

PSICOLOGÍA y Salud

Volumen 36 Número 1

Enero-junio 2026

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo
Diana Berenice Suárez-López y Ana Beatriz Moreno-Cautiño

Efectividad de una terapia de intervención cognitiva en síndrome de Down para favorecer la funcionalidad e independencia
Nebal Flores-Alonso, Elizabeth Aveleyra-Ojeda y Octavio García

Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional
Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera, Liliana Mondragón-Barrios, Elia Jazmín Mora-Ríos, Angélica Riveros-Rosas y Juan José Sánchez-Sosa

El cuidado invisible: Perfil, rol y desafíos para el cuidador primario informal
Verónica María Teresa Marín-Buerba, Aldo Rodrigo Briceño-Santos y Lizzette Gómez-De Regil

Evaluación de la efectividad en las intervenciones aplicadas a cuidadores informales en el ámbito de la salud: una revisión sistemática
Yadira Grau Valdés, Jorge A. Grau Abalo, Carmen Regina Victoria García-Viniegras e Isabel Francisca Márquez García

El modelo de Donabedian en la atención psicológica de primera orientación y ayuda (APPOYA): estructura y proceso
María Cristina Bravo-González, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo, Roberto Miguel-Carona y José Esteban Vaquero-Cázares

Análisis factorial confirmatorio del Varieties of Inner Speech Questionnaire en una muestra mexicana
Leonardo Daniel Rivera-Valdez, Said Jiménez-Pacheco y Claudia de la Cerda-Rosales

Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología
Dehisy Marisol Juárez-García, Hebert Mancada, Sonia María Flores-Moreno, Arnoldo Téllez-López y Diego Guajardo-Nieto

Comparación de rasgos oscuros y luminosos en estudiantes universitarios mexicanos: validación de un instrumento combinado
Marcelo José Villarreal-Coindreau, Ximena Altamirano-San Martín, Renata Belío Torres, Andrea María Reynoso-Contreras, Arturo Daniel Olvera-López y Andrea de Lascrain-Rousselon

Una revisión narrativa del concepto "comer emocional"
Vanessa Monserrat Vázquez-Vázquez, Karina Franco-Paredes, Felipe de Jesús Díaz-Reséndiz y Lilián Elizabeth Bosques-Brugada

Consecuencias del aislamiento social sobre la interacción social y la emoción en niños escolares mexicanos
Carlos Alberto Serrano-Juárez, Miguel Ángel De León-Miranda, José Enrique Cervantes-Cervantes, Diana Lorena García-Reyes, Mariana Santos-Delgado y Lesly Mariana Contreras-Salinas

Regulación emocional y pérdida de control en la adicción a la pornografía: estudio exploratorio en estudiantes universitarios mexicanos
Shilia Lisset Vargas-Echeverría, José Ignacio Nevárez-Martín, Víctor Román Roa-Muñoz y Ligia del Carmen Vera-Gamboa

Adicción a redes sociales en estudiantes de licenciatura de Xalapa, Veracruz
Yaridel Silva Guzmán, Enka Cortés Flores y Sergio Francisco Juárez Cerrillo

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez
Rector

Arturo Aguilar Ye
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

EDITORIA

Dra. María Erika Ortega Herrera

EDITORIA 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 36, Número 1 • Enero-junio de 2026

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 36, Número 1
Enero-junio de 2026

Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo <i>Diana Berenice Suárez-López y Ana Beatriz Moreno-Coutiño</i>	5
Efectividad de una terapia de intervención cognitiva en síndrome de Down para favorecer la funcionalidad e independencia <i>Nebal Flores-Alonso, Elizabeth Aveleyra-Ojeda y Octavio García</i>	17
Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional <i>Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera, Liliana Mondragón-Barrios, Elia Jazmín Mora-Ríos, Angélica Riveros-Rosas y Juan José Sánchez-Sosa</i>	29
El cuidado invisible: Perfil, rol y desafíos para el cuidador primario informal <i>Verónica María Teresa Martín-Buerba, Aldo Rodrigo Briceño-Santos y Lizzette Gómez-De Regil</i>	51
Evaluación de la efectividad en las intervenciones aplicadas a cuidadores informales en el ámbito de la salud: una revisión sistemática <i>Yadira Grau Valdés, Jorge A. Grau Abalo, Carmen Regina Victoria García-Viniegras e Isabel Francisca Márquez García</i>	61
El modelo de Donabedian en la atención psicológica de primera orientación y ayuda (APPOYA): estructura y proceso <i>María Cristina Bravo-González, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo, Roberto Miguel-Corona y José Esteban Vaquero-Cázares</i>	79
Análisis factorial confirmatorio del Varieties of Inner Speech Questionnaire en una muestra mexicana <i>Leonardo Daniel Rivera-Valdez, Said Jiménez-Pacheco y Claudia de la Cerda-Rosales</i>	93
Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología <i>Dehisy Marisol Juárez-García, Hebert Moncada, Sonia María Flores-Moreno, Arnoldo Téllez-López y Diego Guajardo-Nieto</i>	107
Comparación de rasgos oscuros y luminosos en estudiantes universitarios mexicanos: validación de un instrumento combinado <i>Marcelo José Villarreal-Coindreau, Ximena Altamirano-San Martín, Renata Belío Torres, Andrea María Reynoso-Contreras, Arturo Daniel Olvera-López y Andrea de Lascurain-Rousselon</i>	119
Una revisión narrativa del concepto “comer emocional” <i>Vanessa Monserrat Vázquez-Vázquez, Karina Franco-Paredes, Felipe de Jesús Díaz-Reséndiz y Lilián Elizabeth Bosques-Brugada</i>	133
Consecuencias del aislamiento social sobre la interacción social y la emoción en niños escolares mexicanos <i>Carlos Alberto Serrano-Juárez, Miguel Ángel De León-Miranda, José Enrique Cervantes-Cervantes, Diana Lorena García-Reyes, Mariana Santos-Delgado y Lesly Mariana Contreras-Salinas</i>	143
Regulación emocional y pérdida de control en la adicción a la pornografía: estudio exploratorio en estudiantes universitarios mexicanos <i>Shilia Lisset Vargas-Echeverría, José Ignacio Nevárez-Martín, Víctor Román Roa-Muñoz y Ligia del Carmen Vera-Gamboa</i>	153
Adicción a redes sociales en estudiantes de licenciatura de Xalapa, Veracruz <i>Yaridel Silva Guzmán, Erika Cortés Flores y Sergio Francisco Juárez Cerrillo</i>	165

SUMMARY

Volume 36, Number 1
January-June 2026

Evaluation of two treatment conditions for anxious symptomatology in pregnant women:

A comparative pilot study

Diana Berenice Suárez-López and Ana Beatriz Moreno-Coutiño 5

Effectiveness of a cognitive intervention therapy to promote functionality
and independence in Down syndrome participants

Nebái Flores-Alonso, Elizabeth Aveleyra-Ojeda and Octavio García 17

Dialectical behavior therapy for university students with emotional dysregulation

Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera, Liliana Mondragón-Barrios,

Elia Jazmín Mora-Ríos, Angélica Riveros-Rosas and Juan José Sánchez-Sosa 29

The invisible care: Profile, role, and challenges for the primary informal caregiver

Verónica María Teresa Martín-Buerba, Aldo Rodrigo Briceño-Santos

and Lizzette Gómez-De Regil 51

Evaluation of the effectiveness of interventions applied to informal health caregivers: a systematic review

Yadira Grau Valdés, Jorge A. Grau Abalo, Carmen Regina Victoria García-Viniegras

and Isabel Francisca Márquez García 61

The Donabedian model in the Psychological Attention

of First Orientation and Help (APOYA): structure and process

María Cristina Bravo-González, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo,

Roberto Miguel-Corona and José Esteban Vaquero-Cázares 79

Confirmatory factor analysis of the Varieties of Inner Speech Questionnaire in a Mexican sample

Leonardo Daniel Rivera-Valdez, Said Jiménez-Pacheco and Claudia de la Cerda-Rosales 93

Development and initial validation of the Effective Communication in Oncology Questionnaire

Dehisy Marisol Juárez-García, Hebert Moncada, Sonia María Flores-Moreno,

Arnoldo Téllez-López and Diego Guajardo-Nieto 107

Comparison of “dark” and “luminous” traits in Mexican university students:

validation of a combined instrument

Marcelo José Villarreal-Coindreau, Ximena Altamirano-San Martín,

Renata Belío Torres, Andrea María Reynoso-Contreras,

Arturo Daniel Olvera-López and Andrea de Lascurain-Rousselon 119

A narrative review of “emotional eating” concept

Vanessa Monserrat Vázquez-Vázquez, Karina Franco-Paredes,

Felipe de Jesús Díaz-Reséndiz and Lilián Elizabeth Bosques-Brugada 133

Consequences of social isolation on social interaction and emotion in Mexican children

Carlos Alberto Serrano-Juárez, Miguel Ángel De León-Miranda,

José Enrique Cervantes-Cervantes, Diana Lorena García-Reyes,

Mariana Santos-Delgado and Lesly Mariana Contreras-Salinas 143

Emotional regulation and loss of control in pornography addiction:

an exploratory study among Mexican university students

Shilia Lisset Vargas-Echeverría, José Ignacio Nevárez-Martín,

Víctor Román Roa-Muñoz and Ligia del Carmen Vera-Gamboa 153

Addiction to social networks in high school students from Xalapa, Veracruz

Yaridel Silva Guzmán, Erika Cortés Flores and Sergio Francisco Juárez Cerrillo 165

Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo

Evaluation of two treatment conditions for anxious symptomatology in pregnant women: A comparative pilot study

Diana Berenice Suárez-López y Ana Beatriz Moreno-Coutiño

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Diana Berenice Suárez L., psicberenicesuarez@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: En México, La sintomatología ansiosa prevalece en la mitad de las mujeres embarazadas, con consecuencias negativas en la salud de la madre y el bebé. Los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales y de atención plena compasiva se consideran alternativas terapéuticas viables para disminuir dicha sintomatología. **Objetivo:** evaluar el efecto de dos condiciones de tratamiento sobre la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: la atención plena compasiva y la terapia cognitivo-conductual. **Método:** se utilizó un diseño intrasujeto para evaluar el efecto de las intervenciones evaluando antes y después los tratamientos, comparando los resultados de las dos intervenciones. Participaron seis mujeres asignadas de manera aleatoria a las dos condiciones de tratamiento. **Instrumentos:** se utilizaron el Inventario de Sintomatología Ansiosa de Beck, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la escala de Atención Plena, versión mexicana (MAAS), y un cuestionario para valorar la satisfacción de las usuarias. De manera paralela, se evaluaron las variables fisiológicas de frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura corporal. **Resultados:** mediante el índice de cambio clínico de Cardiel (1994) se encontró que ambas intervenciones fueron eficaces para disminuir la sintomatología ansiosa. Además, las participantes que recibieron el tratamiento de atención plena mostraron un incremento en dicha variable. En ambos grupos se registró un aumento de la temperatura y una disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca. La evaluación cualitativa de la experiencia de las pacientes dejó ver que éstas consideraron haber recibido un buen servicio y resuelto sus necesidades. **Discusión:** En futuros estudios se sugiere tener un mejor control en las mediciones de las variables fisiológicas y evaluar a un grupo más amplio que permita hacer comparaciones más precisas entre los grupos.

Palabras clave: Ansiedad; Embarazo; Atención plena compasiva; Terapia cognitivo-conductual; Variables fisiológicas.

ABSTRACT

Introduction: Pregnant women with anxious symptomatology prevail in Mexico at 50%, leading to negative consequences on the health of both the mother and the baby. Cognitive behavioral treatment and compassionate mindfulness are alternatives to decrease this symptomatology.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correos electrónicos: psicberenicesuarez@gmail.com y moca99_99@yahoo.com.



Objective: *To evaluate the effect of two conditions of psychological treatment for anxious symptomatology on pregnant women: compassionate mindfulness and cognitive behavioral therapy.* **Method:** *a mixed within-subjects and between groups design was used to evaluate the effect of the interventions; evaluations were carried out before and after the treatments. Six randomly assigned women to the conditions participated. Variables of interest were measured with the Beck Anxiety Symptomatology Inventory (BAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Mexican version of the Mindfulness Scale (MAAS). Physiological measures included heart rate, blood pressure, and peripheral distal temperature, as well as patient satisfaction.* **Results:** *Cardiel's (1994) clinical objective change procedure revealed that both treatment conditions decreased anxiety symptoms, and those who received the compassionate mindfulness intervention increased their level of mindfulness. An increase in temperature and a decrease in blood pressure and heart rate were reported in both groups. In the satisfaction evaluation participants reported having received a good service and their needs met.* **Discussion:** *Future studies, would benefit from exerting better control of physiological measurements, and recruiting a larger group of participants in order to allow for a more precise comparison between groups.*

Key words: Anxiety; Pregnancy; Compassionate mindfulness; Cognitive-behavioral therapy; Psychophysiological responses.

Recibido: 31/08/2024

Aceptado: 09/01/2025

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), 301 millones de personas padecen algún trastorno de ansiedad en el mundo. En México, 19.3% de la población sufre ansiedad severa, con una prevalencia de 23.2% en las mujeres y de 15.0% en los varones (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2021).

En poblaciones no clínicas, los niveles de sintomatología ansiosa se acompañan de cambios importantes en la actividad del sistema nervioso

simpático, registrándose un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria (Gutiérrez, 2015). Debido a la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad, la propia OMS ha señalado la importancia de crear programas con los que se pueda tratar dicha sintomatología, especialmente en la población de mujeres por lo antes dicho.

Ansiedad en el embarazo

Debido a la alta prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y a los múltiples efectos asociados a la salud de la madre y el bebé, es importante contar con un manejo oportuno y efectivo de la sintomatología ansiosa durante esta etapa (Reza *et al.*, 2016). El embarazo conlleva diversos cambios psicológicos normales que incluyen la hipersensibilidad emocional, la hipervigilancia y el aumento de la rumiación. Tales cambios tienen repercusiones fisiológicas que aumentan la probabilidad de que las mujeres gestantes experimenten síntomas ansiosos y depresivos, por lo que la prevalencia de síntomas ansiosos durante esta etapa alcanza hasta 50% (Berenguer y Moreno, 2017).

