómico de la madre, su evolución y situación emocional durante el embarazo, las condiciones del parto, la condición del recién nacido y las formas de lactancia, los cuidados de la salud física de la madre en el puerperio, su situación emocional después de las cuatro semanas del parto y las redes de apoyo familiares y comunitarias de la madre.

Se llevó a cabo un análisis de triangulación intramétodos para verificar la validez de los diferentes mecanismos propuestos para estudiar el fenómeno en cuestión, así como la consistencia interna y la fiabilidad de los resultados obtenidos (Patton, 2000).

RESULTADOS

Independientemente de la identidad étnica de las participantes y de las diferencias socioculturales entre ellas, el análisis de las narrativas identificó temas comunes a las mujeres nahuas y nuntajihyis respecto a las barreras, limitaciones e inequidades en el acceso a los servicios de salud, así como los aspectos emocionales durante el parto. Igualmente, entre los temas más destacados emergieron los relacionados con la experiencia del cuidado perinatal recibido durante la pandemia. Específicamente, la inquietud y preocupación relacionadas con la incertidumbre respecto del lugar, las condiciones para el parto y el modo de nacimiento, el miedo al contagio por covid-19, la reducción del periodo de estancia hospitalaria tras el parto y la disminución de la calidad de la atención durante el puerperio. En los siguientes apartados se presentan y contextualizan con mayor detalle los hallazgos alrededor de cada uno de tales aspectos.

Incertidumbre con relación al lugar, las condiciones y el modo de nacimiento.

Las mujeres llevaban su control prenatal en los centros de salud de sus comunidades y, paralelamente, acudían periódicamente con una partera para recibir atención. El tipo de cuidados en cada uno de estos espacios fue diferente: en el centro de salud, la revisión consistió en obtener las mediciones del peso corporal, el fondo uterino, la presión arterial y los valores de los análisis de laboratorio, mientras que la partera “tallaba”⁴ a las mujeres para aliviar el dolor en el vientre, acomodar al bebé y ofrecerles consejos de cuidado diario. Una preocupación constante que emergió durante las con-

⁴ El *tallar* es una práctica terapéutica que realiza la partera y consiste en un masaje que se da a la mujer a partir del tercero o cuarto mes de embarazo para lograr que el bebé se coloque en una posición que facilite el parto.

versaciones con las mujeres a lo largo de todo el embarazo fue la incertidumbre acerca de dónde y cómo sería su parto, ya que en los centros de salud en los que se llevó el seguimiento del embarazo no se atienden los partos *per se*. El hecho es que las mujeres están supeditadas a las decisiones de las autoridades sanitarias, las que, avanzado el tercer trimestre, deciden a qué centro de segundo nivel serán derivadas en función del modo de nacimiento que el personal de salud considera pertinente en cada caso (cesárea programada o parto espontáneo), les provoca una extrema ansiedad. Típicamente, las mujeres nahuas de Zaragoza, que llevan su control prenatal en el centro de salud, son transferidas al hospital del municipio de Cosoleacaque (a seis kilómetros de distancia y de 20 a 30 minutos de traslado), y las mujeres nuntajñiyis de So-teapan al hospital de la comunidad de Tonalapan, en el municipio de Mecayapan (a 23 kilómetros de distancia y un trayecto de aproximadamente una hora). Sin embargo, en caso de faltar personal en dichos hospitales, o de ocurrir complicaciones durante el trabajo de parto, las mujeres pueden ser derivadas a los hospitales de los municipios de Minatitlán o Coatzacoalcos, a 111 kilómetros y 2 horas de traslado.

“Los dolores me empezaron a dar ocho días antes. El bebé nació en el hospital. Yo quería que naciera en casa con la partera, pero yo tenía cita todavía con la doctora en el centro de salud, y ahí ella me dijo que no podría tener a mi bebé en casa, que no sería parto normal sino cesárea y que tenía que nacer en el hospital. Entonces me dieron un papel para que me fuera para allá a que me hicieran la cesárea. Me fui desde la casa y me internaron. Ya en el hospital el ginecólogo me dijo que porqué me habían enviado allá, que no era cesárea, que era parto normal. “No te voy a poder hacer cesárea; de por sí no hay ni anestesiólogo, no hay ni doctor. ¿Quién te va a hacer la cesárea?”. Y sí. Ahí me tuvieron esperando toda la noche, desde la tarde y toda la noche y sí, fue parto normal” (Mujer nuntajñiyi).

La falta de control para planear y organizar con antelación el traslado al lugar de parto, la posibilidad de un cambio de último minuto y la distancia a los centros de atención constituyen una preocupación constante, una potencial barrera de acceso

y una causa de retraso de una atención oportuna. Aunado a la incertidumbre, el costo del traslado significa un gasto importante para la economía familiar de por sí precaria, particularmente cuando el inicio del trabajo ocurre en la noche o la madrugada y se requiere alquilar un taxi especial o una ambulancia. Incluso habiendo recorrido el trayecto y cubierto los costos del traslado, las mujeres no tienen garantizada la atención. Varias de ellas relataron que al llegar al área de admisión de los hospitales las habían regresado a sus comunidades, aun estando ya en trabajo de parto. En ocasiones, ante la imposibilidad de cubrir repetidamente los costos del traslado, estas mujeres deciden esperar en el patio de los hospitales durante horas enteras hasta ser atendidas, muchas veces de noche y ya con los dolores del trabajo de parto.

Tal situación en las condiciones de la pandemia contribuyó de manera palpable al temor de que hubiese complicaciones en el parto y se contagiaran de covid-19 al exponerse en espacios públicos. Las condiciones estresantes de incertidumbre y de riesgo potencial en las que las mujeres iniciaban y cursaban el trabajo de parto pudieron afectar de manera duradera la experiencia, el proceso y su desenlace, así como la salud de la diada madre-infante durante y luego del nacimiento.

“La primera vez que fui al hospital de Cosoleacaque fue a las 11 de la noche, pero como no dilataba lo suficiente me volvieron a enviar a mi casa; pero luego, como empecé a vomitar mucho, fui otra vez al hospital, pero me dijeron que no me podían recibir; que si quería esperar me quedara afuera hasta la hora de mi parto. Luego llamamos a la clínica particular en Jáltipan y nos dijeron que fuéramos ahí y ya me atendieron como a las dos de la madrugada en esa clínica” (Mujer nahua).

Miedo al contagio por covid-19 durante el embarazo y el parto.

Aunque en la región se establecieron medidas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral, así como el uso de cubrebocas y el lavado de manos, éstas no fueron observadas consistentemente por la población. Frente a esta situación, las mujeres nahuas de Zaragoza expresaban el temor ante la pandemia que sentían sus familias y su comunidad. Tanto los familiares como el personal de

los centros de salud les recomendaron a las mujeres embarazadas tener un mayor cuidado, pero las indicaciones respecto al tipo de cuidados no fueron lo suficientemente precisas, lo que igualmente les ocasionaba una considerable ansiedad a lo largo de su embarazo.

En cuanto al parto, los dos grupos de mujeres indicaron con frecuencia dos fuentes principales de aprensión: no recibir una atención satisfactoria en la calidad de la atención médica en general que recibían para un buen manejo del dolor, y el trato personal en los momentos de dolor por el trabajo de parto y el temor al contagio por covid-19 de ellas y de sus bebés al nacer. Comentaron también sobre el miedo que experimentaban de parir en un espacio y con personal desconocido, atendidas en un idioma diferente al suyo, solas y sin que sus familiares pudieran acompañarlas.

“Con respecto a mi parto, con la contingencia en la que estamos me preocupa que en caso de que dé a luz en un hospital no quieran atender bien a mi bebé, además de que me vayan a contagiar o no me quieran dar algún servicio porque luego hay muchos pacientes que esperan algún servicio” (Mujer nahua).

“Si volviera a vivir otro parto me gustaría que alguien estuviera conmigo en mi labor de parto. Tenía un poco de miedo por la situación de la pandemia. Hasta se lo conté a la doctora que me atendió porque tenía miedo de que le pasara algo a mi bebé o que se llegara a contagiar de coronavirus” (Mujer nahua).

“En mi parto entré sola porque no dejan entrar a nadie con la situación de la pandemia, aunque me hubiera gustado que entrara alguien conmigo porque una se siente muy sola ahí” (Mujer nahua).

Las mujeres asociaron los hospitales a un posible contagio de covid-19, lo que les generaba sentimientos ambivalentes respecto a su estancia en los mismos; por un lado, tenían la expectativa de que en el hospital podrían ser atendidas en caso de que se presentara cualquier eventualidad o urgencia obstétrica durante el parto, pero por otro expresaban el temor de que no hubiera espacios destinados sólo para la atención del parto en los que se observarían al pie de la letra los protocolos de seguridad sanitaria:

“Lo que me preocupa de mi parto es la situación de la pandemia, que mi bebé se vaya a contagiar. Y lo que me da ilusión de que mi bebé nazca en un hospital es que va a estar atendido en caso de que surja una complicación” (Mujer nahua).

“El paciente que estaba en la camilla estaba enfermo y lo mandaron a otro hospital y me pusieron a mí en la misma camilla. Nada más quitaron la sábana y pusieron otra y luego a mí. Y sí, pensé en el covid. Y dijeras que no había otras camillas donde estaban enfermos así, y llegaban otras personas y a las camillas las limpiaban con jabón y les cambiaban las sábanas, pero a mí no me hicieron así. Todo eso me puso muy nerviosa. A mi lado estaba una señora enferma; quién sabe qué tenía, pero estaba grite y grite, y yo sentía más miedo porque estaba a mi lado. Yo sentía dolor y luego la señora estaba gritando y ya por mi cabeza pasaba que yo ya quería salirme de ahí” (Mujer nuntajiyi).

Cuando comenzó la pandemia, las participantes nuntajiyi del municipio de Sotepan señalaron no preocuparles el riesgo de infectarse de covid-19 ya que, al considerar el parto como un proceso natural que se lleva a cabo en la intimidad del hogar, hacerlo en casa las libraría de exponerse al virus. Sin embargo, la experiencia vivida por ellas fue diferente a sus expectativas y a como la habían planeado. Aunque las mujeres entrevistadas expresaron su deseo de parir en casa, sólo una pudo hacerlo de esa manera. Las demás relataron que el dolor experimentado durante el inicio del trabajo de parto y el diagnóstico de parto de riesgo recibido en el centro de salud las obligaron a atenderse en el hospital de la comunidad de Tonalapan. Ya en el hospital, todas ellas dijeron haber sentido el temor de contagiarse de covid-19. La experiencia compartida por una de las participantes nuntajiyi muestra el choque cultural que vivió y el choque emocional sufrido por el maltrato ocasionado por las condiciones en las que transcurrió su trabajo de parto al haber sido obligada a esperar durante un periodo prolongado en el patio del hospital, de noche, sola, con los brazos lacerados por la venoclisis, sin recibir ninguna explicación sobre los procedimientos médicos y con miedo de contagiarse de covid-19:

“Ahorita ya no me quiero embarazar (risas). Quedé traumada, La verdad ahorita no. Igual cuando fui a la clínica me dijo la doctora que ahorita no. Le digo que siento que quedé como traumada de tanto dolor. Ahorita mi cabeza no piensa en eso; ahorita mi cabeza sólo piensa que no quiero y no quiero. No recuerdo nada con agrado de mi parto. Es una experiencia que no pienso repetir” (Mujer nuntajiyi).

Calidad de atención y reducción de la estancia hospitalaria durante el puerperio.

Para disminuir la posibilidad de contagio, y ante la insuficiencia de personal y de espacios apropiados para atender a las usuarias, el tiempo de estancia en el hospital para la recuperación del parto de la diada madre-bebé se redujo a un solo día. Aun siendo de menor duración, el periodo de permanencia en el hospital se vivió con angustia por las mujeres y por los familiares que las esperaban afuera. La estancia en las instalaciones fue percibida como un importante riesgo de contagio al observar que el personal de salud atendía en un mismo espacio a las personas hospitalizadas por covid-19 y a pacientes con otras condiciones, incluidas las mujeres en proceso de parto.

“Estuvimos en la clínica como doce horas y ya luego nos dieron de alta. En la clínica no me hicieron recomendaciones de cómo debía de darle de comer a mi bebé. Lo que voy a recordar con desagrado es lo que pasó con la gasa, porque ya me estaba poniendo muy mal. En el caso del hospital de Cosoleacaque, no me gustaría volver ahí. Durante todo mi proceso de parto la palabra que lo describe sería miedo. Me sentía angustiada porque no sabía si algo iba a salir mal” (Mujer nahua).

“En el momento del parto me preguntaron qué método de planificación iba a elegir. Me costuraron la episiotomía y además me pusieron un método anticonceptivo. Cuando todavía estaba en el hospital no me dijeron cómo debía de darle de comer a mi bebé, y sólo me dijeron que me debía de acostar de lado y ya” (Mujer nahua).

“Tuve mucha fiebre en mi cuarentena y dolor de cabeza. Tenía una infección. Regresamos al hospital y me recetaron antibióticos para que se me quitara” (Mujer nahua).

DISCUSIÓN

La narración de las experiencias de las participantes en esta investigación permite identificar las barreras y las diferentes formas de violencia estructural, institucional y cultural que habían padecido las mujeres indígenas participantes en la atención de su embarazo, parto y puerperio durante la pandemia de covid-19, las que reflejan su experiencia en general de sus interacciones con el sistema de salud. Las limitaciones en el acceso y la insuficiente e inadecuada calidad de los servicios de salud durante el cuidado perinatal se manifestaron en resultados y desenlaces negativos y experiencias insatisfactorias o abiertamente violentas. Estudios y diagnósticos llevados a cabo antes de la pandemia sugieren que estas vivencias no fueron específicas al contexto de la crisis sanitaria, sino que son una constante en la atención de la salud de las poblaciones indígenas y otros grupos de la región que viven en condiciones de marginación y vulnerabilidad social (Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009). Los elevados índices de marginación en los municipios en los que se realizó el estudio (86% de los habitantes del municipio de Zaragoza y 91% de los de Soteapan viven en situación de pobreza) (CONEVAL, 2020) se traducen en servicios básicos insuficientes de salud, carencia de insumos, equipo y personal, atención intermitente y poco predecible, e infraestructura de comunicaciones y transporte inadecuados (Talanquer y Sepúlveda, 2024). Esta situación de precariedad se agudizó durante la pandemia de covid-19; por ejemplo, el personal de salud (médicos y enfermeras) que se traslada regularmente a los centros de salud localizados en las comunidades más lejanas de los centros urbanos, como es el caso de los municipios estudiados, dejó de hacerlo, quedando sólo una auxiliar de salud a cargo de la atención de todas las necesidades médicas y de atención de la salud de los usuarios. Asimismo, la precarización de la economía familiar como resultado directo e indirecto de la paralización de la actividad laboral y económica nacional hizo aún menos factible la posibilidad de cubrir los costos de traslado de las mujeres embarazadas a los hospitales para su atención del embarazo y parto, lo que resultaba en retrasos en la búsqueda y recep-

ción de la atención, lo que pudo haber derivado en situaciones de riesgo e incluso en la muerte (Talanquer y Sepúlveda, 2024; Thaddeus y Maine, 1994).

Por otro lado, los testimonios de las participantes muestran el efecto negativo que tuvo la incertidumbre acerca de dónde y cómo ocurriría el parto, la falta de poder de decisión al respecto y el limitado poder de negociación de las mujeres debido a las marcadas jerarquías entre el personal de salud y las usuarias, a las normas de género patriarcales y a las dinámicas discriminatorias del poder hacia mujeres indígenas. Por lo general, las percepciones y expectativas de las mujeres indígenas sobre su cuerpo, sus procesos reproductivos y sus necesidades respecto a la atención no son considerados en los servicios de salud. Almaguer y Mas-Oliva (2009) apuntan que las mujeres, especialmente las de las zonas rurales e indígenas, son tratadas como menores de edad, infantilizadas e inferiorizadas, consideradas como ignorantes de los procesos que viven, y por ende no tomadas en cuenta en las decisiones sobre sus propios cuerpos y en otros procesos. Más aún, los temores y experiencias del dolor al momento del parto se consideran como inherentes a su sexo femenino, por lo que son ignorados o tratados frecuentemente con violencia.

Adicionalmente, para las mujeres participantes que esperaban parir en su hogar, pero que finalmente fueron referidas a un centro de atención, así como para quienes desde un inicio tenían la expectativa de dar a luz en una institución de salud, la experiencia de ser atendidas durante el parto en un hospital ubicado en un municipio distinto al propio, en un idioma que en buena medida les es ajeno, por personal de salud desconocido con el cual no habían tenido oportunidad de establecer una relación durante el cuidado prenatal, en condiciones de poca intimidad y sin la presencia de un familiar que las acompañara, implicaba para ellas un sentimiento de pérdida de control, el incumplimiento de sus expectativas y considerables niveles de temor y ansiedad. Tales experiencias se han asociado a un mayor riesgo de depresión posparto (Cisneros *et al.*, 2022), de presentar problemas para iniciar y mantener la lactancia (Gobierno de México, 2020) y, en casos extremos, de

desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (OMS, 2022; OMS, 2020). Asimismo, la experiencia colectiva que identificó los hospitales como espacios de alto riesgo para el contagio de covid-19, en los cuales se podía perder la vida, generó un grado muy alto de ansiedad y temor e influyó en la reticencia a permanecer en el hospital durante el postparto y en el deseo de regresar lo más pronto posible a su hogar y con sus familiares. Lo anterior, aunado a las limitaciones establecidas en los protocolos sanitarios al comienzo de la pandemia con relación a algunas prácticas recomendadas durante el intraparto⁵ (Gómez, 2003; OMS, 2020) redujeron el tiempo designado para facilitar procesos normales tales como el apego y el inicio de la lactancia, con potenciales consecuencias negativas de mediano y largo plazo. Afectaron asimismo la observación y la recuperación de la mujer tras el parto, al igual que la posible detección de síntomas de ciertas condiciones obstétricas y de otro tipo que pudieron haberse complicado durante el puerperio. En el caso presente, la falta de seguimiento pudo haber resultado particularmente crítico para las mujeres indígenas cuyas comunidades están más alejadas de los centros de salud, y quienes una vez que retornan a sus comunidades tienen considerables dificultades para volver al hospital en caso de emergencia obstétrica o de cualquier otra complicación que agrave el riesgo de morbilidad neonatal y materna (Meneses *et al.*, 2022). Cabe señalar que aun en condiciones normales las inequidades en la atención a la salud se manifiestan en un limitado seguimiento y una atención típicos de los hospitales públicos de la región, en los cuales la atención postparto se enfoca mayoritariamente en la provisión de métodos de planificación familiar, sin seguimiento de la salud de la madre y sin apoyo ni orientación para el establecimiento de la lactancia ni acompañamiento psicológico en caso de haber signos de depresión postparto. En la población indígena, esa deficiente atención se ve agravada por la falta de dominio del idioma español, por algunos aspectos socio-culturales que dificultan la interacción con el sistema médico, y por las actitudes discriminatorias de los profesionales de la salud hacia ellas (Chá-

⁵ Periodo en el que transcurre el nacimiento.

vez y Negrete, 2021; Instituto Veracruzano de las Mujeres, 2009; Talanquer y Sepúlveda, 2024).

Si bien las mujeres participantes y sus infantes se hallaban sanos en la entrevista de seguimiento llevada a cabo a las seis semanas del puerperio, los testimonios de aquellas dan cuenta de que la experiencia del parto en las condiciones descritas tuvo un efecto importante en su salud mental y emocional. La experiencia de estas mujeres nahuas y nuntajiyis en la atención intraparto no fueron congruentes con sus expectativas de atención. El choque cultural experimentado por quienes habían decidido atenderse en casa, pero que fueron enviadas a los hospitales durante la pandemia de covid-19, las situaciones de maltrato y la violencia obstétrica en las que transcurrió el trabajo de parto, así como el miedo a contagiarse de covid-19, tuvieron repercusiones en la salud psicosocial de las participantes del estudio. En tanto que la salud psicosocial se refiere a la interacción entre los aspectos psicológicos y sociales, las participantes refirieron haber sentido tristeza, desesperación, preocupación y dolor, esto es, una salud psicosocial sumamente pobre. Lo mismo ocurrió con relación a los aspectos sociales que implican una interdependencia con el desarrollo y el bienestar psicológico; en efecto, las condiciones estructurales vulnerables de las comunidades rurales e indígenas durante la pandemia, la falta de información sobre el covid-19 y los protocolos de seguridad para evitar el contagio en los hospitales, la incertidumbre sobre el lugar de nacimiento del bebé, la escasa pertenencia cultural en la atención perinatal y el debilitamiento de las redes de apoyo comunitarias durante el puerperio debidas al confinamiento aumentaron la ansiedad, el miedo y la pérdida de control de las mujeres nahuas y nuntajiyi, quienes comentaron que les desagradaría repetir la experiencia de parir en tales condiciones, expresando en algunos casos su deseo de no volver a parir del todo.

La experiencia negativa en la subjetividad de las mujeres pudo haber afectado el significado y las decisiones reproductivas futuras, las actitudes hacia los sistemas de salud y, de manera central, su bienestar físico y emocional, y con ello su capacidad de adaptación y transición a la maternidad (Gómez, 2018). Los efectos de largo plazo en

la salud psicosocial tras haber gestado, parido y transitado a la maternidad en las condiciones extraordinarias, y en muchos sentidos extremas de la pandemia de covid-19, ameritan ser documentados e investigados; así como estudiar los efectos directos e indirectos de estas experiencias maternas en la salud y desarrollo de los infantes gestados bajo condiciones extraordinarias.

En conclusión, la pandemia de covid-19 tuvo grandes repercusiones en todos los ámbitos de la sociedad. En México, alteró gravemente muy diferentes dimensiones de la vida pública y privada, y de una forma desproporcionada a los grupos más vulnerables, entre ellos las poblaciones indígenas (Talanquer y Sepúlveda, 2024). La atención de la salud reproductiva de las mujeres indígenas en México, ya de por sí insuficiente en cuanto a su cobertura, accesibilidad, calidad y pertinencia cultural, se vio disminuida de manera considerable por los efectos de sus implicaciones económicas, sociales conductuales y epidemiológicas asociadas a la pandemia y a las medidas sanitarias instrumentadas a distintos niveles para su contención.

En el estado de Veracruz, los indicadores epidemiológicos de morbilidad y mortalidad materna asociados directa o indirectamente al covid-19 cuentan parte de la historia. La experiencia vivida y relatada por las propias mujeres hace posible apreciar y reflexionar acerca de cómo las condiciones estructurales de desigualdad y pobreza en la que viven las poblaciones indígenas constituyen desafíos cotidianos que afectan todos los aspectos de sus vidas, y de manera crítica sus procesos reproductivos y de salud. Los resultados aquí mostrados evidencian las consecuencias de la discriminación y la violencia institucional y de género hacia las mujeres indígenas durante la atención de su salud reproductiva en las instituciones de salud, además de que documentan la prevalencia de violaciones a sus derechos humanos y reproductivos al negárseles una atención oportuna, de calidad, respetuosa y culturalmente pertinente. Las experiencias vividas por las participantes ponen de manifiesto la ubicuidad y la normalización del maltrato durante el intraparto y las consecuencias para su salud psicosocial. Esta situación demanda una atención inmediata, comenzando por el reconocimiento del problema, la

magnitud del mismo y sus consecuencias multidimensionales, e invita a reflexionar sobre el tipo de cambios y de intervenciones necesarios para garantizar el acceso a una atención de salud de

calidad para las mujeres indígenas, particularmente en condiciones restrictivas extraordinarias, tal como fueron las vividas durante la pandemia de covid-19.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres nahua de Zaragoza y nuntajiyi de Sotepan, Veracruz, por la confianza y generosidad para compartir sus experiencias. A la Sra. Olivia de los Santos Ignacio, el Lic. Guillermo Antonio de Jesús, la Sra. María Elena García y el Lic. Jorge Cayetano Rodríguez por su acompañamiento y apoyo como traductores en campo, y a la Dra. Lizzette Martínez Cortes por las facilidades otorgadas en el Centro de Salud de Zaragoza, Ver.

Citación: López-González, A., Rubio-Herrera, A. y Núñez-de la Mora, A. (2025). Parir durante la primera ola de la pandemia de covid-19: inequidades en la atención y su impacto en la experiencia vivida y la salud psicosocial de mujeres nahuas y nuntajiyi del sur de Veracruz, México. *Psicología y Salud*, 35(2), 309-321. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2992>

REFERENCIAS

- Akhter, S., Kumkum, F.A., Bashar, F. y Rahman, A. (2021). Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 810. Doi: 10.1186/s12884-021-04284-5
- Almaguer G., J. y Mas-Oliva, J. (Coords.) (2009). *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud* (2ª ed.). UNAM-Secretaría de Salud.
- Berrio P., L.R. (2017). Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas. *Salud Colectiva*, 13(3), 471. Doi: 10.18294/sc.2017.1137
- Cámara de Diputados (2016). México ocupa los primeros lugares en violencia obstétrica. *Boletín Informativo* 2575; p. 1. Recuperado de /nm/html5/difusion1/banner1.html
- Chávez C., M.L. y Negrete M., V. (2021). Actos cotidianos de resistencia en el embarazo para prevenir la morbimortalidad materna. *Salud Pública de México*, 63(3), mayo-junio, 429-435. Doi: 10.21149/11786
- Cisneros H., C.B., Bedoya C., M.P., Lázaro H., B.A., Mendoza Ch., K.E. y Cisneros H., E.J. (2022). Pregnancy in times of pandemic: A look at mental health before and during the pandemic. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 401-407. Doi: 10.25176/RFMH.v22i2.4802
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2024). *Análisis de la queja médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 2002-2017. Información estadística*. Gobierno de México. Recuperado de http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2020). *Informe de pobreza y evaluación 2020. Veracruz* (p. 117). Recuperado de https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Veracruz_2020.pdf
- Cruz, F. (2020). *San Isidro de Zaragoza: Historia y religión en un pueblo nahua del sur de Veracruz*. H. Ayuntamiento de Zaragoza.
- Dirección General de Epidemiología/Secretaría de Salud (2020). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna a la Semana Epidemiológica 53 de 2020*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT_2020_SE53.pdf#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna%20calculada%20es%20de,raz%C3%B3n%20con%20la%20misma%20fecha%20del%20a%C3%B1o%20pasado
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo F., A., Escudero S., M., Alcocer G., M.A. y Del-Río, C. (2021). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología*. Doi: 10.24875/ACM.M20000064
- Gobierno de México (2020). *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/5444623>

- Gobierno de México, Secretaría de Salud (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016&print=true
- Gobierno del Estado de Veracruz-Llave (2020). *Portal Oficial del Estado de Veracruz*. Recuperado de <http://coronavirus.veracruz.gob.mx/2020/12/31/comunicado-estrategia-estatal-contr-el-coronavirus-31122020/>
- Gobierno del Estado de Veracruz-Llave, Secretaría de Salud (2019). Acuerdo para la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Veracruz. *Gaceta Oficial del Gobierno del Estado de Veracruz*, Tomo CXCIX(Núm. Ext. 094), 11-19.
- Gómez E., R. (2018). Factores psicosociales del embarazo, parto y puerperio. *Clinica y Salud. Investigación Empírica en Psicología*, 2(3), 257-269.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021a). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020, preliminar*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021b). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 (ENDIREH)*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf
- Instituto Veracruzano de las Mujeres (2009). *Diagnóstico sobre la situación de las mujeres con enfoque de género en la Sierra de Zongolica y Santa Marta del Estado de Veracruz. Diagnóstico*. Recuperado de <http://www.ivermujeres.gob.mx>
- Jodelet, D. y Kalampalikis, N. (2015). *Représentations sociales et modes de vie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- Meneses N., S., Freyermuth E., G., Pelcastre V., B. y Gómez F.R., L. (2022). COVID-19 among indigenous populations in Mexico and the response of the health system. En N. D. Spence y F. Sekercioglu (Eds.): *Indigenous health and well-being in the COVID-19 pandemic* (pp. 44-80). Routledge. Doi: 10.4324/9781003220381-4
- Moreno, C., Rojas Á., A. y Ángel, J. (2023, agosto). Del Seguro Popular al Insabi: Efectos de la recentralización parcial sobre la cobertura de servicios de salud. *Nexos*. recuperado de <https://federalismo.nexos.com.mx/2023/08/del-seguro-popular-al-insabi-efectos-de-la-recentralizacion-parcial-sobre-la-cobertura-de-servicios-de-salud/>
- Observatorio de Muerte Materna (2021). *Muerte materna en México. Indicadores. Mapa*. Recuperado de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/B>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Embarazo, parto, puerperio. Comprender mejor el impacto de la COVID 19 en las mujeres embarazadas y sus bebés*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *La pandemia de COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo*. Recuperado de <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Parasi, C. (2021). Una revisión de la salud mental materna en tiempos de covid-19. *Revista Psicológica Herediana*, 13(2), 56-61. Doi: 10.20453/rph.v13i2.3903
- Patton, M. (2000). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34, 1189-1208.
- Pelcastre V., B.E., Meneses N., S., Sánchez D., M., Meléndez N., D. y Freyermuth E., G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 810-819. Doi: 10.21149/11861
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa (2ª)*. Ediciones Aljibe.
- Rubio H., A. (2017). Experiencia vivida por mujeres mayas en proyectos productivos: Retos y oportunidades para la agenda de desarrollo de los pueblos indígenas. *Estudios de Cultura Maya*, 51(229). Doi: 10.19130/iifl.ecm.2018.51.823
- Secretaría de Salud (2009). *Encuentros de enriquecimiento mutuo entre el personal de salud y parteras tradicionales*. Documento interno.
- Talanquer, M. y Sepúlveda (Coords.) (2024). *Informe de la Comisión Independiente de Investigación sobre la Pandemia de COVID-19 en México*. Recuperado de <https://www.comisioncovid.mx/documents/Informe-Comision-Independiente.pdf>
- Thaddeus, S. y Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110. Doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7
- Velázquez, E. (2010). *La población indígena del sur de Veracruz: Entre la permanencia y la movilidad*. Recuperado de http://www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/colec_veracruzsigloXXI/AtlasPatrimoniocultural/04POBLACIONINDIGENA.pdf
- Villa G., J.D.(2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica. *Ágora*, 12(2), 349-365.
- Wolfe-Sherrie, E.J., Perroni-Marañón, A.G., Núñez de La Mora, A. y Piperata, B.A. (2022). “Hey child, why were you born when the world is almost over?”: An analysis of first-time mothers’ postpartum experiences during the early stages of the COVID-19 pandemic in Coatepec, Veracruz, Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 26(8), 1732-1740. Doi: 10.1007/s10995-022-03405-6
- World Health Organization (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [tps://iris.who.int/handle/10665/250796](https://iris.who.int/handle/10665/250796)

Evaluación de la personalidad resistente en cuidadores de pacientes en hemodiálisis

Evaluation of resistant personality in caregivers of patients in hemodialysis

Yadira Grau-Valdés¹, Jorge A. Grau-Abalo², Lorena Rojas-Ricardo³
y Carmen Regina Victoria García-Viniegras²

Universidad de Málaga¹
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana²
Florida National University³

Autor para correspondencia: Jorge A. Grau-Abalo, psico@infomed.sld.cu.

RESUMEN

La actividad que implica cuidar a un enfermo crónico constituye una experiencia que demanda mucho tiempo y paciencia. Es por ello importante evaluar los factores que amortiguan el estrés, como es el caso de la personalidad resistente. En el presente análisis se evaluó este constructo en 358 cuidadores cubanos de pacientes en hemodiálisis en varias provincias de Cuba, seleccionados a través de un muestreo probabilístico simple. Se aplicó Cuestionario de Resistencia Laboral, el cual ofrece un puntaje global, así como las dimensiones que incluye (compromiso, control y reto). Los resultados de las variables sociodemográficas mostraron un predominio del sexo femenino. Los niveles de escolaridad más representativos fueron los de secundaria básica y de técnico medio, oscilando los rangos de edad de los cuidadores entre los 25 y 81 años, para una media de 48. Se encontró asimismo un predominio del nivel medio de personalidad resistente, tanto global como por dimensiones. Se destaca la necesidad de continuar efectuando el estudio de los cuidadores de pacientes crónicos a fin de identificar los niveles de personalidad resistente para diseñar acciones necesarias para su promoción, con vistas a una mejor calidad de vida de los enfermos, los cuidadores y el personal de salud en general.

Palabras clave: Cuidadores; Personalidad; Estrés; Enfermos crónicos; Afrontamiento.

ABSTRACT

Caring for a chronically sick person requires a lot of time, effort, and patience. For this reason, it is necessary to assess the factors that diminish stress, as in the case of the resistant personality. In this analysis, 358 Cuban caregivers from different provinces evaluated this construct, chosen by a simple probabilistic sample. Participants responded to the Occupational Hardiness Questionnaire which yields a global score and the dimensions that include (Commitment, Control, and Challenge). The results of the socio-demographics

¹ Doctorante Universidad de Málaga, correo electrónico: yadiragrau1980@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9886-4293>.

² Correos electrónicos: psico@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0002-0044-3712> y carmen.regina.victoria@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-3754-3184>.

³ Correo electrónico: lorenarojas9602@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6289-9205>.



variables show a predominance of the feminine sex. The most representative schooling levels were secondary and technical ones. The age range of caregivers was between 25 and 81, with a median of 48. The results also revealed a dominance of the medium level of resistant personality, both globally and by dimensions. The present findings emphasize the need for a continuous study of chronic patient caregivers to identify the resistant personality levels to design actions to improve the quality of life of ill persons, caregivers, and health personnel in general.

Key words: Caregivers; Personality; Stress; Chronic patients; Coping.

Recibido: 28/08/2024

Aceptado: 02/10/2024

Desde los años 70 del siglo pasado, la psicología de la salud emergió como un campo que puede y debe contribuir a la solución de muchos problemas de la salud pública contemporáneos a partir de la nueva concepción del proceso salud-enfermedad, que ha impuesto una manera diferente de comprender los fenómenos psicológicos. Ya desde 1946 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 1946). Con esta nueva concepción se rechaza la obsoleta visión biomédica y se fomenta el modelo biosicosocial en la atención a la persona.

En la actualidad, se ha desarrollado una concepción holística de la salud en la que se asume que el individuo busca no solamente no estar enfermo, sino también encontrar un sentido de felicidad y bienestar. lo que está relacionado con otros factores, tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general. Desde esta perspectiva, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan las condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas (Aguado y Cuesta, 2018; Benítez, 2015; Moreno-Jiménez *et al.*, 2005).

Conviene destacar que es indiscutible la conexión que hay entre los rasgos de personalidad y la salud en el panorama científico actual. A lo largo de los años, las investigaciones en psicología

de la salud se han transformado de una forma tal que se comprende ahora la influencia de los factores psicológicos en el origen y evolución de las enfermedades, y se ha puesto de manifiesto cómo es que los procesos mentales afectan los complejos sistemas de regulación corporal.

De esta manera, la mente no afecta al cuerpo a través de síntomas únicamente, sino mediante una variedad de mecanismos, estructuras y manifestaciones que generan inseguridad, depresión, ansiedad, estrés y otras formas de expresión psicológica poco saludables. Cuando estas condiciones alcanzan la estabilidad en la personalidad, influyen de múltiples formas en el funcionamiento físico del organismo (Grau *et al.*, 2005; Grau-Valdés *et al.*, 2020; Hoyos, 2020).

Sin duda, uno de los modelos más conocidos por su enfoque en la personalidad saludable es el de Kobasa *et al.* (1982), conocido como *personalidad resistente* (PR en lo sucesivo). Dicho modelo plantea un concepto de personalidad dinámico en el que las dimensiones de la PR se configuran en acciones y compromisos adaptados a cada momento. De esta forma, los individuos que presentan un alto grado de compromiso, control y reto en relación con las actividades que realizan y las actitudes frente a éstas, poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o al de la vida cotidiana.

Así pues, los individuos con PR muestran actitudes protectoras ante elementos no saludables, como el estrés y el *burnout*, que facilitan estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La PR aparece así como un componente más de una personalidad positiva que favorece los procesos salutogénicos (Grau *et al.*, 2020; Moreno-Jiménez *et al.*, 2005).

A raíz de tales investigaciones se han definido tres amortiguadores del estrés: el *compromiso*, el *control* y el *reto* como constituyentes de las dimensiones de la PR. Maddi (2002) asume la categoría de *compromiso* como una predisposición a involucrarse con personas, cosas y contextos, en lugar de destacarse, aislarse o alienarse. Por otro lado, el *control* hace referencia al esfuerzo hecho por cada persona para tener una influencia directa en los resultados alrededor de sí misma, lo que evita que se hunda en la pasividad o la ineficacia. Por último, la dimensión *reto* (o cambio) signifi-

ca querer y necesitar aprender constantemente de la experiencia, sea positiva o negativa, en vez de acomodarse para evitar tanto certezas como amenazas potenciales. Es importante precisar que para considerar que una persona tiene una PR debe poseer las tres dimensiones, pues no se concibe en este modelo a un sujeto con altos niveles de control que no esté dispuesto a emplear su tiempo en el esfuerzo y sacrificio para aprender constantemente de la experiencia, o que no se sienta comprometido con las personas o contextos que lo circundan (Meda *et al.*, 2021; Valles *et al.*, 2024).

De manera especial, un estudio efectuado por Khoshaba y Maddi (1999) proporcionó la base empírica para asumir que la PR se desarrolla en personas que son animadas por quienes las rodean a creer que pueden convertir la adversidad en oportunidad. Con el tiempo, se estructura un patrón de reacción al estrés que debe construir las tres dimensiones mencionadas anteriormente, constituyéndose así el llamado *valor existencial*.

Investigaciones recientes refuerzan el desarrollo de la PR en diversas poblaciones, lo que ha hecho posible ampliar el concepto de “hardiness” y vincularlo con otras categorías, como el sentido de coherencia (Jiménez *et al.*, 2016; Sanféliz, 2019), el apoyo social (Arias *et al.*, 2016; Mejía, 2017; Vinaccia *et al.*, 2005), la autoeficacia (Alonso, 2024; Irustat *et al.*, 2023; Ríos *et al.*, 2011), las estrategias de afrontamiento (Bustamante *et al.*, 2021; González, 2016), el *burnout* (Jiménez *et al.*, 2016; Ortega *et al.*, 2014; Tarrillo, 2016; Valles *et al.*, 2024), la resiliencia y el crecimiento (Fernández y Crespo, 2011; León *et al.*, 2019), los procesos de agotamiento y energía (Davey, 2017; Moreno-Jiménez *et al.*, 2012), el estrés percibido (Barra y Vaccaro, 2013; Pollet *et al.*, 2016) y el bienestar psicológico (González, 2016), entre otros.

A pesar de lo antes expuesto, es necesario puntualizar que en Latinoamérica no es éste un enfoque suficientemente estudiado; los análisis que hay se centran en variables específicas de la salud y el comportamiento de los profesionales en los contextos institucionales de salud. En el estudio de Latorre (2008), una revisión bibliográfica de las publicaciones en español relacionadas con el constructo PR, se expone como principal resultado la escasa cantidad de publicaciones en el campo

de la salud, lo que fue confirmado por Santillán (2017). Aun trabajando en contextos sanitarios, es éste un enfoque que surge en tal disciplina y que está orientado a la promoción y centrado en los factores protectores de la salud en el contexto del estudio del estrés y de sus efectos.

Por otra parte, los trabajos que se centran en enfermedades específicas tienen que ver con padecimientos de carácter crónico o terminales y que se enfocan en la evaluación del efecto amortiguador y paliativo de la PR en relación con las secuelas de la enfermedad (Vinaccia *et al.*, 2005). Sin embargo, existen muy pocos estudios que evalúen la PR en personas que, aunque no presenten enfermedades crónicas, están sometidas constantemente al estrés en ese contexto, como es el caso de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas (Gouveia y Peña, 2017; Grau *et al.*, 2023).

Así, entre las enfermedades crónicas y complicadas que requieren ser investigadas por la ciencia psicológica se destaca la enfermedad renal crónica (ERC), también conocida como insuficiencia en el mundo renal crónica (IRC) de la cual hay un número de casos que llega a 500 millones de adultos en el mundo (Gorostidi *et al.*, 2018). Dicha enfermedad, al igual que otros padecimientos crónicos, se caracteriza por una evolución lenta, progresiva y sin curación definitiva. La enfermedad se instala y el individuo aprende a convivir con ella, dejándole una sucesiva cantidad de secuelas, por lo que constituye un importante problema de salud en el marco de las enfermedades crónicas no transmisibles (Guinarte *et al.*, 2020).

Sin duda, las limitaciones físicas en la vida cotidiana propias de una enfermedad exigen ayuda y marcan el proceso del cuidado por parte del familiar que comienza a asumir el rol. Según Laguarda (2019), los cuidados se centran en minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental de la persona, ayudarla en las tareas esenciales de su vida diaria y hacer que viva lo más independiente posible.

En este sentido, el cuidador se reconoce como el miembro de la familia que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional para el cuidado de las personas con alta dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (Fusté

et al., 2018). Las tareas del cuidador se asumen progresivamente en función del grado de dependencia que presente el enfermo y los niveles de ayuda que necesite para su nuevo estilo de vida. Cuando una persona ejerce el rol de cuidador principal de un familiar, su vida cambia a partir de la atención que demanda el cuidado, lo que implica una modificación respecto al tiempo que destina a sus actividades de ocio, a su vida íntima e incluso al cuidado de sí misma. Las personas cuidadoras pueden sufrir cambios o conflictos de roles y una sensación de pérdida de su vida sexual, lo que le genera problemas en su armonía emocional (Durrán, 2016).

Sin duda, la actividad de cuidado constituye una experiencia sumamente demandante de compromiso, tiempo y paciencia. El cuidador experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales, y pueden ocurrir trastornos del sueño, ansiedad, depresión, estrés, trastornos de la alimentación y muchos otros (Martínez *et al.*, 2017). Por eso es importante evaluar los factores que pueden amargarlos, como la PR en tales personas.

MÉTODO

Participantes

En este estudio transversal, exploratorio y descriptivo efectuado a lo largo de tres meses, con un enfoque eminentemente cuantitativo, participaron 358 sujetos de seis provincias cubanas, los cuales se seleccionaron a partir de una muestra probabilística simple, con los siguientes criterios de conformación.

Criterios de inclusión:

- Ser cuidadores principales de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento hemodialítico por más de seis meses.
- Que manifestaran su consentimiento para formar parte de la investigación como condición ética fundamental para la realización de la investigación.
- Que no estuviesen bajo tratamiento psicofarmacológico, pues los efectos derivados del mismo podrían sesgar los resultados.

Criterios de exclusión:

- Que no fuesen los cuidadores principales de pacientes en tratamiento hemodialítico por más de seis meses.

Criterios de eliminación:

- Aquellos a cuyo paciente se le hubiese practicado un trasplante renal.
- A quienes manifestaran su deseo de salir del programa.
- A quienes su familiar enfermo falleciera durante el estudio.

A los efectos del estudio, se definió la PR como las características de la personalidad que se desarrollan tempranamente en la vida y que funcionan como una fuente de resistencia ante acontecimientos estresantes que se consolidan a través de las experiencias (Maddi y Maddi, 2013).

Procedimiento

Las dimensiones de la PR son, como se ha dicho líneas atrás, el compromiso, el control y el reto. El compromiso consiste en el grado de implicación en las actividades desarrolladas en la vida; el control es la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la injerencia e influencia personal en los acontecimientos de la vida, y el reto está referido a la vivencia de los cambios en la vida de una persona como oportunidades, quien los prefiere a la estabilidad evitando acomodarse.

La operacionalización de la variable se elaboró mediante el instrumento empleado para su evaluación, empleando en la presente investigación el cuestionario de PR denominado Cuestionario de Resistencia Laboral (CRL), dado que se elaboró para ser utilizado en el ámbito laboral.

Instrumentos

Occupational Hardiness Questionnaire, o *Cuestionario de Resistencia Laboral* (CRL) (Moreno-Jiménez *et al.*, 2014).

Este instrumento se aplicó con la finalidad de evaluar la PR considerando que su aplicación aún está fuera del ámbito no laboral. Este instrumento se sometió a una validación en la población cubana

de cuidadores. Tiene características psicométricas satisfactorias, con un coeficiente alfa de Cronbach aceptable (0.84) y puede utilizarse tanto en el estudio de la salud laboral como en el enfoque de la personalidad positiva (Grau *et al.*, 2020). Consta de 15 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos que se responden con 1 = “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 = “Totalmente de acuerdo”. El constructo se compone de los tres factores citados antes: compromiso (ítems: 1, 4, 7,

10 y 14), control (ítems: 3, 6, 9, 12 y 15) y reto (ítems: 2, 5, 8, 11 y 13).

Para su calificación se obtiene el puntaje global de PR y un puntaje para cada una de sus dimensiones. La puntuación de la dimensión es la suma de todos los ítems de esa dimensión dividido entre el número de ítems (5), y el resultado es un número ubicado siempre entre 1 y 4 puntos. La obtención de las puntuaciones de dicho instrumento se resume en la Tabla 1.

Tabla 1. Calificación del cuestionario PR.

Instrumento	Ítems por dimensiones	Calificación global	Calificación por dimensión
Cuestionario de Personalidad resistente (CRL)	Compromiso 1, 4, 7, 10, 14	Puntuación baja: 1.00-2.00	Puntuación baja: 1.00-2.00
	Control 3, 6, 9, 12, 15	Puntuación media: 2.01-3.00	Puntuación media: 2.01-3.00
	Reto 2, 5, 8, 11, 13	Puntuación alta: 3.01 – 4.00	Puntuación alta: 3.01-4.00

Para el procesamiento de los datos se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 22.0 para Windows.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica de la muestra

Atendiendo la evidencia, se muestra en primer lugar un predominio del sexo femenino (55% (197) de la muestra.

Los valores mínimo y máximo indican el rango o amplitud de edades que conforman la muestra (Tabla 2), por lo que fueron encuestadas personas de 25 a 81 años.

Tabla 2. Variables sociodemográficas. Análisis estadístico de la muestra atendiendo a la edad.

Estadígrafo	Valor
Media	48
Mediana	48
Moda	25
Desviación estándar	15
Valor mínimo	25
Valor máximo	81

Por otra parte, se identificó que los niveles de escolaridad más frecuentes fueron el secundario y el técnico medio, con 31.6 y 25.7% de la muestra, respectivamente, en tanto que sólo 0.3% de la muestra sólo poseía el grado de bachiller (Tabla 3).

Tabla 3. Variables sociodemográficas. Distribución de la muestra según escolaridad.

Nivel escolar	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
Ninguno	37	10.3	10.3
Primaria	70	19.6	29.9
Secundaria Básica	113	31.6	61.5
Técnico medio	92	25.7	87.2
Obrero calificado	45	12.6	99.7
Bachiller	1	0.3	100.0
Total	358	100.0	

En cuanto a la ocupación, únicamente 16.5% de los sujetos no tenía un vínculo laboral y 1.7% estudiaba al momento del presente análisis. Además, 6.1% de la muestra se había jubilado, mientras que la labor de ama de casa la desempeñaba 8.9% de los participantes.

Evaluación de los niveles de PR

Los resultados obtenidos en la evaluación de los niveles globales de PR se reportan en la Tabla 5, que muestra los niveles medios de PR.

También se estimaron los niveles de PR por dimensiones en los cuidadores de pacientes en hemodiálisis (Tabla 6).

Tabla 5. Distribución de frecuencia de las anotaciones según personalidad resistente (nivel global).

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	59	16.4
Medio	174	48.7
Alto	125	34.9
Total	358	100.0

Tabla 6. Distribución de frecuencia de las anotaciones según dimensiones.

Dimensión	Resultado	Frecuencia	Porcentaje
Compromiso	Bajo	40	11.2
	Medio	189	52.8
	Alto	129	36.0
	Total	358	100.0
Control	Bajo	65	18.2
	Medio	149	41.6
	Alto	144	40.2
	Total	358	100.0
Reto	Bajo	129	36.0
	Medio	154	43.0
	Alto	75	21.0
	Total	358	100.0

Se observa que el predominio en la dimensión de control se encuentra en los niveles medio y alto de PR, con 149 (41.6%) y 144 (40.2%), respectivamente. En todas las dimensiones prevalece el nivel medio de PR, y sólo en la dimensión de reto se hallan niveles bajos. Al resto de las dimensiones le siguen valores altos al nivel medio de PR.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con Nanjarí (2008) y Santillán (2017), debe subrayarse que hay muy escasos reportes publicados respecto a la PR en el contexto de la salud, posiblemente porque es un enfoque que surge en un ámbito muy distinto. Sería necesario llevar a cabo más investigaciones empíricas para tener evidencias del impacto de la PR en la prevención y modulación de enfermedades, así como

en el afrontamiento del estrés tanto por la persona enferma como por sus cuidadores, lo que hace posible desarrollar intervenciones en esta área que contribuyan a ampliar el conocimiento científico en dicho sentido, además de las implicaciones prácticas alcanzables de manera inmediata.

Las investigaciones que se hallan con más frecuencia son las que señalan la relación que se hace entre las variables de la PR y el burnout en los profesionales sanitarios, como los enfermeros y médicos. Tales estudios dan cuenta de una alta correlación negativa y estadísticamente significativa entre las dimensiones de la PR y el burnout (Ortega *et al.*, 2007; Tarrillo, 2016); sin embargo, se encuentran pocos estudios al respecto en cuidadores informales, que al estar más vinculados afectivamente con el paciente y no poseer la preparación sanitaria necesaria para el cuidado, probablemente se encuentren más afectados. Esto

debe ser tenido en cuenta de manera especial en aquellos contextos en los cuales los cuidadores formales no están tan organizados por el sistema social.

Es importante destacar que los aspectos positivos del cuidado están siendo investigados en los últimos años, específicamente por la resiliencia, el *hardiness* y el crecimiento en cuidadores no formales, aunque las investigaciones en este aspecto son aún escasas, coincidiendo con Fernández y Crespo (2011), Moral *et al.* (2018) y Da Silva *et al.* (2019).

Concretamente en el presente estudio se evaluó la PR en cuidadores no formales de pacientes en hemodiálisis mediante un instrumento validado en esta población en el contexto cubano, lo cual constituye una fortaleza. Los resultados son semejantes a los de trabajos anteriores (Clark y Hartman, 1996), logrando los participantes niveles entre moderados y elevados de *hardiness* (DiBartolo y Soeken, 2003; Milne *et al.*, 1994). Esto no significa que no haya malestar psicológico en esta población. Autores como Milne *et al.* (1994) y Wilks y Vonk (2008) han encontrado carga percibida a pesar de estos valores de la PR, estrés (Wilks y Croom, 2008), depresión (Clark, 2002; Clark y Hartman, 1996) y fatiga (Clark, 2002).

Como afirman Gaugler *et al.* (2007), Crespo y Fernández-Lansac (2015) y Oñate y Calvete (2017), los factores que contribuyen a una mayor resiliencia en esta población son varios, entre ellos las características sociodemográficas relativas al propio cuidador, como ser latino, tal como ocurre en este estudio. Lo anterior lo explican los citados autores en función de las creencias culturales y la socialización del sujeto; pero también en función de la adaptación longitudinal a su rol de cuidador. A pesar de ello, no se puede negar la influencia de recursos intrapsíquicos sobre la fortaleza y la resiliencia.

Aunque algunos autores la relacionan con el sentido de vida (Milne *et al.*, 1994), los presentes autores concuerdan más con aquellos que establecen una relación con el estilo de afrontamiento y el modo de evaluación de la situación (Clark, 2002; Martínez *et al.*, 2017). DiBartolo y Soeken (2003) ven la PR como una variable moderadora entre los antecedentes del cuidador (variables demográficas, características del cuidado y recursos

del cuidador) y la forma en que evalúe la situación de cuidado, o sea, que las personas con niveles de PR más altos evaluarán más positivamente la experiencia de cuidado.

Los resultados aquí expuestos coinciden con los de Peñacoba *et al.* (2001) y Vinaccia *et al.*, (2005), según los cuales los sujetos muestran niveles altos o moderados en la mayoría de los componentes del constructo. Moreno-Jiménez *et al.* (2001) y Ríos *et al.* (2011) consideran que la variable que más contribuye a disminuir el estrés del rol de cuidador es el compromiso, mientras que autores como Vinaccia *et al.* (2005) consideran el reto como la más importante.

En algunos estudios parece quedar clara la relación de algunas dimensiones de la PR con ciertos componentes del síndrome de burnout, como la relación significativa en sentido negativo entre el compromiso-cansancio emocional y el reto-autorealización personal en cuidadores profesionales (Amutio, 2008, 2011; Garrosa *et al.*, 2008; Ríos *et al.*).

En este estudio, a diferencia del de Vinaccia *et al.* (2005), la variable *reto* fue la de los resultados más bajos. Así, si se fomenta la capacidad de reto ante la experiencia adversa, se aminorará el efecto emocional negativo, lo que indudablemente se traduciría en una mejora de la calidad de vida para los cuidadores.

Por último, se hace necesario resaltar la necesidad de desarrollar más investigación en los países latinoamericanos que den cuenta del comportamiento particular de esta variable en tales contextos. Se debe considerar que los aspectos culturales y de desarrollo interno de los países tiene probablemente una influencia sustancial en la vulnerabilidad o resistencia de las personas ante la presión y la crisis, y que el desarrollo de la personalidad está estrechamente relacionado con el contexto de socialización específico, donde el contexto cultural e histórico de los últimos decenios probablemente influya de manera particular en la resistencia de las personas (Latorre, 2008).

Por otro lado, tal vez sería oportuno complementar estos estudios con otros propios de las metodologías cualitativas que profundicen en el significado del cuidado y la manera en que se integran las distintas dimensiones de la PR para resol-

verse en una construcción personal sobre el rol y un comportamiento coherente que genere sentimientos positivos y beneficios para quien desarrolla tan importante tarea. Concretamente, la variable PR global resulta ser un predictor significativo del malestar psíquico en general y de los diferentes síntomas psíquicos.

Derivado del beneficio que esta estructura de la personalidad puede ejercer sobre el bienestar o la salud de los profesionales, han comenzado a aparecer nuevas investigaciones que tratan de instaurar programas de intervención para fomentar o desarrollar esta estructura de personalidad. Dichos trabajos se han centrado especialmente en la intervención con los gestores y supervisores de personal a fin de poder prevenir las consecuencias negativas que el estrés laboral crónico puede tener sobre la organización y la salud de los profesionales. Tales estudios indican que la PR puede ser aprendida, y concluyen que los supervisores con niveles más altos en PR son los profesionales más comprometidos y con tendencia a crear un ambiente laboral más positivo y creativo, lo que repercute en la satisfacción laboral y el bienestar de los profesionales a su cargo (Judkins e Ingram, 2002; Judkins *et al.*, 2006; Lambert *et al.*, 2004).

A este respecto, debe decirse que en la mayoría de los países, sobre todo en España, si bien se han hecho estudios que se centran en la relación entre la PR y los síntomas derivados del estrés crónico laboral, resultan escasos aquéllos que implican programas de intervención. Sería interesante fomentar el desarrollo futuro de este tipo de investigaciones en el contexto de la prevención e intervención, especialmente de los trastornos ocasionados por el estrés crónico asistencial en las organizaciones de salud. Dichos programas de intervención, además de constituir un valioso apoyo para los cuidadores de enfermos crónicos, podrían contribuir a aumentar el bienestar de los profesionales y mejorar el ambiente laboral, así como la calidad del servicio ofrecido al usuario.

Finalmente, la PR ha mostrado tener una relación positiva con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La dimensión *implicación* parece actuar como un predictor confiable de la CVRS mental, mientras que la dimensión *control* actúa como variable predictora de la CVRS física.

Asimismo, altas puntuaciones de la PR parecen predecir buenos niveles de calidad de vida (Failde *et al.*, 2013), datos que confirman la importancia de esta variable en la predicción de la CVRS.

De acuerdo con Jenaro *et al.* (2008) y Bustamante *et al.* (2021), la PR ejerce un efecto protector de las situaciones estresantes ya que se relaciona con un mayor apoyo social, con estrategias de afrontamiento centradas en resolución de problemas y con la promoción del bienestar personal. Moreno-Rosset *et al.* (2009) también encontraron una relación entre la PR y la utilización de estrategias de afrontamiento activas que favorecen el estado de salud.

En el estudio de Gouveia y Peña (2017), al evaluar las dimensiones de compromiso y reto, se obtuvieron altas puntuaciones, a diferencia del control, porque, según refieren los autores, no depende de los cuidadores lo que sucede con la enfermedad de los pacientes que cuidan. Para los autores, los cuidadores con PR en la dimensión de compromiso se caracterizan por tener tendencia a implicarse en las actividades de la vida cotidiana e identificarse con el significado de los eventos. Ante la situación de cuidado, los sujetos se tornan más comprometidos, evitan el distanciamiento y utilizan estrategias adaptativas. A diferencia del citado trabajo, en la presente investigación es la variable reto o desafío la que queda con puntajes bajos, sin considerar los cambios en su rutina de vida como una oportunidad de progreso. Habría que indagar si aspectos culturales están relacionados con estos resultados.

CONCLUSIONES

Se caracteriza una muestra de cuidadores de varias provincias de Cuba en la que predominó el sexo femenino. El nivel de escolaridad más representativo fue el de secundaria básica y el técnico medio: los rangos de edad de los cuidadores oscilaron de 25 a 81 años, para una media de 48.

En la muestra estudiada se evaluó la PR, predominando el nivel medio, tanto global como por dimensiones, seguido del nivel alto, excepto en la dimensión de cambio o reto, que mostró niveles bajos de PR.

Se hace necesario evaluar las dimensiones de la PR en cuidadores de pacientes crónicos, en particular en aquellos sometidos a hemodiálisis, a fin de diseñar intervenciones tendientes a poten-

ciar las dimensiones que se identifiquen como las más limitadas.

Conviene que los especialistas que atienden pacientes en hemodiálisis velen por la evaluación e intervención ante los cuidadores.