Se han reportado diferentes factores socioeconómicos y demográficos asociados al desarrollo de la ansiedad durante el embarazo, entre los que se encuentran el tener o no una relación de pareja, el nivel educativo, los ingresos económicos (Marín *et al.*, 2020), la exposición a eventos estresantes (Durankuş y Aksu, 2022), el riesgo médico por complicaciones médicas, como embarazos múltiples, hipertensión y diabetes gestacional (Kings-ton *et al.*, 2015), la historia previa de ansiedad o depresión (Dennis *et al.*, 2017) y el apoyo social recibido (Ravaldi *et al.*, 2021).

Hay cuestiones que se deben considerar al evaluar a las pacientes con ansiedad prenatal, como su temor al parto, a las contracciones y a las posibles enfermedades del neonato, así como a los cambios de la propia imagen corporal (Berenguer y Moreno, 2017).

Estos autores apuntan que en México hay muy pocos programas específicos dedicados a la atención de la salud mental perinatal en el sistema nacional de salud, y menos aún otros que atiendan

a las mujeres desde la gestación, por lo que señalan la urgencia de instaurar la atención a la salud mental perinatal para su prevención primaria y la promoción de la salud.

Gómez y Aldana (2007) señalan en un artículo enfocado en las alteraciones psicológicas de las mujeres con embarazo de alto riesgo la necesidad de que en las instituciones de salud se establezcan sistemas eficaces para la detección del nivel y la calidad del estado emocional de las gestantes y proponen que se generen modelos de intervención específicos y eficaces para identificar y atender alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad.

Durante el embarazo la ansiedad está relacionada directamente con la salud del bebé, con su fisiología y su comportamiento, como un menor peso al nacer, un mayor riesgo de malformaciones congénitas, temperamentos más difíciles, problemas emocionales o dificultades para dormir (Alder-dice, 2013; Kinsella y Monk, 2009).

En un estudio realizado por George *et al.* (2013), sus autores indicaron que la sintomatología ansiosa de las mujeres durante el embarazo se asocia con un tipo de afrontamiento no adaptativo durante la última etapa del embarazo, lo que genera autoculpa, la cual se refiere a criticarse a sí mismas por la responsabilidad de la situación que están viviendo.

Intervenciones psicológicas para la sintomatología ansiosa durante el embarazo

En la actualidad, las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas para atender la sintomatología ansiosa. Cuijpers *et al.* (2014) afirman que este tipo de terapias se emplean como tratamiento para la ansiedad generalizada debido a que tienen un importante efecto en los diversos factores que influyen en el mantenimiento del trastorno; entre las cuales resaltan técnicas tales como la reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones, el autocontrol y la relajación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). De igual manera, se emplean técnicas como la psicoeducación, la relajación progresiva, la biorretroalimentación, la reestructuración cognitiva, la deten-

ción de pensamientos negativos y catastróficos y la exposición gradual a situaciones atemorizantes (Maldonado y Lartigue, 2008). Mediante este tipo de intervenciones también se ha atendido con éxito en el trastorno de pánico durante el embarazo y la lactancia (Robinson *et al.*, 1992).

Entre los principales aspectos negativos de las terapias cognitivo-conductuales se encuentran el que no son eficaces en todos los casos y que sus efectos positivos se extinguen rápidamente; entre sus efectos secundarios se ha descrito un incremento en la intensidad, frecuencia, duración y accesibilidad a eventos privados no deseados (Moreno, 2012). Debido a esto, resulta necesario evaluar nuevas opciones de tratamientos eficaces para contribuir a disminuir la prevalencia de la sintomatología ansiosa en las mujeres embarazadas, pues la atención eficaz de la salud mental de las mujeres durante el embarazo repercutirá de manera positiva en el estado físico y mental tanto de la madre como del bebé, y por consiguiente también será favorable para el sector salud público.

Tratamientos basados en atención plena y compasión para la sintomatología ansiosa durante el embarazo

La terapia de atención plena, también conocida como *mindfulness*, es una opción viable y efectiva para disminuir los niveles de ansiedad cuando se aprende a manejarla porque se cultiva dicha atención, la compasión y la aceptación de las propias experiencias (Germer *et al.*, 2013). Tales autores postulan que la atención plena no es la meta en sí misma, sino que se busca fomentarla con el objetivo de liberar a la persona del malestar, y a medida que se profundiza en su práctica pueden ir surgiendo la sabiduría y la compasión, las cuales son cualidades que conducen de manera natural a la regulación emocional. La compasión se entiende como la habilidad de buscar mejorar la insatisfacción (el estrés o el sufrimiento), mientras que la sabiduría es la capacidad para comprender que los fenómenos de la vida son cambiantes e interdependientes (Germer y Siegel, 2012; Germer *et al.*, 2013).

Los mecanismos de acción durante la práctica formal de la atención plena son seis, mismos que cuentan con evidencia neurológica (*cf.* Holzel *et al.*, 2011): la regulación de la atención, la conciencia corporal, la regulación emocional, la reevaluación, la exposición y la flexibilidad. Baer (2017) reportó que el tratamiento basado en la atención plena ha probado reducir el estrés y la ansiedad en las mujeres embarazadas, y además postula que este tipo de intervenciones pueden ser benéficas para la salud pública debido a su alto costo-beneficio.

Goodman, Chenausky *et al.* (2014) examinaron la viabilidad, la aceptabilidad y los resultados clínicos de la intervención “Lidiando con la ansiedad a través de vivir conscientemente el embarazo” (Coping with Anxiety through Living Mindfully, CALM, pregnancy). Dicho programa fue diseñado para mujeres embarazadas y es una adaptación de terapia cognitiva basada en la atención plena. Al concluir la intervención, los citados autores observaron mejoras estadística y clínicamente significativas en las sintomatologías ansiosa y depresiva, así como una mejoría de la preocupación y un aumento en la autocompasión y la atención plena.

Intervención para la salud basada en la atención plena compasiva

El programa de tratamiento basado en atención plena compasiva incluye ejercicios de meditación en la respiración cuyo fin es desarrollar la conciencia de la experiencia presente y notar la aparición de diversos eventos mentales (como pensamientos, emociones y sensaciones) sin analizarlos o juzgarlos. Se introduce después al participante en meditaciones guiadas, enfocadas en el entrenamiento de estados compasivos. Mediante la ayuda de metáforas, preguntas y debates se le involucra en la identificación de las experiencias de sufrimiento y en las actitudes de juicio y crítica. De manera paralela, se le enseñan conceptos clave para la comprensión de tales experiencias de la realidad en el marco de la atención plena y la compasión. Tales conceptos son la interdependencia, la impermanencia, el amor bondadoso, la ecuanimidad y la vacuidad (Sánchez y Moreno, 2017).

La intervención psicológica basada en la atención plena compasiva se ha aplicado en México en varios estudios con diversas poblaciones, en los cuales se ha evaluado la sintomatología ansiosa en pacientes obesos con conducta de atracón, asma (Sánchez y Moreno, 2017), fumadores (López *et al.*, 2023), artritis reumatoide (Patoni, 2022), policonsumidores de drogas (Barrera, 2020) y estudiantes de música con ansiedad de ejecución (Cortés, 2023).

Debido a que la proporción de mujeres que padecen de sintomatología ansiosa durante el embarazo en el país es elevada (aproximadamente 50%, según Berenguer y Moreno [2017]), así como a las importantes consecuencias negativas de esta sintomatología en la salud de la madre y del futuro bebé, en el presente estudio se compararon dos tratamientos psicológicos: el cognitivo-conductual convencional y el de atención plena compasiva, con la intención de valorar su eficacia para incidir positivamente en la sintomatología ansiosa en un grupo de mujeres mexicanas embarazadas con sintomatología ansiosa.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño intrasujeto para evaluar el efecto de la intervención en cada paciente. Los resultados de las variables de interés se compararon antes y después de los tratamientos, así como los resultados de ambas intervenciones (Clark, 2002).

Participantes

En este estudio piloto participaron seis mujeres embarazadas, con un máximo de 30 semanas de gestación y una media de edad de 34 años, quienes fueron asignadas de manera aleatoria a las dos condiciones de tratamiento; así, tres recibieron ocho sesiones de tratamiento cognitivo-conductual (TCC) y tres nueve sesiones de atención plena compasiva (APC) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes.

Folio	Programa	Edad	Religión	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Alcaldía
1	TCC	39	Ninguna	Unión libre	Licenciatura	Desempleada	Tlalpan
2	TCC	34	Católica	Soltera	Licenciatura	Ama de casa	Benito Juárez
3	TCC	37	Cristiana	Soltera	Carrera técnica	Ama de casa	Tlalpan
1	APC	32	Católica	Casada	Preparatoria	Ama de casa	Coyoacán
2	APC	36	Ninguna	Casada	Doctorado	Investigadora	Álvaro Obregón
3	APC	25	Católica	Soltera	Licenciatura	Estudiante	Coyoacán

Instrumentos

Inventario de Sintomatología Ansiosa de Beck (BAI).

Es un instrumento de autorreporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El análisis de consistencia interna mostró un coeficiente alfa de Cronbach de los 21 reactivos de 0.82, así como coeficientes alfa de 0.78 a 0.62 en los cuatro factores, consistencia que puede considerarse adecuada (Galindo, Rojas *et al.*, 2015).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Los coeficientes alfa de Cronbach de cada subescala alcanzaron valores de 0.79 y 0.80, que explicaron 48.04% de la varianza (Galindo, Benjet *et al.*, 2015).

Escala de Atención Plena Versión Mexicana (MAAS).

Es un cuestionario que consta de 15 ítems que se evalúan en una escala Likert, la que mide la frecuencia con la que las personas han experimentado estados de atención plena durante la vida diaria. El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.89, por lo que la escala se comporta de manera homogénea (López *et al.*, 2015).

Cuestionario de Satisfacción del Usuario (CSU).

Es un cuestionario que consta de diez preguntas en total, siete de las cuales se valoran en una escala tipo Likert (Quiroga, 2008).

Evaluaciones fisiológicas de la respuesta de ansiedad

Frecuencia cardíaca. El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas de embarazo; el gasto cardíaco se incrementa hasta 50%, en comparación con las mujeres no gestantes; lo anterior provoca una elevación de la frecuencia cardíaca de entre 15 a 25%, esto es, aumenta de 5 a 10 latidos por minuto (de 83 ± 10 por minuto) (Purizaca, 2010).

Presión arterial. La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes (Villegas *et al.*, 2012). Los valores normales de la presión arterial en un adulto son, a saber: presión sistólica, de 100-140 mmHg, y presión diastólica, de 60-90 mmHg (Villegas *et al.*, 2012). Durante el embarazo, la presión arterial media disminuye gradualmente, esto es, de 90.3 a ± 5.8 (Hall *et al.*, 2011).

Temperatura. La temperatura corporal normal, de acuerdo con la Asociación Médica Americana, oscila entre 36.5° y 37°C (Villegas *et al.*, 2012). La temperatura indica el nivel del flujo sanguíneo en las venas, y ésta se puede incrementar durante un estado de ansiedad y estrés (Crawford *et al.*, 1977; Mittelman y Wolff, 1939; Vinkers *et al.*, 2013).

La temperatura no aumenta demasiado durante los primeros meses de embarazo; en promedio, lo hace solo de 0.3 a 0.5 grados centígrados debido a que la actividad del cuerpo se duplica y a

los cambios hormonales que ocurren (Rodríguez, 2018).

Aparatos

Se utilizó un baumanómetro automático de brazo NEBUCOR MOD. HL-888JA, con 99 memorias para registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca antes y después de cada sesión. Para la toma de temperatura corporal se empleó un termómetro frontal de distancia Neutek Inovation for Life

(NT1) y se midió en la palma de la mano, igualmente antes y después de cada sesión.

Procedimiento

Se ofreció una plática informativa de la intervención en el área de consulta externa del servicio de obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en la que se informaron a las pacientes

los criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, tener un máximo de 30 semanas de embarazo y sufrir síntomas de ansiedad.

A quienes mostraron interés en participar y que cumplían los criterios de inclusión se les agendó una cita para brindarles una información detallada del estudio, entregándoles un carnet de atención psicológica. A las mujeres que no cumplían los requisitos de inclusión, o que decidieron no participar en el estudio, se les canalizó a la atención habitual del hospital.

Las participantes firmaron una carta de consentimiento informado y se les brindó la oportunidad de formular preguntas y aclarar sus dudas. Luego se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para coleccionar sus datos generales y aplicarles los instrumentos psicométricos de evaluación. Las intervenciones psicológicas fueron individuales, a razón de una sesión por semana, y se describen en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2. Programa de intervención cognitivo-conductual (Rodríguez, 2020).

Módulo	Contenido
1. Introducción al tratamiento cognitivo-conductual para mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad.	Propósitos del tratamiento. Información sobre la ansiedad en el embarazo. Lo que hacen las emociones en nuestro organismo. Proceso fisiológico de desregulación emocional. Proceso de la ansiedad y sus componentes.
2. Introducción al entrenamiento en relajación para mujeres embarazadas con síntomas de ansiedad.	Objetivo de la relajación y los efectos en el sistema nervioso. Ejercicio de relajación de quince grupos musculares. Ejercicio de respiración diafragmática. Respiración relajada. Autorregistro de relajación.
3. Incrementando la conciencia de nuestros pensamientos y relajación.	Incremento del darse cuenta de cómo pensamos. Distorsiones comunes del pensamiento. Formato de episodio de preocupación.
4. Desafiando las distorsiones cognitivas y relajación mediante recuerdo.	Desafiando las distorsiones de mi pensamiento. Descubrimiento guiado. Descatastrofización.
5. Generando puntos de vista alternativos y relajación suscitada por señal.	Puntos de vista alternativos. Ejercicio de relajación suscitada por señal. Ejercicio de relajación diferencial.
6. Desarrollando respuestas racionales y relajación diferencial.	Respuestas racionales mediante el formato de respuestas racionales. Prueba de hipótesis. Relajación diferencial.
7. Mantenimiento de la reestructuración de pensamientos y relajación diferencial.	Mantenimiento en la reestructuración de los pensamientos ansiógenos. Relajación suscitada por señal directa y relajación diferencial.
8. Prevención de recaídas.	Prevención de recaídas. Relajación rápida.

Tabla 3. Programa de intervención en Atención Plena Compasiva (Sánchez y Moreno, 2017).