Citación: Grau-Valdés, Y., Grau-Abalo, J.A., Rojas-Ricardo, L. y García-Viniegras, C.R.V. (2025). Evaluación de la personalidad resistente en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 35(2), 323-334. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2993>

REFERENCIAS

- Aguado, M.P.Q. y Cuesta, M.H.B. (2018). Análisis de variables de personalidad, bienestar psicológico y pensamiento constructivo en estudiantes de Ciencias de la Salud. *European Journal of Health Research: (EJHR)*, 4(1), 5-18.
- Alonso O., N. (2024). *La relación entre la autoeficacia y la resistencia psicológica académica y laboral: una revisión sistemática*. Tesis de Grado. Madrid: Universidad Europea. Recuperado de <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/8745>
- Amutio, A. (2008). *The burnout syndrome in the sanitary personnel at the Basque Country: work variables, hardiness, psychological well-Being and consequences*. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de la SEAS, Benidorm, España.
- Arias, A., Romano, C. y Della Neve, E. (2016). *Influencia del sexo, el nivel socioeconómico, el apoyo social percibido, los estilos de afrontamiento y la personalidad resistente en los niveles de estrés en padres de niños con trastorno del espectro autista*. Tesis doctoral. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Recuperado de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anejos/biblioteca/marc/texto/AAT6122.pdf>
- Barra A., E. y Vaccaro H., M.A. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119.
- Benítez, M.J. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud-enfermedad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 163-184. Doi.org/10.17533/udea.rp.25269
- Bustamante, P.L.L., Martínez, S.L., Suarez, A.M. y Borjas, M.V. (2021). Enfermedades crónicas desde dos dimensiones de la psicología positiva: el *fluir* y la personalidad resistente. *Revista Liminales. Escritos sobre Psicología y Sociedad*, 10(20), 115-146. Doi: 10.54255/lim.vol10.num20.563
- Clark, P. (2002). Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Research in Nursing & Health*, 25, 37-48. Doi: 10.1177/0164027596184001
- Clark, L. y Hartman, M. (1996). Effects of hardiness and appraisal on the psychological distress and physical health of caregivers to elderly relatives. *Research on Aging*, 18, 379-401. Doi: 10.1177/0164027596184001
- Crespo, M. y Fernández L., V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. Doi: 10.6018/analesps.31.1.158241
- Davey C., K.A. (2017). Felicidad y engagement en estudiantes-trabajadores de nivel superior en Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(2), 389-406. Doi: 10.15381/rinvp.v20i2.14049
- DiBartolo, M. y Soeken, K. (2003). Appraisal, coping, hardiness, and self-perceived health in community-dwelling spouse caregivers of persons with dementia. *Research in Nursing & Health*, 26, 445-458. Doi: 10.1002/nur.10107
- Durán, N. (2016). *Funcionamiento psicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades de Alzheimer: sobrecarga emocional, malestar psíquico y calidad de vida*. Tesis doctoral. Badajoz, España: Universidad de Extremadura. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47451>
- Failde, J.M, Carballo B., J., Lameiras F., M. y Rodríguez C., Y. (2013). Personalidad resistente, burnout, estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud en profesionales sociosanitarios de centros gerontológicos. *Salud y Ciencia*, 19(7), 599-606. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/332903014>
- Fernández, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. Doi: 10.5093/cl2011v22n1a2
- Fusté B., M., Pérez I., M., y Paz E., L.E. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782018000100012&script=sci_arttext

- Garrosa, E., Moreno J., B., Liang, Y. y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.003
- Gaugler, J., Kane, R. y Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 62 B, 38-44. Doi: 10.1093/geronb/62.1.P38
- González, R. L. (2016). *Emoción, coping y personalidad resistente en padres de niños con trastorno del espectro autista. Relación con la sintomatología emocional y bienestar*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=lxG6uZPEJlw%3D>
- Gorostidi, M., Sánchez M., M., Ruilope, L.M., Graciani, A., De la Cruz, J.J., Santamaría, R. y Banegas, J.R. (2018). Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología*, 38(6), 606-615. Doi: 10.1016/j.nefro.2018.04.004
- Gouveia, K.M. y Peña, M.F. (2017). *Influencia de la espiritualidad, personalidad resistente y sexo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los cuidadores de pacientes con demencia*. Tesis de Licenciatura. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT7441.pdf>
- Grau A., J. y Hernández, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En J. A. Grau Abalo y E. Hernández Meléndez. E. Hernández y J. Grau. (Comps.): *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 113-178). Guadalajara (México): Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Grau, J., Vargas, E. y Grau, Y. (2023). *El cuidado del cuidador: un desafío emergente* (2ª ed.). Guadalajara (México): UNIDAPSA.
- Grau V., Y., Oliva H., I., Rojas R., L., Grau A., J. y Martínez R., L. (2020). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Personalidad Resistente (versión no laboral) en la población cubana. *Terapia Psicológica*, 38(2), 153-167.
- Grau V., Y., Umpierre, Y., Y. y Rodríguez L., M. (2019). Sentido personal del rol y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 2(1), 269-281.
- Hoyos, M.L. (2020). Los modelos dimensionales de la personalidad y su importancia en la psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 12(2), 26-30. Doi: 10.17533/udea.rp.e342593
- Irustat, N.M., Asbún M.W.H. y Schulmeyer, M.K. (2023). Relación entre personalidad resistente y estrés académico en estudiantes universitarios de humanidades e ingeniería. *Aportes*, 1(35), 53-66. Doi: 10.56992/a.v1i35.441
- Jenaro R., C., Moreno R., C., Antequera J., R. y Flores R., N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El “dera”: una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 176-185. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829204.pdf>
- Jiménez B., M., Gutiérrez J., L.G. y Hernández E., G. (2016). Variables de personalidad y proceso del burnout: personalidad resistente y sentido de la coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 20(1), 1-18. Recuperado de <http://revista.cincel.com.co/index.php/RPO/article/view/42/42>
- Judkins, S.K. e Ingram, M. (2002). Decreasing stress among nurse managers: A long-term solution. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33, 259-264. Doi: 10.3928/0022-0124-20021101-06
- Judkins, S., Reid, B. y Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: Building a healthy workplace. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-207. Doi: 10.3928/00220124-20060901-03
- Khoshaba, D.M. y Maddi, S.R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting Psychology Journal: Practice and research*, 51(2), 106. Doi: 10.1037/1061-4087.51.2.106
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42,168-177. Doi: 10.1037/0022-3514.42.1.168
- Laguado J., E. (2019). Perfil del cuidador del paciente con enfermedad renal crónica: una revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica*, 22(4), 352-359. Doi: 10.4321/s2254-28842019000400002
- Lambert, V.A., Lambert, C.L. e Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97. Doi: 10.1016/s0020-7489(03)00080-4
- Latorre N., J.O. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18(19), 267-274. Doi: 10.25009/pys.v18i2.668
- León M., Á.G., González G., A., Robles O., H., Padilla J., L. y Peralta R., I. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC) en población española. *Anales de Psicología*, 35(1), 33-40. Doi: 10.6018/analesps.35.1.314111
- Maddi, S.R. (2002). The story of hardiness: twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychological Journal*, 54, 173-185. Doi: 10.1037/1061-4087.54.3.173
- Maddi, S.R. y Maddi, S. (2013). *Personal hardiness as the basis for resilience. Hardiness: turning stressful circumstances into resilient growth*, pp. 7-17. Doi: 10.1007/978-94-007-5222-1_2

- Martínez R., L., Grau V., Y. y Rodríguez U., R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148. Doi: 10.4321/S2254-288420170000200007
- Meda L., R.M., Yeo A., C., Juárez R., P., Palomera C., A. y Moreno J., B. (2021). Adaptación del cuestionario de personalidad resistente en población mexicana. *Pensando Psicología*, 17(2), 1-24. <http://doi.org/10.16925/2382-3984.2021.01.02>
- Mejía A., C.S. (2017). Una mirada al constructo de personalidad resistente. *Temática Psicológica*, 13, 19-27. Doi: 10.33539/tematpsicol.2017.v13n1.1302
- Milne, C., Sacco, C., Cetinski, G., Browne, G. y Roberts, J. (1994). Correlates of well-being among caregivers of cognitively impaired relatives. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26, 27-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7922878/>
- Moral F, L., Frías O., A., Moreno C., S., Palomino M., P. A. y Del Pino C., R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50(5), 282-290. Doi: 10.1016/j.aprim.2017.05.008
- Moreno J., B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M. y Rodríguez C., R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72723431013.pdf>
- Moreno J., B., Garrosa H., E. y Gálvez H., M. (2005). Personalidad positiva y salud. En Flórez A., L., Botero M., M. y Moreno-Jiménez, B. (Eds.): *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Bogotá: ALAPSA.
- Moreno J., B., González, J.L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Coords.): *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno J., B., Rodríguez M., A., Garrosa, H.E. y Blanco, L.M. (2014). Development and validation of the occupational hardiness questionnaire. *Psicothema*, 26(2), 207-214. Doi: 10.7334/psicothema2013.49 10.7334/psicothema2013.49
- Moreno-Rosset, C., Jurado, R. A. y Río, C. J. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA) [Validation of the Questionnaire of Emotional Maladjustment and Adaptive Resources in Infertility (DERA)]. *Psicothema*, 21(1), 118-123. <https://psycnet.apa.org/record/2009-00809-019>
- Oñate, L. y Calvete, E. (2017). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 93-101. Doi: 10.1016/j.psi.2016.11.002
- Ortega, M., Ortiz, G. y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117101.pdf>
- Ortega M., E., Ortiz G., R. y Martínez A., J. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32(3), 235-242. Doi: 10.4067/s0718-48082014000300006
- Peñacoba, C., Rigueiro, S. y Moreno J., B. (2001). *Personalidad resistente. Validación del constructo en dos muestras españolas*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Pollet, M., Egado, A., Moine-Perret, L. y Gueben, L. (2016). Personalidad resistente y estrés en los bomberos: vínculos entre las dificultades psicosociales presentes en la actividad y la salud psicológica. *Revista de Psicología*, 12(23), 25-37. <https://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/personalidad-resistente-estres-bomberos.pdf>
- Ríos R., M.I., Sánchez M., J. y Godoy F., C. (2011). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715515010.pdf>
- Sanfcliz C., V.E. (2019). *El sentido de coherencia de Antonovsky*. Tesis de grado. Universidad Pontificia de Madrid. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/handle/11531/31898>
- Santillán M., A.C. (2017). Una mirada al constructo de personalidad resistente. *Temática Psicológica*, 13(13), 19-27. Doi: 19.33539/tematpsicol.2017.v13n1.1302
- Silva T., da, P C., Gomes, A.M.T., das Mercês, M.C., Couto, P.L.S., França, L.C.M. y da Silva, A. N. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24. Doi: 10.5380/ce.v24i0.58692
- Tarrillo M., S.E. (2016). *Influencia de la Personalidad Resistente en el Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa*. Tesis de grado. Lima: Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/5529>
- Valles J., H.H., Vázquez A., G., Arredondo J., S.C., Márquez A., T. y Mata J., L.V. (2024). Síndrome de burnout y personalidad resistente en profesionales de enfermería. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año 12(1). Doi: 10.46377/dilemas.v12i1.4287
- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobón, S. y Moreno S. P., E. (2005). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23(1), 15-24. <https://www.semanticscholar.org/paper/Disposiciones-Fortalecedoras%3A-Personalidad-y-en-con-Vinaccia-Contreras/c940b84e6971eb88e7c0836dd479d5b1b3146960>

- Wilks, S. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12, 357- 365. Doi: 10.1080/13607860801933323
- Wilks, S. y Vonk, M. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 113 -131. Doi: 10.1300/J083v50n3_09
- World Health Organization (WHO) (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana

Psychometric properties of a scale to assess the adjustment disorder in Mexican population

Fabiola Guadalupe Reyes-Torres¹, Georgina Cárdenas-López¹
y Soledad Quero-Castellano^{2,3}

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universitat Jaume I²
Instituto de Salud Carlos III³

Autor para correspondencia: Fabiola Guadalupe Reyes Torres, fabyolart@gmail.com.

RESUMEN

El trastorno adaptativo tiene una alta prevalencia en la práctica clínica, no obstante, en México, hay una ausencia de instrumentos estandarizados que permitan su identificación. El Nuevo Módulo para la Medición del Trastorno Adaptativo (ADNM-20) es un cuestionario de autoinforme de origen alemán, basado en los criterios de la CIE-11 que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas. *Objetivo.* Validar la estructura del ADNM-20 en población mexicana. *Método.* El instrumento fue traducido al castellano y sometido a un jueceo de expertos que evaluaron la pertinencia lingüística de los reactivos. Participaron 285 personas de entre 18 y 70 años quienes contestaron vía electrónica una batería compuesta por la versión mexicana del ADNM-20, la lista checable de trastorno por estrés postraumático del DSM 5 (PCL-5) y la escala multidimensional de estilos de afrontamiento abreviada (Brief COPE), posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) en el que se compararon tres modelos: (1) modelo unifactorial, (2) modelo de seis factores relacionados y (3) modelo de segundo orden. *Resultados.* El AFC reveló que el mejor ajuste se obtuvo con el modelo unidimensional. El índice de consistencia interna fue adecuado ($\alpha=.937$), se obtuvieron medidas de validez discriminante que mostraron correlaciones negativas con estilos de afrontamiento activo y de apoyo social. *Discusión.* En población mexicana, el ADNM-20 es un instrumento válido y confiable que permite la evaluación del trastorno adaptativo a través de una estructura unifactorial. No obstante, son necesarios estudios adicionales controlando el tipo de estresor para una mejor descripción de su dimensionalidad.

Palabras clave: Trastorno adaptativo; Estrés; ADNM-20; Validación psicométrica; Medición.

¹ Facultad de Psicología, Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología, Edificio B, Piso 1, Laboratorio 002, Av. Universidad 3004, Coyoacán, Copilco-Universidad, 04510 Ciudad de México, tel. 56222292, correos electrónicos: fabyolart@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5169-9673> y cardenas.georgina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4569-1944>.

² Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Avda. Sos Baynat s/n, 12071 Castelló de la Plana, España, tel. (34)964-38-76-41, correo electrónico: squero@psb.uji.es, <https://orcid.org/0000-0002-8973-1250>.

³ CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), C/ Monforte de Lemos 3-5, Pabellón 11, Planta 0, 28029 Madrid, España.



ABSTRACT

Adjustment disorder is one of the most prevalent in clinical practice; however, in México, there is a significant lack of standardized instruments for its identification. The New Module for the Measurement of Adjustment Disorder (ADNM-20) is a German self-report questionnaire with adequate psychometric properties based on the diagnostic criteria proposed by the ICD-11 composed of two central symptoms: worry and failure to adapt and four accessory symptoms: anxiety, depression, avoidance, and impulsivity. Objective. To validate ADNM-20 in a Mexican socio-cultural context. Method. ADNM-20 was translated into Spanish and submitted to a judgment of seven experts who provided suggestions about the linguistic relevance of the items. The corrections finally produced a culturally adapted version. Data collection involved 285 participants between 18 and 70 years who answered a digital battery of the Mexican adaptation of ADNM-20, the Check-List of Posttraumatic Stress Disorder for the DSM-5 (PCL-5), and The Abbreviated Multidimensional Scale of Coping Styles (Brief COPE). Subsequently, a confirmatory factor analysis (CFA) compared three models: (1) the uni-factor model, (2) the model of six related factors, and (3) the second-order model. Results. The best fit resulted from the single-factor model. The internal consistency index was adequate ($\alpha=.937$), and discriminant validity measures showed moderate to high negative correlations with active coping and coping through social support styles. Discussion. In the Mexican population, ADNM-20 is a valid and reliable instrument that assesses adjustment disorder through a unifactorial structure. However, additional studies controlling types of stressors are necessary to describe the dimensionality better.

Key words: Adjustment disorder; Stress; Adjustment disorder new module; ADNM-20; Psychometric validation; Assessment.

Recibido: 08/12/2023

Aceptado: 16/11/2024

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) define al trastorno adaptativo (TA) como un conjunto de alteraciones emocionales y conductuales debidos a la experiencia de un evento vital estresante o ante la adversidad. Los criterios para su

identificación son el carácter clínicamente significativo de la sintomatología y la intensidad desproporcionada de la misma respecto a la gravedad del estresor. Asimismo, el deterioro laboral y social son indicadores de la intensidad sintomatológica, siendo el criterio para confirmar el trastorno la presencia de algún grado de incapacidad en el ejercicio de las rutinas diarias y la interferencia del malestar emocional en el funcionamiento social.

Pese a que en los sistemas de clasificación enunciados se han tratado de delinear las características del TA, éstas han sido objeto de críticas debido a problemas que dificultan la definición precisa de sus síntomas. En primer lugar, ha recibido una connotación subclínica, es decir, es ubicado en un estadio intermedio entre el proceso normal de adaptación a los estresores vitales y el desarrollo de trastornos emocionales completos (Baumeister y Kufner, 2009), debido a esto, los síntomas no se encuentran suficientemente especificados en cuanto a su número, duración y combinación. De igual manera, hay dificultades para la distinción entre una respuesta emocional normal ante un estresor y aquellas que son propias de los trastornos adaptativos (Bachem y Casey, 2018).

Contar con adecuadas directrices diagnósticas para el trastorno adaptativo es importante porque su prevalencia en la práctica clínica es elevada (Carta *et al.*, 2009; Zelviene y Kazlauskas, 2018). Lo anterior se confirma con los resultados de la encuesta global sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales llevada a cabo por la Asociación Mundial Psiquiátrica (WPA, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países de África, Europa, las Américas y el Sur de Asia (*cf.* Reed *et al.*, 2012); en esta última región se encontró que aproximadamente 50% de los psiquiatras utilizaban el diagnóstico de TA más de una vez a la semana siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). No obstante lo anterior, hasta el momento las herramientas válidas y confiables que se han desarrollado con fines de evaluación han sido escasas y de alguna manera están permeadas por la pobreza de la definición de los criterios (Rachyla, 2018).

En el terreno de los instrumentos de autoinforme, la evidencia ha mostrado que muy pocos di-

ferencian adecuadamente las reacciones normales a los eventos estresantes de aquellas que son excesivas y que explicarían la presencia de TA (Baumeister y Kufner, 2009; Quero *et al.*, 2019).

Con el propósito de abordar tales limitaciones, en la CIE-11 (World Health Organization [WHO], 2018). El TA aparece como un síndrome completo con criterios diagnósticos delimitados; en ésta edición se reconocen dos síntomas principales: la preocupación por el estresor y sus consecuencias, los que se manifiestan como pensamientos recurrentes estresantes y una constante preocupación o rumiación, y la dificultad de adaptación, que se traduce como una incapacidad significativa en las áreas social, interpersonal, ocupacional, educativa, etc., en el funcionamiento de la persona.

Es importante resaltar que el antecedente de la propuesta de la CIE-11 es el modelo desarrollado por Maercker *et al.* (2007), en el que se conceptualiza al TA como un síndrome de respuesta al estrés (Horowitz *et al.*, 1997). Así, su sintomatología comparte características con el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y con el trastorno de estrés agudo, siendo las intrusiones, la evitación y las dificultades de adaptación los principales elementos en común. En este modelo, los síntomas distintivos son, a saber: 1) síntomas intrusivos o rumiaciones, como recuerdos estresantes involuntarios o preocupación excesiva acerca del estresor y sus consecuencias, y 2) comportamiento de evitación, tanto de sentimientos como de pensamientos, acerca del evento estresante, o síntomas que denotan dificultades de adaptación, como pérdida del interés en actividades como el trabajo, la vida social y el ocio. En este modelo se reconoce la existencia de cuatro subtipos: *a)* con estado de ánimo deprimido, *b)* con ansiedad, *c)* mixto (presencia de ansiedad y depresión) y *d)* con impulsividad (Maercker *et al.*, 2007).

Einsle *et al.* (2010) propusieron un instrumento de autoinforme de 29 reactivos basado en el modelo de respuesta al estrés de Maercker. Se trata del llamado Nuevo Módulo para la Medición de los Trastornos Adaptativos (ADNM-29). Para determinar su validez, se llevó a cabo una investigación con dos muestras: una con arritmias cardíacas y otra con alteraciones psicosomáticas. Los resultados de un análisis factorial explorato-

rio confirmaron una estructura de seis factores: 1) preocupación, 2) fracaso en adaptación, 3) evitación, 4) ansiedad, 5) depresión y 6) impulsividad. La consistencia interna de las subescalas (α) varió entre .74 y .91. Hay también una versión reducida compuesta por 20 reactivos (ADNM-20).

Con el propósito de determinar su dimensionalidad, Glaesmer *et al.* (2015) hicieron un estudio a gran escala en Alemania en una muestra representativa de la población en el que se compararon tres modelos, el primero, de seis factores, dos principales: (1) preocupación, (2) dificultades de adaptación y cuatro accesorios: (3) evitación, (4) depresión, (5) ansiedad y (6) impulsividad; el segundo, correspondió a un modelo unifactorial y el tercero representaba una estructura de segundo orden en el que un factor dominante explicaba las relaciones entre los seis factores. Los resultados favorecieron el primer modelo (seis factores). El ajuste fue de moderado a bueno (CFI = 0.97, RMSEA = 0.077).

En Lituania, en una muestra de 649 personas que habían sufrido un acontecimiento estresante en el transcurso de los dos últimos años, se compararon el modelo de seis factores (Glaesmer *et al.*, 2015), uno de segundo orden en el que se distinguían los síntomas centrales (preocupación y fracaso adaptativo), los accesorios (evitación, ansiedad, depresión e impulsividad) y uno con solamente los dos síntomas nucleares (preocupación y fracaso en la adaptación). El mejor ajuste se obtuvo con este último (CFI = .985, RMSEA = .053) (Zelviene *et al.*, 2017).

Un estudio llevado a cabo en Suiza por Lorenz *et al.* (2018) con personas que involuntariamente habían perdido su trabajo comparó los mismos modelos propuestos por Glaesmer *et al.* (2015), con la diferencia de que se añadió uno más con estructura bifactorial con un factor dominante: el trastorno adaptativo, y cinco grupos de síntomas correlacionados (preocupación, fracaso en adaptación, evitación, reacción afectiva e impulsividad). Los resultados mostraron que la solución bifactorial fue la de mejor ajuste (CFI = .981, RMSEA = .058).

Recientemente, Vancappel *et al.* (2021) efectuaron en Francia una validación cultural del ADNM-20 en un grupo de personas en confinamiento du-

rante la pandemia de covid-19; similar a lo hallado por Lorenz *et al.* (2018), el modelo de mejor ajuste fue uno bifactorial que incluía un factor general y seis complementarios (CFI = .966, RMSEA = .049). A través de dicho trabajo también se demostró que este inventario permitía conceptualizar la sintomatología psicológica asociada con el encierro como una manifestación del trastorno adaptativo.

Es importante señalar que también se han llevado a cabo adaptaciones del ADN-20 en culturas no occidentales; por ejemplo, en China, Tang *et al.* (2020) probaron sus propiedades psicométricas en una muestra de personas con cáncer de pulmón. El análisis factorial exploratorio sugirió un modelo de dos subescalas correspondientes a los síntomas centrales: preocupación y fracaso en adaptación, y tres pertenecientes a los síntomas accesorios de ansiedad, evitación e impulsividad (CFI = 0.85; RMSEA = 0.093).

Pese a que el desarrollo del ADN-20 representa una aportación significativa para la medición del TA, la precisión sobre su estructura ha mostrado algunas limitaciones. Por ejemplo, en el estudio de Glaesmer *et al.* (2015) se encontró una alta correlación tanto entre las subescalas de ansiedad y depresión como entre las de depresión, ansiedad y fracaso en adaptación, lo que sugirió una pobre especificación del modelo y una tendencia hacia una relación unidimensional entre los ítems. A lo anterior se añade lo encontrado por Lorenz *et al.* (2016) en una investigación en la que fueron puestos a prueba siete modelos alternativos, confirmando que la estructura del instrumento tendía hacia la unidimensionalidad.

Tomando en cuenta las limitaciones que la evidencia ha demostrado acerca de la estructura del ADN-20, el hecho de que no se han llevado a cabo validaciones de este instrumento en Latinoamérica, y que si bien en población mexicana se han realizado estudios con el objetivo de identificar el TA en mujeres embarazadas y en población oncológica (Almanza *et al.*, 2010; Alvarado *et al.*, 2015), no se han empleado medidas estandarizadas de autoinforme; lo que los objetivos de este estudio fueron, por un lado, determinar las propiedades psicométricas de la versión en español del ADN-20 en una muestra mexicana, y por el otro someter a prueba su dimensionalidad a fin de

contar con un instrumento que haga posible medir su sintomatología en este contexto sociocultural específico.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 285 personas de entre 18 y 70 años, con una media de 34.09 (D.E. = 11.78); de ellos, 219 fueron mujeres, 64 varones y 2 no binarios. En cuanto a su estado civil, 59.6% de los participantes eran solteros, 21.4% casados y 10.5% y 8.4% restantes en unión libre y divorciados, respectivamente. La región de residencia más reportada fue la que abarca la Ciudad de México y el Estado de México (78.2%), seguida por el Centro y Golfo (12.3%), Norte (5.3%), Occidente y Bajío (3.2%) y Sureste (1.1%). En relación con el nivel de estudios, 79.6% tenía estudios de nivel superior, 17.9% con educación media y 2.5% con formación básica. Finalmente, 44.6% informó tener un trabajo remunerado, 29.8% se dedicaba a los estudios, 19.3% no tenía trabajo, 4.6% desempeña una ocupación adicional y 1.8% era jubilado.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, haber experimentado algún evento estresante en el transcurso de los dos últimos años, manifestar su consentimiento para participar en el estudio y tener nacionalidad mexicana.

Instrumentos

Nuevo Módulo para la Medición del Trastorno Adaptativo (ADNM-20) (Glaesmer *et al.*, 2015).

Este instrumento mide, mediante 20 ítems, la sintomatología del TA estipulada en la CIE-11 (WHO, 2018); considera la preocupación y las dificultades de adaptación, los dos síntomas nucleares, y además cuatro asociados: evitación, depresión, ansiedad e impulsividad. Se compone de dos secciones. La primera de las cuales contiene una lista de 18 estresores relacionados con eventos de vida, agudos o crónicos, en los últimos dos años. La segunda parte evalúa la frecuencia y duración de los síntomas en respuesta a los eventos estresantes en una escala tipo Likert que va de 1 (“Nunca”) a 4

(“A menudo”), y “Menos de un mes”, “De uno a seis meses” y “De seis meses a dos años”, respectivamente.

La sintomatología considerada se distribuye en dos escalas, la primera de las cuales integra los síntomas centrales e incluye cuatro preguntas para medir la preocupación, y cuatro más para el fracaso en la adaptación. La segunda corresponde a los síntomas accesorios e incluye cuatro subescalas que se distribuyen de la siguiente manera: cuatro ítems para la evitación, tres para el estado de ánimo depresivo, dos para la ansiedad y tres para las alteraciones de la impulsividad.

La validación llevada a cabo por Lorenz *et al.* (2016) mostró índices de consistencia interna adecuados tanto para la escala total ($\alpha = .94$) como para las diferentes subescalas, ya que los puntajes variaron de $\alpha = .81$ a $\alpha = .91$; también se encontraron medidas satisfactorias de confiabilidad test-retest en un periodo de seis semanas ($r =$ de $.85$ a $.92$).

Versión abreviada de la Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (Brief COPE) (Carver, 1997).

Es éste un instrumento que evalúa los estilos de afrontamiento. Consta de 28 preguntas distribuidas en 14 subescalas de dos ítems cada una, las cuales son, a saber: Afrontamiento activo, Planificación, Apoyo emocional, Apoyo social, Religión, Reevaluación positiva, Aceptación, Negación, Humor, Autodistracción, Autoinculpación, Desconexión, Desahogo y Uso de sustancias. Se puntúa en una escala Likert con cuatro opciones, que van de 0 = “Nunca hago esto” a 3 = “Siempre hago esto”. Morán *et al.* (2010), en un estudio de validación en población hispanohablante, encontraron que las catorce dimensiones se distribuían en cuatro factores: Afrontamiento cognitivo, Bloqueo del afrontamiento (evitación), Afrontamiento mediante apoyo social y Afrontamiento espiritual. Las subescalas cuentan con índices aceptables de consistencia interna (α) que van de 0.70 a 0.80.

Lista Checable del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 (PCL-5) (Blevins *et al.*, 2015).

Se compone de veinte reactivos que describen la sintomatología del TEPT conforme a los criterios

diagnósticos del DSM-5, que son: 1) reexperimentación, 2) evitación, 3) activación y 4) alteraciones cognitivas, que se puntúan en una escala Likert que va de 0 (“Nada”) a 4 (“Totalmente”). Cuenta con propiedades psicométricas adecuadas tanto de consistencia interna ($\alpha = 0.94$), confiabilidad test-retest ($r = .82$), como de validez convergente ($rs = .74$ a $.85$) y divergente ($rs = .31$ a $.60$). La PCL-5 fue adaptada a población mexicana por Durón *et al.* (2019). El estudio arrojó índices adecuados de consistencia interna tanto para la puntuación global ($\alpha = .97$) como para las subescalas ($\alpha = .92, .88, .89, .91, .75$ y $.83$).

Procedimiento

El ADN-20 fue traducido al idioma español por dos expertos en los trastornos adaptativos con un amplio dominio del idioma original (alemán); luego fue retrotraducido y comparado con una versión adaptada a fin de establecer una equivalencia con el original. El proceso fue coordinado por miembros del Laboratorio de Psicología y Tecnología de la Universitat Jaume I en Castellón de la Plana (España).

Para su adaptación al contexto sociocultural mexicano, el instrumento fue sometido a un jueceo de siete expertos en TA con posgrado, quienes evaluaron en una escala del 0 al 10 qué tan comprensibles y claros eran los reactivos resultantes para la población mexicana. Después, se llevó a cabo un piloteo con diez personas de la población general que evaluaron tanto la inteligibilidad de los reactivos como las escalas del instrumento. A partir de sus observaciones, se obtuvo una versión digital adaptada cultural y lingüísticamente. Es importante señalar que en su elaboración se tuvieron en cuenta aspectos tales como la pertinencia del tamaño de letra, la adecuación al dispositivo utilizado (teléfono celular, computadora, tablet, etc.) y algunos elementos estéticos, como los colores utilizados.

Se modificaron siete reactivos con base en las puntuaciones y observaciones de los jueces. En la Tabla 1 se muestran las adecuaciones lingüísticas realizadas a los ítems.

Tabla 1. Reactivos del ADNM-20 versión español castellano adecuados lingüísticamente al contexto sociocultural mexicano de acuerdo con las puntuaciones y recomendaciones de los jueces.