Módulo	Contenido
1. Introducción a la atención plena y compasión.	Lo que la ansiedad hace en el cuerpo. Introducción a la atención plena. Introducción a la compasión. Beneficios de la atención plena compasiva en la salud. “Atenta a lo que sientes”. La realidad no es permanente.
2. Bases de la atención plena y compasión.	La postura y la respiración al meditar. Apego y aversión. Descubrir los juicios internos. Liberarse del deseo.
3. La realidad sobre el sufrimiento.	La realidad sobre el sufrimiento. Identificar el hábito de la mente. El desapego como solución a las emociones aflictivas. Las ocho actitudes de la atención plena. Soluciones para el apego, la aversión y la ignorancia.
4. Características de la realidad.	La ley de la causa y el efecto: causas y condiciones. Interdependencia. Impermanencia. Meditación con una vela.
5. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana.	Piloto automático. Práctica de la atención plena: <i>samatha</i> y <i>vipassana</i> . Práctica formal de la atención plena: postura de los “siete puntos”. Práctica informal de la atención plena. Compasión a lo largo del día.
6. Comunicación atenta y compasiva.	Renuncia. Empatía. Amor bondadoso. Ecuanimidad. Relaciones compasivas con uno mismo y con los demás. Meditación en la compasión y amor bondadoso. Meditación “Intercambiarse a uno mismo por los demás”.
7 Acciones que favorecen el bienestar.	Generosidad limitada y libertad de apego. Las acciones destructivas y el compromiso de no realizarlas. La paciencia. Cultivar el esfuerzo gozoso. Los obstáculos de la concentración. La sabiduría.
8 Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana.	Visión del observador en los problemas cotidianos. Identificar el sufrimiento. Identificar el problema. La aplicación de los sellos en la disminución del malestar. Todos deseamos ser felices (compasión y renuncia). Realizando acciones benéficas y compasivas.
9 Mantenimiento de la práctica: viviendo con atención plena y compasión.	Clarificar aspiraciones. Identificar barreras y facilitadores. La compasión como aspiración. Plan de actividades.

Al finalizar las intervenciones se realizaron las evaluaciones posteriores al tratamiento de las variables de interés mediante la aplicación de los mismos instrumentos que en la evaluación basal. Además, con la intención de conocer los efectos del tratamiento a largo plazo, al finalizar la inter-

vención se llevaron a cabo dos sesiones de seguimiento individual, una al mes y otra a los tres meses de haber concluido los tratamientos.

Las evaluaciones psicológicas fueron llevadas a cabo por un psicólogo ajeno al protocolo de este estudio. Las dos intervenciones psicológicas

estuvieron a cargo de un psicólogo entrenado para la implementación de la terapia cognitivo-conductual y del tratamiento basado en la atención plena compasiva.

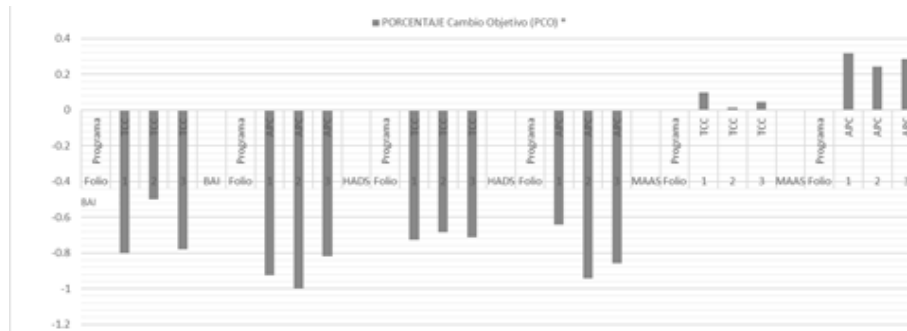
RESULTADOS

Los resultados obtenidos de las evaluaciones se analizaron mediante el programa de Microsoft Excel 2013, en el cual se registraron los datos des-

criptivos de las participantes, así como el índice de cambio clínico de Cardiel (1994).

De acuerdo con este índice, el porcentaje de cambio objetivo en el inventario de sintomatología ansiosa (BAI) de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fue de 80, 50 y 78%, es decir, los tres fueron mayores a 20%; por lo tanto, se consideran estos cambios como clínicamente significativos en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa después de recibir dicho tratamiento (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de Cambio Objetivo



Los porcentajes de cambio objetivo en el BAI de las participantes que recibieron la intervención basada en atención plena compasiva fueron -92.59, -100 y -81.81%, esto es, los cambios registrados en las tres mujeres fueron mayores a 20%, por lo que se consideran significativas las disminuciones de los niveles de sintomatología ansiosa tras recibir dicho tratamiento.

De igual manera, los porcentajes de cambio objetivo en la sintomatología ansiosa en la HADS de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fueron -72.72, -68.42 y -71.42%, que al ser los tres mayores de 20%, fueron significativos en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa tras recibir dicho tratamiento. Los porcentajes de cambio objetivo en la sintomatología ansiosa en la HADS de las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva fueron de -64.24, -94.11 y -85.71, que al ser los tres mayores de 20%, los cambios en la disminución de los niveles de sintomatología ansiosa después de recibir dicho tratamiento fueron significativos.

Los porcentajes de cambio objetivo en la escala de atención plena, versión mexicana (MAAS),

de las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fueron de 10, 1.49 y 4.61; esto es, ninguno de los tres fue mayor a 20%; por consiguiente, no se registraron cambios significativos en el aumento de la atención plena tras recibir la intervención. A su vez, en las participantes que recibieron el tratamiento basado en atención plena compasiva los cambios fueron de 31.66, 24.24 y 28.57%, valores que al ser mayores de 20%, se concluye que el aumento de atención plena después de recibir este tratamiento fue significativo.

Evaluaciones fisiológicas

A lo largo del tratamiento cognitivo-conductual, tomando el promedio de las evaluaciones posteriores a cada sesión, la presión sistólica disminuyó de 1 a 12 mmHg, mientras que la presión diastólica disminuyó de 3 a 12 mmHg. En las pacientes que recibieron el tratamiento de atención plena compasiva la presión sistólica disminuyó de 1 a 9 mmHg, al igual que la presión diastólica al finalizar cada sesión.

En cuanto a la temperatura periférica de las mujeres embarazadas que recibieron tanto el trata-

miento cognitivo-conductual como el tratamiento de atención plena compasiva, se pudo observar que, en general, la temperatura aumentó de 0.1 a 0.9 grados centígrados después de cada sesión.

Asimismo, la frecuencia cardíaca de las mujeres embarazadas que participaron en ambas condiciones de tratamiento disminuyó de uno a nueve latidos por minuto al concluir cada sesión.

Valoración cualitativa de las pacientes

Al terminar la intervención, y con el propósito de obtener una valoración cualitativa, las participantes respondieron un cuestionario de satisfacción. Cinco de ellas calificaron el servicio como excelente y una como bueno. Todas ellas informaron haber obtenido la atención que requerían y la satisfacción de sus necesidades. Además, indicaron que recomendarían el programa a sus amigas si tuvieran el mismo problema, y regresarían al mismo programa si requirieran nuevamente la ayuda.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio fue el cambio clínico significativo registrado tanto en el BAI como en la HADS. Hubo una disminución significativa en la sintomatología ansiosa, tanto en las tres participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual como en las tres que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva. En estas últimas se registró un aumento significativo en dicha variable. Los resultados de la presente investigación también coinciden con lo reportado por Goodman, Guarino *et al.* (2014) en mujeres embarazadas estadounidenses, quienes al finalizar la intervención mostraron mejoras clínicamente significativas en la ansiedad, la preocupación y la depresión, a la vez que un importante incremento en la autocompasión y en el nivel de atención plena.

La disminución de la sintomatología ansiosa registrada en las mujeres embarazadas que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva puede deberse a que mediante esta intervención las pacientes aprendieron a vivir en el presente, aceptando las experiencias y liberándose

así del malestar asociado (Baer, 2017). El reporte cualitativo de su sintomatología ansiosa dejó ver que tras haber cursado el tratamiento disminuyeron sus emociones, nervios y hormigueos en el estómago, temor a perder el control, latidos acelerados, temblores en manos y piernas, ahogo y miedo de morir, así como sensaciones de temor de que algo malo les podía ocurrir, y a la vez fortaleciéndose la habilidad de permanecer sentadas, relajadas y tranquilas.

A pesar de que no se esperaba que el nivel de atención plena aumentara en las participantes que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual, esta variable fue evaluada en ese grupo a manera de control para determinar si se adquiriría a través de la intervención basada en la atención plena compasiva. En las pacientes que recibieron dicha intervención se registraron incrementos en acciones tales como estar atentas a lo que comían; identificar los momentos en que se encontraran divagando en el futuro o el pasado; atender a los lugares a los que fueran y el propósito de haber ido; prestar atención cuando alguien conversara con ellas; prestar atención a sus trabajos y tareas; atender al proceso para lograr un objetivo; identificar alguna incomodidad o tensión física; prestar atención al caminar, e identificar sus emociones en el momento en que se generaban.

En cuanto a las evaluaciones fisiológicas, se puede observar que ambos tratamientos fueron eficaces para disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca de las participantes. Al mismo tiempo, se observó un incremento de su temperatura; sin embargo, se registró una mayor tendencia a disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial en las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva, así como un mayor aumento de la temperatura corporal. Tales hallazgos pueden explicarse según los resultados de otras investigaciones, en las que sus autores señalan que la práctica de la meditación desactiva la respuesta de estrés y regula el funcionamiento del sistema nervioso parasimpático, lo que a su vez disminuye la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria (*cf.* Simkin y Black, 2014).

La disminución en la sintomatología ansiosa y el aumento en el nivel de la atención plena en las

participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva también coinciden con las del estudio de Goodman, Guarino *et al.* (2014).

Los resultados del presente estudio son relevantes debido a que, según lo reportado por Lilliecreutz *et al.* (2016), 20% de los nacimientos prematuros lo fueron a causa del estrés materno. Por ello, la intervención basada en la atención plena compasiva podría ser una opción terapéutica importante para favorecer la regulación emocional de las mujeres gestantes y disminuir con ello los nacimientos prematuros en México, logrando así reducir las consecuencias del estrés a corto y largo plazo en las madres y sus bebés, lo que resulta particularmente importante en países como México, donde el presupuesto para la salud es limitado y, por tanto, la prevención y la atención primaria en salud son esenciales.

Por otro lado, Baer (2017) afirma que un curso de preparación para el parto basado en la atención plena compasiva puede satisfacer la necesidad de enseñar a las madres las competencias para afrontar el dolor, pues mediante esta habilidad se les brinda la oportunidad para reducir los aspectos psicológicos y fisiológicos negativos del estrés.

Es posible concluir que los resultados aquí obtenidos aportan evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual y de la atención plena compasiva para disminuir la sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas, y para controlar asimismo los aspectos fisiológicos del estrés. Sin

embargo, se pudo observar que las participantes que recibieron el tratamiento basado en la atención plena compasiva experimentaron una disminución más acusada de la sintomatología ansiosa, cambios más positivos en los aspectos fisiológicos y un aumento mayor en la atención plena.

En este estudio piloto se pudo constatar también que la intervención basada en dicho tratamiento es viable, específica y eficaz para mujeres gestantes con niveles importantes de sintomatología ansiosa. Lo anterior atiende lo ya propuesto por Gómez y Aldana (2007) en relación a brindar tratamientos específicos y eficaces para las mujeres embarazadas en las instituciones de salud.

Para futuros estudios se propone la evaluación de variables fisiológicas de manera más controlada en tiempos y frecuencia de las mediciones, utilizando para ello aparatos altamente sensibles para lograr registros adecuados y así mediciones más precisas. También se sugiere evaluar a las mujeres en distintas etapas del embarazo y considerar sus antecedentes de sintomatología ansiosa o depresiva previos a la gestación.

Finalmente, se propone continuar evaluando la intervención basada en la atención plena compasiva en grupos más grandes de mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa en distintas etapas del embarazo a fin de obtener un perfil más fino de este periodo de la vida de las mujeres y definir así los componentes específicos que deben de reunir las intervenciones psicológicas para mejorar su salud y la de sus hijos.

Citación: Suárez-López, D.B. y Moreno-Coutiño, A.B. (2026). Evaluación de dos condiciones de tratamiento para sintomatología ansiosa en mujeres embarazadas: un estudio piloto comparativo. *Psicología y Salud*, 36(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3029>

REFERENCIAS

- Alderdice, F., McNeil, J. y Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.010>
- Álvarez, B. (2016). *Terapia cognitivo conductual: efectos fisiológicos y psicológicos en pacientes con ansiedad generalizada* (Tesis para obtener el grado de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Baer, R. (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones*. Desclée De Brouwer.