Reactivo original	Reactivo con adecuaciones socioculturales a la población mexicana
15. Agresión / asalto (listado de estresores)	15. Ser víctima de agresión, asalto o algún tipo de violencia.
8. Estoy nervioso/a e inquieto/a desde la situación estresante (sección de síntomas).	8. Me siento nervioso/a e inquieto/a desde que sucedió la situación estresante.
9. Desde la situación estresante, pierdo los estribos más rápido de lo que solía, incluso con las pequeñas cosas (sección síntomas).	9. Desde que sucedió la situación estresante pierdo la paciencia más rápido que antes, incluso con las cosas más pequeñas.
10. Desde la situación estresante, me resulta difícil concentrarme en ciertas cosas (sección síntomas).	10. Desde que sucedió la situación estresante, me resulta difícil concentrarme en ciertas cosas.
17. Desde la situación estresante, ya no me gusta ir a trabajar o realizar las obligaciones de la vida diaria (sección síntomas).	17. Desde que sucedió la situación estresante ya no me gusta ir a trabajar o realizar las actividades diarias.
18. Desde la situación estresante me he estado sintiendo desanimado/a y con poca esperanza respecto al futuro (sección síntomas).	18. Desde la situación estresante me he sentido desanimado/a y con poca esperanza respecto al futuro.
19. Desde la situación estresante ya no puedo dormir adecuadamente (sección síntomas).	19. Desde que sucedió la situación estresante ya no duermo bien.

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; la encuesta se difundió a través de carteles electrónicos que se distribuyeron en las principales redes sociales del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (LEVyC) de la Facultad de Psicología de la UNAM, en los que se invitaba a a participar voluntariamente en una investigación orientada a explorar el impacto de los acontecimientos estresantes en la salud mental de los mexicanos. La recolección de los datos se llevó a cabo a lo largo de cinco meses. Cabe señalar que los interesados fueron notificados sobre el aviso de privacidad y confidencialidad de los datos. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología de la propia UNAM.

Análisis estadístico y psicométrico

Se efectuó el análisis descriptivo de los reactivos para determinar si satisfacían los criterios para los análisis de confiabilidad y validez. Se calcularon correlaciones entre los reactivos para detectar multicolinealidad, siendo una puntuación de $>.85$ la indicadora de ésta. También se obtuvo el coeficiente de homogeneidad corregido (IHC) (Kline, 2005) para calcular la correlación de cada reactivo con la puntuación total de la escala, y de esta ma-

nera identificar reactivos indiferenciados, siendo los menores de $.30$ los eliminados.

La consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el Omega de McDonald (1999). También se determinó el estimado alfa de Cronbach si el elemento era eliminado con el propósito de identificar ítems que afectarían la confiabilidad de la escala. El programa con el que se ejecutaron todos los análisis fue el SPSS, versión 26.

Con el objetivo de comprobar la estructura del ADNM-20, se ejecutó, empleando el programa AMOS, un análisis factorial confirmatorio (AFC) para llevar a cabo un estudio comparativo en el que se replicaban las estructuras factoriales de los tres modelos descritos en los estudios de Glaesmer *et al.* (2015) y Lorenz *et al.* (2016); es decir, seis factores ajustados a la propuesta de la CIE-11 en la que se reconocen dos principales: preocupación y dificultades de adaptación, y cuatro accesorios: evitación, depresión, ansiedad e impulsividad, un modelo de segundo orden en el que un factor dominante explica las relaciones entre los seis factores enunciados y un modelo unifactorial en el que todos los reactivos cargan en un solo factor. El análisis de bondad del ajuste se determinó utilizando los índices chi cuadrada (X^2) y chi cuadrada relativa (X^2/df). Para el primero, se consideró un ajuste apropiado si el valor no era significativo

($p > .05$), mientras que para el segundo, una puntuación de < 3 (Carmines y McIver (1981). Se calcularon el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), para el que un valor de entre .95 y .97 fue un indicador de buen ajuste, y el Índice de Ajuste Normado (NFI), con valores en el rango de .90 a .95. Para evaluar el grado de proporción de varianza se emplearon el Índice de Bondad de Ajuste (GFI) y el Índice de Bondad de Ajuste Ajustado (AGFI), siendo considerados aceptables los valores, para el GFI, de .90 a .95, mientras que para el AGFI, de .85 a .90. Finalmente, también se tomó en cuenta el Residual Estandarizado de la Raíz de la Media Cuadrática (SRMSR), con valores indicadores de ajuste adecuado $< .05$, y la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA), de $< .06$.

RESULTADOS

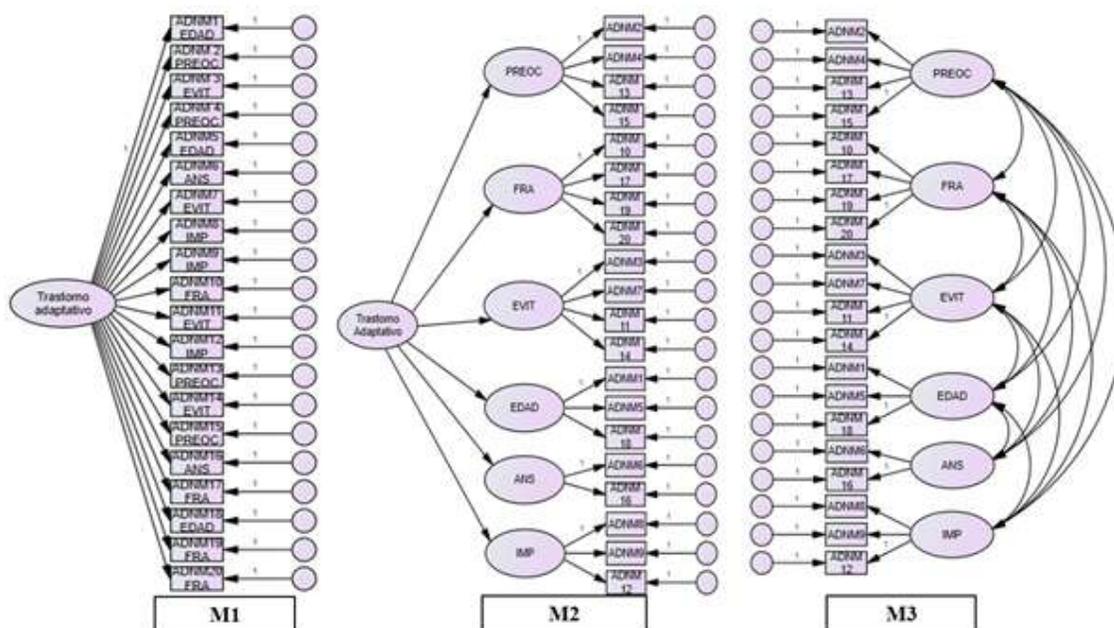
Es importante recordar que esta escala tenía como propósito evaluar las afectaciones emocionales asociadas a diferentes eventos vitales estresantes a fin de controlar el impacto emocional relacionado con el confinamiento y la pandemia por covid-19

(periodo en el que se recabaron los datos), en la primera sección del ADNM-20 se solicita a los participantes seleccionar, de un listado de 19 estresores, cuáles experimentaron en el transcurso de los dos últimos años, y de ellos indicar el que se considera el más estresante. Con esa base, los análisis descriptivos mostraron que los estresores informados con mayor frecuencia fueron la enfermedad de un ser querido (59.9%) y los conflictos familiares (59%), seguidos del exceso de trabajo o la carencia del mismo (57.4%) y los problemas económicos (53.7%).

Estructura factorial

Con el objetivo de determinar empíricamente la estructura factorial de esta escala; se llevó a cabo un AFC mediante el cual se contrastaron tres modelos: 1) un modelo unifactorial (M1); 2) un modelo de segundo orden de seis factores (M2) y 3), un modelo de seis factores relacionados en el que se consideran dos síntomas nucleares (preocupación y dificultades de adaptación) y cuatro asociados (evitación, depresión, ansiedad e impulsividad) (M3). (Figura 1).

Figura 1. Modelos comparados en el AFC.



Nota. M1: Modelo unifactorial, M2: Modelo de segundo orden de seis factores, M3: Modelo de seis factores asociados. PREOC: preocupación, FRA: fracaso en adaptación, EVIT: evitación, EDAD: estado de ánimo deprimido, ANS: ansiedad, IMP: impulsividad.

En la Tabla 2 se muestran los valores correspondientes a los tres modelos explorados. El criterio para evaluar la superioridad fue el principio de parsimonia, el cual establece que el mejor modelo será aquél con el menor número de factores y los mejores índices de ajuste. Con base en lo anterior, la estructura que mostró superioridad respecto al resto fue la correspondiente al M1. Así, atendiendo en primer lugar al valor de χ^2 relativo (χ^2/gl), éste fue de 1.96, el cual se considera óptimo. En cuanto al valor del RMSEA (.05), que igualmente se ubicó dentro de los parámetros óptimos. El va-

lor correspondiente al GFI fue aceptable (.90). En cuanto a los índices de ajuste comparativo o incremental, tanto en el CFI (.95) como en el NFI (.91) se obtuvieron desempeños óptimos. Finalmente, para determinar la parsimonia, se empleó el Criterio de Información de Akaike (AIC), el Índice de Ajuste Normado (PNFI) y el Índice de Bondad de Ajuste Parsimonioso (PGFI). En cuanto al primero, el valor del M1 fue menor comparado con el del M2 y el M3, mientras que tanto el PNFI como el PGFI alcanzaron valores mayores a .05.

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste para los distintos modelos factoriales del ADNM20.

Modelos	Índices de ajuste obtenidos									
	Absoluto					Comparativo / incremental		Parsimonioso		
	$\chi^2(\text{gl}), p$	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	NFI	AIC	PGFI	PNFI
Valores críticos:										
Óptimos aceptables	$p < .05$	< 2 < 3	< .05 < .08	< .05 < .08	> .95 > .90	> .95 > .90	> .90 > .80	El de valor más bajo	> .50	> .50
M1. Unifactorial	317.03 (161), .000	1.96	.05	.039	.90	.95	.91	415.030	.691	.771
M2. Segundo orden	377.52 (165), .000	2.28	.06	0.42	.88	.93	.89	467.527	.694	.773
M3. Seis factores asociados	317.52 (152), .000	2.087	.06	0.40	.90	.95	.91	433.52	.654	.728

Confiabilidad y validez

La consistencia interna del modelo final unifactorial del ADNM-20 fue satisfactoria, tanto en el valor del coeficiente alfa de Cronbach (.946) como en el de Omega (.947).

Siguiendo la categorización propuesta por la CIE-11, en la que el trastorno de adaptación se agrupa dentro de los trastornos derivados del trauma y el estrés, es posible asumir que comparte con el TEPT una sintomatología de tipo intrusiva y evitativa, y por tanto forman parte del mismo espectro (Dobricki *et al.*, 2010).

Por esta razón, y con el objetivo de obtener evidencias de validez convergente, se calcularon las correlaciones entre los puntajes de las medias

del ADNM-20 y los del instrumento PCL-5. En contraste con lo esperado, los resultados mostraron una correlación baja entre ambas escalas ($r = .131$, $p < 0.05$). En cuanto a la validez discriminante, de acuerdo con la red nomológica del constructo de TA, éste mantiene correlaciones bajas con el afrontamiento orientado a la tarea, o proactivo. En este sentido, al correlacionar la puntuación global del ADNM-20 con la subescala de afrontamiento activo del Brief Cope, se obtuvieron correlaciones negativas altas ($r = -.637$, $p < 0.01$). Por otra parte, también se observaron relaciones negativas moderadas ($r = -.308$, $p < 0.01$) entre la puntuación global y la subescala de afrontamiento mediante el apoyo social.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue conocer las propiedades psicométricas y la dimensionalidad del ADNM-20 en población mexicana. En cuanto a esta última, es importante mencionar que pese a que ha sido sometido a diferentes estudios de validación (Glaesmer *et al.*, 2015; Liang *et al.*, 2021; Lorenz *et al.*, 2018, 2020), aún no existe evidencia sólida acerca de su estructura factorial. Los resultados de este estudio añaden mayor sustento a la representación del constructo en un solo factor y sugieren que la sintomatología del TA podría estar representada como una entidad única en la población mexicana. Estos hallazgos siguen la línea de lo hallado por Glaesmer *et al.* (2015) y Lorenz *et al.* (2018).

Por otra parte, la validez convergente del instrumento se determinó por medio de un análisis de correlación en el que se asociaron las puntuaciones del ADNM-20 con las del PCL-5 (Weathers *et al.*, 2013), una escala destinada a medir el TEPT. Dado que ambos trastornos forman parte del espectro de respuesta al estrés (Dobricki *et al.*, 2010), se espera que compartan síntomas; no obstante, contrariamente a lo esperado, la correlación entre ambos constructos fue baja ($r = .140$, $p < 0.05$), siendo estos resultados similares a los de Ben-Ezra *et al.* (2018). En el caso de la presente investigación, el instrumento utilizado para medir el TEPT cuenta apenas con un estudio de validación en población mexicana (Durón *et al.*, 2019) y se llevó a cabo en una muestra en la que no se controló el tipo de trauma, por lo que sería recomendable emplear instrumentos con mayor evidencia acumulada de sus propiedades psicométricas en dicha población.

En cuanto a la validez discriminante, los resultados van en la línea de lo esperado, ya que se encontraron asociaciones negativas de moderadas a altas entre la puntuación global del ADNM-20 y los estilos de afrontamiento activo y de afrontamiento mediante apoyo social. Tales hallazgos confirman lo supuesto por la teoría y coinciden con lo encontrado en el estudio de Ponizovsky *et al.* (2011), en el que personas con diagnóstico de TA tendían a utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento orientado hacia las emociones, y asimismo se

apoyaban significativamente menos en estrategias de búsqueda de apoyo social que la población no clínica. Estos resultados proporcionan una cierta orientación sobre los componentes terapéuticos que deben integrarse en los protocolos de intervención para la atención de este trastorno. Es en este sentido que las estrategias cognitivo-conductuales, como la solución de problemas (Vancappel *et al.*, 2021) o el entrenamiento en asertividad pueden resultar útiles (*cf.* Roldán *et al.*, 2014).

Pese a que estos resultados son prometedores, no deben pasarse por alto sus limitaciones. En primer lugar, es necesario reconocer la naturaleza de la muestra, que fue reclutada por conveniencia a través de redes sociales, procedimiento que impide el control de ciertas variables que influyen en su representatividad, por lo que la generalización de los resultados al contexto sociocultural mexicano debe tomarse con cautela. Adicionalmente, sería interesante replicar los hallazgos en población clínica con trastorno adaptativo, o bien diferenciar los resultados dependiendo del tipo de estresor asociado a la respuesta desadaptativa. En este orden de ideas, vale la pena tener en cuenta que la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021) reveló que los eventos que producen más estrés en los mexicanos fueron la experiencia de violencia en el núcleo familiar, la ruptura del mismo, los problemas de pareja y los problemas económicos. En futuros estudios sería pertinente conocer el comportamiento de la escala específicamente en una población que haya experimentado este tipo de estresores.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que, en el contexto mexicano, la sintomatología del TA, evaluada con el ADNM-20, está representada como una sola entidad diagnóstica, lo que se ve reflejado en una versión de la escala con estructura unifactorial, cuya consistencia interna y validez convergente son adecuadas. Por tanto, una aportación importante del presente análisis radica en que es el primer estudio de validación en población mexicana de un instrumento de evaluación del TA que sigue los lineamientos de la conceptualización más reciente de la CIE-11. Por otra parte, estos hallazgos también son relevantes porque el TA es un trastorno altamente asociado con

el riesgo y comportamiento suicida, así como con el deterioro ocupacional (Casey *et al.*, 2015; Morgan *et al.*, 2022). Disponer, por tanto, de instrumentos que hagan posible su detección es fundamental en los diferentes contextos de prevención, más aún si se tiene en cuenta que en años recientes se ha observado en México una tendencia al alza del suicidio consumado (INEGI, 2024). Finalmen-

te, en el país no se han llevado a cabo estudios epidemiológicos que consideren la medición del TA; por tanto, la validación del ADN-20 puede constituir un primer paso para dirigir los esfuerzos a obtener más información sobre las particularidades de este trastorno en México y las necesidades que en el ámbito de la salud mental se derivan del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue efectuado gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Beca Nacional CONACYT. CVU: 926236. Número de apoyo: 72954.

Citación: Reyes-Torres, F.G., Cárdenas-López, G. y Quero-Castellano, S. (2025). Propiedades psicométricas de una escala para medir el trastorno adaptativo en población mexicana. *Psicología y Salud*, 35(2), 335-345. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2994>

REFERENCIAS

- Almanza M., J. de J., Juárez I., R., Silva O., J. y De la Huerta S., R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55(1), 15-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf>
- Alvarado E., C., Sifuentes A., A. y Salas M., C. (2015). Adjustment disorder in pregnant women: prevalence and correlates in a northern Mexican city. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(10), 775-780. Doi: 10.14740/jocmr2275w
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Bachem, R. y Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243-253. Doi: 10.1016/j.jad.2017.10.034
- Baumeister, H. y Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 409-412. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32832cae5e
- Ben-Ezra, M., Mahat-Shamir, M., Lorenz, L., Lavenda, O. y Maercker, A. (2018). Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 91-96. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.011
- Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K. y Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. Doi: 10.1002/jts.22059
- Carmines, E.G. y McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. Bohrnstedt y E. Borgatta (Eds.): *Social measurement: Current issues* (pp. 63-167). Sage.
- Carta, M.G., Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M.C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(15), 1-15. Doi: 10.1186/1745-0179-5-15
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E. y Doherty, A. (2015). Suicidal behaviors in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 174, 441-446. Doi: 10.1016/j.jad.2014.12.003
- Dobricki, M., Komproe, I.H., de Jong, J.T.V.M. y Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four post-conflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 39-46. Doi: 10.1007/s00127-009-0039-z
- Durón F., R., Cárdenas L., G., Castro C., J. y De la Rosa G., A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 9(1), 26-36. Doi: 10.22201/ipsi.20074719e.2019.1.03
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. y Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health and Medicine*, 15(5), 584-595. Doi: 10.1080/13548506.2010.487107

- Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A. y Maercker, A. (2015). Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*, 229(3), 940-948. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C. y Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910. Doi: 10.1176/ajp.154.7.904
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar autorreportado (ENBIARE)*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024). *Estadísticas a propósito del Día Mundial del Suicidio*. México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Liang, L., Ben-Ezra, M., Chan, E., Liu, H., Lavenda, O. y Hou, W.K. (2021). Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 1-9. Doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102406
- Lorenz, L., Ho, G.W.K., Chan, A.C.Y., Bressington, D.T., Chien, W.T., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A. y Karatzias, T. (2020). Translation and psychometric evaluation of the Chinese Adjustment Disorder-New Module 20. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 170-185. Doi: 10.1080/00207411.2019.1684687
- Lorenz, L., Hyland, P., Perkonig, A. y Maercker, A. (2018). Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(1), 1-8. Doi: 10.1002/mpr.1591
- Lorenz, L., Lorenz, L., Bachem, R.C. y Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder-New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 7, 215-220. Doi: 10.15171/ijoem.2016.775
- Maercker, A., Einsle, F. y Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135-146. Doi: 10.1159/000099290
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Morgan, M.A., Spanovic Kelber, M., Bellanti, D.M., Beech, E.H., Boyd, C., Galloway, L., Ojha, S., Garvey W., A.L., Otto, J. y Belsher, B.E. (2022). Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 498-510. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.052
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Meditor.
- Ponizovsky, A.M., Levov, K., Schultz, Y. y Radomislensky, I. (2011). Attachment insecurity and psychological resources associated with adjustment disorders. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 265-276. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01095.x
- Quero, S., Mor, S., Molés, M., Rachyla, I., Baños, R.M. y Botella, C. (2019). Exploring the assessment of adjustment disorders: Differences between a general and a clinical sample. *Psicothema*, 31(1), 17-23. Doi: 10.7334/psicothema2018.159
- Rachyla, I. (2018). *Desarrollo y validación de un programa de tratamiento online para los trastornos adaptativos* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología de la Universitat Jaume I, España.
- Reed, G.M., Correia, J.M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2012). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 10(2), 118-131. Doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Roldán, G.M., Salazar, I.C. y Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastornos mental grave. *Psicología Conductual*, 22(3), 501-521.
- Tang, H., Xiong, H., Deng, L., Maercker, A., Zhang, J. y Meng, H. (2020). Psychometric properties of the Chinese version of adjustment disorder new module-20 in breast cancer patients. *BMC Psychology*, 8(1), 120-128. Doi: 10.1186/s40359-020-00494-2
- Vancappel, A., Jansen, E., Bachem, R., Bray, A., Egretau, L., Réveillère, C., Maercker, A. y El-Hage, W. (2021). Validation of the French ADNM-20 in the assessment of emotional difficulties resulting from COVID-19 quarantine and outbreak. *BMC Psychology*, 9(1), 171-180. Doi: 10.1186/s40359-021-00683-7
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B. y Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *The National Center for PTSD*. Recuperado de <http://www.ptsd.va.gov>
- World Health Organization (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Recuperado de <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- Zelviene, P. y Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 375-381. Doi: 10.2147/NDT.S121072
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Eimontas, J. y Maercker, A. (2017). Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *European Psychiatry*, 40, 20-25. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.06.009

Aproximación teórica y evidencias de indicadores de riesgo y resiliencia poscovid-19 en la adolescencia

Theoretical approach and evidence of indicators of risk and resilience post covid-19 in adolescence

Norma B. Coppari¹, Laura Bagnoli² y María Laura Romero Lévera³

Universidad Americana (Paraguay)¹

Autor para correspondencia: María Laura Romero Lévera, romeromlaura@gmail.com.

RESUMEN

Introducción. El impacto del covid-19 en la salud física y mental puso en riesgo el bienestar de toda una generación de adolescentes y jóvenes. *Objetivo.* Analizar de manera crítica los indicadores de riesgo y resiliencia relacionados con la salud mental de los adolescentes en el contexto del poscovid-19 mediante una revisión teórica de las investigaciones más recientes efectuadas en América Latina. El estudio pretende aportar evidencias que sustenten el proyecto denominado INIC01-82 PROCENCIA II, con el fin de orientar políticas públicas y estrategias de intervención para mejorar el bienestar de los jóvenes de Paraguay. *Método.* Se hizo una revisión crítica basada en una selección sistemática de estudios publicados en los últimos cinco años que abordasen los efectos del covid-19 en la salud mental de esa población, tanto local como globalmente en América Latina. *Resultados.* Las principales fuentes teóricas y de antecedentes de los últimos cinco años, y en especial del periodo pre y poscovid-19, registran el impacto de la pandemia en los indicadores de riesgo y resiliencia en la salud mental de los adolescentes y jóvenes de la región. *Conclusiones.* Las acciones preventivas deben asumir un enfoque integral que promueva el bienestar mental de adolescentes y jóvenes para así proteger a los más vulnerables. La falta de evidencias sobre el impacto pospandemia en Paraguay destaca la urgencia de desarrollar investigaciones como la propuesta INIC 01-82, cuyos resultados podrían fundamentar políticas públicas más adecuadas.

Palabras clave: Adolescentes escolarizados; Perfiles de riesgo; Perfiles de resiliencia; Salud mental postpandemia.

ABSTRACT

Introduction. The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and young people implies a risk to the welfare of an entire generation. *Objective.* To review and analyze the theoretical references and evidence on this topic to support the execution of the INIC01-82 PROCENCIA II Conacyt Project, Paraguay. *Method.* Theoretical review, selection, and critical analysis of evidence on the problem. *Results.* The primary theoretical and background sources of the last five years, and especially of the pre and post-COVID-19 period, recorded the impact of risk and resilience indicators on the mental health of adolescents and young people in Latin America at the local and global levels. *Conclusions.* The health area has a commitment, communication, and action as part of a comprehen-

¹ Av. Brasilia 1100, Asunción 1429, Paraguay, <https://orcid.org/0000-0002-5533-9023>.

² <https://orcid.org/0000-0003-4321-2401>, correo electrónico: laurabagnoli22@gmail.com.

³ <https://orcid.org/0000-0002-6838-5897>, correo electrónico: romeromlaura@gmail.com.



sive approach to promote good mental health for all adolescents and youth, protect the vulnerable, and care for those facing the greatest challenges. Scarce evidence in our country on the status and consequences of the day after the pandemic in our sociodemographic bond, in the personal, school, family, and social spheres, justify the need and urgency to present a line of research such as the INIC 01-82 proposal. The expected results could be the basis for public policies to be more accurate.

Key words: School adolescents; Risk profiles; Resilience profiles; Post-pandemic mental health.

Recibido: 13/02/2024

Aceptado: 23/11/2024

La World Health Organization (WHO, 2020), declaró al covid-19 como pandemia en marzo de 2020, lo que obligó al confinamiento global y a un aislamiento social sin precedentes. Dicha pandemia tuvo un impacto abrumador en la salud, la economía y el bienestar emocional en todo el mundo. La salud mental de la población infantojuvenil fue entonces afectada, y actualmente las consecuencias adversas de la endemia⁴ de covid-19 están vigentes en la persona en pleno desarrollo psicológico, como es el caso de los niños y adolescentes.

El término “sindemia” acuñado por el antropólogo Merrill Singer describe la interacción de enfermedades junto con factores sociales y medioambientales que amplifican sus efectos negativos en un contexto determinado. Tal concepto trasciende a las definiciones tradicionales de comorbilidad en los campos de la epidemiología y la medicina al incluir el efecto del entorno social, ambiental y económico en esas interacciones. Como tal, puede ser particularmente útil para desarrollar políticas públicas y estrategias en situaciones como la pandemia (Singer *et al.*, 2017).

Es por ello que en Paraguay se desarrolló el Proyecto INIC01-82, que tiene como objetivos identificar los perfiles de riesgo, resiliencia y afrontamiento, así como otros indicadores de salud men-

tal en estudiantes afectados por la pandemia de covid-19 utilizando instrumentos validados; capacitar a los investigadores en formación y con compromiso social; diseñar un paquete ecológico para promover la salud mental y la calidad de vida en las escuelas, familias y comunidades; presentar resultados y recomendaciones para influir en las políticas públicas de instituciones locales, y difundir los hallazgos local e internacionalmente a través de talleres, congresos y publicaciones en medios científicos. Con este fin, se efectuó inicialmente una revisión crítica basada en la selección sistemática de estudios publicados en los últimos cinco años que abordaran los efectos del covid-19 en la salud mental de adolescentes, tanto a nivel global como en la región de América Latina. La búsqueda de fuentes incluyó bases de datos académicas reconocidas, como PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando para dicha indagación palabras clave como “covid-19”, “salud mental”, “adolescentes”, “resiliencia” y “factores de riesgo”. Se incluyeron estudios relevantes publicados en español e inglés. La evaluación crítica se centró en analizar la calidad metodológica de los estudios, su relevancia para el contexto paraguayo y latinoamericano, y su aportación al entendimiento de los indicadores de riesgo y resiliencia en los adolescentes poscovid-19.

Así, se define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (Salazar *et al.*, 2019). Los adultos jóvenes son las personas que pertenecen al rango de edad entre los 18 y 25 años (Uriarte, 2005).

Los denominados *millennials* (generación del Milenio o generación Y) son los que llegaron al inicio de la edad adulta con el nuevo milenio, e incluyen a todos aquellos nacidos entre los años 1981 y 1996, de modo que pertenecen a esta generación los que en el presente año tienen entre 29 y 44 años (*cf.* Taribani, 2018).

Ante la crisis mundial generada por del covid-19, muchos investigadores se dedicaron a conocer y estudiar la vida en la pospandemia en diversos ámbitos (Cabrales *et al.*, 2023; Camacho *et al.*, 2023). Así, abordar la salud mental de los adolescentes en Paraguay cobra doble relevancia, prime-

⁴ Aparición constante de una enfermedad en un área geográfica o grupo de población, aunque también puede referirse a una alta prevalencia crónica de una enfermedad en dicha área o grupo.

ro por la importancia que tiene validar situaciones relacionadas con la vulneración de la salud mental y, por otro lado, por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra esta población etaria en relación con el contexto sociopolítico y ambiental en el presente año (*cf.* Lerner *et al.*, 2003; *cf.* UNICEF, 2021).

No todas las respuestas psicológicas podrían calificarse como enfermedades porque la mayoría son reacciones normales ante una situación anormal. Desde esa perspectiva, se parte de un abordaje educativo, preventivo y salutogénico –frente al tradicional patogénico–, que recoge los desarrollos teóricos de la psicología de la salud, la psicología positiva y el enfoque de riesgo-resiliencia.

Antecedentes

El registro del estado del arte pretende evidenciar la preocupación persistente acerca de la salud mental e integral afectada por la pandemia en todos los grupos etarios, siendo de más interés en este proyecto la de los adolescentes y jóvenes.

En España, la pandemia agudizó las desigualdades educativas. Según Kuric *et al.* (2020), los jóvenes estudiantes de grupos vulnerables como los de bajos recursos, inmigrantes y mujeres, tuvieron un menor acceso a los recursos digitales y afrontaron más obstáculos para continuar sus estudios durante el confinamiento.

Durante el segundo año de la pandemia, diversos estudios hechos en España revelaron un aumento significativo en el uso de dispositivos digitales entre estudiantes universitarios, así como un incremento de problemas académicos, sociales y familiares asociados al uso excesivo de dichos aparatos. En los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria se observó un aumento en la gravedad de los síntomas y en las tasas de ingreso hospitalario. Además, un amplio sector de la población joven experimentó niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés, lo que afectó su calidad de vida y sus hábitos alimentarios (Carpio *et al.*, 2021; Castillo *et al.*, 2021; Samatán *et al.*, 2021; Vall-Roqué *et al.* 2021).