- Barrera, G., Mejía, D y Moreno, A. (2020). Tratamiento basado en atención plena compasiva: Estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35.
- Berenguer, B. y Moreno, A. (2017). Síntomas ansioso-depresivos durante el embarazo: propuestas de prevención con grupos de apoyo en Comunicaciones libres: sujeto a lo social, XXVII jornadas estatales de salud mental AEN, XXII Jornadas de la AMSM.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En Moreno, L., Cano y García, H. (Eds.), *Epidemiología clínica*. McGraw Hill. 189-199.
- Chelmow, D. y Halfin, V. (1997). Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. *J. Matern. Fetal Med.*, 6, 31-34.
- Clark, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. Oxford University Press.
- Cortés H., N., González S. I., López T. A. y Moreno C. A. (2023). Intervención basada en atención plena compasiva en estudiantes de música con sintomatología ansiosa. *Psicología y Salud*, 33(1): 131-145. ISSN: 1405-1109.
- Crawford, D. G., Friesen D. D. y Tomlinson-Keasey, C. (1977). Effects of cognitively induced anxiety on hand temperature. *Biofeedback and Self-Regulation*, 2, 139-146.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140.
- Dennis, C.L., Falah-Hassani, K. y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. Doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- Durankuş, F. y Aksu, E. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(2), 205-211. Doi: 10.1080/14767058.2020.1763946
- Galindo, O., Benjet C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58.
- George, A., Luz, R., De Tychey, C., Thilly, N. y Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 233.
- Germer, C.K. y Siegel R. D. (2012). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy: Deepening Mindfulness in Clinical Practice*. Guilford Press.
- Germer, C., Siegel, R. y Fulton, P. (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gómez, M. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- Goodman, J., Chenausky, k. y Freeman, M. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry*, 75, 1153-1184.
- Goodman, J., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A. y Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 373-378.
- Gutiérrez, E. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada: tratamiento con retroalimentación biológica* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hall, M., George, E. y Granger, J. (2011). El corazón durante el embarazo. *Revista española de cardiología*, 64(11), 1045-1050.
- Holzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Oliver, Z., Vago, D. y Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci.*, 6(6), 537-59.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2021). *Encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021*. 'xichttps://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
- Kingston, D., Janes-Kelley, S., Tyrrell, J., Clark, L., Hamza, D., Holmes, P., Parkes, C., Moyo, N., McDonald, S. y Austin, M.P. (2015). An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR Research Protocols*, 4(1). Doi: 10.2196/resprot.4037
- Kinney, D., Munir, K., Crowley, D. y Miller, A. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neurosci Biobehav Rev.*, 8, 1519-1532.
- Kinsella, M.T. y Monk, C. (2009). Impact of Maternal Stress, Depression and Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 52, 425-440. https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b52df1
- Lilliecreutz, C., Josefsson, A. y Sydsjö, G. (2010). An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnancy women- a group intervention program. *Arch. Women's Ment. Health*, 13, 259-265.
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., y Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 16(5). https://doi.org/10.1186/s12884-015-0775-x

- López, E., Hernández, M., Méndez, L., Gutiérrez, J., Araujo, D., Nuñez, A. y Hölzel, B. (2015). Psychometric properties of the Mexican version of the mindful attention awareness scale (MAAS). *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 13-27.
- López, A., Ruiz, S., Mondragón, R., Gómez, L., Osio, J., Hernández, A., Pérez, J., y Moreno, A. (2023). Atención plena compasiva para dejar de fumar en México: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Internacional de Investigación en adicciones*, 9(1), 28-41. ISSN 2448-573X
- Maldonado, M. y Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.*, 22, 100-110.
- Maldonado, J.M., Sánchez, J.J., Reséndiz, M. y Moreno, A. (2017). Sintomatología depresiva y conducta de atracón en la obesidad: Estudio piloto con intervención de Atención plena y compasión. *Psiquis*, 26(1), 15-23.
- Marín M., D., Toro M., S. y Peñacoba P., C. (2020). Anxiety in pregnancy: prevalence, associated factors and its impact on mother and child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(4), 354-366.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Agencia Lain Entralgo.
- Mittelman, B. y Wolff, H.G. (1939). Affective states and skin temperature: Experimental study of subjects with "cold hands" and Raynaud's syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 271-293.
- Moreno, A. (2012). Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): la Atención Plena/Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Patoni, R. y Moreno, A. (2022). Evaluación del tratamiento basado en atención plena sobre la sintomatología asociada a la artritis. *Psicología y Salud*, 32(1), 71-80.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Pedagogía*, 5(2), 159-172.
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3234/323428195010>
- Quiroga, H. (2008). *Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol*. (Tesis doctoral). Universidad nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Ravaldi, C., Ricca, V., Wilson, A., Homer, C. y Vannacci, A. (2021). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women birth*. 36(4), 335-343. Doi: 10.1016/j.wombi.2020.07.002
- Reza, Y., Abdollah, O., Zohreh, S. y Hossein, A. (2016). The effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(3), 195-204.
- Robinson, L., Walker, J. y Anderson, D. (1992). Cognitive-behavioural treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. *Can. J. Psychiatry*, 37, 623-626.
- Rodríguez, C. (2020). *Evaluación de la intervención atención plena compasiva en mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Ciudad de México, México.
- Rodríguez, E. (2018). ¿Cuál es la temperatura corporal idónea en el embarazo? *El embarazo*. Recuperado el 15-11-19 de <https://elembarazo.net/dudas/cual-es-la-temperatura-corporal-idonea-en-el-embarazo>
- Sánchez, E. y Moreno, A. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2), 167-178.
- Simkin, D., y Black, N. (2014). Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 487-534.
- Villegas, J., Villegas, O. y Villegas, V. (julio-diciembre, 2012). Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de Medicina* (col). 12(2), 221-240.
- Vinkers, C.H., Penning, R., Helhammer, J., Verster, J.C., Klaessens, J.H., Olivier, B., y Kalman, C.J. (2013). The effect of stress on core and peripheral body temperature in humans. *Stress*, 16(5), 520-530.

Efectividad de una terapia de intervención cognitiva en síndrome de Down para favorecer la funcionalidad e independencia

Effectiveness of a cognitive intervention therapy to promote functionality and independence in Down syndrome participants

Nebalí Flores-Alonso¹, Elizabeth Aveleyra-Ojeda¹ y Octavio García²

Universidad Autónoma del Estado de Morelos¹

Universidad Nacional Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Octavio García, ogarciag@unam.mx.

RESUMEN

El síndrome de Down (SD) es la principal causa genética de discapacidad intelectual. Los adultos con esta condición manifiestan un declive progresivo de sus funciones cognitivas y una alta predisposición a desarrollar enfermedad de Alzheimer (EA). La intervención cognitiva se ha empleado como una estrategia no farmacológica para mejorar las funciones cognitivas y el desempeño de las actividades de la vida diaria en la EA. Sin embargo, su uso y su efecto en adultos con SD se ha explorado muy poco. En este trabajo se evaluó el uso de un programa de intervención cognitiva en la atención y memoria de adultos mexicanos con SD. El programa consistió en un total de 28 sesiones: 16 sesiones individuales y 8 sesiones grupales sólo para los participantes con SD, así como cuatro sesiones de psicoeducación junto a los padres y profesoras. La evaluación neuropsicológica se efectuó por medio del WAIS-IV y del Examen Cognitivo de Cambridge para Adultos con Síndrome de Down, versión en español (CAMCOG-DS). La efectividad del programa se analizó mediante la Escala de Alcance de Objetivos (GAS) y las subpruebas de atención del WAIS-IV y los reactivos del CAMCOG-DS para la atención y memoria. Los resultados muestran que el programa de estimulación produjo diferencias significativas en la puntuación global del CAMCOG-DS ($p = 0.026$) y en la escala GAS ($p = 0.028$), pero no en las subpruebas de atención y memoria. Estos resultados sugieren que el programa de intervención provocó cambios significativos en la vida cotidiana de los participantes.

Palabras clave: Síndrome de Down; Estimulación cognitiva; Escala GAS; Atención; Memoria; Salud cognitiva.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 1001, Chamilpa, 62209 Cuernavaca, Morelos, México, correos electrónicos: anfa.nebs@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3780-8954>; aveleyra@uaem.mx

² Facultad de Psicología, Red Interdisciplinaria en Neurodesarrollo (RINDe), Av. Universidad 3004, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México, correo electrónico: ogarciag@unam.mx, <https://orcid.org/0000-0002-5792-0209>



ABSTRACT

Down syndrome (DS) is the most prevalent genetic cause of intellectual disability. Adults with DS exhibit a progressive decline in cognitive functions and a high predisposition to develop Alzheimer's disease (AD). Cognitive interventions have been used as non-pharmacological strategy to enhance cognitive functions and performance in activities of daily living in individuals with AD. However, the analysis of the impact of cognitive interventions on adults with DS remain under-explored. The present study aimed to address this gap by evaluating the efficacy of a cognitive intervention program on attention and memory in Mexican adults with DS. The program was designed to include 28 sessions; comprising 16 individual sessions and 8 group sessions exclusively for participants with DS; adding 4 psychoeducation sessions for parents and teachers. Neuropsychological assessment included the Wechsler Adult Intelligence Scale-IV (WAIS-IV) and the Spanish version of the Cambridge Cognitive Examination for Older Adults with Down Syndrome (CAMCOG-DS). The effectiveness of the intervention was analyzed using the Goal Attainment Scaling (GAS) and the WAIS-IV attention subtests and CAMCOG-DS items for memory. Results indicated that the stimulation program produced statistically significant differences in the CAMCOG-DS global score ($p = 0.026$) and GAS scale ($p = 0.028$); but not in the attention and memory subtests. These findings suggest that the intervention program could have brought about significant improvements in the participants' daily lives.

Key words: Down syndrome; Cognitive stimulation; GAS Scale; Attention; Memory; Cognitive health.

Recibido: 03/05/2024

Aceptado: 01/04/2025

El síndrome de Down (SD), o trisomía del par 21, es la principal causa genética de discapacidad intelectual (DI). Tal síndrome puede generarse por una trisomía completa (95% de los casos), una traslocación (4% de los casos) o un mosaicismo (1% de los casos) (Antonarakis *et al.*, 2020), y afecta aproximadamente a 6 millones de personas en todo el mundo (Ballard *et al.*, 2016). En los últimos años, los avances en los cuidados médicos han incrementado la esperanza de vida de las personas con SD, la que ha pasado de unos cuatro años en 1950 a 60 años en 2010 (De Graff *et*

al., 2017; Yang *et al.*, 2002). Sin embargo, las personas que sobrepasan los treinta años muestran un envejecimiento acelerado, un declive progresivo en procesos cognitivos tales como atención, memoria, lenguaje, sociabilización y una alta predisposición a desarrollar enfermedad de Alzheimer (EA) (Devenny *et al.*, 2000; Fortea *et al.*, 2021; Mak *et al.*, 2019). Se han propuesto las terapias de intervención cognitiva (TIC en lo sucesivo) como herramientas que permiten mejorar y mantener las habilidades cognitivas, los signos conductuales y psicológicos que pueden deteriorarse durante el envejecimiento y en personas diagnosticadas con EA (Xiang y Zhang, 2023), ayudando a tales personas a preservar su salud cognitiva y calidad de vida (Broche, 2018; Cruz y González, 2023).

Algunos estudios sugieren que las TIC pueden mejorar los procesos de atención en personas con DI (Cárdenas *et al.*, 2017; Oliva *et al.*, 1998; Quijano y Cuervo, 2014) y las habilidades sociales en niños y adolescentes con SD (Oliva *et al.*, 1998). La efectividad de las TIC también se ha observado en niños con síndrome de Williams (Serrano-Juárez *et al.*, 2018). Sin embargo, las TIC en personas adultas con SD han sido poco exploradas (Mascarenhas *et al.*, 2015; Shanahan, 2014). La Escala de Alcance de Objetivos (Goal Attainment Scaling, o GAS, por sus siglas en inglés) (*cf.* Turner-Stokes, 2008) es una medida individualizada de resultados, establecida inicialmente para los trastornos de salud mental (Kiresuk y Sherman, 1968). La GAS se ha aplicado a diversas condiciones y estados de enfermedad, incluida la demencia y el SD (Dunn *et al.*, 2022; Keeling *et al.*, 2017; Knox *et al.*, 2021; Rockwood *et al.*, 2002, 2006). Esta escala permite a los pacientes y cuidadores identificar el seguimiento de los objetivos del tratamiento que son significativos para ellos y que están relacionados con su condición, lo que puede ser una herramienta para conocer los avances funcionales de las TIC (Grant y Posford, 2014). Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un programa integral de estimulación cognitiva centrado en la atención y la memoria en adultos jóvenes escolarizados con SD a través de la escala GAS. Los resultados del presente estudio podrían contribuir a mejorar la calidad de vida y promover la salud cognitiva de tales personas.

MÉTODO

Diseño

La presente investigación fue un estudio cuantitativo con un alcance correlacional y diseño preexperimental pretest-posttest.

Participantes

Los participantes de nacionalidad mexicana fueron reclutados del Grupo Activo Down Independiente (GADI) al cumplir con los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de SD, visión y audición corregida, lenguaje desarrollado y en un rango de edad de entre 20 y 30 años. Los criterios de exclusión fueron el diagnóstico clínico de ansiedad o depresión o estar en algún tratamiento farmacológico. La muestra quedó constituida por seis participantes, todos ellos diestros y escolarizados.

Evaluación neuropsicológica

A todos los participantes se les realizó una anamnesis neuropsicológica para conocer sus antecedentes heredo-familiares y sociodemográficos, dinámica y relación familiar, antecedentes pre, peri y postnatales así como desarrollo y escolaridad, todo lo cual tuvo como finalidad adquirir un conocimiento profundo de cada caso. De la misma manera, se les aplicaron los instrumentos mencionados a continuación, siempre contando con tiempos de descanso si eran requeridos por los participantes a fin de evitarles fatiga cognitiva.

Instrumentos

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV (WAIS IV) (Wechsler, 2008, 2014).

La escala WAIS IV es un instrumento que permite obtener el coeficiente intelectual de personas adultas. En el caso particular de este estudio, también se le empleó para evaluar el perfil cognitivo del proceso de atención mediante las subpruebas de dígitos, símbolos y claves. Este instrumento se aplicó en dos sesiones de 50 minutos.

Prueba de Exploración de Cambridge para la valoración de los trastornos mentales en adultos con síndrome de Down o con discapacidad intelectual (CAMDEX-DS) (Versión en español de Esteba *et al.*, 2013).

El CAMDEX-DS se diseñó para evaluar las formas más frecuentes de demencia, así como otros trastornos mentales y físicos presentes en adultos con SD y discapacidad intelectual. Contiene una entrevista para el informante y una breve batería neuropsicológica: el Examen Cognitivo de Cambridge para Adultos con SD (CAMCOG-DS), que permite valorar los aspectos cognitivos que se ven deteriorados en el caso de demencia: orientación, lenguaje (comprensión y expresión), memoria (remota, reciente y de nuevos aprendizajes), atención, praxis, pensamiento abstracto y percepción. Esta sección incluye 46 ítems, y el tiempo aproximado de aplicación es de una hora. El puntaje general máximo que se puede obtener es de 109 puntos. La prueba sugiere los siguientes puntos de corte para la sospecha de deterioro cognitivo de acuerdo con el grado de discapacidad intelectual: 68 puntos para la discapacidad intelectual leve y 52 puntos para la moderada. La prueba se adaptó al entorno cultural mexicano siguiendo las recomendaciones de Esteba *et al.* (2013). En este estudio solo se utilizaron los reactivos que evalúan la atención y la memoria del CAMCOG-DS, así como la Parte III ("Estado de salud mental") para explorar la presencia o ausencia de ansiedad o depresión, lo que hizo posible contar con un criterio de inclusión-exclusión.

Escala de Alcance de Objetivos (GAS: *Goal Attainment Scaling*, por sus siglas en inglés) (Turner-Stokes, 2009).

Esta escala se utilizó para medir la efectividad del programa de estimulación por medio de la operacionalización y la cuantificación de metas establecidas de forma individual con el participante, los familiares y el terapeuta. Dichas metas establecidas en esta escala se relacionaron con habilidades de atención y de memoria, como por ejemplo memorizar el número de teléfono de un familiar o aumentar los tiempos atencionales al momento de realizar las tareas escolares en casa.

Programa de intervención

Se elaboró un programa de estimulación individual donde se compartían las actividades y se realizaban ciertas adecuaciones según las características y necesidades específicas de cada participante. Se llevaron a cabo dieciséis sesiones individuales una vez a la semana durante cuatro meses. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos, y en cada una se estimuló un subproceso de atención y uno de memoria, con base en lo propuesto por Sohlberg y Mateer (1987, 1989) respecto a la dificultad graduada de los ejercicios a lo largo del programa de intervención. Las actividades de estimulación se efectuaron tal como lo proponen Ostrosky *et al.* (2004, 2005) y Ansón *et al.* (2015), las cuales consistían en la estimulación de diferentes procesos subatencionales y de memoria. Adicionalmente, el programa de intervención incluyó la redacción de un diario (Sohlberg y Mateer, 1989), en el que los participantes respondían diariamente las preguntas “¿Cómo me sentí hoy?” y “¿Qué hice hoy?”, además de planear sus actividades del día siguiente, registrar las actividades realizadas durante el programa de estimulación, y anotar tareas para ser efectuadas en casa. Los participantes con un nivel bajo de escritura podían recurrir a dibujos o a la escritura de palabras aisladas para representar sus ideas. Para que los participantes pudieran cumplir las tareas se utilizó una adaptación de la economía de fichas a partir de la sexta sesión del programa de intervención. Tal estrategia consistía en un rotafolio en el que se colocaban caritas felices para las tareas cumplidas y caritas tristes para las no cumplidas; quien acumulara más caritas tristes llevaría un alimento o golosina para compartir en la sesión de cierre. Finalmente; durante las tardes los participantes tenían como tarea de estimulación trabajar con las aplicaciones “Entrena tu cerebro: Juegos de Atención” (*Tellmewow*; versión 1.9.9) y “Entrena tu cerebro-Juegos de Memoria” (*Tellmewow*; versión 3.5.4) en su teléfono celular diariamente durante 15 minutos en casa bajo la supervisión de sus padres o cuidadores para que enviaran la evidencia. Todos los participantes tenían que acceder dos veces por semana a la aplicación de memoria y tres veces a la de atención en un orden siempre ascendente según la dificultad de los niveles.

Las ocho sesiones grupales se llevaron a cabo cada 15 días durante dos horas, en las que se estimulaba un subproceso de atención y otro de memoria. Las actividades en estas sesiones fueron de carácter ecológico; por ejemplo, realizar una receta de cocina. Se buscó que los participantes con un mayor nivel de lenguaje auxiliaran en sus actividades al resto de sus compañeros.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones psicoeducativas cuyo fin era concientizar a los padres acerca de la importancia de las actividades establecidas en el programa de intervención; haciendo hincapié en la promoción de la salud cognitiva. Asimismo, se sensibilizó a los padres y a la profesora del grupo para la creación y establecimiento de las metas de la escala GAS. En todas las sesiones del programa de estimulación se hicieron y registraron las observaciones acerca de la conducta y las ejecuciones de los participantes.

Procedimiento

Se efectuó en la escuela una primera reunión con los familiares de los participantes, en la que se presentó el proyecto de investigación, el plan de intervención y la importancia de promover la salud cognitiva en sus hijos. Se agendaron reuniones de una hora y media con los padres interesados en las que se les proporcionó una carta de consentimiento informado, así como la anuencia de los participantes, tras de lo cual se elaboraron las historias clínicas y se aplicó el cuestionario del CAMDEX-DS a los informantes. Hecho lo anterior, se hizo la evaluación neuropsicológica de los participantes mediante el WAIS IV y el CAMCOG-DS en tres sesiones de 50 minutos para obtener un perfil cognitivo individual. Los perfiles de atención y memoria se elaboraron mediante las subpruebas Claves, Dígitos y Símbolos del WAIS-IV, así como con los reactivos del CAMCOG-DS que miden atención y memoria. Después de las evaluaciones neuropsicológicas, se aplicó el programa de estimulación cognitiva de forma individual y grupal, enfocados en las habilidades de atención y memoria. El programa de estimulación cognitiva se impartió en un periodo de cuatro meses y consistió en una sesión individual semanal de 60 minutos, en tanto que las sesiones grupales se efectuaron una vez cada dos semanas durante 90 minutos. Se elaboró una

bitácora individual de las 24 sesiones de intervención. El programa también incluyó cuatro sesiones psicoeducativas (en una de estas sesiones se establecieron las metas de la escala GAS) con los participantes, sus padres y las autoridades escolares, las que se llevaron a cabo una vez al mes. Tales sesiones tuvieron como fin promover la salud cognitiva en los participantes y crear conciencia en los asistentes acerca de su importancia.

Tres semanas después de haber culminado el programa de estimulación y doce meses después de haber realizado la evaluación neuropsicológica inicial se aplicó la evaluación posttest de los instrumentos GAS, CAMCOG-DS y WAIS-IV, respetando las sugerencias de este último sobre el tiempo que se debe esperar para minimizar el efecto de la práctica (*cf.* Weschler, 2014).

Consideraciones éticas

Los procedimientos estipulados se conformaron con apego a los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017), la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la investigación en humanos y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013). Los resultados fueron comunicados de acuerdo con los artículos 50 a 60 del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), y la confidencialidad de los resultados establecida en los artículos

60 a 69 del citado código. Previamente al trabajo con los participantes, se obtuvo el asentimiento informado de cada uno de ellos, así como el consentimiento de sus padres o tutores legales.

Análisis de datos

Se empleó el programa SPSS Statistics, v. 23, para el análisis estadístico de los resultados mediante la prueba estadística rango con signo de Wilcoxon, en virtud de las variables de tipo ordinal de dos muestras relacionadas.

RESULTADOS

Las características de la población respecto a su edad, género, tipo de trisomía, nivel de expresión verbal, estado civil de los padres, años de escolarización y funcionalidad se muestran en la Tabla 1. La muestra de estudio estuvo formada por seis participantes (cinco hombres y una mujer) con un rango de edad de entre 21 y 30 años, un nivel de expresión verbal variable y una escolaridad de 13 y 23 años. Los resultados del CAMDEX-DS mostraron que los participantes eran independientes en cuanto a sus habilidades básicas de la vida diaria, con dependencia moderada para actividades instrumentales, y completamente dependientes para llevar a cabo actividades avanzadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Participante	Edad	Sexo	Tipo de SD	Nivel de expresión verbal	Estado civil de los padres	Años de escolarización	Funcionalidad
A	28	Hombre	Trisomía 21 regular	Medio alto	Divorciados	22 años en centros de educación especial .	Dependencia moderada para preparar bebidas calientes y usar transporte público. Es independiente para utilizar el teléfono y realizar tareas domésticas.
B	30	Hombre	SD de tipo desconocido	Bajo	Madre viuda	23 años en centros de educación especial.	Dependencia moderada para desplazarse en transporte público y realizar llamadas telefónicas. Es independiente para preparar bebidas calientes y comidas sencillas.

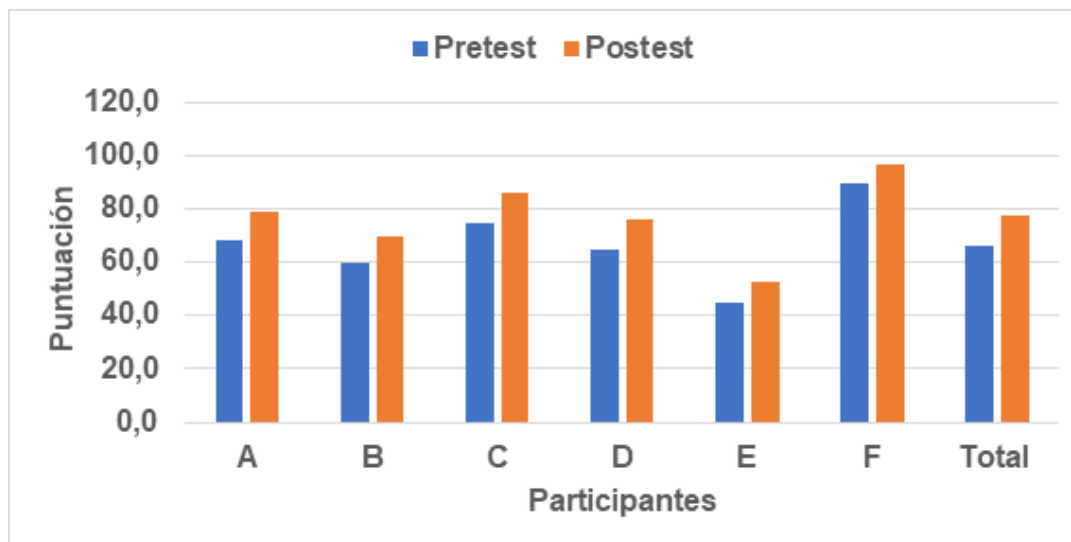
Continúa...

Participante	Edad	Sexo	Tipo de SD	Nivel de expresión verbal	Estado civil de los padres	Años de escolarización	Funcionalidad
C	29	Hombre	SD de tipo desconocido	Alto	Casados	18 años en centros de educación especial.	Es independiente para realizar tareas domésticas, desplazarse en transporte público, para preparar bebidas calientes y comidas sencillas.
D	27	Hombre	Trisomía 21 regular	Medio alto	Casados	8 años en escuela primaria regular y 13 años en centros de educación especial.	Presenta una dependencia moderada para desplazarse en transporte público. Es independiente para preparar bebidas calientes y comidas sencillas, realizar las tareas domésticas que se le encomiendan y utilizar el teléfono.
E	28	Hombre	Trisomía 21 regular	Bajo	Casados	13 años en centros de educación especial.	Es independiente para preparar bebidas calientes o comidas sencillas; realizar las tareas domésticas que se le encomiendan; desplazarse en transporte público y utilizar el teléfono.
F	21	Mujer	Trisomía 21 regular	Alto	Divorciados	18 años en escuela primaria regular y 3 años en educación especial.	Presenta una dependencia moderada para desplazarse en transporte público. Es independiente para preparar bebidas calientes o comidas sencillas; realizar las tareas domésticas que se le encomiendan y utilizar el teléfono.

Se obtuvo un diagnóstico de discapacidad intelectual (DI) a partir del valor del coeficiente intelectual (CI) aportado por el instrumento. El diagnóstico se realizó antes y después del programa de intervención, sin que se observaran cambios significativos. Con el fin de analizar si los procesos de atención mejoraban después de la intervención, se evaluaron las subpruebas de Dígitos, Símbolos y Claves. La subprueba de Dígitos no mostró ningún cambio en los puntajes de los participantes. En el caso de la subprueba de Símbolos, se observó un ligero aumento en la puntuación del postest en los participantes A, B y E, mientras que en la subprueba de Claves se alcanzaron puntuaciones bajas y altas en el postest. Sin embargo, ninguno de estos resultados mostró una diferencia estadísticamente significativa. Resultados similares fue-

ron obtenidos con los reactivos CAMCOG-DS para evaluar la atención.

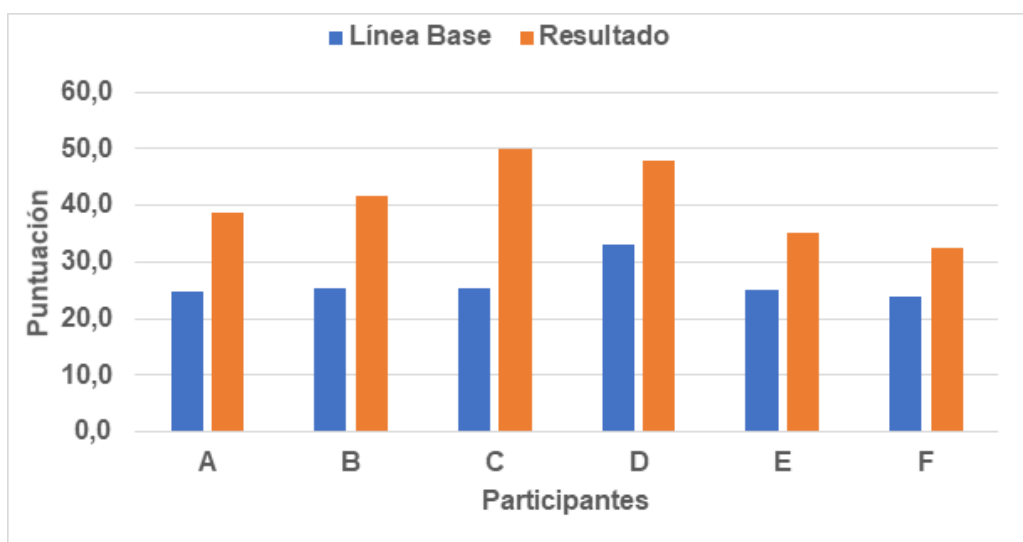
Diversos reactivos de la prueba CAMCOG-DS se utilizaron para determinar el efecto de la intervención en los procesos de memoria, como evocación; registro, almacenamiento y semántica. Cabe señalar que, tal como se sugiere en este instrumento, se efectuaron adecuaciones culturales en los reactivos 191, 192, 193 y 194 (Esteba *et al.*, 2013); aunque en la mayoría de los reactivos aplicados se observó una tendencia a incrementar el puntaje en el postest, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, a diferencia del promedio de los puntajes totales, que sí la mostraron entre los valores obtenidos en el pretest (66.50) y el postest (77.50) ($p < 0.02$) (véase Gráfica 1).

Gráfica 1. Puntuaciones globales del CAMCOG-DS por participante en mediciones pre y post.