Buenfil *et al.* (2024) abordaron el desarrollo preliminar del Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-Covid-19), diseñado para medir la flexibilidad psicológica en

el contexto pandémico, utilizando como base el cuestionario AAQ-II, ampliamente empleado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), adaptando sus reactivos al escenario específico de la pandemia. Con una muestra piloto de 36 adultos, se validó que los ítems del cuestionario tuviesen poder discriminatorio. Se resalta la importancia de la flexibilidad psicológica como factor protector de la salud mental durante la pandemia, y se propone su promoción como estrategia costo-efectiva para el bienestar general.

Investigaciones realizadas en México evidenciaron los diversos efectos de la pandemia en estudiantes universitarios y adolescentes, reportándose un aumento en el uso problemático de las diversas tecnologías (Zafra *et al.*, 2023), cambios en los hábitos de vida saludables (García *et al.*, 2021), un deterioro en la salud mental, especialmente en cuanto al bienestar emocional (Morales *et al.*, 2023), y una relación entre las habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento (Valencia *et al.*, 2020).

En Ecuador, Pachay *et al.* (2022) reportaron un aumento en la deserción escolar debido al acceso limitado a internet. Valle y Salcedo (2022) encontraron un incremento significativo de la ansiedad en adolescentes. En Colombia, Zea *et al.* (2022) identificaron un aumento en problemas de salud mental, como ansiedad y depresión, junto con cambios en los hábitos de vida. Parra *et al.* (2022) observaron una afectación en las relaciones interpersonales y un aumento de emociones negativas en los jóvenes. En Chile, Carvacho *et al.* (2021) hallaron un aumento significativo de la depresión, especialmente en las mujeres, durante el confinamiento. Faúndez *et al.* (2023) relacionaron la actividad física con una mejor calidad del sueño en adolescentes. En Perú, Livia *et al.* (2021) y Castagnola *et al.* (2021) obtuvieron una correlación entre el funcionamiento familiar y las emociones, así como niveles bajos de resiliencia en jóvenes y adultos. En Bolivia, Ocampo y Correa (2022) evidenciaron niveles moderados de depresión y estrés en estudiantes universitarios, pero también niveles medianamente altos de autoestima y resiliencia. Por último, Maristany *et al.* (2021), en Argentina, reportaron un empeoramiento en el estado de ánimo, ansiedad e irritabilidad en los adolescentes.

Durante la pandemia de covid-19 en Paraguay, Benegas *et al.* (2020) analizaron los resultados de la pandemia en la situación laboral de una universidad privada, encontrando que a 31% de los encuestados se les redujeron las horas de trabajo y que 14% fue despedido. Rivarola *et al.* (2020) reportaron altos niveles de ansiedad y depresión durante el aislamiento, mientras que Cáceres *et al.* (2023) identificaron factores de riesgo de trastornos de salud mental, como tener antecedentes familiares, ser mujer o estudiante de medicina. Coppari *et al.* (2021) evaluaron a 300 docentes, hallando problemas de conectividad y dificultades económicas, pero también una estabilidad psicológica en 61.7% de la muestra. En otra investigación, Coppari *et al.* (2022) identificaron un aumento de las conductas de riesgo, como fumar y consumir alcohol entre los docentes, y de la actitud pesimista. En general, las investigaciones resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y autoeficacia en el ámbito educativo (Benegas *et al.*, 2020; Cáceres *et al.*, 2023; Coppari *et al.*, 2021, 2022; Rivarola *et al.*, 2020). En una investigación transversal efectuada asimismo en Paraguay por Coppari *et al.* (2022), se evaluó el comportamiento ciudadano durante la segunda ola de covid-19 mediante la encuesta “Segunda ola: comportamientos colectivos para la prevención del covid-19 el día después”, aplicada a 1,292 personas (68.9% mujeres, 31.1% hombres), con edades de entre 18 y 30 años. Los resultados mostraron que las mujeres aceptaban más el riesgo y tenían más autoeficacia, mientras que los hombres mostraban conductas más resilientes, con diferencias significativas.

Factores de riesgo

De los factores de riesgo para la salud mental en la adolescencia y dentro de la familia, se citan los siguientes: la insatisfacción de las necesidades básicas, los patrones inadecuados de educación y crianza, la agresión interpersonal y el ambiente frustrante, entre otros (Lezcano *et al.*, 2023). También en lo familiar, los factores de riesgo se deben a los pobres vínculos entre sus miembros, la violencia intrafamiliar (Páramo, 2011), el trabajo excesivo de los padres o de los adultos a cargo, la muerte de

familiares, la pérdida de trabajo y las dificultades para conseguir el sustento (López y Drivet, 2023). Las carencias propias de la pobreza son estresores permanentes que afectan la dinámica y las relaciones familiares, lo que debilita el rol de soporte, protección y guía que necesitan los niños y adolescentes de la familia, así como también la presencia de adultos con actitudes positivas que sean modelos de referencia para el adecuado desarrollo de aquéllos (Deza, 2015).

La salud mental también se ve influida por los determinantes sociales, de los cuales la pobreza y la inequidad socioeconómica están fuertemente relacionadas a un mayor riesgo de desarrollar una psicopatología (Peña *et al.*, 2021). En cuanto a los hábitos y estilos de vida, algunos factores como no dormir lo suficiente y con calidad, el consumo de alimentos poco saludables y la inadecuada regularidad de su consumo, la falta de ejercicio físico y el mal manejo de estrés pueden influir en el desarrollo de un problema de salud mental (Bernert *et al.*, 2015). Los hábitos cotidianos o estilos de vida han sido categorizados y estudiados como factores de riesgo o de protección en relación con la salud, al interactuar fuertemente con el contexto y el entorno del individuo o de un grupo. Sus dimensiones abarcan la nutrición, el sueño, la actividad física, la salud psicológica, el ocio o el apoyo social, entre muchas otras, y por tanto pueden influir y afectar la salud individual y colectiva (Valls y Remor, 2022).

Otro de los factores es el consumo de drogas o de alcohol, que puede desencadenar un problema de salud mental al perturbar el estado de ánimo, el sueño, las relaciones y la salud física, y también provocar cambios en algunas de las mismas áreas cerebrales implicadas en otros problemas de salud mental, como la depresión o la esquizofrenia (Santucci, 2012). En los factores de riesgo relacionados al consumo de sustancias confluyen factores de riesgo individuales (como la impulsividad o la agresión antisocial), familiares (como el uso de drogas por los padres o hermanos) y culturales o sociales (como la alta disponibilidad de drogas y alcohol) y la carencia de normas (Roldán, 2001).

Los adolescentes y adultos jóvenes están expuestos asimismo al mundo globalizado, con la contaminación ambiental e informativa, la gran invasión

de imágenes, el alto consumo de televisión y de estimulación erótica y hedónica que trae aparejada (Burak, 2001).

En cuanto a lo escolar, la deficiente atención en las clases, la falta de motivación para estudiar, la conducta inapropiada en el aula, la poca o nula responsabilidad en las tareas escolares y la carencia de hábitos de estudio constituyen factores de riesgo en muchos de los estudiantes (Jaude *et al.*, 2005). También, los factores de riesgo aparecen cuando los profesores ofrecen un apoyo bajo o nulo, el fracaso escolar, la percepción de la escuela como una institución no acogedora y el déficit de una infraestructura apropiada (Hein, 2004).

Todas aquellas actividades susceptibles de producir daños a la salud de un individuo constituyen los factores de riesgo laboral, los cuales pueden ser de diferentes tipos: físicos, químicos, biológicos, psicosociales o relativos a la organización del trabajo (Naranjo y Carrera, 2023). A este respecto, según la OMS (2022), los factores que presentan un riesgo para salud mental pueden ser la carga o un ritmo de trabajo excesivos, horarios prolongados, condiciones físicas inseguras o deficientes, violencia, acoso u hostigamiento, discriminación y exclusión, remuneración inadecuada o demandas conflictivas para la conciliación de la vida familiar y laboral. Los factores de riesgo personal o emocional son problemas emocionales que se caracterizan por la aparición de depresión, ansiedad, ataques de pánico, estrés, ideación suicida o suicidio (Páramo, 2011).

Durante la adolescencia, los factores de riesgo asociados a la salud conducen a ciertas conductas patológicas. Se considera a los adolescentes como un grupo de alto riesgo en materia sexual debido a que sus conocimientos sobre la sexualidad, los anticonceptivos y las medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) son muy pobres (Martínez y Hernández, 1999). Agrava lo anterior la ausencia de una adecuada educación sexual y la falta de una comunicación eficaz entre padres e hijos. Muchos adolescentes creen numerosos mitos sexuales o tienen falsas suposiciones que posibilitan las conductas de riesgo, lo que facilita la recurrencia de embarazos no deseados, abortos o contagios de enfermedades infecciosas (Páramo, 2011).

Factores de protección

En el marco de la psicología positiva, para Seligman (2011) los *factores protectores* son aquellas variables, características o condiciones que actúan como amortiguadores en las situaciones adversas o estresantes, lo que reduce la probabilidad de que un individuo desarrolle problemas de salud mental. Dichos factores se asocian con la promoción del bienestar, la resiliencia y la capacidad de adaptarse ante las dificultades, y pueden variar desde el apoyo social y la autoestima, hasta la búsqueda de un significado de la vida. Tales elementos pueden mejorar la capacidad de una persona para afrontar los desafíos y mantener un equilibrio psicológico saludable.

La resiliencia, entendida como la capacidad para superar adversidades (Masten, 2014), se vincula con factores protectores como la autoestima (Melillo y Suárez, 2002) y el bienestar subjetivo (Cardoso *et al.*, 2018). Las teorías actuales (*cf.* Polo, 2009) consideran la resiliencia como un proceso dinámico influido por factores de riesgo y protección. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueven una visión activa y empoderadora de la resiliencia.

En el campo de la salud, hablar de factores protectores o de protección es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y, con ello, contrarrestan los posibles efectos de los factores y las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducen la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Para la psicología de la salud y Antonovsky (1987), uno de sus exponentes, reconocido por su teoría de “salud salutogénica”, tales factores de protección son los recursos personales y sociales que ayudan a las personas a enfrentar los factores de riesgo y a mitigar el estrés. Estos recursos pueden incluir el apoyo social, la autoestima, la capacidad de afrontamiento y otros elementos que fortalecen la capacidad de una persona para mantener y mejorar su salud.

La *resiliencia* se define como la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad minimizar los efectos nocivos de la adversidad o sobreponerse a ellos. Es la capacidad

humana para hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y salir fortalecido e incluso transformado (Burak, 2001). Así, es la capacidad de una persona para adaptarse, superar y recuperarse de traumas o problemas en lugar de ser vencido por éstos, y caracteriza a individuos que, a pesar de vivir situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos e incluso se ven fortalecidos por tales situaciones (Páez *et al.*, 2011).

Para Bandura (2001), la *autoeficacia* es la percepción que posee cada persona acerca de sus propias capacidades, con base en la cual organizará y ejecutará sus actos de modo que le hagan posible alcanzar el rendimiento deseado. También se refiere a la creencia que una persona tiene de su capacidad para llevar a cabo acciones específicas que conduzcan al logro de sus metas y objetivos. Es, pues, una medida de la confianza en sí mismo para alcanzar el éxito. Abundando, la autoeficacia como factor protector puede entenderse como las creencias de la persona en su capacidad de realizar actividades de forma que proporcionen su control sobre sus experiencias de vida y regulan el funcionamiento cognitivo, motivacional y emocional y sus procesos de elección (Kazdin, 2000). En consecuencia, se encarga de considerar los problemas como retos y no como amenazas. De esta manera, una persona con autoeficacia ve favorecido su desempeño y su adaptación al entorno (Ferrer, 2009).

La *autoestima*, definida por Roa (2013) como la valoración personal, desempeña un papel crucial en la salud y el bienestar. Estudios como los de Guerrero *et al.* (2015) y Góngora y Casullo (2009) han demostrado que una alta autoestima se asocia con estilos de vida más saludables y con un mejor desempeño en diversos ámbitos, mientras que una baja autoestima puede generar problemas emocionales y conductas disruptivas (Martínez y Castellanos, 2013).

Tanto en la pandemia como en la postpandemia, varios estudios han tomado como eje de análisis el afrontamiento (Chankasingh, *et al.*, 2022; Geraci *et al.*, 2024; Scorsolini *et al.*, 2021)

El *afrontamiento*, definido por López (2009) como la capacidad de manejar situaciones estresantes, involucra un conjunto de estrategias cognitivas

y conductuales (Cassaretto *et al.*, 2003). Estas estrategias, según Páez (1993) y Richaud (2006), se clasifican en cognitivas (revalorización de la situación), conductuales (acción directa sobre el problema) y afectivas (regulación emocional). La adolescencia, una etapa marcada por cambios físicos, sociales y emocionales, exige un repertorio amplio de habilidades de afrontamiento. Bermúdez *et al.* (2003) y Gómez *et al.* (2006) resaltan la importancia del afrontamiento como mediador entre el estrés, los recursos personales y las consecuencias en esta etapa. Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas en la adolescencia no tan sólo facilita la adaptación a los desafíos propios de esta etapa, sino que también sienta las bases para una mejor salud mental en el largo plazo.

CONCLUSIÓN

Se pretende que esta revisión teórica del estado del arte sobre los factores de riesgo y protección proporcione una visión general durante y después de la pandemia de covid-19 que ha afectado a los adolescentes y adultos jóvenes. Aunque se han hallado evidencias sobre tales factores, es importante destacar que esos hallazgos no derivan necesariamente de investigaciones recientes.

Para obtener una comprensión más precisa del impacto en el largo plazo del covid-19 en la salud física y mental, así como en los hábitos y rutinas de la población adolescente y de adultos jóvenes, es fundamental efectuar estudios longitudinales para ese fin.

En conclusión, se insta a implementar intervenciones específicas educativas, preventivas, de salud integral, a fin de que se promueva la resiliencia y la adaptación saludable en esta etapa crucial de la vida. Llevar a cabo campañas de concientización dirigidas a los padres y a los jóvenes, enfocadas en la importancia de su participación en estudios similares. Estas campañas podrían resaltar los beneficios de la investigación para comprender y abordar los desafíos que enfrentan las nuevas generaciones.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a PROCENCIA II Conacyt de Paraguay el financiamiento del Proyecto INIC 01-82.

Citación: Coppari, N.B., Bagnoli, L. y Romero-Lévera, M.L. (2025). Aproximación teórica y evidencias de indicadores de riesgo y resiliencia poscovid-19 en la adolescencia. *Psicología y Salud*, 35(2), 347-356. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2995>

REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Benegas M., A.M., Villalba S., C.A., Díaz A., M.C. y Kwan-Chung, C. K. (2021). Analysis of the impact of COVID-19 on the labor situation during the quarantine in Paraguay, 2020. *Revista Científica de la UCSA*, 8(3), 68-74. Doi: 10.18004/ucsa/2409-8752/2021.008.03.068
- Bermúdez M., P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Bernert, R.A., Kim, J.S., Iwata, N.G. y Perlis M.L. (2015). Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Current Psychiatry Reports*, 17(3). Doi: 10.1007/s11920-015-0554-4
- Buenfil H., C., Vanega R., S. y Carrillo T., C. (2024). Flexibilidad psicológica y covid: el Cuestionario de Aceptación y Acción ante la Pandemia de Covid-19 (AAQ-COVID-19). *Psicología y Salud*, 34(2), 215-223. Doi: 10.25009/pys.v34i2.2903
- Burak S., D. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En D. Burak (Comp.): *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 23-39). LUR.
- Cabrales A., J., Morales C., E. y Hernández G., C. (2023). Impacto de la epidemia de covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional. *Psicología y Salud*, 32(3), 1-10. Doi: 10.25009/pys.v32i3.2797
- Cáceres G., C., Cosmina, R., González R., H., Brítez S., J.C. y Ferrari, E. (2023). Impactos del COVID-19 en la salud mental en universitarios de Paraguay. *Psicoperspectivas*, 22(1), 7-17. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue1-fulltext-2763
- Camacho, E., Hernández, M., Martínez, L. J.M., Alcalá, I. y Sanz, A. (2023). Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 32(3), 55-67. Doi: 10.25009/pys.v32i3.2792
- Cardoso, H., Borza, J. y Segabinazi, J. (2018). Indicadores de salud mental en jóvenes: factores de riesgo y de protección. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 3-25. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072018000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Carpio, M.V., García, M.C., Cerezo, M.T., Casanova P. y F. (2021) Covid-19: uso y abuso de internet y teléfono móvil en estudiantes universitarios. *INFAD*, 1(2), 107-116. Doi: 10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2123
- Carvacho, R., Morán, J., Miranda C., C., Fernández F., V., Mora B.C.P., Moya, Y., Pinilla, V., Toro, I. y Valdivia, C. (2021). Efectos del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de educación superior en Chile. *Revista Médica de Chile*, 149(3), 339-347. Doi: 10.4067/s0034-98872021000300339
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología*, 21(2), 363-392. Doi: 10.18800/psico.200302.006
- Castagnola S., C.G., Cotrina, J.C. y Aguinaga V, D. (2021). La resiliencia como factor fundamental en tiempos de Covid-19. *Propósitos y Representaciones*, 9(1). Doi: 10.20511/pyr2021.v9n1.1044
- Chankasingh, K., Booth, A., Albert, A., Kaida, A., Smith, L. W., Racey, C.S., Gottschlich, A., Murray, M.C.M., Sadarangani, M., Ogilvie, G.S., Galea, L. A.M. y Brotto, L.A. (2022). Coping during the COVID-19 pandemic: A mixed methods approach to understand how social factors influence coping ability. *Heliyon*, 8(10), e10880. Doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10880
- Coppari, N. González, L., Marecos, C., Montanía, M., Romero, L. y Bagnoli, L. (2022). Segunda ola del día después: Impacto del covid-19 en los docentes y en su labor educativa. *Cuadernos de Neuropsicología*, 16(3), 23-37. Doi:10.7714/CNPS/16.3.202
- Coppari, N.B., González, H., Ortiz M., A., Recalde, J., González V., M.G., Elias, S., Rolón M., S., Mikelj, A., Ibarra, F., Izzi, A., Wiebe, J. y González S., E. (2022). El Día Después: Comportamientos colectivos para la prevención del covid-19 durante la segunda ola. *Salud y Sociedad*, 12, e5319. Doi: 10.22199/issn.0718-7475-5319

- Coppari, N. B., González, H., Recalde, J., Süß, G., Escobar, G., Ortiz, A. y Bagnoli, L. (2022). El día después: Comportamientos de riesgo y protección ante el COVID-19 durante los comienzos de la cuarentena. *Summa Psicológica UST*, 19(1), 1-12. Recuperado de <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/512/534>
- Deza, S.L. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de instituciones educativas en Villa El Salvador. *Avances en Psicología*, 23(2), 231-240. Doi: 10.33539/avpsicol.2015.v23n2.165
- Faúndez C., C., Alfaro C., A., Vilaza C., D., Oyarce L., R., Albornoz T., S., Amigo, L., S. y Retamal F., C. (2023). Nivel de actividad física, tiempo de pantalla y hábitos de sueño en adolescentes chilenos durante cuarentena por COVID-19. En *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deportes y Recreación*, 49, 231-236. Doi: 10.47197/retos.v49.94971
- Ferrer C., M.S. (2009). Ecuaciones estructurales como modelos predictivos de la autoeficacia emprendedora en una muestra de jóvenes mexicanos y españoles. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 65-78. Recuperado de <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/174>
- García, K.M., Reyes R., B.L., Ojeda N., L.R., Dávila E., F.J. y Sánchez P., M. (2021). Relación entre el nivel de resiliencia y los hábitos de alimentación, actividad física y calidad del sueño de los estudiantes de educación superior en tiempos de pandemia. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/relacion-entre-resiliencia-y-los-habitos-de-alimentacion-actividad-fisica-y-calidad-de-sueno-en-estudiantes-de-educacion-superior-durante-la-pandemia-por-covid-19/>
- Geraci, A., Di Domenico, L. y D'Amico, A. (2024). The relationship between coping strategies and state anxiety during COVID-19 lockdown: The role of perceived emotional intelligence. *COVID*, 4(5), 592-604.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760305.pdf>
- Hein, A. (2004) *Estudio exploratorio descriptivo de caracterización de factores de riesgo asociados al abandono escolar y sus encadenamientos, en jóvenes de escasos recursos de 12 a 20 años, pertenecientes a tres centros urbanos*. Tesis de grado. Santiago: Universidad de Chile. Recuperado de https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106390/hein_a.pdf?sequence=3
- Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopedia of psychology* (vol. 8). American Psychological Association.
- Kuric, S.K., Calderón G., D. y Sanmartín A., O. (2020). Educación y brecha digital en tiempos del COVID-19. Perfiles y problemáticas experimentadas por el alumnado juvenil para afrontar sus estudios durante el confinamiento. *Revista de Sociología de la Educación*, 14(1), 63-84. Doi: 10.7203/RASE.14.1.18265
- Lezcano A., E., García T., M., Guerrero F., P., Mora F., M., Collados P., H.M.P. y Alastrué N., E. (2023). El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806789>.
- Livia, J., Aguirre M., M.T. y Rondoy G., D.J. (2021). Impacto psicológico del aislamiento social en estudiantes de una universidad pública de Lima. *Propósitos y representaciones*, 9(2), 768. Doi: 10.20511/pyr2021.v9n2.768
- López S., J. (2009). *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- López M., B. y Drivet, L. (2023). Salud mental de niños, niñas y adolescentes argentinos y pandemia por COVID-19: factores de riesgo y lecciones aprendidas. *Psicodebate*, 23(1), 64-81. Doi: 10.18682/pd.v23i1.7020
- Maristany, M., Preve, P., Cros, B. y Revilla, R. (2021). Efectos del confinamiento en adolescentes en la pandemia por covid-19 en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Psico*, 52(3), 1-9. Doi: 10.15448/1980-8623.2021.3.41309
- Martínez Á., J.L. y Hernández M., A. (1999). Riesgos asociados a la conducta heterosexual adolescente: pautas para la educación y prevención. En J. N. Góngora, J. A. Fuertes Martín y T. M. Ugidos D. (Eds.): *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 109-138). Amarú Ediciones.
- Martínez, E. y Castellanos, C. (2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 71-82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/801/80127000009.pdf>
- Masten, A. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. The Guilford Press.
- Melillo, A. y Suárez O., E. (2002). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.
- Morales R., M., Díaz B., D. y Solís G., L.A. (2023). Impacto de afectividad y habilidades resilientes en la salud mental de adolescentes: fin del confinamiento. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 8(36). Doi: 10.46652/rgn.v8i36.1042
- Naranjo, E.J. y Carrera, J.E. (2023). *Los riesgos psicosociales en una agencia bancaria en Guayaquil: entorno poscovid-19*. Tesis de grado. Guayaquil (Ecuador): Universidad Politécnica Salesiana. Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/25279/1/UPS-GT004476.pdf>
- Ocampo E., D. y Correa R., A.M. (2022). Situación emocional y resiliencia de estudiantes universitarios, post-pandemia de la COVID-19. *Sociedad y Tecnología*, 6(1), 17-32. Doi: 10.51247/st.v6i1.322

- Pachay G., Y.C., Quinto F., A.G., Mota V.N., Del Rocío, Pérez C., A.M., Castro J., E.L. y Muñoz J., M.T. (2022). La deserción escolar post pandemia y su impacto en la garantía constitucional del derecho al acceso a la educación. *Ciencia Latina*, 6(5), 1787-1797. Doi: 10.37811/cl_rcm.v6i5.3196
- Páez, D. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Promolibro.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. y Sebizzera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post traumático: posibles aspectos positivos y beneficiosos a los hechos traumáticos. En D. Páez C., J.L. Martín Beristain, N. González-Castro y Basabe J. de Rivera (Eds.): *Superando la violencia colectiva y construyendo la cultura de paz* (pp. 311-339). Fundamentos.
- Palomera Ch., A., Herrero, M., Carrasco N., E., Juárez R., P., Barrales C., R., Hernández R., M.I., Llantá M., C., Lorenzana, L., Meda-Lara, R.M. y Moreno J., B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(10), 83-93. Doi: 10.14349/rfp.2021.v53.10
- Páramo, M.A. (2011) Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Paricio del Castillo, R., Mallol C., L., Díaz de Neira, M. y Palanca M., I. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en la época del COVID: ¿una nueva pandemia? *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(4), 9-17. Doi: 10.31766/revpsij.v38n4a3
- Parra F., M.A., Lay R., N., Escalona O., J.F. y Rodríguez B., M.A. (2022). Impacto psicosocial del covid-19 en jóvenes del municipio de Malambo-Atlántico, Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 28(2), 202-206. Doi: 10.31876/rcs.v28i2.37933
- Peña V., L., Rubí G., P. y Vicente P., B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(1). Doi: 10.26633/rpsp.2021.158
- Polo, C. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años*. Tesis de grado. Universidad del Aconcagua. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/71>
- Rivarola, M.A., Gould, M.S. y Díaz G., C. (2020). Impact on mental health during the COVID-19 pandemic in Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(1), 61-68. Doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.61
- Roa A., G. (2013) La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241-257. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12466/678>
- Roldán, C. (2001). Adicciones: un nuevo desafío. En S. Donas Burak (Comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 447-467). LUR.
- Salazar A., H. y Reyes S., J.A. (2019). Determinantes sociales del embarazo adolescente. *Uno Sapiens, Boletín científico de la Escuela Preparatoria No. 1*, 2(3), 1-4. Recuperado de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/4278>
- Samatán E., M. y Ruiz L., P.M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), 40-52. Doi: 10.31766/revpsij.v38n1a6
- Santucci, K.A. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2), 233-237. Doi: 10.1097/mop.0b013e3283504fbf
- Scorsolini C., F., Patias N., D., Cozzer A., J., Flores P., A.W. y Hohendorff, J.V. (2021). Salud mental y estrategias de afrontamiento en estudiantes de postgrado durante la pandemia de COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3491.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. Atria.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. y Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. Doi: 10.1016/s0140-6736(17)30003-x
- Taribani, A. (2018) *La Generación del milenio: ¿quiénes son los milenials?* Recuperado de <http://www.gadeso.org/files/2018/07/milenials.pdf>
- UNICEF (2021). *Jóvenes experimentan depresión y ansiedad a causa de la pandemia en Paraguay y el mundo. Los efectos nocivos de la COVID-19 sobre la salud mental de los niños, niñas y jóvenes son sólo la punta del iceberg, según UNICEF*. Recuperado de <https://www.unicef.org/paraguay/comunicados-prensa/j%C3%B3venes-experimentan-depresi%C3%B3n-y-ansiedad-causa-de-la-pandemia-en-paraguay-y-el>
- Ünver, H., Arman, A.R., Erdogdu, A.B. & İlbasım, Ç. (2020). COVID-19 pandemic-onset anorexia nervosa: three adolescent cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(12), 663-664. Doi: 10.1111/pcn.13160
- Uriarte J., D. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145-160.
- Valencia R., T.M., Sánchez A., I.A. y Carranza I. G.R. (2020). La recreación en adolescentes mexicanos durante el confinamiento por covid-19. *Lecturas de Educación Física y Deportes*, 25(271), 22-34. Doi: 10.46642/efd.v25i271.2549
- Vall-Roqué, H., Andrés, A. y García C., S. (2021). El impacto de la pandemia por Covid-19 y del confinamiento en las alteraciones alimentarias y el malestar emocional en adolescentes y jóvenes de España. *Psicología Conductual*, 29(2), 345-364. Doi: 10.51668/bp.8321208s

- Valle M., B. y Salcedo D., R.N. (2022). Factores de riesgo e impacto psicológico en adolescentes de alta vulnerabilidad durante el confinamiento por COVID-19. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 135. Doi: 10.56294/saludcyt2022135
- Valls, M. y Remor, E.A. (2022). Factores psicosociales asociados a un estilo de vida saludable en servidores públicos universitarios. *Revista de Psicología, Diversidad y Salud Salvador*, 11. Recuperado de https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=LucLqy0AAAAAJ&cstart=100&pagesize=100&citation_for_view=LucLqy0AAAAAJ:LgRimb-QfgY4C
- World Health Organization (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. Recuperado de <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Zafra M., Á.C., De la Luz S. B., Valencia J., J.C. y Alemán M., G., A. (2023). Estudio sobre ciberpatologías en estudiantes universitarios: antes y después de la Covid-19. *Revista Iberoamericana de Investigación y Desarrollo*, 13(26). Doi: 10.23913/ride.v13i26.1430
- Zea A., C. y León H., H. (2022). Hábitos de vida durante la cuarentena por COVID-19 en una muestra de la población colombiana. *Revista de Ciencias de la Salud*, 20(2), 1-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/562/56271319003/56271319003.pdf>

Conductas parentales, comunidades virtuales, riesgos y protección en internet

Parental behaviors, virtual communities, risks, and protection in internet

María del Pilar Méndez-Sánchez¹, Rafael Peñaloza-Gómez¹,
Mirna García-Méndez¹ y José Carlos Jaenes-Sánchez²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Universidad Pablo de Olavide de Sevilla²

Autor para correspondencia: María del Pilar Méndez S., pilar.mendez@zaragoza.unam.mx.

RESUMEN

La constante conexión a los aparatos tecnológicos ha incrementado los riesgos en los adolescentes debidos a la dependencia y adicción que ocasionan; además, las formas de interacción entre los jóvenes se han modificado, siendo en su mayor parte mediante conexiones virtuales como se establecen las relaciones interpersonales; la familia, a su vez, asume el papel al de mediador ante las conductas de riesgo. Con el objetivo de identificar el efecto de las conductas parentales en las conductas de riesgo y protección en las comunidades virtuales, se realizó una investigación cuantitativa con un diseño correlacional-causal. Se aplicaron la Escala de Conductas Parentales, la Escala de Conductas de Riesgo y Protección en los Medios de Comunicación Virtual y la Escala de Comunidades Virtuales. Los datos se recolectaron en la Ciudad de México con una muestra no probabilística de 503 participantes, con media de edad de 20.1 años (D.T. = 2.49). Se efectuaron asimismo análisis de correlación y regresión lineal por diadas: madre-hijo, madre-hija, padre-hijo y padre-hija. Los resultados indicaron la influencia de las conductas parentales en las conductas de riesgo, protección y uso de comunidades virtuales.