Escala GAS

Para evaluar la efectividad del programa de intervención se utilizó la escala GAS. Los objetivos establecidos por los participantes, sus padres y la terapeuta se caracterizaron por ser actividades instrumentales y habilidades para la vida diaria que implicaran los procesos de atención y memoria, como por ejemplo recibir y contar el cambio al comprar cosas; aumentar sus tiempos atencionales

al hacer las tareas en casa; lograr cocinar de manera independiente, o recordar la dirección de su domicilio. Después de la intervención, todos los participantes mostraron un incremento en la puntuación de la escala GAS (participante A, pretest 24.8 y posttest 38.8; participante B, pretest 25.5 y posttest 41.8; participante C, pretest 25.5 y posttest 50.0; participante D, pretest 33.1 y posttest 47.9; participante E, pretest 25.0 y posttest 35.0, y participante F, pretest 23.8 y posttest 32.5) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Puntuaciones de la escala GAS por participante en las mediciones pre y post.

Durante todo el programa de intervención los participantes y sus padres se mostraron motivados ante el logro de las metas, al tiempo que comen-

taron lo palpable que era su avance a lo largo de los meses.

DISCUSIÓN

En este estudio se demostró que una TIC enfocada a estimular procesos de atención y memoria en personas adultas con SD facilita el alcance de objetivos en diversas actividades de la vida diaria, mejorando los niveles de satisfacción de los participantes y de sus cuidadores. En este trabajo se utilizaron las subpruebas Dígitos; Símbolos y Claves del WAIS-IV para identificar componentes de atención sostenida, selectiva y alternante. Las evaluaciones efectuadas antes y después del TIC no mostraron cambios significativos en ninguno de los participantes. El poco efecto de la TIC sobre los procesos de atención podría deberse a que el WAIS-IV no es un instrumento idóneo para evaluar este proceso cognitivo en la población con SD, por lo que se tendrían que buscar nuevas herramientas para aplicarlas a esta población (Esbensen *et al.*, 2017). Resultados similares fueron hallados con los reactivos 195 (contar hasta 20), 196 (dedos) y 197 (*span* de dígitos) de la prueba CAMCOG-DS, que permitían identificar componentes de la atención focalizada y el *span*. La falta de resultados con la prueba CAMCOG-DS podría deberse a que si bien este instrumento busca valorar el deterioro cognitivo asociado a la demencia, los reactivos utilizados no son los más adecuados para evaluar los subprocesos atencionales en cuestión; por ejemplo, el reactivo 195 podría estar evaluando un lenguaje automatizado, mientras que el reactivo 196 evaluaría habilidades de precálculo o escaneo visual (Lezak *et al.*, 2012). Sin embargo, los presentes resultados son acordes con los trabajos en los que se demuestra que la atención es uno de los procesos más afectados en el SD (Grieco *et al.*, 2015). En la edad adulta los déficits en la atención selectiva son persistentes y contribuyen a la dificultad para priorizar, mantenerse comprometido con una tarea y responder consistentemente de la misma manera a ciertas situaciones, limitando así la capacidad de funcionar y, en última instancia, vivir de forma independiente (Breckenridge *et al.*, 2013; Grieco *et al.*, 2015; Rowe *et al.*, 2006).

Por otro lado; para conocer si las TIC mejoraban los procesos de memoria; se aplicaron diversos reactivos de la prueba CAMCOG-DS que permitían identificar subprocesos de memoria, como

registro, almacenamiento, evocación y semántica. Al igual que en los resultados de atención, no se observaron cambios en las puntuaciones obtenidas antes y después de la TIC. Adicionalmente a los problemas de atención, las dificultades auditivas, los problemas de articulación, los déficits en las tareas de memoria explícita verbal y no verbal a largo plazo producen dificultades en la memoria en el corto y largo plazo en los adultos SD (Bower y Hayes, 1994; Carlesimo *et al.*, 1997; Marcell y Weeks, 1988; Vicari *et al.*, 2000). Es interesante que la TIC produzca resultados estadísticamente significativos en la puntuación global del CAMCOG-DS. A diferencia del WAIS-IV, dicho instrumento fue construido para población con SD y se ha validado su versión en español (Esteba *et al.*, 2013). Sin embargo, el hecho de que la TIC produjera un incremento en la puntuación global del CAMCOG-DS sugiere que la intervención tuvo un efecto benéfico, lo que coincide con los resultados obtenidos con la escala GAS, donde se observa que todos los participantes aumentan su puntaje en esta escala. Los resultados positivos obtenidos en la escala GAS concuerdan con lo señalado por Turner-Stokes (2009), quien sugiere que dicha escala es una buena medida para evaluar los efectos de un programa de rehabilitación ya que proporciona un reflejo útil de los resultados que son de importancia crítica para la vida del paciente y de sus más cercanos, algo que no ofrecen los instrumentos de evaluación tradicionales. En el presente estudio fue evidente que se lograron cambios tanto en la vida cotidiana de los participantes como en la de los cuidadores, ya que estos últimos manifestaron sentirse menos estresados, más motivados y esperanzados de la utilidad de la estimulación cognitiva en el desempeño independiente-funcional de sus hijos para la realización de actividades básicas y de supervivencia (por ejemplo, freir un huevo o aprender la dirección del domicilio). Los cambios positivos en los cuidadores primarios son necesarios para una mejor calidad de vida y el cuidado de la persona con SD (Vázquez *et al.*, 2023). Resultados similares a nuestro estudio han sido reportados por Cárdenas *et al.* (2017), quienes demuestran que después de un programa de estimulación cognitiva enfocado en la atención en adultos con SD se obtienen resul-

tados significativos en el puntaje general de la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCa) y del Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT), no así en las pruebas de retención de dígitos, símbolos, *stroop* y otros; aunque en el resto de las pruebas aplicadas se obtuvo una mejora en la ejecución, ninguna llegó a ser estadísticamente significativa, lo que demuestra que es necesario estandarizar pruebas en español para la población con DI que midan los procesos atencionales y de memoria, ya que la mayoría de los instrumentos de evaluación actuales no son útiles para medir la eficacia de los programas de estimulación enfocados en la atención y la memoria.

Finalmente, es importante señalar que los padres de los participantes expresaron que antes de ingresar al proyecto no tenían conocimiento de que sus hijos eran propensos a desarrollar EA, y que gracias a las sesiones psicoeducativas compren-

dieron la importancia de estimular las habilidades cognitivas de sus hijos para preservar su funcionalidad e independencia durante una mayor cantidad de tiempo, asegurándoles así una mejor calidad de vida en su vejez.

En conclusión, el CAMCOG-DS y la escala GAS son sensibles para medir la efectividad de una TIC de manera global. El programa de estimulación aquí presentado facilitó y mostró su eficacia para lograr cambios globales en la cognición de las personas con SD, ayudando así a los participantes a alcanzar objetivos que se habían propuesto en su vida cotidiana.

Futuras investigaciones que dispongan de instrumentos que midan cada proceso cognitivo de manera más profunda y con estímulos adaptados a sujetos mexicanos con SD son necesarias para incrementar la eficacia de las TIC.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue parte del proyecto de maestría de Nebaí Flores-Alonso, realizado bajo la tutoría de Elizabeth Aveleyra-Ojeda y Octavio García. El programa de Maestría en Psicología de la UAEM recibió apoyo del CONACYT (actualmente SECIHTI), Octavio García recibió apoyo del proyecto PAPIME PE302323 de la DGA-PA-UNAM.

Citación: Flores-Alonso, N., Aveleyra-Ojeda, E. y García, O. (2026). Efectividad de una terapia de intervención cognitiva en síndrome de Down para favorecer la funcionalidad e independencia. *Psicología y Salud*, 36(1), 17-27. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3030>

REFERENCIAS

- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C. y Torrea, I. (2015). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria*. Recuperado de https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf
- Antonarakis, S.E., Skotko, B.G., Rafii, M.S., Strydom, A., Pape, S.E., Bianchi, D.W., et al. (2020). Down syndrome. *Nature Review Disease Primers*, 6, 9. Doi: 10.1038/s41572-019-0143-7
- Asociación Médica Mundial (AMM) (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ballard, C., Mobley, W., Hardy, J., Williams, G. y Corbett, A. (2016). Dementia in Down's syndrome. *The Lancet Neurology*, 15(6), 622-636. Doi: 10.1016/s1474-4422(16)00063-6
- Bower, A. y Hayes, A. (1994). Short-term memory deficits and Down syndrome: A comparative study. *Down syndrome research and practice*, 2(2), 47-50. Doi:10.3104/reports.29
- Breckenridge, K., Braddick, O., Anker, S., Woodhouse, M. y Atkinson, J. (2013). Attention in Williams syndrome and Down's syndrome: Performance on the new early childhood attention battery. *British Journal of Developmental Psychology*, 31(2), 257-269. Doi: 10.1111/bjdp.12003
- Broche, Y. (2018). Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 153-165.

- Cárdenas P., D., Rojas, A., Cuellar, S. y Castañeda, N. (2017). Estrategias de estimulación cognitiva para la mejora de la atención en adultos con diagnóstico de discapacidad intelectual. *Revista Psicoespacios*, 11(19), 3-23. Doi: 10.25057/issn.2145-2776 12
- Carlesimo, G.A., Marotta, L. y Vicari, S. (1997). Long-term memory in mental retardation: evidence for a specific impairment in subjects with Down's syndrome. *Neuropsychologia*, 35(1), 71-79. Doi: 10.1016/s0028-3932(96)00055-3
- Cruz P., M. y González C., A. (2023). Intervenciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática con preguntas PIO. *Psicología y Salud*, 33(2), 415-426. Doi: 10.25009/pys.v33i2.2824
- De Graaf, G., Buckley, F. y Skotko, B.G. (2017). Estimation of the number of people with Down syndrome in the United States. *Genetics in Medicine*, 19(4), 439-447. Doi: 10.1038/gim.2016.127
- Devenny, D.A., Krinsky-McHale, S.J., Sersen, G. y Silverman, W.P. (2000). Sequence of cognitive decline in dementia in adults with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(6), 654-665. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2000.00305.x
- Dunn, T., Britton, A., Chicoine, B., Costa, A., Hendrix, J.A., Knox, K., Lai, F., Mobley, W. Rockwood, K., Rosas, D. y The Down Syndrome Clinical Trials Network (2022). The feasibility of Goal Attainment Scaling in adults with Down syndrome: early results from the LIFE-DSR-GAS sub-study. *Alzheimer's & Dementia*, 18, e068746. Doi: 10.1002/alz.068746
- Esbensen, A.J., Hooper, S.R., Fidler, D., Hartley, S.L., Edgin, J., d'Ardhuy, X.L., d'Ardhuy, X., Capone, G., Connors, F., Mervis, C., Abbeduto, L., Rafii, M., Krinsky-McHale, S., Urv, T. y Outcome Measures Working Group (2017). Outcome measures for clinical trials in Down syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(3), 247-281. Doi: 10.1352/1944-7558-122.3.247
- Esteba C., S., Dalmau, A., Ribas, N., Vilá, M., Novell, R. y García, J. (2013). Adaptación y validación del Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities (CAMDEX-DS) en población española con discapacidad intelectual. *Revista de Neurología*, 57(8), 337-346.
- Fortea, J., Zaman, S.H., Hartley, S., Rafii, M.S., Head, E. y Carmona I., M. (2021). Alzheimer's disease associated with Down syndrome: a genetic form of dementia. *The Lancet Neurology*, 20(11), 930-942. Doi: 10.1016/s1474-4422(21)00245-3
- Grant, M. y Ponsford, J. (2014) Goal attainment scaling in brain injury rehabilitation: Strengths, limitations and recommendations for future applications. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(5), 661-677. Doi: 10.1080/09602011.2014.901228
- Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B. y Schwartz, A. (2015). Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. *American Journal of Medical Genetics, Part C: Seminars in Medical Genetics*, 169(2), 135-149. Doi: 10.1002/ajmg.c.31439
- Keeling, L.A., Spiridigliozzi, G.A., Hart, S.J., Baker, J.A., Jones, H.N. y Kishnani, P.S. (2017). Challenges in measuring the effects of pharmacological interventions on cognitive and adaptive functioning in individuals with Down syndrome: A systematic review. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 173(11), 3058-3066. Doi: 10.1002/ajmg.a38416
- Kiresuk, T.J. y Sherman, R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. Doi: 10.1007/BF01530764
- Knox, K., Stanley, J., Hendrix, J.A., Hillerstrom, H., Dunn, T., Achenbach, J., Chicoine, B., Lai, F., Lott, I., Stanojevic, S., Howlett, S. y Rockwood, K. (2021). Development of a symptom menu to facilitate goal attainment scaling in adults with Down syndrome-associated Alzheimer's disease: a qualitative study to identify meaningful symptoms. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(1), 1-10. Doi: 10.1186/s41687-020-00278-7
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford University Press.
- Mak, E., Bickerton, A., Padilla, C., Walpert, M.J., Annus, T., Wilson, L.R., Hong, Y., Fryer, T., Coles, J., Aigbirhio, F., Christian, B., Handen, B., Klunk, W., Menon, D., Nestor, P., Zaman, S. y Holland, A. J. (2019). Longitudinal trajectories of amyloid deposition, cortical thickness, and tau in Down syndrome: A deep-phenotyping case report. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment and Disease Monitoring*, 11(1), 654-658. Doi: 10.1016/j.dadm.2019.04.006
- Marcell, M.M. y Weeks, S.L. (1988). Short-term memory difficulties and Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 32(2), 153-162. Doi: 10.1111/j.1365-2788.1988.tb01400.x
- Mascarenhas, L., Rufino, A., Bottino, C. y Correa, E. (2015). Cognitive rehabilitation of dementia in adults with Down syndrome: a review of non-pharmacological interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(3), 330-340. Doi: 10.1159/000438858
- Oliva, L., Mata, I. y Carcía, M. (1998). Estudio de un caso con síndrome de Down. *Eúphoros*, 13-24.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). https://cioms.ch/wpcontent/uploads/2017/12/CIOMSEthicalGuideline_sp_INTERIOR-FINAL.pdf
- Ostrosky S., F., Chayo D., R., Gómez, E. y Flores, J. (2005). *¿Problemas de memoria? Un programa para su estimulación y rehabilitación*. México: LP Editorial.
- Ostrosky S., F., Gómez, E., Chayo D., R. y Flores, J. (2004). *¿Problemas de atención? Un programa para su estimulación y rehabilitación*. México: American Book Store.

- Quijano, M. y Cuervo, M. (2014). Intervención neuropsicológica en un caso de retardo mental asociado a síndrome de Down. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(2), 85-90. Doi: 10.5839/rcnp.2014.0902E.08
- Rockwood, K., Fay, S., MacKnight, C., Gorman, M. y Video-Imaging Synthesis of Treating Alzheimer's Disease (VISTA) Investigators (2006). Attainment of treatment goals by people with Alzheimer's disease receiving galantamine: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 174(8), 1099-1105. Doi: 10.1503/cmaj.051432
- Rockwood, K., Graham, J.E., Fay, S. y ACADIE Investigators (2002). Goal setting and attainment in Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 73(5), 500-507. Doi: 10.1136/jnnp.73.5.500
- Rowe, J., Lavender, A. y Turk, V. (2006). Cognitive executive function in Down's syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 5-17. Doi: 10.1348/014466505x29594
- Serrano-Juárez, C., Prieto C., D. y Yáñez T., M. (2018). Intervención neuropsicológica en el caso de una niña con síndrome de Williams. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(2). Doi: 10.7714/CNPS/12.2.301
- Shanahan, S. (2014). *Efficacy of a cognitive stimulation programme with adults with Down syndrome: a randomised study* (Tesis doctoral). Essex, U.K: University of Essex. British Library, Ethos.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (1987) Effectiveness of an attention-training program. *Journal of Clinical and Experimental neuropsychology*, 9(2), 117-130. Doi: 10.1080/01688638708405352
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (1989). Training use of compensatory memory books: a three stage behavioral approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(6), 871-891. Doi: 10.1080/01688638908400941
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362-370. Doi: 10.1177/0269215508101742
- Vázquez G., P.A., Huerta S., C.I., Bravo A., H.R., Ruvalcaba R., N.A. y Montero P., X. (2023). Carga y positividad en cuidadores primarios informales de personas con síndrome de Down. *Psicología y Salud*, 33(2), 369-378. Doi: 10.25009/pys.v33i2.2819
- Vicari, S., Bellucci, S. y Carlesimo, G.A. (2000). Implicit and explicit memory: a functional dissociation in persons with Down syndrome. *Neuropsychologia*, 38(3), 240-251. Doi: 10.1016/S0028-3932(99)00081-0
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2014). *WAIS-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV)*. México: El Manual Moderno.
- Xiang, C. y Zhang, Y. (2023). Comparison of cognitive intervention strategies for individuals with Alzheimer's disease: A systematic review and network meta-analysis. *Neuropsychology Review. Advance Online Publications*. Doi: 10.1007/s11065-023-09584-5
- Yang, Q., Rasmussen, S.A. y Friedman, J.M. (2002). Mortality associated with Down's syndrome in the USA from 1983 to 1997: a population-based study. *The Lancet*, 359(9311), 1019-1025. Doi: 10.1016/s0140-6736(02)08092-3

Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional

Dialectical behavior therapy for university students with emotional dysregulation

Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera¹, Liliana Mondragón-Barrios²,
Elia Jazmín Mora-Ríos², Angélica Riveros-Rosas³
y Juan José Sánchez-Sosa¹

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,3}
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”²

Autor para correspondencia: Linda Esmeralda Mendoza A., psicesmendoza@gmail.com.

RESUMEN

Antecedentes: La terapia dialéctico-conductual (TDC) es una intervención basada en evidencia que ha mostrado eficacia cuando se aplica a estudiantes universitarios que experimentan desregulación emocional. No obstante, los resultados de las investigaciones aún no ofrecen información suficiente sobre la elección empírica de los contenidos-base y el análisis específico de los componentes del proceso terapéutico. *Objetivo:* identificar el efecto de la TDC para universitarios con desregulación emocional, así como examinar sus efectos relativamente específicos en las condiciones circundantes de los participantes. *Método:* Se empleó un diseño exploratorio secuencial de métodos mixtos, utilizando para ello entrevistas semiestructuradas y un diseño experimental intrasujetos. Los datos cualitativos se procesaron mediante un análisis de contenido temático, y los cuantitativos a través del índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) y la prueba estadística de Wilcoxon. *Resultados:* Se encontró un efecto positivo para disminuir las estrategias de afrontamiento desadaptativas y la emisión de conductas problema. *Discusión:* Los hallazgos documentan efectos positivos en las variables de interés en prácticamente todos los participantes, aunque futuros estudios se beneficiarían de ajustar la intervención para mejorar las estrategias de efectividad interpersonal.

Palabras clave: Terapia dialéctico-conductual; Desregulación emocional; Estudiantes universitarios; Estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

Background: *Dialectical Behavior Therapy (DBT)* is an evidence-based intervention that has shown efficacy in treating university students experiencing emotional dysregulation. However, research findings have not yet provided sufficient information on the empirical selection of core content and a specific analysis of the components of the therapeutic process. Objective: Thus, the present study aimed to identify the effect of DBT for college students with emotional dysregulation and to examine relatively specific effects related to the participants' surrounding conditions. Method: A sequen-

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

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

³ Facultad de Contaduría y Administración, Cto. Exterior, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



tial mixed-methods exploratory design was used employing semi-structured interviews and a within-subject experimental design. Qualitative data were processed using thematic content analysis, while quantitative data were analyzed using the non-overlap index of all pairs (NAP) and the Wilcoxon statistical test. Results: The intervention resulted in reduced maladaptive coping strategies and the occurrence of problem behaviors. Discussion: The findings document positive effects on the variables of interest in virtually all participants. However, future studies would benefit from adjusting the intervention to improve interpersonal effectiveness strategies.

Key words: Dialectical behavior therapy; Emotional dysregulation; University students; Coping strategies; Academic performance.

Recibido: 22/05/2025

Aceptado: 03/06/2025

Los estudiantes universitarios constituyen una población con características individuales, familiares y socioeconómicas muy heterogéneas. Los antecedentes personales y familiares, de bienestar e incluso las condiciones en las que inician y mantienen su formación son tan diversas que propician brechas en su desarrollo profesional y su funcionamiento cotidiano (Riveros *et al.*, 2013).

La vida universitaria representa una etapa de transición para los adultos jóvenes que los expone a nuevas fuentes de estrés (Lee y Mason, 2019). Se ha descrito que, de forma cotidiana, los estudiantes pueden experimentar incertidumbre, fatiga, estado de ánimo alterado, baja motivación, dificultades para concentrarse y prestar atención, indecisión y pérdida de interés en actividades placenteras (Chugani *et al.*, 2022; Kitzrow, 2003).

Con la intención de evaluar las necesidades de salud mental en estudiantes universitarios, la Organización Mundial de la Salud impulsó el programa internacional denominado Proyecto Universitario Para Alumnos Saludables (“PUERTAS”) (cf. Ebert *et al.*, 2019), en el que participaron 19 universidades de ocho países, entre ellos México, en las que se evaluaron las necesidades de cua-

tro mil estudiantes de primer año de la carrera. El estudio mostró que, de ellos, 7.8% manifestaba ideación suicida, 17.9% tenía un diagnóstico de enfermedad mental y 4.7% reunía tres o más criterios diagnósticos de algún otro trastorno.

Un estudio similar en universidades públicas de México evaluó a poco más de cuatro mil universitarios de seis universidades. Los resultados revelaron que 32.5% había experimentado un probable trastorno de salud mental a lo largo de su vida, siendo los más comunes la ansiedad, la depresión y el déficit de atención con hiperactividad; 27.8% exhibía autolesiones, 23% ideación suicida, y 3.5% había intentado suicidarse en los doce meses previos a la evaluación (Benjet *et al.*, 2019).

Es importante destacar que quienes experimentan sintomatología diversa pero subclínica (con rasgos de trastornos de salud mental, pero sin cumplir los criterios diagnósticos) difícilmente encuentran la atención necesaria mediante intervenciones especializadas para sus necesidades (Tobon *et al.*, 2020), lo que su vez afecta la continuidad de dicha atención y empeora el pronóstico (Chugani *et al.*, 2013).

Dentro de los factores psicológicos hallados en estas investigaciones se encuentra la desregulación emocional como un proceso medular que aumenta la vulnerabilidad psicosocial (Cavichio *et al.*, 2023). Otros autores describen las habilidades de regulación emocional como el conjunto de procesos necesarios para afectar la experiencia emocional al modificar su intensidad, duración o calidad y, por tanto, su carácter adaptativo (Anderson *et al.*, 2021). La regulación emocional también comprende un conjunto de habilidades disposicionales, o sea, aquéllas que facilitan o dificultan la aparición de diversas conductas (Koç y Uzun, 2023). Por ello, contar con adecuadas estrategias de regulación facilitará la elección de acciones dirigidas a las metas y reducirá la probabilidad de que aparezcan conductas impulsivas (Faustino, 2021).

En 1993 Linehan creó el concepto de *desregulación emocional* para referirse a la serie de dificultades graves que enfrentan algunos individuos para realizar procesos adaptativos de regulación

y adaptación. A este efecto, Linehan y Gagliesi (2020) la definen como “la incapacidad, pese a los mejores esfuerzos, de cambiar o regular los estímulos emocionales, las experiencias, las acciones, las respuestas verbales y/o las expresiones no verbales en condiciones normativas” (p. 46).

La desregulación emocional suele incluir lo siguiente: 1) exceso de experiencias emocionales dolorosas; 2) incapacidad para regular la activación intensa; 3) problemas para desviar la atención de estímulos emocionales; 4) distorsiones cognitivas; 5) fallas en el procesamiento de la información; 6) control insuficiente de conductas impulsivas; 7) dificultades para organizar y coordinar actividades hacia objetivos no dependientes del estado de ánimo, y 8) tendencia a “congelarse” (paralizarse) o disociarse ante un estrés relativamente intenso (Lancastle *et al.*, 2025).

La desregulación emocional se ha asociado con el inicio y el mantenimiento de una amplia variedad de problemas de salud mental en jóvenes, como sintomatología ansiosa y depresiva, malestar emocional intenso, autolesiones, ideación suicida, abuso de sustancias, trauma y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Fitzpatrick *et al.*, 2020; Menefee *et al.*, 2022; Zalewski *et al.*, 2018). En estudiantes universitarios se ha identificado un aumento de problemas asociados con estas dificultades, incluida una amplia variedad de síntomas que afectan su formación y desarrollo (Bailey *et al.*, 2022; Engle *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003; Pistorello *et al.*, 2012).

Los centros universitarios de servicios psicológicos suelen ser la primera opción de atención para los estudiantes con desregulación emocional en virtud de que buscan apoyo psicológico que les permita o les facilite alcanzar sus metas académicas, personales y vitales (Rizvi y Steffel, 2014). Las dificultades que normalmente atienden estos centros van desde los problemas de ajuste a las transiciones o eventos vitales y demandas de la vida universitaria, hasta problemas psicopatológicos complejos y multiaxiales (Chugani *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003).

La terapia dialéctico conductual (TDC en lo sucesivo) es un tratamiento cognitivo conductual exhaustivo y basado en evidencia (Linehan,

1993) que toma como eje de atención a la desregulación emocional, con énfasis en el aprendizaje de habilidades específicas (Üstündağ-Budak *et al.*, 2019). La TDC ha probado ser eficaz para una amplia gama de problemas psicológicos, y su uso se considera como la mejor opción de terapia psicossocial para adultos que padecen autolesiones e ideación suicida crónica (Gasol *et al.*, 2022; Hawton *et al.*, 2016; Rizvi y Steffel, 2014). Se ha visto que es especialmente eficaz para consultantes con bajo funcionamiento global (Fleming *et al.*, 2015; Pistorello *et al.*, 2012).

A pesar de que habría múltiples beneficios de la TDC, aún persisten problemas relacionados con la viabilidad e implementación completa e integral del modelo, incluida la adherencia de los terapeutas al mismo (replicabilidad), su entrenamiento y la extensa duración de su implementación (Chugani y Landes, 2016; Wilfley *et al.*, 2020). Por estas razones, se ha preferido el entrenamiento en habilidades en grupo como el principal componente en ambientes en los que no es factible o tendría poca aceptación el modelo original completo (Wilfley *et al.*, 2020).

La mayoría de los estudios que han adaptado el entrenamiento en habilidades para atender a estudiantes universitarios con desregulación emocional han mostrado efectos favorables en la reducción de dificultades asociadas a la desregulación emocional ($d = 1.16$) (Uliaszek *et al.*, 2016), la mejoría en la capacidad para resolver problemas ($d = 1.23$), el aumento de la capacidad para tolerar el malestar ($d = 0.71$) y la reducción la sintomatología depresiva ($t = 5.047$, $p = 0.001$) y ansiosa ($t = 5.651$, $p = 0.001$) (Lee y Mason, 2019; Liang *et al.*, 2021; Muhomba *et al.*, 2017; Pistorello *et al.*, 2012; Rizvi y Steffel, 2014; Tobon *et al.*, 2020; Uliaszek *et al.*, 2016; Üstündağ-Budak *et al.*, 2019; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019).

En general, tales hallazgos sugieren que la intervención puede preservar su eficacia y funcionar como un tratamiento transdiagnóstico más breve (Gasol *et al.* 2022; Lukas *et al.*, 2018). A pesar de ello, no se ha encontrado consistencia en los resultados, en su duración ni en los componentes de tratamiento elegidos.

En la aplicación de la TDC el entrenamiento en habilidades parece ser el componente más efectivo; no obstante, los resultados de las investigaciones aún no son consistentes y la metodología de las intervenciones es muy diversa para permitir comparaciones confiables (Bishop, 2006). Es por ello necesario generar evidencia que se ajuste a las necesidades clínicas prevalentes en instituciones de educación superior y que apoye una elección empírica de los contenidos base (Liang, *et al.*, 2021; Üstündağ-Budak *et al.*, 2019).

Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación fue identificar si el entrenamiento en habilidades adaptado de la TDC tiene algún efecto clínico relevante en las dificultades asociadas a la desregulación emocional en un grupo de estudiantes universitarios con este problema.