Palabras clave: Conductas de riesgo; Internet; Comunidades virtuales; Conductas parentales; Medios de comunicación social.

ABSTRACT

The constant connection of technological devices increases risks in adolescents, such as dependency and addiction. Also, the forms of interaction have changed, leading to virtual connections where users seek interpersonal relationships, and the family obtains the role of mediator against risky behaviors. The present quantitative study sought to identify the influence of parental behaviors on risk, protection, and virtual communities through a correlational-causal design. The Parenting Behavior Scale, the Risk and Protection Behavior Scale in Virtual Communication Media, and the Virtual Communities Scale were applied. The data were collected in Mexico City with a non-proba-

¹ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Carrera de Psicología, Área de Psicología Social, Av. Guelatao No. 66, Col. Ejército de Oriente, Indeco II, ISSSTE, Alcaldía de Iztapalapa, 0923 Ciudad de México, México, correos electrónicos: pilar.mendez@zaragoza.unam.mx, penaloza.gr@comunidad.unam.mx, mina@unam.mx. <https://orcid.org/0000-0003-0066-5582>, <https://orcid.org/0000-0003-3585-7701>, <https://orcid.org/0000-0002-2334-0740>.

² Ctra. de Utrera, 1, 41013 Sevilla, España, correo electrónico: congresspresident2017@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8700-130x>.



bilistic sample of 503 participants, with a mean age of 20.1 years (SD = 2.49). Correlation and linear regression analyzed dyads: mother-son, mother-daughter, father-son, and father-daughter. The results indicated the influence of parental behaviors on risk behaviors, protection, and use of virtual communities.

Key words: Risk behaviors; Internet; Virtual communities; Parental behaviors; Social media.

Recibido: 27/09/2023

Aceptado: 10/04/2024

El internet es una herramienta para la búsqueda de información, interconexión y comunicación que permite que los procesos de socialización sean incluso masivos; sin embargo, como en cualquier otro contexto, hay situaciones de riesgo en su empleo, siendo los jóvenes los más vulnerables por la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones (Villanueva, 2018). Durante la pandemia de covid-19, Además del distanciamiento social, el cierre de los centros educativos y laborales y la adopción de un modelo de actividades a distancia debido a tal situación, se evidenció la relevancia de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en las que los jóvenes reportaron utilizar el internet con fines productivos, como la realización de tareas educativas y clases en línea, así como las propias del ocio, como el uso de las redes sociales, escuchar música y jugar videojuegos (Gómez y Martínez, 2022).

Si bien el internet ha traído ciertos beneficios en las tareas cotidianas, entre los riesgos asociados a su uso se encuentra la constante conexión a los aparatos tecnológicos, como el teléfono móvil que incentiva a los jóvenes a desarrollar una dependencia de este dispositivo, una nula convivencia con los demás y un peligro constante de la propia vida (Pinargote *et al.*, 2022). En la adicción al internet, Morales (2022) ubica a los adolescentes en una zona considerable de riesgo al predominar un alto nivel del factor intrapersonal y uno por encima del promedio en el factor interpersonal; además, reporta que las mujeres muestran una

mayor dependencia de la red en el factor interpersonal que los hombres, y Orozco (2021) encuentra que éstos exhiben niveles de moderados a severos de adicción a internet, y las mujeres unos moderados. Arellanez *et al.* (2024) reportan que los estudiantes de primaria, principalmente las mujeres, muestran síntomas de comportamiento adictivo a los videojuegos, pero son los varones quienes muestran una mayor frecuencia de abuso e incluso de adicción.

Respecto a la violencia en el ámbito virtual, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México (UNICEF) (2023) define que el ciberacoso (es decir, el acoso o intimidación por medio de las tecnologías digitales, tiene como objetivo atemorizar, enfadar o humillar a otras personas. Entre otras formas de ciberacoso destaca la difamación, la intimidación, la crítica, el acoso presencial que se efectúa por medio de la localización de la víctima para atacarla, la suplantación de la identidad y el robo de contraseñas; tales conductas acarrearán que la víctima se sienta menoscabada en su seguridad e integridad (Donoso y Rebollo, 2018). En la encuesta realizada por UNICEF y U-Report (2020) se señala que de 17,537 entrevistados, 46% había sido víctima del ciberacoso.

En el estudio de Gabrada *et al.* (2021), hecho con jóvenes españoles, se halló que 53.7% ejercía violencia entre sus iguales a través de las TIC en la forma de ciberacoso, como difundir mentiras o publicar fotografías o videos que en las redes sociales causan vergüenza a la víctima; enviar mensajes, imágenes o videos hirientes, abusivos o amenazantes a través de plataformas de mensajería, o hacerse pasar por otra persona y enviar mensajes provocadores en nombre de dicha persona o a través de cuentas falsas.

El acoso cara a cara y el ciberacoso ocurren a menudo juntos. Pero el ciberacoso deja una huella digital; es decir, un registro que puede servir de prueba para ayudar a detener el abuso.

También en España, Sabater y López-Hernández (2015) reportaron que el ciberacoso activo es minoritario, mientras que el pasivo (haber sufrido acoso en medios virtuales) es más elevado. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a través del Módulo sobre

Ciberacoso (MOCIBA, 2017)³, reportó que tanto adolescentes como jóvenes dijeron haber vivido en los últimos doce meses alguna situación de acoso cibernético, siendo las mujeres más afectadas que los hombres. Además, la División Científica de la Policía Federal reveló en los datos del 13° Estudio sobre los Hábitos de los Usuarios de Internet en México 2017 (Asociación de Internet.mx/Infotec (2018) que los delitos cibernéticos reportados estuvieron asociados a abusos y agresiones contra niñas, niños y adolescentes. Entre tales delitos se incluyen el *ciberbullying* (ciberacoso); el *sexting* (sextorsión), una forma de chantaje en la que se amenaza a una persona con divulgar y hacer pública imágenes y videos de su intimidad sexual; el *grooming* (concepto referido a una práctica en la que un adulto se hace pasar como menor en Internet o intenta establecer un contacto con niños y adolescentes), y la pornografía infantil.

Los riesgos que los adolescentes y jóvenes encuentran en internet disminuyen mediante las llamadas “conductas de ciberseguridad”, es decir, “el uso seguro y responsable de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), incluidos el internet, los dispositivos móviles y los aparatos para guardar, compartir o recibir información” (Giant, 2016, p. 16). Al implementar tales mecanismos se disminuyen o evitan robos de información y de identidad, pérdida de datos y muchos otros riesgos. No obstante lo anterior, en los resultados de la encuesta realizada por UNICEF y U-Report (15 de noviembre de 2020) se encontró que 56% de los usuarios no sabían qué es un “código malicioso”, pero 39% sabía que hay muchos riesgos a los que se está expuesto al acceder a ese tipo de código; 70% no podía identificar un *malware* en su teléfono celular o computadora; 65% dijo descargar aplicaciones, películas, videojuegos, etc. de páginas “pirata”; 67% no sabía qué es la doble identificación; 64% sabía que estar conectado a una red pública conlleva riesgos. La fal-

ta de información sobre la ciberseguridad conduce a que los adolescentes y jóvenes se encuentren en un riesgo mayor ante el uso de dispositivos tecnológicos, como el teléfono, la computadora o las consolas, entre otros.

Actualmente, los procesos de socialización han experimentado cambios, y diversas interacciones sociales se realizan hoy de manera virtual. Una comunidad virtual implica un conjunto de personas que utilizan la tecnología como su medio de socialización, esto es, como un grupo de individuos lo suficientemente grande que emerge de una red y que se comunica constantemente en público, lo que genera que desarrollen un sentido de pertenencia y unión (Gairín, 2006). Así, la comunidad virtual se desarrolla cuando una comunidad real utiliza los distintos medios tecnológicos para mantener y ampliar la comunicación. Dos elementos básicos para la estabilidad y éxito de las comunidades virtuales en la red son el tiempo de interactividad y el componente afectivo entre los miembros (Saorín y Sánchez, 2001).

Las redes sociales facilitan por un lado la comunicación con otras personas, proporcionan a sus usuarios otras voces con las cuales puedan compartir los mismos intereses, preocupaciones o pasatiempos, y permiten que sus miembros se sientan parte de esa comunidad y que puedan acceder a la información que deseen, pero también pueden ocasionar que los adolescentes eviten salir y convivir con otros (Hernández *et al.*, 2017).

Un agente de socialización fundamental en el desarrollo es la familia, que tiene la responsabilidad de transmitir normas, valores y modelos de comportamiento; además, constituye el nexo entre el individuo y la sociedad (Rodríguez, 2007). La mediación familiar en el contexto digital es una estrategia para solucionar problemas con los hijos desde la prevención o anticipación (López y García, 2017); sin embargo, la influencia de la familia puede aumentar asimismo el riesgo de llevar a cabo conductas que perjudican el desarrollo de los adolescentes, como consumir alcohol (Acosta y Padrós, 2024).

En las prácticas parentales y el uso de las TIC por los niños los padres suelen tener un perfil mediador negligente, es decir; no dialogan, supervisan, controlan ni establecen reglas sobre el

³ El Módulo sobre Ciberacoso (MOCIBA) 2017 se levantó del 29 de mayo al 21 de julio de 2017, con el objetivo de generar información estadística que permitiera conocer la prevalencia del ciberacoso entre las personas de 12 a 59 años de edad y de aquellas que vivieron alguna situación semejante en los últimos doce meses, así como la situación de ciberacoso experimentada y su caracterización.

uso de tecnología; otros padres recurren a prácticas indulgentes; esto es, priorizan los deseos de los niños al depositar una elevada (e injustificada) confianza en la tecnología y en la capacidad del autocuidado, pese a que son aquéllos quienes regulan el contenido y el tiempo que consumen internet. Están por último los padres con prácticas autoritativas, quienes establecen un diálogo bidireccional para establecer las reglas necesarias para el uso de las pantallas; explican las precauciones que deben tomarse para su uso, y regulan y supervisan las actividades de los niños (Arru, 2017). El control se limita con mayor frecuencia a preguntar y observar las actividades de los menores, seguido de la imposición de una cierta temporalidad al empleo de la conexión o a agregar a los hijos a sus mismas redes sociales como formas comunes de la mediación parental (López y García, 2017).

Los padres reportan sus diversas preocupaciones acerca de las implicaciones que el uso de la tecnología tiene en la vida de sus hijos, como el que se hagan amigos de personas desconocidas, que observen videos con contenido negativo, lo que propicia ideas distorsionadas acerca de la sexualidad, o el ciberacoso; asimismo, los padres desconocen las herramientas de monitorización parental, por lo que utilizan las redes sociales para la supervisión que llevan a cabo (Carrera *et al.*, 2020). Floros y Siomos (2013) apuntan que cuando los hijos perciben que hay un cierto control y monitoreo por parte de sus padres del tiempo que pasan en internet y sobre los contenidos que observan, tienen un mayor autocontrol en las redes sociales y menos probabilidades de desarrollar una conducta adictiva del internet. Por el contrario, los estilos parentales de indiferencia, abuso y sobreprotección de la madre influyen en el desarrollo de la adicción al internet, mientras que los estilos de indiferencia y abuso del padre contribuyen a que se desarrolle un uso excesivo de dicho recurso (Matalinares y Díaz, 2013).

Un estilo parental autoritario y los problemas de comunicación con los padres constituyen factores de riesgo para generar conductas relacionadas con el ciberacoso, el cual tiene a su vez relación con la búsqueda de apoyo y aceptación en las redes sociales, como una necesidad de pertenencia, identidad social y aceptación en el grupo (Marín *et al.*, 2019). Aun cuando algunos padres

establecen algunas pautas de conducta de sus hijos ante la tecnología, las mismas están orientadas solamente al tiempo de conexión y no a los contenidos (Garmendia *et al.*, 2011). Quienes tienen padres con habilidades protectoras en la red, tienen a la vez prácticas más saludables en este medio (Ramos *et al.*, 2018).

Como se observa, son muchos los estudios orientados a la población adolescente y juvenil debido a que es el grupo que más utiliza el internet. En México, de los 93.1 millones de usuarios, la mayor proporción se encuentra entre los 18 y 24 años, seguidos por los de 25 a 34 y de 12 a 17 (INEGI, 2023). Es, por lo tanto, una población muy vulnerable.

Con base en las fuentes revisadas, el objetivo del presente estudio fue analizar la influencia de la percepción de las conductas parentales en las conductas de riesgo de sus hijos en internet y en las comunidades virtuales.

MÉTODO

Participantes

La muestra, seleccionada de manera no probabilística por un muestreo intencional, estuvo integrada por 503 participantes, de los cuales 312 fueron mujeres (62%) y 191 varones (38%, cuyo rango de edad fue de entre 15 y 24 años, con una edad promedio de 20.01 años y una desviación típica de 2.49.

Instrumentos

Escala de Conductas Parentales (Méndez *et al.*, 2020). Constituida por dos subescalas, una referente a las conductas de las madres, con los factores de monitoreo, supervisión, conflicto y apoyo, esta subescala tuvo una varianza total de 64.30% y un coeficiente alfa de Cronbach global de .847. La subescala para padres fue integrada por los factores de Protección, Control, Conflicto y Apoyo, y explicó 72.83% de la varianza, con un coeficiente alfa de Cronbach total de .912. La escala se evalúa mediante cuatro opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre”.

Escala de Conductas de Riesgo y Protección en Medios de Comunicación Virtual (Méndez et al., 2023a). Dicho instrumento está compuesto por tres factores y explica una varianza total de 58.08%. Consta de los siguientes coeficientes omega de McDonald: Factor 1 (ciberacoso) = .964; Factor 2 (dependencia digital) = .831, y Factor 3 (ciberprotección) = .657. La escala contiene cinco opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre”.

Escala de Comunidades Virtuales (Méndez et al., 2023b). Consta de los siguientes factores que explican 58.28% de la varianza total: sentido de pertenencia, información, apoyo social y entretenimiento. Con los siguientes estadísticos de confiabilidad Omega de McDonald: sentido de pertenencia = .733; información = .901; apoyo social = .844; y entretenimiento = .706. Cuenta con cinco opciones de respuesta de “nunca” a “siempre”.

Procedimiento

Los cuestionarios se aplicaron de manera virtual y presencial. Se solicitó a docentes que impartían sus clases, tanto sincrónica como presencialmente, su autorización para aplicar los cuestionarios. Una vez que aceptaron, un aplicador capacitado brindó información a los estudiantes sobre los instrumentos y se dieron indicaciones acerca del anonimato de las respuestas y el objetivo de la

investigación. Una vez que aceptaron colaborar voluntaria y anónimamente, se realizó la aplicación, considerando para ello los lineamientos éticos recomendados por la American Psychological Association.

Análisis de resultados

Se realizó un análisis de correlación r de Pearson a las diadas madre-hijo, madre-hija, padre-hijo y padre-hija con las variables; además, se llevaron a cabo análisis de regresiones lineales para lograr el objetivo de la investigación.

RESULTADOS

Los datos obtenidos en los análisis de correlación r de Pearson en la diada madre-hija indicaron correlaciones significativas bajas: las conductas parentales de monitoreo se asociaron de manera positiva con la ciberprotección y el apoyo social, y de manera negativa con el ciberacoso; las conductas de conflicto materno correlacionaron positivamente con la dependencia digital, el ciberacoso, el sentido de pertenencia y el entretenimiento, y de manera negativa con la ciberprotección. Las conductas de protección de la madre se asociaron positivamente con la ciberprotección y el apoyo social, y negativamente con el ciberacoso (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de correlación de riesgos y protección, comunidades virtuales y conductas parentales en la diada madre-hija.

	DD	CA	CP	SP	I	AS	E
Monitoreo	-.032	-.148**	.207**	.090	.031	.205**	.055
Supervisión	-.075	-.043	.050	.064	-.084	.086	.034
Conflicto	.361**	.168**	-.112*	.234**	-.025	.013	.137**
Protección	.016	-.142*	.246**	.015	-.019	.229**	.115**
Apoyo	-.097	-.109	.020	.057	-.004	.070	.049

Nota: DD: Dependencia digital, CA: Ciberacoso, CP: Ciberprotección, SP: Sentido de pertenencia, I: Información, AS: Apoyo social, E: Entretenimiento.

Regresiones lineales en la diada madre-hija

En los análisis de regresión lineal para las conductas de riesgo en medios virtuales se encontró que, en el caso de la variable de Dependencia digital ($r^2 = .140$), hubo dos variables predictoras: el con-

flicto ($\beta = .361$, $p < .001$) y el apoyo ($\beta = -.108$, $p < .05$); en la variable de Ciberacoso, el modelo presentó una r^2 de .043, siendo las variables predictoras el monitoreo ($\beta = -.147$, $p < .05$) y el conflicto ($\beta = .161$, $p < .05$); la variable de Ciberprotección obtuvo una r^2 de .083, con tres variables

predictoras: el monitoreo ($\beta = .157, p < .05$), la protección ($\beta = .225, p < .001$) y el apoyo ($\beta = -.152, p < .05$).

En el caso de las variables de la escala de comunidades virtuales, en la variable dependiente de Sentido de Pertenencia ($r^2 = .053$) se encontró la variable predictora de conflicto ($\beta = .231, p < .001$). La variable de Apoyo Social mostró una r^2 de .040, con la variable Monitoreo como predicción ($\beta = .201, p < .001$), y la variable Entretenimiento una r^2 de .020 con conflicto materno como predictor ($\beta = .141, p < .05$).

Los resultados de correlación en la diada madre-hijo (Tabla 2) mostraron una correlación positiva entre las conductas de monitoreo de la madre (ciberprotección y apoyo social); la supervisión se asoció positivamente con ciberprotección, sentido de pertenencia, información y apoyo social; las conductas de conflicto se relacionaron con ciberacoso, sentido de pertenencia y entretenimiento; la protección materna con ciberprotección y apoyo social, y las conductas de apoyo con apoyo social.

Tabla 2. Análisis de correlación de riesgos y protección, comunidades virtuales y conductas parentales en la diada madre-hijo.

	DD	CA	CP	SP	I	AS	E
Monitoreo	.071	.067	.179*	.098	.044	.170*	.071
Supervisión	.044	.100	.055*	.204**	.190**	.179*	.142
Conflicto	.310**	.251**	-.067	.291**	.007	.020	.184*
Protección	-.007	.012	.246**	.063	.066	.241**	.030
Apoyo	-.140	.124	.019	.198**	-.049	.161*	-.038

Nota: DD: Dependencia digital, CA: Ciberacoso, CP: Ciberprotección, SP: Sentido de pertenencia, I: Información, AS: Apoyo social, E: Entretenimiento.

Regresiones lineales de la diada madre-hijo

En cuanto las conductas de riesgo en medios virtuales, cuando las conductas de la madre se dirigen a los hijos varones, en el caso de la variable dependiente Dependencia digital ($r^2 = .143$) se observaron dos variables predictoras: el conflicto ($\beta = .354, p < .001$) y el apoyo ($\beta = -.186, p < .05$); en la variable Ciberacoso, el modelo presentó una r^2 de .057, siendo la variable predictora el conflicto ($\beta = .249, p < .001$), y en la variable Ciberprotección, con una r^2 de .062, la variable predictora fue la supervisión ($\beta = .152, p < .05$).

En la Escala de Comunidades Virtuales, la variable dependiente Sentido de pertenencia ($r^2 = .034$), presentó como variable predictora la Supervisión

($\beta = .184, p < .05$). Para la variable dependiente Información con una $r^2 = .034$, se encontró la variable predictora Supervisión ($\beta = .185, p < .05$). Apoyo social mostró una r^2 de .029 con la variable Monitoreo ($\beta = .170, p < .05$), y la variable Entretenimiento tuvo una r^2 de .026 con la variable Supervisión como predictora ($\beta = .161, p < .05$).

Las correlaciones entre la diada padre-hija (Tabla 3) indicaron correlaciones positivas entre las conductas parentales de protección y apoyo social, y de manera negativa con dependencia digital y ciberacoso; el control se asoció negativamente con dependencia digital, ciberprotección y apoyo social; el conflicto se asoció de manera positiva con dependencia digital y sentido de pertenencia, y el apoyo negativamente con dependencia digital.

Tabla 3. Análisis de correlación de riesgos y protección, comunidades virtuales y conductas parentales en la diada padre-hija.

	DD	CA	CP	SP	I	AS	E
Protección	-.167**	-.132**	.064	-.067	-.095	.144*	.045
Control	-.141*	-.031	-.211**	.050	-.068	-.134*	-.094
Conflicto	.167**	.045	-.106	.238**	-.009	-.018	.050
Apoyo	-.191**	-.103	-.105	-.038	-.073	.056	-.006

Nota: DD: Dependencia digital, CA: Ciberacoso, CP: Ciberprotección, SP: Sentido de pertenencia, I: Información, AS: Apoyo social, E: Entretenimiento.

Regresiones lineales de la diada padre-hija

Los análisis de regresión lineal referentes a las conductas que perciben las hijas de sus padres indicaron que en la variable dependiente Dependencia digital ($r^2 = .069$) se hallaron dos variables predictoras: protección ($\beta = -.209, p < .001$) y conflicto ($\beta = -.202, p < .001$); en la variables dependiente Ciberacoso el modelo presentó una $r^2 = .018$, siendo la variable predictora la protección ($\beta = -.134, p < .05$), y la variable dependiente Ciberprotección tuvo una r^2 de .045 con la variable predictora Control paterno ($\beta = -.211, p < .001$).

En la Escala de Comunidades Virtuales, la variable Sentido de pertenencia ($r^2 = .060$) tuvo

como variable predictora el conflicto ($\beta = .244, p < .001$). La variable dependiente Apoyo social mostró una r^2 de .056 con las variables de protección, como Predicción ($\beta = .204, p < .001$) y control ($\beta = -.195, p < .05$).

Los resultados de correlación en la diada padre-hijo (Tabla 4) indicaron correlaciones positivas entre las conductas de protección y ciberprotección y apoyo social del padre, y de manera negativa con dependencia digital; Control correlacionó con Ciberacoso y Sentido de pertenencia; Conflicto con Dependencia digital, Ciberacoso, Sentido de pertenencia y Entretenimiento; y Apoyo se relacionó con Apoyo social y de manera negativa con Dependencia digital.

Tabla 4. Análisis de correlación de riesgos y protección, comunidades virtuales y conductas parentales en la diada padre-hijo.

	DD	CA	CP	SP	I	AS	E
Protección	-.102	.006	.274**	.028	.105	.224**	-.016
Control	.048	.222**	.009	.236**	.064	.125	.109
Conflicto	.312**	.317**	-.080	.265**	.040	.088	.219**
Apoyo	-.161**	.065	.105	.141	.020	.177**	.025

Nota: DD: Dependencia digital, CA: Ciberacoso, CP: Ciberprotección, SP: Sentido de pertenencia, I: Información, AS: Apoyo social, E: Entretenimiento.

Con base en los resultados de las correlaciones, cuando los reportes son las percepciones de los hijos varones ante las conductas de sus padres, se encontró que en la variable dependiente Dependencia digital ($r^2 = .174$) se hallaron dos variables predictoras: Conflicto ($\beta = .407, p < .001$) y Apoyo ($\beta = -.293, p < .001$); en la variable Ciberacoso, el modelo obtuvo una $r^2 = .049$, siendo Control la variable predictora ($\beta = .222, p < .05$); Ciberprotección obtuvo una $r^2 = .099$, con dos variables predictoras: Protección ($\beta = .314, p < .001$) y Conflicto ($\beta = -.159, p < .05$).

Para las variables de la Escala de Comunidades Virtuales, Sentido de Pertenencia ($r^2 = .056$) tuvo como variable predictora Control ($\beta = .236, p < .05$). Apoyo Social, a su vez, mostró una r^2 de .050, con la variable Protección como predictora ($\beta = .224, p < .05$), y la variable Entretenimiento ($r^2 = .048$), tuvo como variable predictora Conflicto ($\beta = .219, p < .05$).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidencian la presencia de conductas virtuales de riesgo, datos que respaldan los de autores como Villanueva (2018), quien analizó la vulnerabilidad de los jóvenes, la cual conlleva problemas como la adicción al internet (cf. Morales, 2022) y conductas asociadas al ciberacoso (cf. Gabrada *et al.*, 2021); a su vez, se observaron también conductas de ciberprotección, es decir, conductas que protegen a los adolescentes de peligros que pueden encontrar en los medios digitales, los que Giant (2016) analiza y aborda acerca del uso seguro y responsable de las tecnologías.

Respecto al objetivo principal de este estudio, al integrar la variable de las conductas parentales se observa su influencia sobre las conductas de riesgo en la ciberprotección y la adhesión a las comunidades virtuales, la que sin embargo fue diferente en cada una de las diadas. El conflicto materno y paterno estuvo presente en las conductas

de riesgo de la dependencia digital y el ciberacoso, coincidiendo con estudios previos en los que los estilos, la indiferencia y la sobreprotección tanto de la madre como el padre aumentan el uso excesivo y la adicción al internet (Matalinares y Díaz, 2013). Además, un estilo parental autoritario y los problemas de comunicación con los padres constituyen factores de riesgo en las conductas relacionadas con el ciberacoso (Marín *et al.*, 2019).

El monitoreo materno incrementa la ciberprotección en los hijos e hijas y disminuye el ciberacoso cuando se trata de las hijas, resultados que respaldan lo indicado por Floros y Siomos (2013); es decir, los jóvenes que perciben un monitoreo eficaz de sus madres son quienes tienen mejores hábitos en cuanto al uso de internet y el tiempo que pasan en las redes sociales; además, es probable que elijan mejor sus contactos en línea, lo que resalta la importancia de que los padres estén al tanto de las herramientas de monitoreo parental virtual, y que en estudios como el de Carrera *et al.* (2020) dicen desconocer.

También conductas parentales positivas, como la protección materna y paterna, aumentan las conductas de ciberprotección en los adolescentes, lo que es importante debido a que los padres con habilidades protectoras en la red tienen prácticas más saludables en este medio (Ramos *et al.*, 2018). Mientras el apoyo paterno disminuye las conductas de dependencia digital en los hijos, sin duda la mediación familiar en el contexto digital es una estrategia que hace posible prevenir, anticipar y resolver los problemas con los hijos (López y García, 2017).

Respecto a la variable de comunidades virtuales, el estudio muestra la adherencia de los jóvenes a las mismas, en las que la comunicación es constante y pública y los miembros desarrollan un sentido de cierta pertenencia y unión. En relación con las conductas parentales, cuando existe conflicto entre los padres y los hijos, se promueve en estos últimos el desarrollo de un sentido de pertenencia a las comunidades virtuales, al igual que lo que ocurre con la supervisión de la diada madre-hijo y con control en la diada padre-hijo, lo que hace que los miembros de una comunidad digital se identifiquen y se comuniquen constan-

temente en público (Gairín, 2006). Además, los jóvenes buscan entretenimiento en los grupos virtuales cuando se encuentran con conflicto con los padres.

El apoyo social que se ve reflejado cuando hay monitoreo y protección del padre tanto a los hijos como a las hijas permiten que los miembros se sientan parte de una determinada comunidad y que puedan acceder a la información que desean (Hernández *et al.*, 2017).

CONCLUSIONES

A pesar de las brechas generacionales en el uso de la tecnología, los padres deben hacer un esfuerzo para conocer y utilizar las herramientas de monitoreo y protección en medios virtuales dirigidas a sus hijos debido al efecto positivo que tales herramientas tienen para desarrollar conductas higiénicas y de protección en los adolescentes y jóvenes, lo que los resguardará de una cantidad creciente de riesgos en internet y que los lleve a generar un mejor autocontrol en cuanto al uso de las redes sociales.

Asimismo, es importante que se genere una actitud positiva hacia las comunidades virtuales y que los padres se incluyan en sus dinámicas, para de esta forma poder guiar a sus hijos en una sana convivencia en el contexto digital que incluso se extrapole a las relaciones sociales en el mundo físico, pues las comunidades virtuales llegaron para quedarse y se han ido convirtiendo paulatinamente en nichos de convivencia que las personas no pueden ya pasar por alto.

Finalmente, es necesario subrayar la existencia innegable de riesgos y de conductas poco saludables en los contextos virtuales, y la responsabilidad que la familia, como primer agente socializador, tiene actualmente no sólo en el entorno físico sino en el virtual, responsabilidad que no puede delegar ni ignorar, y es ahí donde entra la educación en la ciberprotección, la ciberseguridad y otras conductas protectoras que deben ser incluidas en el desarrollo de este medio de comunicación digital.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al Programa UNAM–PAPIIT IN306821.

Citación: Méndez-Sánchez, M.P., Peñaloza-Gómez, R., García-Méndez, M. y Jaenes-Sánchez, J.C. (2025). Conductas parentales, comunidades virtuales, riesgos y protección en internet. *Psicología y Salud*, 35(2), 357-366. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2996>

REFERENCIAS

- Acosta M., V.M. y Padrós B., F. (2024). Influencia de familiares, amigos y edad de inicio en el abuso de alcohol en adolescentes. *Psicología y Salud*, 34(1), 29-36. Doi: 10.25009/pys.v34i1.2841
- Arellanez H., J.L., Romero P., E., Beltrán G., L.F. y Lima Z., F.I. (2024). Comparación de características adictivas a los videojuegos entre hombres y mujeres estudiantes mexicanos. *Psicología y Salud*, 34(1), 135-144. Doi: 10.25009/pys.v34i1.2851
- Arru, J. (2017). *Prácticas parentales y uso de la tecnología de sus hijos de 10 y 11 años en Mendoza, Argentina*. Tesis inédita de grado. Buenos Aires: Repositorio de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/265>
- Asociación de Internet.mx/ Infotec (2018). *13 Estudio sobre los hábitos de los usuarios de internet en México 2017*. México: Autores. Recuperado de https://www.gobiernohabil.com/2017/05/principales-datos-sobre-los-habitos-de.htmlhttps://www.infotec.mx/work/models/infotec/Resource/1012/6/images/Estudio_Habitos_Usuarios_2017.pdf
- Carrera, X., Beltrán, P. y Villalta, B. (2020). Monitorización parental de adolescentes con ayuda de la tecnología. *Hamut'ay*, 7(1), 19-27. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v7i1.1906>
- Donoso, T. y Rebollo, Á. (2018). *Violencia de género en entornos virtuales*. Madrid: Octaedro.
- Floros, G. y Siomos, K. (2013). The relationship between optimal parenting, Internet addiction and motives for social networking in adolescence. *Psychiatry Research*, 209(3), 529-534. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.010
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (México) (2023, febrero). *Ciberacoso: Qué es y cómo detenerlo*. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/end-violence/ciberacoso-que-es-y-como-detenerlo>
- Gabrada, C., Cuevas, N., Martí, A., Rodríguez, A. y Agusti, A. (2021). Ciberacoso y ciberviolencia en pareja: ¿fenómenos relacionados? *Psicología Conductual*, 29(3), 597-610. Doi: 10.51668/bp.8321305s
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G. y Casado, M.A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Bilbao: Universidad del País Vasco/ EU Kids Online. Recuperado de <http://www.eukidsonline.net>
- Giant, N. (2016). *Ciberseguridad para la 1-Generación*. Narcea.
- Gómez, D. y Martínez, M. (2022). Usos del internet por jóvenes estudiantes durante la pandemia de la covid-19 en México. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 22(2). Doi: 10.32870/Pk.a12n22.724
- Hernández M., K., Yanez P., J. y Carrera R., A. (2017). Las redes sociales y adolescencia. Repercusiones en la actividad física. *Universidad y Sociedad*, 9(2), 242-247.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017). *Módulo sobre Ciberacoso [MOCIBA]. Reporte de INEGI*. México: INEGI Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/investigacion/ciberacoso/2017/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2023, 19 de junio). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022*. México: INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf
- López, C. y García C., J. (2017). La familia como mediadora ante la brecha digital: repercusión en la autoridad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 108-124. Doi: 10.21501/22161201.1928
- Marín C., A.F., Hoyos O., L. y Sierra A., F. (2019). Factores de riesgo y factores protectores relacionados con el *ciberbullying* entre adolescentes: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2899.pdf>
- Matalinares C., M. y Díaz A., G. (2013). Influencia de los estilos parentales en la adicción al internet en alumnos de secundaria del Perú. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(2), 195-220. Doi: 10.15381/rinvp.v16i2.6554
- Méndez S., M.P., García M., M. y Peñaloza G., R. (2020). Escala de conductas parentales ante el uso de tecnología en adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(2), 114-124. Doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2020.2.351
- Méndez S., M.P., Peñaloza G., R. y García M., M. (2023a). *Diseño y validación de la Escala de Conductas de Riesgo y Protección en Medios Virtuales*. México: UNAM.

- Méndez S., M.P., Peñaloza G., R. y García M., M. (2023b). *Escala de Comunidades virtuales: un estudio exploratorio y confirmatorio*. México: UNAM.
- Morales R., M. (2022). Adolescentes en riesgo: Búsqueda de sensaciones, adicción al internet y procrastinación. *Informes Psicológicos*, 22(1), 43-60. Doi: 10.18566/infpsic.v22n1a03
- Orozco, G. (2021). Género y adicción a internet en universitarios mexicanos. *Ciencia y Futuro*, 11(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/350353842_2021_genero_y_adiccion_a_internet_estudiantes_universitarios_2038-6038-1-SM
- Pinargote, G.J., Maldonado, K., Pin, C.Y. y Pérez, D.L. (2022). Uso de internet por parte de los jóvenes y dependencia de los teléfonos móviles. *Revista UNESUM-Ciencias*, 6(3). Doi: 10.47230/unesum-ciencias.v6.n3.2022.471
- Ramos, I., López, C. y Torrecillas, T. (2018). Percepción de riesgo online en jóvenes y su efecto en el comportamiento digital. *Comunicar*, 26(56), 71-79. Doi: 10.3916/c56-2018-07
- Rodríguez P., A. (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de Educación*, 9, 91-97. Recuperado de <https://www.forodeeducacion.com/ojs/index.php/fde/article/view/184/141>
- Sabater, F., C. y López H., L. (2015). Factores de riesgo en el ciberbullying. Frecuencia y exposición de los datos personales en internet. *Revista Internacional de Sociología de la Educación*, 4(1), 1-25. Doi: 10.4471/rise.2015.01
- Saorín, P., T. y Sánchez A., V. (2001). Las comunidades virtuales y los portales como escenarios de gestión documental y difusión de información. *Anales de Documentación*, 4(0), 215-227. Doi: 10.6018/analesdoc.4.0.2311
- U Report México (2020). Tu voz cuenta (15 noviembre). *Ciberseguridad*. Recuperado de <https://mexico.ureport.in/opinion/4746/>
- Villanueva V., J. (2018). *Riesgos y usos problemáticos de internet en adolescentes*. Valencia, España: Universidad Internacional de Valencia. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5555_d_Riesgos-y-usos-problematicos-de-Internet-en-Adolescentes.pdf

Prevalencia de estrés percibido en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Isidro Fabela

Prevalence of perceived stress among first-year UIFT medical students

*Stephanie Becerril González¹, Ismael Hernández de la Cruz¹
y Carmen Denise Macedo Jaramillo²*

Universidad Isidro Fabela de Toluca, S.C.^{1,2}

Autor para correspondencia: Carmen D. Macedo J., [msp_denise_macedo@outlook.es](mailto:mSP_denise_macedo@outlook.es).

RESUMEN

El estrés percibido hace referencia al grado en que las personas perciben las demandas de su entorno como impredecibles e incontrolables. El objetivo de esta investigación fue valorar mediante un análisis transversal la prevalencia y el alcance del estrés percibido en una muestra de 98 estudiantes de segundo y tercer semestre de la licenciatura de Medicina, al igual que su distribución por edad, sexo, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral y estado civil. El estrés se midió con la Escala de Estrés Percibido y las otras variables a través de una entrevista. Con una tasa de respuesta de 86%, la media de edad fue de 19.2 ± 0.93 . Las mujeres constituyeron 62% de los participantes. Se estimó una prevalencia de estrés percibido de 95.9%. La media de los puntajes de estrés fue de 27.97 ± 7.86 , siendo mayor en las mujeres (29.93 ± 7.54) que en los hombres (24.75 ± 7.40) ($p=0.001$). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de estrés percibido con el resto de las variables independientes. Se concluye que existe una alta prevalencia de estrés percibido en estudiantes de segundo y tercer semestre de la licenciatura de Medicina, siendo las mujeres las más afectadas. Estos hallazgos evidencian la urgente necesidad de establecer programas universitarios dirigidos a reducir el estrés mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento y actividades extracurriculares que promuevan la salud mental entre los estudiantes de los primeros semestres de la licenciatura.

Palabras clave: Prevalencia; Estrés; Estudiantes de medicina; Escala de Estrés Percibido.

ABSTRACT

Perceived stress refers to how people perceive their environment's demands as unpredictable and uncontrollable. The present study sought to determine the prevalence, mean, and distribution of perceived stress scores among second and third-semester medical degree students by age, sex, school year, extracurricular activity, employment status, and marital status. 98 students participated in a cross-sectional study. There was an 86% response rate. Interviews registered independent variables and stress employing the Perceived Stress Scale (PSS). The mean age was $19.24 \pm .93$. Women comprised 62% of the participants. The prevalence of Perceived stress was 95.9%, and

¹ Licenciatura de Médico Cirujano y Partero, Avenida María del Refugio Alejandro Tarello Núm.700, Cacalomacán, Toluca, Estado de México, México, correos electrónicos: stephanie.b.g8098@gmail.com y dubste1909@gmail.com, ORCID: 0009-0009-5815-0021 y 0009-0006-0231-1832.

² Departamento de Investigación de la Escuela de la Salud, Avenida María del Refugio Alejandro Tarello. Núm.700, Cacalomacán, Toluca, Estado de México, México, correo electrónico: [msp_denise_macedo@outlook.es](mailto:mSP_denise_macedo@outlook.es), ORCID: 0009-0008-2654-1805.



27.97 ± 7.86 was the mean stress score. Women had a higher perceived stress score (29.93±7.54) compared to men (24.75±7.40) ($p=0.001$). No statistically significant differences resulted in mean perceived stress with the rest of the independent variables. The study concludes that perceived stress is high, and women are more likely than males to have significant perceived stress levels in their second and third semesters of medical school. These findings show the urgent need to design a university program to reduce stress by applying support strategies or extracurricular activities that promote mental health among students in the first semesters of medical school and consider women as a group at higher risk.

Key words: Prevalence; Stress; Medical Students; Perceived Stress Scale.

Recibido: 08/08/2024

Aceptado: 23/11/2024

En 1956, Hans Selye, considerado el padre de los estudios sobre el estrés, definió esta condición ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una respuesta no específica adaptativa del organismo a cualquier demanda del exterior (Sánchez, 2010).

El estrés puede considerarse como una condición indispensable para el funcionamiento del organismo en tanto que le permite responder y adaptarse al entorno; no obstante, cuando es prolongado o intenso resulta perjudicial para el individuo que lo sufre (Sánchez, 2010).

El estrés induce un mecanismo de protección y una respuesta a las demandas cotidianas del entorno. Guerrero (2002) apunta que el estrés se origina a partir de estímulos físicos y sociales, los que someten a los individuos a demandas que no pueden satisfacer de forma adecuada, al tiempo que perciben que deben satisfacerlas. Se produce entonces un desajuste entre las demandas ambientales y los recursos o habilidades disponibles en la persona.

El estrés afecta las áreas cognitiva, emotiva y conductual del individuo. Cuando el área cognitiva se ve afectada, se suele experimentar dificultad para mantenerse concentrado en una actividad, y entonces la retención memorística de corto y largo plazo se reduce. Al afectarse el área emotiva,

se tiene dificultad para mantenerse relajado; hay un desequilibrio físico, un aumento del desánimo y un descenso en el deseo de vivir; y cuando se afecta el área conductual, se experimenta una falta de entusiasmo por las aficiones y pasatiempos (Melgosa, 2018).

Hoy día, el estudio del ser humano se aborda a partir de un modelo biopsicosocial que abarca factores físicos, psicológicos y sociales propios del sujeto de estudio con la finalidad de que éste alcance su nivel máximo de bienestar.

A lo largo del tiempo, la formación médica se ha caracterizado por un elevado nivel de exigencia en cualquier nivel de la jerarquía de estudiantes, internos, residentes y adscritos, lo que genera estrés en todos ellos y una mayor posibilidad de que padezcan efectos secundarios.

En diversos estudios se ha registrado el nivel del estrés percibido mediante el Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen *et al.* (1983), reportándose una alta prevalencia del mismo entre los estudiantes de medicina, la que fluctúa entre 36.5 y 84.6% (*cf.* también Bustamante *et al.*, 2023; Dahab *et al.*, 2010; García *et al.*, 2019; Jamil *et al.*, 2018; Lemos *et al.*, 2018; Meyer, 2013; Ragga, 2012).

En los países latinoamericanos se vuelve alarmante la escasa atención que se brinda en materia de investigación al estado emocional e incluso físico en el entorno médico académico (Molano *et al.*, 2022). Los jóvenes son un segmento poblacional relativamente sano, por lo que no siempre se presta la debida atención a su salud integral; aun así, es vital conocer la realidad que enfrentan los jóvenes desde la perspectiva de su salud mental (Cabrera *et al.*, 2023).

Los estudiantes de medicina de recién ingreso afrontan un importante desafío por la transición de un nivel educativo a otro. La adaptación al ambiente universitario, la carga de materias básicas, la autoexigencia y la expectativa de sus pares, docentes o familiares son algunos de los factores que los vuelven más vulnerables al estrés y a otros trastornos psicológicos.

Al ser un grupo vulnerable y poco estudiado, el objetivo de esta investigación consistió en estimar la prevalencia y la media del puntaje de estrés percibido y su distribución de acuerdo con edad, sexo, ciclo escolar, actividades extracurriculares,

situación laboral, estado civil y paternidad en los estudiantes de segundo y tercer semestre de medicina de la Universidad Isidro Fabela de Toluca durante un ciclo escolar.

MÉTODO

Diseño

Se efectuó un estudio con metodología cuantitativa de tipo transversal analítico en estudiantes de la licenciatura de Médico Cirujano y Partero de segundo y tercer semestre en la Universidad Isidro Fabela de Toluca (UIFT).

Participantes

Participaron en el estudio 114 estudiantes regulares de medicina de segundo y tercer semestre, quienes firmaron una carta de consentimiento informado, y se eliminaron a los estudiantes dados de baja o que se encontraban suspendidos por diversas razones durante el periodo de la recolección de datos.

Variables

La variable dependiente fue el nivel de estrés percibido por el estudiante. Las variables independientes incluidas en el análisis fueron el sexo, edad, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral, estado civil y paternidad.

Instrumentos

Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen *et al.*, 1983). Se utilizó la adaptación de Remor (2006) de este cuestionario, que valora el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de catorce ítems que se evalúan mediante una escala de cinco puntos (de 0 = “Nunca”, a 4 = “Muy a menudo”). Para obtener la puntuación total en el PSS se debe primeramente invertir las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (del modo siguiente: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0), y luego se realiza la suma de los 14 ítems. La puntuación directa obtenida (que va de 0 a 56) indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. La versión de Remor (2006) mostró una

fiabilidad adecuada, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, de 0.81) y test-retest de 0.73, así como validez concurrente y sensibilidad.

Evaluación y aprobación del protocolo de investigación

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Departamento de Investigación de la Escuela de la Salud de la Universidad Isidro Fabela de Toluca con número de oficio DEPINVT-UIFT-05032024-01.

Procedimientos para recolectar la información

La recolección de los datos se llevó a cabo una semana antes del periodo de evaluación académica. Una vez que los participantes firmaban una carta de consentimiento informado se les entregaba un ejemplar del PSS-14 para que lo respondieran de forma independiente y de esta manera se respetara la confidencialidad de los datos.

La entrevista estructurada para la recolección de las variables independientes fue aplicada por dos examinadores en las aulas de la universidad, con una duración aproximada de 15 minutos.

El sexo, edad, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral, estado civil y paternidad se registraron mediante una entrevista estructurada.

Métodos estadísticos

El análisis de los datos se efectuó empleando el paquete estadístico SPSS, versión 26. Asimismo, se elaboró un análisis descriptivo de todas las variables según su escala de medición.

Se estimó la prevalencia de estrés percibido considerando como caso a todos los sujetos de estudio que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 15 en el PSS-14 (*cf.* Remor, 2006).

Se comparó la media de puntaje de estrés de acuerdo con las variables independientes (sexo, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral, estado civil y paternidad) utilizando para ello la prueba *t* de Student. De igual forma, se empleó un análisis de varianza para comparar las medias de los puntajes de estrés de acuerdo con los grupos de edad de los sujetos en estudio. Se consi-

deró una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de p fuese menor de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyó en el presente estudio a un total de 114 estudiantes de medicina de segundo y tercer semestre, de los cuales 98 cumplieron con los criterios

de inclusión y aceptaron participar en el estudio por medio de la firma de una carta de consentimiento informado, lo que corresponde a una respuesta de 86%.

De los participantes, 62.2% fueron mujeres. La media de edad fue de $19.24 \pm .93$. La información del resto de las variables independientes se resume en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables independientes de los estudiantes de medicina de la UIFT.

Variable	F	%
Ciclo escolar		
Segundo	58	59.2%
Tercero	40	40.8%
N	98	100%
Actividades extracurriculares		
No	56	57.1%
Sí	42	42.9%
N	98	100%
Situación laboral		
No trabaja	84	85.7%
Sí trabaja	14	14.3%
N	98	100%
Estado civil		
Soltero	96	98%
Casado	2	2%
N	98	100%
Paternidad		
No	98	100%
Sí	0	0%
N	98	100%

Nota: Frecuencia y porcentaje de estudiantes incluidos en el estudio de acuerdo al semestre, actividades extracurriculares, situación laboral, estado civil y paternidad.

Prevalencia de estrés percibido en la población de estudio

La prevalencia de estrés percibido en la muestra fue de 95.9%. Los sujetos que afirmaron manifestar estrés, 46.9% lo experimentaba ocasionalmente; 48% a menudo y sólo 1% muy a menudo.

Comparación de medias del puntaje de estrés

Respecto al puntaje de estrés percibido, se obtuvo una media general de 27.97 (D.E. = 7.8). Al rea-

lizar la comparación de medias se identificó una media de puntaje de estrés percibido en las mujeres de 29.93 (D.E. = 7.54), y de 24.75 (D.E. = 7.40) en los varones, habiendo diferencias estadísticamente significativas; es decir, las mujeres tienen un mayor promedio de puntajes de estrés que los hombres ($p = 0.001$; IC 95% = 2.07-8.27).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de estrés de acuerdo con la edad, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral ni estado civil (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la media de puntaje de estrés percibido con las variables independientes.

Variable	N	Media	D.E.	Sig.	IC 95%	
Sexo						
Mujer	61	29.93	7.54	0.001*	2.07	8.27
Hombre	37	24.75	7.40			
				N	98	
Edad**						
≤20 años	62	28.50	8.06	.242	26.45	30.54
20 años	27	28.18	7.65		25.15	31.21
≥20 años	9	23.77	6.47		18.79	28.75
Ciclo escolar						
Segundo semestre	58	28.72	8.31	.131	-1.38	5.02
Tercer semestre	40	26.90	7.12			
Actividades extracurriculares						
No	56	28.73	7.98	.138	-1.42	4.94
Sí	42	26.97	7.68			
Situación laboral						
No trabaja	84	27.89	8.26	.791	-5.13	3.92
Sí trabaja	14	28.50	4.98			
Estado civil						
Casado o unión libre	96	28.12	7.86	.207	-3.99	18.24
Soltero	2	21.00	5.65			

Nota: Media y desviación estándar del puntaje de estrés percibido de acuerdo con el sexo, edad, ciclo escolar, actividades extracurriculares, situación laboral y estado civil. **Prueba de ANOVA.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la prevalencia de estrés percibido (95.9%) fue mayor que la reportada por Bustamante *et al.*, 2023; Lemos *et al.* (2018); García *et al.*, 2019, y Ragga *et al.*, 2012.

En cuanto a la distribución de la media del puntaje de estrés según el sexo, Shah *et al.* (2009) reportó un puntaje mayor de estrés percibido en las mujeres que en los hombres (28.60 vs. 7.92). Del mismo modo, Meyer *et al.* (2013) halló un puntaje mayor de estrés percibido en mujeres.

Cabe señalar que en 2018 Lemos reportó resultados similares a los de este estudio al identificar una asociación entre el estrés y el sexo de los participantes. La prevalencia de estrés percibido en las mujeres fue de 74% y en los hombres de 51.6% ($p = 0.05$).

En cuanto a la media global del puntaje de estrés percibido, obtenido a través del PSS-14, Shah *et al.* (2009) reportaron una media global de 30.84, y García *et al.* (2019) una de 43.35 ± 11.3 .

Estos puntajes fueron mayores a los hallados en el presente estudio. De forma contrastante, Remor (2006) halló una media global de 25.0 (D.E. = 7.54), menor a la encontrada en este análisis. Molano *et al.* (2022) y Shah *et al.* (2009) no hallaron diferencias estadísticamente significativas en la media del puntaje de estrés percibido de acuerdo con las referidas variables de los estudiantes.

Desde los años 90 se ha intentado explicar la asociación entre el género y los agentes estresores, por lo que se consideró dicha variable como uno de los determinantes de la manera en cómo vive el estrés cada individuo en su rama personal, académica y laboral (Segura, 2016).

Las estrategias de crianza entre hombres y mujeres han sido el principal diferenciador; mientras que una niña es sobreprotegida por los progenitores, a los niños se les otorga una mayor independencia y libertad para la toma de decisiones desde muy temprana edad, lo que los vuelve más autosuficientes. Además, la cultura organizacional está basada en normas masculinas, de modo que

las mujeres se encuentran en desventaja al postularse para un empleo u ocupar cargos, lo que genera una mayor presión sobre ellas. Por otra parte, las mujeres no sólo cumplen las funciones académicas o laborales, sino que también desempeñan una mayor cantidad de actividades domésticas, lo que incrementa considerablemente la probabilidad de padecer un estrés más elevado que los varones (Segura, 2016).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Cabanach *et al.* (2013), realizaron un estudio comparativo, el cual refiere que hombres y mujeres utilizan afrontamiento individual y colectivo, es decir, los estudiantes hombres recurren a la revaloración positiva y a la planificación de exámenes y tareas como estrategias para reducir el estrés, mientras que las estudiantes mujeres se inclinan a la búsqueda de apoyo social como estrategia para enfrentarlo. De tal manera, que esto genera que los hombres enfrenten con mayor optimismo las pruebas que se presenten en su vida académica en comparación con las mujeres.

Tomando en consideración esta información, será necesario explorar cómo influyen las actividades que realizan los estudiantes más allá del aula como: las responsabilidades en sus hogares de acuerdo con los roles de género y las estrategias de afrontamiento que utilizan ante situaciones estresantes dentro y fuera del aula.

Del mismo modo, es importante diseñar nuevas propuestas de acción orientadas a la reducción de casos de estrés percibido como la implementación de espacios recreativos para el descanso de los estudiantes dentro de la universidad, así como

abrir foros de opinión para que los estudiantes sugieran las mejores estrategias para fomentar su salud mental.

Una de las principales fortalezas de este estudio es que incluyó la mayoría de la población de segundo y tercer semestre de la licenciatura de Médico Cirujano y Partero de la UIFT con una alta participación (86%).

La variable dependiente se midió a través de la escala de estrés percibido (PSS-14), un instrumento válido en español diseñado para medir confiablemente el grado en que los individuos evalúan situaciones de su vida como estresantes.

Entre las debilidades de este trabajo se encuentran que se estudió a una población cautiva, lo que limita la extrapolación de los resultados a otras poblaciones de estudiantes del área de la salud. La recolección de los datos, así como la medición del estrés percibido, se efectuó una semana antes del inicio del periodo de evaluaciones, por lo que la prevalencia y los puntajes de estrés percibido podrían estar sobreestimados.

Además, el instrumento empleado únicamente recoge información sobre la percepción de estrés, por lo que sería necesaria la medición del estrés con otras escalas para confirmar el dato.

En conclusión, se identificó una mayor prevalencia de estrés percibido en mujeres que en hombres. Considerando estos datos, se requiere del diseño de estrategias de afrontamiento para este problema de salud mental que contribuyan a la reducción del estrés, sobre todo en las estudiantes mujeres.

Citación: Becerril-González, S., Hernández de la Cruz, I. y Macedo-Jaramillo, C.D. (2025). Prevalencia de estrés percibido en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad Isidro Fabela. *Psicología y Salud*, 35(2), 367-373. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2998>

REFERENCIAS

- Bustamante R., De la Torre V., C.M. y Kevin, E. (2023). *Relación entre el estrés y la calidad de sueño en internos de medicina humana de la ciudad del Cusco, 2023*. Tesis de grado. Universidad del Cusco.
- Cabanach, G., Fariña, F., Freire, C., González, P. y Del Mar F., M. (2013). Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology*, 6(1), 19-32. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129327497002>
- Cabrera D., E., Charry M., S.A. y Astaiza A., G. (2023). Asociación entre depresión, ansiedad, estrés y lugar de origen (migración interna-no migración) en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 33(2), 477-486. Doi: 10.25009/pys.v33i2.2829

- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-96.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2010). *Enfoque cognitivo-transaccional del estrés*. CETECIC. Recuperado de <https://www.cetecic.com/>
- García A., H.J, Hernández C., L, Och C., J.M., Cocom R., S.G. y García T., R.A. (2019). Estrés universitario en estudiantes de medicina de la Universidad de Quintana Roo. *Salud Quintana-Roo*, 12(41), 13-17.
- Guerrero B., E. (2002). Modos de afrontamiento de estrés laboral en una muestra de docentes universitarios. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 43, 93-112.
- Jamil, Z., Baig, M., Salem, B., Mahdi, M. et al. (2018). Perceived stress, reasons for and sources of stress among medical students at Rabigh Medical College, King Abdulaziz University, Saudi Arabia. *BMC Medical Education*, 18(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s1209-018-1133-2>
- Lemos, M., Henao, M. y López, D. (2018). Estrés y salud mental en estudiantes de medicina: relación con el afrontamiento y actividades extracurriculares. *Archivos de Medicina*, 14(2).
- Melgosa, J. (2018). *Sin estrés*. Madrid: Safeliz S.L.
- Meyer K., A., Ramírez F., L. y Pérez V. (2013). Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), s/pp.
- Molano T., N.J., Vélez T., R.A. y Rojas G., E.A. (2022). Estrés percibido durante la pandemia de covid-19 en estudiantes universitarios de Popayán (Colombia). *Psicología y Salud*, Núm. Esp., 82-90. Doi: 10.25009/pys.v32i3.2793
- Ragga, E., Seba, M., Mohamad, H., Ahmed, M. y Tarek, S. (2012). Perceived stress and burnout among medical students during the clinical period of their education at King Faisal University, Saudi Arabia. *Ibn Sina Journal of Medicine BS*. Recuperado de <http://www.ijmbs.org>
- Remor, E. (2006). Psychometric roperties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Sánchez, J.M. (2010). Estrés laboral. *Hidrogénesis*, 8(2), 55-63.
- Segura G., R.M. y Pérez S., I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. En UNAM. *Programa Institucional de Estudios de Género de la FES Iztacala*, 36.
- Shah, M., Hasan, S., Malik, S. y Sreeramareddy, C. (2009). Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BMC Medical Education*, 10(1). Doi: 10.1186/1472-6920-10-2

Ideación suicida en estudiantes de una institución universitaria de Toluca (México)

Suicidal ideation in students from a university at Toluca (Mexico)

*Víctor Camacho Hernández¹, Susana Silvia Zarza Villegas¹,
Manuel Gutiérrez Romero¹ y Saúl Alejandro García²*

Universidad Autónoma del Estado de México¹
Universidad Nacional Rosario Castellanos²

Autor para correspondencia: Víctor Camacho H., vcamachoh973@alumno.uaemex.mx.

RESUMEN

El suicidio representa una grave amenaza para la salud mental en todo el mundo. Aunque México ha mostrado tasas relativamente bajas, se observó un aumento de la ideación suicida, especialmente entre los jóvenes, durante la pandemia de COVID-19. En este contexto, el estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la ideación suicida, desesperanza y depresión en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Toluca (México), a quienes se aplicaron la Escala de Ideación Suicida, el Inventario de Depresión y la Escala de Desesperanza de Beck a 158 participantes. Los resultados revelaron una prevalencia de la ideación suicida de 21.51%, con una mayor incidencia en las mujeres. Asimismo, se encontró una alta prevalencia de desesperanza (60.63%) y depresión (47.49%) en la citada muestra. Los estudiantes que reportaron sufrir ideación suicida mostraron niveles moderados de depresión y leves de desesperanza. Tales hallazgos sugieren la necesidad de implementar programas de prevención y detección temprana de problemas de salud mental en el ámbito universitario, especialmente dirigidos a mujeres.

Palabras clave: Ideación suicida; Jóvenes; Depresión; Desesperanza.

ABSTRACT

Suicide represents a serious threat to mental health worldwide. Although Mexico has shown relatively low rates, increased suicidal ideation has occurred recently, especially among young people, during the COVID-19 pandemic. In this context, the present study aimed to determine the prevalence of suicidal ideation, hopelessness, and depression in a sample of university students in the city of Toluca. A total of 158 participants responded to the Beck Suicidal Ideation Scale (BSI), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Beck Hopelessness Scale. The results revealed a prevalence

¹ Facultad de Ciencias de la Conducta, Av. Filiberto Gómez s/n, Guadalupe, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca de Lerdo, México, correos electrónicos: vcamachoh973@alumno.uaemex.mx, <https://orcid.org/0009-0000-7715-0339>; mgutierrezr@uaemex.mx, <https://orcid.org/0000-0002-7912-8781>; mgutierrezr@uaemex.mx, <https://orcid.org/0000-0002-7912-8781>.

² Gral. Lucio Blanco, Manuel Salazar 19, Providencia, 02440 Ciudad de México, México, correo electrónico: otopame@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0002-5707-3601>.



of suicidal ideation of 21.51%, with a higher incidence in women. Likewise, a high prevalence of hopelessness (60.63%) and depression (47.49%) resulted in the sample. Students who reported suicidal ideation presented moderate levels of depression and mild levels of hopelessness. These findings suggest the need to implement prevention and early detection programs for mental health problems in the university setting, primarily aimed at women.

Key words: Suicidal ideation; Young people; Depression; Hopelessness.

Recibido: 04/08/2024

Aceptado: 03/12/2024

El suicidio constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), cada año se producen aproximadamente 703,000 muertes por suicidio. En particular, los jóvenes de entre 15 y 29 años son un grupo particularmente vulnerable, pues entre ellos el suicidio ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de muerte en dicho grupo de edad en el mundo.

Aunque América Latina muestra tasas de suicidio relativamente bajas (6.1 fallecimientos por cada cien mil habitantes) que otras regiones, se ha observado un incremento en los últimos años (OMS, 2021). En México, por ejemplo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, y seis de cada diez muertes por dicha causa ocurren en personas menores de 30 años, principalmente en mujeres. Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021a) revelaron un aumento del 28.7% en las tasas de suicidio entre 2017 y 2021. En el Estado de México, la situación no es distinta: los 942 decesos reportados en 2021 afectaron mayormente a los varones.

Históricamente, las pandemias han estado asociadas a un aumento en las tasas de suicidio. Por ejemplo, en China, el brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), ocurrido en 2003, generó un incremento en los suicidios, especialmente entre los adultos mayores infectados (Yip *et al.*, 2010). Durante la pandemia de covid-19 se te-

mió un aumento similar en las tasas de suicidio. Aunque los estudios iniciales no encontraron diferencias significativas en comparación con periodos anteriores, revelaron sin embargo un aumento en la ideación suicida, particularmente entre los jóvenes y el personal de salud (Hao *et al.*, 2020; Jacobson *et al.*, 2020; Lee, 2020; McIntyre y Lee, 2020; ONU, 2020; Tan *et al.*, 2020). Un metaanálisis llevado a cabo por la OMS en 2022 confirmó que si bien las tasas de suicidio no aumentaron significativamente durante la pandemia, el riesgo de ideación y comportamiento suicida sí se elevó, especialmente entre los jóvenes.

En México, antes de la pandemia, aproximadamente 5% de la población mayor de 10 años había experimentado pensamientos suicidas, con una prevalencia ligeramente mayor en las mujeres (INEGI, 2021b). Estos datos sugieren que la ideación suicida es un importante problema de salud pública en el país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018).

Aunque existen numerosas investigaciones sobre el suicidio, las que abordan específicamente la ideación suicida son menos comunes. Dos estudios mexicanos efectuados en contextos pre-pandémicos ofrecen valiosos aportes. Tal es el caso de Lara *et al.* (2018), quienes evaluaron la ideación suicida y la sintomatología depresiva en adolescentes chiapanecos. Los resultados mostraron una prevalencia de ideación suicida de 7.8%, inferior a lo esperado. Por otro lado, Vázquez y De Haro (2018) analizaron los factores asociados a la ideación suicida y el intento de suicidio en los adolescentes de la ciudad de Irapuato, encontrando una prevalencia de la citada ideación de 10.5%.

Ambos estudios subrayan la importancia de abordar la ideación suicida como un factor de riesgo para el suicidio consumado, a la vez que autores como Lobo y Morales (2016) y McKinnon *et al.* (2016) coinciden en que la intervención temprana en los pensamientos suicidas puede prevenir muertes.

El DSM-5, el manual de referencia para el diagnóstico de los trastornos mentales, reconoce la importancia de la ideación suicida, aunque no la considera un predictor absoluto del suicidio, advierte empero que puede ser una señal de alerta. La ideación suicida es el primer paso en un proce-

so que puede culminar en el suicidio consumado. Para Gómez (2012), el suicidio se desarrolla en tres fases progresivas: ideación, intento y consumación (2016), siendo su vez la ideación suicida una etapa de pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio (Li *et al.*, 2017; Toro *et al.*, 2016) la describen como cualquier pensamiento relacionado con el suicidio. Ambos estudios enfatizan la asociación entre la ideación suicida y el riesgo de futuros intentos suicidas, especialmente en los adolescentes.

La literatura científica señala que la ideación suicida surge a menudo en ausencia de una razón aparente. Según Lobo y Morales (2016), tales pensamientos pueden representar una vía de escape de sentimientos de desesperanza, depresión y vacío existencial.

Por consecuencia, la adolescencia, un periodo caracterizado por cambios rápidos y profundos, se asocia con un mayor riesgo de ideación suicida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) y autores como López-Vega *et al.* (2020) sostienen que factores tales como la búsqueda de la identidad, la autonomía, la presión social, el acceso a la información a través de la tecnología, la violencia y la falta de apoyo social contribuyen a sufrir tal vulnerabilidad.

Desde el punto de vista individual, la ideación suicida suele estar relacionada con ciertos problemas de salud física, con trastornos mentales, aislamiento social y dificultades para dormir. La pandemia de covid-19, con las medidas de cuarentena y aislamiento social impuestas, ha exacerbado estos factores de riesgo (OMS, 2022).

Varios estudios han identificado factores de riesgo significativos para la ideación suicida en adolescentes. Gallo (2021), por ejemplo, destaca el papel del acoso escolar, mientras que De la Cruz (2017) señala la importancia de factores como la orientación sexual, el fracaso escolar y los trastornos de ánimo.

Los problemas familiares también son un factor de riesgo importante. Hernández-Bello *et al.* (2020) y Garza *et al.* (2019) encontraron una estrecha asociación entre la ideación suicida y los conflictos familiares, el maltrato y el abandono. La falta de comunicación y de apoyo familiar puede generar sentimientos de desesperanza y soledad en los adolescentes.

La desesperanza, identificada por Gómez *et al.* (2018) como un factor clave, suele coexistir con otros problemas, como la depresión y la ansiedad. Estos trastornos emocionales, junto con factores tales como la baja autoestima y el consumo de sustancias, aumentan el riesgo de la ideación suicida, según Vázquez y De Haro (2018).

A una escala mundial, la ideación suicida en los jóvenes muestra una prevalencia que oscila entre 10 y 35%, mientras que los intentos de suicidio se sitúan entre 5 y 15%, según los datos recopilados por Cañón y Carmona (2018). Estos autores llevaron a cabo un estudio comparativo de diversos países, incluidos Estados Unidos, México, Cuba, Brasil, Chile, Colombia, España, Portugal, Australia, China y Taiwán. Sus hallazgos indican que los jóvenes estudiantes presentan un menor riesgo suicida que aquellos que no asisten a la escuela. Además, dichos autores identifican cuatro factores clave relacionados con la ideación suicida: 1) emociones negativas y factores estresantes; 2) dinámicas familiares, conyugales e interpersonales; 3) factores biopsicosociales, y 4) problemas laborales y desigualdad social.

Es importante destacar que la desesperanza se considera un predictor más eficaz del riesgo suicida que la depresión, según los hallazgos de Córdova y Pérez (2011) en su revisión de los trabajos de Aaron T. Beck. Estos autores recalcan que la ideación suicida está estrechamente relacionada con la desesperanza y la depresión en el modelo cognitivo-conductual del propio Beck, un referente clásico en el campo. Córdova y Pérez (2011) aplicaron la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos, obteniendo resultados de confiabilidad adecuados.

La desesperanza, como componente central de la tercera triada cognitiva de Beck, desempeña un papel crucial en la depresión y el riesgo suicida. Según este modelo, las personas desesperanzadas experimentan una visión negativa de sí mismas, del mundo y del futuro, creyendo que sus problemas son insuperables y que el suicidio es la única salida.

Horwitz *et al.* (2017) corroboraron la importancia de la desesperanza como predictor exclusivo de la depresión y la conducta suicida en adolescentes, subrayando la necesidad de fortalecer las expectativas positivas y fomentar el optimismo en estos jóvenes.

Es fundamental destacar que la desesperanza interactúa con otros factores de riesgo, como los sociales, los biológicos y los psicológicos, para incrementar la vulnerabilidad al suicidio. Por ello, las intervenciones terapéuticas deben abordar de manera integral tanto los pensamientos negativos característicos de la desesperanza, como los factores contextuales que la mantienen. La prevención basada en la escuela y la comunidad, al fortalecer las habilidades de afrontamiento y promover el bienestar emocional, puede contribuir a reducir los niveles de desesperanza y, en consecuencia, el riesgo suicida.

Diversos estudios realizados en México durante y después de la pandemia de covid-19 revelaron altos niveles de desesperanza en usuarios de servicios psicológicos en línea. Según Hernández *et al.* (2022) y Ruiz-Alonso *et al.* (2021), hasta 84% de los participantes en estas plataformas reportaron sentimientos de desesperanza. Tales hallazgos confirman una estrecha relación entre la depresión, la victimización entre pares y la desesperanza en jóvenes adolescentes.

Calvete *et al.* (2008) señalan que la desesperanza es un factor de riesgo significativo para la ideación suicida. Este estado de ánimo se caracteriza por una visión pesimista del futuro y una atribución de los problemas a causas internas y estables. Los individuos desesperanzados tienden a interpretar los eventos negativos de manera catastrófica, creyendo que nada puede cambiarlos.

Los resultados de esta revisión sistemática revelan una alarmante prevalencia de ideación suicida en adolescentes, especialmente en aquellos que experimentan sentimientos de desesperanza y depresión. Un estudio de Hernández *et al.* (2022) encontró que hasta 84% de los usuarios de servicios psicológicos en línea reportaron niveles significativos de desesperanza. Asimismo, investigaciones como las de López-Vega *et al.* (2020) y Gómez *et al.* (2020) han demostrado una fuerte correlación entre la depresión y la ideación suicida en esta población, hallazgos que enfatizan la urgencia de desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a adolescentes con riesgo suicida.

MÉTODO

Participantes

La población estuvo constituida por 797 estudiantes universitarios, de los cuales 71.1% eran mujeres y 28.9% varones. La mayoría de los participantes (624) estaban matriculados en la Licenciatura en Pedagogía, seguidos por los estudiantes de la Licenciatura en Psicología Educativa (98) y la Maestría en Educación (75) de los turnos matutino y vespertino.

Para garantizar la representatividad de cada programa académico, la selección de los participantes se realizó a través de las listas de asistencia de los grupos divididos en las tres carreras que ofrece la universidad. Dichas listas se ingresaron en el programa Excel para seleccionar aleatoriamente a los participantes. Utilizando un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 7%, se calculó un tamaño de muestra de 158 participantes. Específicamente, se asignaron 124 participantes de la Licenciatura en Pedagogía, 19 de la Licenciatura en Psicología Educativa y 15 de la Maestría en Educación.

Instrumentos

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) (Beck, 1979).

Es éste un instrumento utilizado para evaluar para evaluar la gravedad y frecuencia de pensamientos suicidas en una persona. Consta de 19 preguntas que se aplican a manera de una entrevista clínica semiestructurada y permite medir la intensidad de los pensamientos, planes y conductas relacionados con el suicidio.

Cada pregunta ofrece tres opciones de respuesta (0, 1 y 2), que reflejan la frecuencia y gravedad de los pensamientos suicidas. Al sumar los puntajes de todas las preguntas, se obtiene un puntaje total (0 a 38 puntos) que indica el nivel de riesgo. Es importante destacar que si una persona contesta 0 en los reactivos 4 y 5, la evaluación se detiene y la prueba se codifica como "No aplicable". En caso de que la persona conteste con la

opción 1 o 2, el instrumento se sigue aplicando (Beck, 1979).

Según las revisiones de Osnaya y Pérez (2016), la ISB fue validada en México en 2007 por Córdova *et al.*, y por González y Hernández (2012); estos últimos reportaron una confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.84. En ambas investigaciones se confirmó una estructura factorial idéntica a la señalada por Beck, así como validez clínica.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck y Steer, 1987).

Es éste un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la gravedad de la depresión. Consiste en un autoinforme que consta de 21 ítems, cada uno de los cuales se valora en una escala de 0 a 3, donde la puntuación total oscila de 0 a 63. La composición de los ítems tiene relación con síntomas depresivos, desesperanza, ánimo irascible, culpa o castigo, así como con la sintomatología física relacionada: pérdida de peso, fatiga y falta de apetito sexual. La calificación final permite clasificar la depresión como leve, moderada o grave. Estudios psicométricos, como los realizados por Jurado *et al.* (1998) en población mexicana han demostrado la alta confiabilidad y validez del BDI. Tales estudios han mostrado una estructura factorial consistente con la versión original y una alta correlación con otras medidas de depresión, como la Escala de Zung.

Beltrán *et al.* (2012) confirmaron la validez y confiabilidad del BDI-II en adolescentes mexicanos, tanto en población clínica como no clínica. Estos hallazgos consolidan al BDI-II como una herramienta psicométrica sólida para evaluar la depresión en diversos grupos poblacionales.

Escala de Desesperanza (Beck y Steer, 1988).

Diseñada para cuantificar la desesperanza, consta de 20 ítems que se responden con un formato dicotómico (verdadero o falso). Su aplicación toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. A través de un análisis factorial, se ha demostrado que la escala evalúa tres dimensiones de la desesperanza: afectiva, motivacional y cognitiva.

Cada ítem se puntúa con 1 o 0 puntos, según la presencia o ausencia del aspecto evaluado. La puntuación total oscila entre 0 y 20, y se interpretan de la siguiente manera: de 0 a 3 puntos (rango normal o asintomático), de 4 a 8 puntos (rango leve), de 9 a 14 puntos (rango moderado) y de 15 a 20 puntos (rango severo). Según sus autores, una puntuación superior a 9 puntos sugiere la necesidad de considerar un posible riesgo suicida.

En un estudio reciente realizado por Quiñonez *et al.* (2019), se confirmó la solidez psicométrica de esta escala en una muestra de estudiantes mexicanos. El coeficiente omega, utilizado para evaluar su confiabilidad arrojó un valor de 0.89, lo que indica una alta consistencia interna. Además, el análisis factorial confirmatorio respaldó la estructura teórica del instrumento, con índices de ajuste adecuados (SRMR = 0.07, CFI = 0.95, TLI = 0.94 y RMSEA = 0.05). Estos resultados evidencian la validez y fiabilidad de la escala para su aplicación en población estudiantil mexicana.

Procedimiento

Al tener como objetivo conocer los índices de ideación suicida, desesperanza y depresión en una muestra de estudiantes universitarios, se siguió el protocolo de aprobación para garantizar la ética y validez de la investigación. Previamente al inicio del estudio, se obtuvo la autorización de las autoridades de una universidad gubernamental ubicada en la ciudad de Toluca (México). El proyecto de investigación fue sometido a revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la institución.

Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 14, fracción V del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), el cual detalla los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir, los posibles riesgos y beneficios, garantizando además la confidencialidad de los datos.

Los docentes colaboradores también fueron debidamente informados sobre los objetivos y pro-

cedimientos de la investigación, tras de lo cual expresaron su consentimiento para participar por escrito.

A los participantes que se identificaron con una elevada ideación suicida o alcanzaron altos niveles de depresión y desesperanza se les ofreció el servicio de atención psicológica dentro de su espacio académico como una manera de retribución a la comunidad estudiantil.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se aprecia que si bien los puntajes mínimos, máximos y las medias son muy variables, el efecto depende del rango de las pruebas ya que el rango más corto es de la Escala de Desesperanza, que va de 0 a 20 puntos, siendo la más larga la de depresión, que va de 0 a 63 puntos.

Tabla 1. Frecuencias de las variables evaluadas

Puntaje /Categoría	Desesperanza	Depresión	Ideación suicida
MIN	0	8	4
MAX	19	51	30
Media	7.3824	28.3235	14.8824
Rango de la prueba	De 0 a 20	De 0 a 63	De 0 a 38
Desv. media	4.99706	10.35058	6.0441

El Inventario de Ideación Suicida de Beck (ISB) reveló que 21.51% (n = 34) de los 158 participantes reportaron ideación suicida y que fue en la

edad de 19 años donde más se halló esta condición (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los participantes por edad.

Participantes con ideación suicida = 34	Edad					Promedio de edad
	18 años	19 años	20 años	21 años	22 años	
Total	2	12	8	9	3	19.9705

Los resultados mostraron que el nivel promedio de desesperanza en la muestra fue de 5.11 puntos en una escala de 0 a 20 puntos, lo que se clasifica como leve según el manual del ISB. Este efecto indica que la desesperanza es un síntoma común en esta población.

La distribución de los puntajes de desesperanza por rangos fue, a saber: Severo: 1.25% (2 personas); Moderado: 15.63% (25 personas); Leve: 43.75% (70 personas), y Normal: asintomático: 39.37% (63 personas). Considerando los niveles de desesperanza de leve a severo, la prevalencia de los síntomas de desesperanza en la muestra fue de 60.63%.

Respecto a la variable Depresión, sumando el porcentaje de las categorías de depresión leve a severo, se encuentra que 47.49% de los participantes sufría de tal condición. La distribución

de los puntajes en depresión fue la siguiente: 26 personas (16.25%) en el rango de depresión severa; 21 en el de depresión moderada (13.13%); 29 (18.13%) en el de depresión leve, y 84 personas (52.5%) sin depresión.

A pesar de que el objetivo principal del estudio no fue analizar las relaciones entre variables, se hizo una prueba complementaria basada en las sugerencias de estudios previos que indicaban una posible relación entre la depresión y la desesperanza, hallándose una correlación positiva fuerte entre ambas ($r = 0.5852$); sin embargo, no se halló una que fuese significativa entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0.3627$), ni entre la ideación suicida y la depresión ($r = 0.1949$).

El grupo de 34 participantes que reportaron experimentar ideación suicida estuvo compuesto principalmente por mujeres (88.2%) con una edad

promedio de 19.97 años (rango: 18-22 años). Todos ellos eran solteros y dependían económicamente de sus familias.

En cuanto a los resultados psicométricos, el grupo con ideación suicida obtuvo puntajes promedio significativamente más altos en las escalas de desesperanza ($M = 7.38$) y depresión ($M = 28.32$), en comparación con el grupo control. Tales hallazgos sugieren una asociación entre ideación suicida y niveles elevados de desesperanza y depresión.

Es importante destacar que si bien el puntaje grupal en la Escala de Ideación Suicida fue de 14.88 (de un máximo de 38), tal puntuación representa un promedio y no necesariamente refleja la gravedad de la ideación suicida en cada individuo. La escala utilizada permite una evaluación cualitativa de las características de la ideación suicida, distinguiendo entre deseos de muerte, fantasías y planes concretos.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una prevalencia de ideación suicida significativamente mayor en la población universitaria evaluada (21.25%), en comparación con 5% en los datos nacionales reportados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2018). Este dato es consistente con los resultados de estudios hechos en otros países que sugieren un aumento de pensamientos suicidas, especialmente entre los jóvenes.

Los resultados también indican que el grupo con ideación suicida muestra un perfil caracterizado por ser sobre todo jóvenes, del sexo femenino, solteros y económicamente dependientes, así como por reportar elevados niveles de desesperanza y depresión. Tales hallazgos subrayan la importancia de emprender acciones preventivas y terapéuticas dirigidas a este grupo poblacional.

La predominancia de mujeres en la muestra estudiada coincide con las tendencias mundiales que muestran que las mujeres manifiestan tasas más elevadas de ideación suicida, aunque utilizan métodos menos letales. Sin embargo, es importante destacar que la magnitud de este aumento en la presente muestra es considerablemente mayor que lo reportado en estudios previos realizados en México.

Si bien la pandemia de covid-19 podría haber sido un factor que contribuyó a este aumento, es necesario realizar estudios longitudinales para establecer una relación causal. Otros factores, como el aislamiento social, la incertidumbre económica y el estrés académico, también podrían influir de un modo significativo.

Es fundamental considerar las limitaciones de este estudio. La muestra, aunque representativa de la población universitaria analizada, puede no ser equiparable a otras poblaciones. Además, la medición de la ideación suicida se basó en un único instrumento, lo que limita la generalización de los resultados.

Futuras investigaciones podrían explorar en mayor profundidad los mecanismos psicológicos subyacentes a la ideación suicida en este contexto, así como evaluar la efectividad de diferentes intervenciones preventivas.

En conclusión, los resultados de este trabajo revelan una preocupante prevalencia de ideación suicida en la población universitaria estudiada, especialmente entre las mujeres. Tales hallazgos sugieren que factores como la desesperanza y la depresión desempeñan un importante papel en el desarrollo de esta clase de pensamientos.

Si bien el ambiente escolar puede ofrecer recursos para el bienestar emocional, dos resultados denotan la necesidad de llevar a cabo intervenciones específicas orientadas a identificar y apoyar a los sujetos en riesgo. Es fundamental desarrollar programas de prevención rutinarios que aborden tanto los factores individuales como los factores contextuales que contribuyen a la ideación suicida.

Las diferencias entre los sexos en la expresión de la ideación suicida resaltan la importancia de considerar las perspectivas de género y culturales en la prevención y tratamiento. Estudios futuros deberían explorar profundamente las razones por las cuales las mujeres manifiestan tasas más elevadas de ideación suicida, así como los factores protectores que pueden ayudar a reducir este riesgo.

Un enfoque cualitativo permitiría profundizar en la experiencia subjetiva de los jóvenes con ideación suicida, identificando los factores desencadenantes y los mecanismos de afrontamiento. Asimismo, sería interesante explorar el papel de las redes sociales y las tecnologías digitales en la

promoción de la ideación suicida y la búsqueda de ayuda.

En conclusión, este estudio subraya la necesidad de continuar investigando la ideación suicida

en jóvenes, con el objetivo de desarrollar intervenciones efectivas para prevenir el suicidio y mejorar la salud mental de esta población.

Citación: Camacho-Hernández, V., Zarza-Villegas, S.S., Gutiérrez-Romero, M. y Alejandro-García, S. (2025). Ideación suicida en estudiantes de una institución universitaria de Toluca (México). *Psicología y Salud*, 35(2), 375-384. <https://doi.org/10.25009/pys.v35i2.2999>

REFERENCIAS

- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. Doi: 10.1037/0022-006X.47.2.343
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery G. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brower. <https://www.edeslee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A. y Steer, R. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation (Trad. al español por Deysi Huamani Chacón). Recuperado de <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-autonoma-del-peru/psicometría/manual-de-inventario-de-depresión-de-beck-en-word/20072013>
- Beck, A. y Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Weissman, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 961-965. Doi: 10.1037/h0037562
- Beltrán, M.C., Freyre, M. y Hernández G., L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. Doi: 10.4067/s0718-48082012000100001
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2008). *La desesperanza como factor de vulnerabilidad*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2058
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cañón, B. y Carmona, P. (2018). Ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 20(80), 387-395. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es
- Córdova, M. y Pérez, R. (2011) Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología*, 29(2), 289-309.
- De la Cruz, L. (2017). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico* (Tesis de Grado). Barranquilla, Colombia: Universidad de la Costa. Recuperado de <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/163>
- Gallo, H. (2021). *Por qué se suicida un adolescente. Pasaje al acto, urgencia y acto*. Gramma Ediciones.
- Garza, R., Castro, L. y Calderón, S. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247. Doi: 10.14482/psdc.36.2.616.8
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(5), 607-615. Doi: 10.1016/s0716-8640(12)70355-3
- Gómez R., M., Limonero, J., Trallero, J., Montes H., J. y Tomás S., J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18-23. Doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.007
- Gómez, A., Núñez, C., Agudelo, M., y Grisales, A. (2020). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(54), 147-163. Doi: 10.21865/RIDEP54.1.12
- González T., J. y Hernández M., A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 313-327. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159015>
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R., Tran, B., Sun J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C. y Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown: A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry? *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100-106. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.069
- Hernández, A., González, J., Garza, R., Valdés, K. y Pérez, B. (2022). Ansiedad, desesperanza y afrontamiento ante el covid-19 en usuarios de atención psicológica. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 17-28. Doi: 10.15517/ap.v36i132.46945

- Hernández B., L., Hueso M., C., Gómez U., J.L., Milanés, C. y Cogollo Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-15.
- Horwitz, A., Berona, J., Czyz, E., Yeguez, C. y King, C. (2017). Positive and negative expectations of hopelessness as longitudinal predictors of depression, suicidal ideation, and suicidal behavior in high-risk adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 47(2), 168-176. Doi: 10.1111/sltb.12273.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (datos nacionales)*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (datos nacionales)*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021a). *Defunciones por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2021*. Recuperado de inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_6586a012-2ece-40dc-9dab-92925fb526c2
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021b). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- Jacobson, N., Lekkas, D., Price, G., Heinz, M., Song, M., O'Malley, A. y Barr, P. (2020). Flattening the mental health curve: Covid-19 stay-at-home orders are associated with alterations. Mental health search behavior in the United States. *JMIR Mental Health*, 7(6), e19347. Doi: 10.2196/19347
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lara G., A.G., Zúñiga J., O., Pérez O., C., Solís S., H., Jiménez C., E.P. y Méndez M.. C. (2018). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1089-1096.
- Lee, S. (2020) Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401, Doi: 10.1080/07481187.2020.1748481
- Li, J., Loerbroks, A. y Siegrist, J. (2017). Effort-reward imbalance at work, parental support, and suicidal ideation in adolescents: A cross-sectional study from Chinese dual-earner families. *Safety and Health at Work*, 8(1), 77-83. Doi: 10.1016/j.shaw.2016.09.003
- Lobo, N. y Morales, D. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima, 2013. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 96-104. Doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12
- López V., J., Amaya G., M., Salamanca, Y. y Caro C., J. (2020). Relación entre psicopatologías e ideación suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. *Psicogente*, 23(44), 1-18. Doi: 10.17081/psico.23.44.3709
- McIntyre, R. y Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113104. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113104
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M. y Elgar, F. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 340-350F. Doi: 10.2471/BLT.15.163295
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) *Suicide rate estimates, crude. Estimates by WHO region*. Recuperado de <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREgv?lang=en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. Ginebra: OMS.
- Organización de la Naciones Unidas (ONU) (2020). *Ante posible aumento de los suicidios por el coronavirus, la ONU pide tomar medidas para cuidar la salud mental*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474312>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas 2018*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
- Osnaya, M. y Pérez, J. (2016). Ideación suicida: Treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 26(2), 233-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2199/3933>
- Quiñonez T., F., Méndez L., T.E. y Castañeda C., N. (2019). Análisis factorial confirmatorio y propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes en contextos de pobreza en México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2). Doi: 10.5944/rppc.24104
- Ruiz A., E., Orue, I. y Calvete, E. (2021). Relaciones bidireccionales longitudinales entre victimización, estilos inferenciales de desesperanza y síntomas de depresión en adolescentes: un modelo transaccional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(2), 121-130. Doi: 10.5944/rppc.28778

- Tan, W., Hao, F., McIntyre, R.S., Jiang, L., Jiang, X., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Zhang, Z., Lai, A., Ho, R., Tran, B., Ho, C., Tam, W. (2020). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful. A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 84-92. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.055
- Toro T., R., Grajales G., F. y Sarmiento L., J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Vázquez, J. y De Haro, A. (2018), Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64. Doi: 10.22201/fac-med.14058871p.2018.2.63560
- Yip, P., Cheung, Y., Chau, P. y Law, Y. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 31(2), 86-92. Doi: 10.1027/0227-5910/a000015

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 psicologiaysalud@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

Parental functioning as predictor of bullying from the perspective of victims and aggressors
Arturo Enrique Orozco-Yargas, Elvira Ivonne González-Jaimes and Brenda Sarahi Cervantes-Luna

Qualitative exploration of cyber dating abuse experiences in university students
Solveig E. Rodríguez-Kuri, Valeria Díaz Barriga-Muñoz, Alejandra Lemus-Romero, Sussy Moussan-Cohen, Andrea Rosado-Ramírez and Isabella Toscano-Núñez

Measuring school violence, bullying, and teacher presence. Results in Baja California
Teresa Fernández de Juan, Sarah Eva Martínez Pellégrini and Miriam de Anda Hernández

Dark personality traits in law and medical students at Mexican universities
Marcelo José Villarreal-Coindreau, Montserrat Legarreta-Vega, Brayan Yahir Martínez-de Jesús, Juliana Jiménez-Díaz, Romina Schievenini-Córdova and Miranda Camarena-Álvarez

Psychology of eating: a review
José Enrique Díaz-Camacho and Elí Alejandra Garcimarrero-Espino

Relationship between risky eating behaviors and gaudiebility
Martha Zamora-Cervantes, María Patricia Martínez-Medina and Ferrán Padrós-Blázquez

Effects of a mediated by technology intervention based on positive psychology in older adults
Nicolás Armando Torres y Torres, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, María del Rocío Hernández-Pozo and Christian Oswaldo Acosta-Quiroz

Transdiagnostic treatment for emotional disorders using a telepsychology system: a case study
Anabel de la Rosa Gómez, Blanca Anel Perea-Aguirre, Edith González-Santiago, Pablo D. Valencia, Alejandra Mares-Portillo, Lorena A. Flores-Plata and Alicia I. Flores-Elvira

Self-care to exert care and the teamwork's dilemma
Susana E. Morgado

Giving birth during the first wave of the covid-19 pandemic: inequities in care and their impact on the lived experience and psychosocial health of Nahua and Nuntajiyi women from southern Veracruz, Mexico
Aimé López-González, Amada Rubio Herrera and Alejandra Núñez-de la Mora

Evaluation of resistant personality in caregivers of patients in hemodialysis
Yadira Grau-Valdés, Jorge A. Grau-Abala, Lorena Rojas-Ricardo and Carmen Regina Victoria García-Viniegras

Psychometric properties of a scale to assess the adjustment disorder in Mexican population
Fabiola Guadalupe Reyes-Torres, Georgina Cárdenas-López and Soledad Quera-Castellano

Theoretical approach and evidence of indicators of risk and resilience post covid-19 in adolescence
Norma B. Coppani, Laura Bagnoli and María Laura Romero Lévera

Parental behaviors, virtual communities, risks, and protection in internet
María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñalosa-Gómez, Mirna García-Méndez and José Carlos Jaenes-Sánchez

Prevalence of perceived stress among first-year UIFT medical students
Stephanie Becerra González, Ismael Hernández de la Cruz and Carmen Denise Macedo Jaramillo

Suicidal ideation in students from a university at Toluca (Mexico)
Victor Camacho Hernández, Susana Silvia Zarza Villegas, Manuel Gutiérrez Romero and Saúl Alejandro García