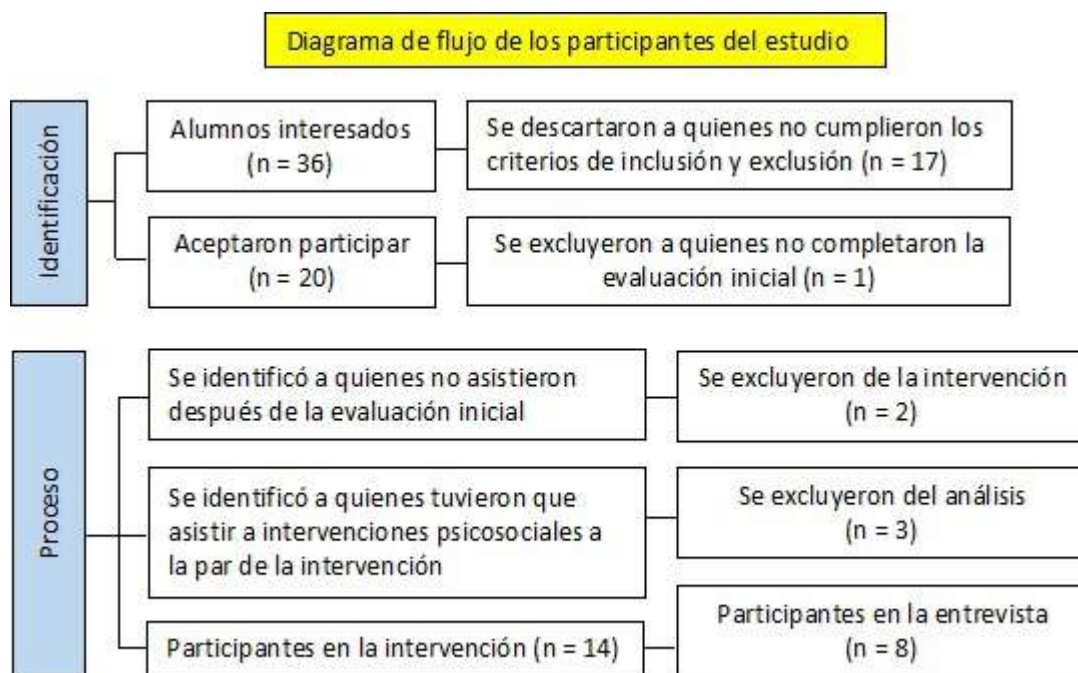
MÉTODO

Participantes

Se incluyó en el estudio a estudiantes universitarios que acudieron para atención psicológica al Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los criterios de inclusión fueron, a saber: estar inscrito como estudiante al momento de la intervención; tener una edad igual o superior a los 18 años, y presentar síntomas de desregulación emocional según la ya mencionada escala DERS.

Se excluyó a quienes tuvieran un diagnóstico previo, confirmado, de un trastorno del espectro psicótico o neurológico que dificultara su participación, exhibieran conductas antisociales notorias o estuvieran recibiendo algún otro procedimiento psicosocial en ese momento (véase Figura 1).

Figura 1. Participantes incluidos en el estudio.



Diseño

Se utilizó un diseño exploratorio secuencial, según la propuesta de Creswell y Plano-Clark (2007), en la cual los hallazgos cualitativos ayudan a identificar y profundizar en el fenómeno bajo estudio, y los cuantitativos a validar esos hallazgos. Los da-

tos se recolectaron de forma diacrónica (Forni y Grande, 2020).

Los datos cualitativos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada y se analizaron a través del análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2006). La guía de entrevista se desarrolló siguiendo las propuestas de Flick (2004) y Kvale

et al. (2011), y el estudio cualitativo según las sugeridas por Beanlands *et al.* (2019, 2021).

Para el estudio de intervención con los datos de naturaleza cuantitativa se empleó un diseño experimental intrasujetos (Kazdin *et al.*, 2019). Tal diseño es particularmente adecuado en las condiciones prevalentes en estudios como éste, de corte clínico y con relativamente pocos participantes (Graham *et al.*, 2012; Jacobson y Truax, 1991; Kazdin, 2019, 2021; Sanz y García-Vera, 2015; Tate *et al.*, 2016). Dicho diseño incluyó un componente “adaptativo” (*cf.* Pallmann *et al.*, 2018) que se aplica cuando se requiere hacer ajustes a las intervenciones durante la implementación de un protocolo.

Medición

Datos cualitativos

Las preguntas de la guía de entrevista exploraron tres cuestiones principales: 1) características del malestar con desregulación emocional asociada; 2) impacto de la desregulación emocional en diver-

sas áreas de funcionamiento, y 3) necesidades específicas de atención.

Datos cuantitativos

Para la medición continua de las dificultades asociadas a la desregulación emocional se utilizó la tarjeta de registro diario propuesta por Linehan y Gagliesi (2020), que consiste en un examen conductual simple que mide el uso de las estrategias de afrontamiento modeladas, los estados emocionales, las conductas problema y los blancos de la intervención. La tarjeta recaba los datos semanales y, de ser necesario, hace posible agregar mediciones adicionales. Por ejemplo, registraba la presencia de la variable de aislamiento, de la que el participante registraba de forma diaria la cantidad aproximada de horas que mantenía esa conducta.

Se incluyeron dos instrumentos de autorreporte (Tabla 1) a fin de aplicarse antes y después de la intervención para contar con una medida adicional. Se añadió una segunda medición con la escala DERS, la que se utilizó como criterio de inclusión.

Tabla 1. Características de los instrumentos de autoinforme.

Autor	Escala	Características
Sandín <i>et al.</i> , 2017.	Tolerancia al estrés	1. Escala autoaplicable.
		2. Quince reactivos.
		3. Respuestas tipo Likert de “nunca” a “siempre”.
		4. Validez convergente con medidas de autoinforme de percepción de situaciones estresantes y validez discriminante con medidas de autoinforme de sintomatología psiquiátrica.
		5. Consistencia interna, α total: 0.89.
World Health Organization (1998)	Bienestar (WHO)	6. Ejemplo típico de reactivo: “Cuando siento angustia sólo puedo pensar en lo mal que me siento”.
		1. Escala autoaplicable.
		2. Cinco reactivos.
		3. Respuestas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, de “nada” a “mucho”.
		4. Con validez de constructo.
		5. Consistencia interna, α total: 0.82.
		6. A menor puntuación, mayor deterioro percibido.
		7. Ejemplo típico de reactivo: “Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes”.

Procedimiento

Procedimientos generales

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UNAM con

el número de aprobación EP/PMDPSIC/0231/2023, siguiendo el Reglamento de Seguridad y Coordinación en Materia de Investigación para la Salud de la institución. Inicialmente, se identificó a los estudiantes universitarios como potenciales parti-

participantes mediante la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) aplicada vía *online* a través de un formulario de Google. Después se les describían los objetivos de la investigación, explicándoles brevemente los procedimientos y los beneficios potenciales, en caso de que aceptaran participar, y luego se les explicaba el contenido de la carta de consentimiento informado y se respondían sus dudas. Se reiteraba a los participantes que podían retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia institucional, que sus datos serían totalmente confidenciales y que, de requerirse, podrían continuar o retomar su tratamiento habitual en cualquier momento.

Para quienes aceptaron participar, se acordaba una fecha para la entrevista a profundidad y se les daba un calendario sobre las sesiones de la intervención. Finalmente, se les entrenaba en el uso del registro conductual y se verificaba el uso correcto del mismo para obtener la línea base.

Las sesiones de evaluación, entrevista, intervención y seguimiento se llevaron a cabo en las aulas destinadas a la atención psicológica de los alumnos. Todos los espacios contaban con ventilación e iluminación adecuadas, al igual que con la privacidad necesaria y el espacio apropiado.

Procedimientos de información cualitativa.

Se seleccionaron ocho informantes clave siguiendo las propuestas de Kvale *et al.* (2011) y Flick (2004), que definen experiencias particulares y características distintivas que reflejen las características y situaciones de los participantes de un estudio. Luego, los coterapeutas aplicaron la entrevista, en formato individual y presencial, con duración aproximada de una hora. Se hizo el registro del contenido para posteriormente realizar su transcripción.

Se implementó el análisis de contenido temático (Braun y Clarke, 2006), identificando las categorías temáticas principales. Se crearon categorías identificadas por códigos para después definir redes y relaciones, lo que hizo posible identificar pautas significativas y construir un marco para contrastarlo con el estado del arte existente.

Se utilizó el software ATLAS.TI 24 para verificar la codificación y delimitar la frecuencia de las categorías.

Procedimientos cuantitativos.

Se puso a prueba una adaptación del grupo de entrenamiento en habilidades de la TDC (Linehan y Gagliesi, 2020) teniendo a los participantes como su propio control, quienes asistieron semanalmente durante un semestre de manera presencial y en modalidad grupal. Los registros conductuales se revisaron a la par y se les brindó un seguimiento para asegurar su llenado. El entrenamiento ocurrió a lo largo de seis meses, incluyendo tres semanas de evaluación, diez de entrenamiento y un seguimiento a los dos meses y medio tras la intervención.

A fin de garantizar la integridad del tratamiento, se utilizaron registros conductuales para el terapeuta, incluidos en el manual de entrenamiento. Se contó con la participación de dos coterapeutas entrenados que utilizaron dichos registros para evaluar de forma independiente la fidelidad a los contenidos de promover cada habilidad. La intervención fue instrumentada por la investigadora principal, quien recibió entrenamiento específico y certificado en TDC, con supervisión de sus habilidades clínicas por más de un año y con apoyo de un equipo de consultoría formado en dicho modelo terapéutico.

Siguiendo el manual de Linehan y Gagliesi (2020), traducido por Gagliesi *et al.* (2020), las sesiones de entrenamiento tuvieron una misma estructura, en la que se contaba con cuatro procedimientos: 1. Ejercicio de atención plena; 2. Revisión de la tarea asignada, en la que se reforzaban los avances hacia las conductas deseadas y se daba retroalimentación correctiva de la práctica semanal; 3. Entrenamiento de la nueva habilidad, y 4. Cierre con asignación de tarea. Se siguió un ciclo de instrucción, modelamiento, ensayo conductual encubierto o juego de roles y retroalimentación de las habilidades seleccionadas. La Tabla 2 muestra las habilidades de cada módulo.

Tabla 2. Habilidades elegidas para intervención por modulo.

Modulo	Habilidades entrenadas
Atención plena	Mente sabia. Habilidades qué ... Observar, Describir, Participar. Habilidades cómo: No juzgar, Una cosa a la vez, Ser efectivo.
Regulación emocional	Identificación de emociones. Verificación de los hechos. Solución de problemas. Acción opuesta. Acumulación de experiencias positivas a corto plazo. Acumulación de experiencias positivas a largo plazo.
Tolerancia al malestar	Cambiar la temperatura, hacer ejercicio intenso y respirar pausadamente (TIP). Autocalmarse con los cinco sentidos, distraerse, mejorar el momento. Aceptación radical.
Efectividad interpersonal	Habilidad para acercarse a objetivos (acrónimo: DEARMAN). Habilidad para cuidar relaciones interpersonales (acrónimo: AVES). Habilidad para mantener el auto respeto (acrónimo: VIDA).

Fuente: *Manual de entrenamiento en habilidades DBT de Linehan y Gagliesi (2020).*

Para los datos de naturaleza cuantitativa se efectuó un análisis descriptivo de los datos con el fin de identificar las medidas de tendencia central y de dispersión: media, desviación estándar y variabilidad para las variables continuas, y frecuencias y porcentajes para las categóricas.

Los registros conductuales se revisaron mediante inspección visual de resultados y se calculó el índice de no solapamiento de todos los pares (NAP) para identificar el tamaño del efecto. Se utilizó en una “calculadora virtual” (Vannest *et al.*, 2016) para analizar el tamaño del efecto de acuerdo con el NAP y la significancia estadística del mismo, y se definieron las siguientes categorías: efecto débil: 0–.65; efecto medio: .66–.92; efecto fuerte: .93–1.0 (Parker y Vannest, 2009).

Para los instrumentos de autorreporte, por su nivel ordinal de medición y distribución no normal, se aplicó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas mediante el software SPSS, v. 24.

RESULTADOS⁴

Catorce participantes concluyeron el estudio. La Tabla 3 muestra los datos iniciales clínicos y de identificación relevantes. Cerca de 20% había manifestado ideación suicida en algún momento de la vida. Cuatro participantes mostraron autolesiones sin intención suicida seis meses antes de la intervención. Dos participantes padecían una enfermedad crónica sintomática que requería un tratamiento específico.

La media de edad fue de 21.43 años, con una desviación estándar de 3.22. Cerca de 43% de los sujetos cursaba el cuarto semestre al momento de la intervención y 22% el segundo. Sólo dos de ellos tenían hijos y todos eran solteros al momento de la intervención.

Análisis temático

La Tabla 4 muestra las categorías más prevalentes y los hallazgos documentados en las entrevistas.

Tabla 3. Características clínicas y sociodemográficas de los participantesa

Participante	Género	Edad	Hijos	Carrera	Semestre	Ideación suicida ^b	Auto lesiones	Enfermedad crónica
1	Femenino	22	0	Administración	2	Si	No	No
2	Femenino	19	0	Negocios Internacionales	2	No	Si	Hipertensión
3	Masculino	21	0	Administración	4	Si	Si	No

Continúa...

⁴ Todos los nombres de las(os) participantes son ficticios.

Participante	Género	Edad	Hijos	Carrera	Semestre	Ideación suicida ^b	Auto lesiones	Enfermedad crónica
4	Femenino	20	0	Administración	4	No	No	No
5	Femenino	22	1	Psicología	8	No	No	No
6	Femenino	19	0	Administración	4	No	No	No
7	Femenino	19	0	Economía	8	No	No	No
8	Femenino	21	0	Administración	8	No	No	No
9	Femenino	20	0	Administración	6	Si	No	No
10	Femenino	22	0	Psicología	8	No	No	No
11	Masculino	25	0	Informática	2	No	Si	No
12	Masculino	23	2	Administración	4	Si	Si	Hipotiroidismo
13	Femenino	31	0	Administración	4	No	No	No
14	Masculino	20	0	Administración	4	No	No	No

Nota: a los participantes 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12 y 13 se les aplicó la entrevista inicial.

^a No se incluyó el estado civil ya que todos los participantes eran solteros.

^b La ideación suicida estuvo reportada a lo largo de la vida, no al momento de la intervención.

Tabla 4. Categorías encontradas y hallazgos asociados.

Eje temático	Nombre	N	Hallazgo
1	Autoconcepto negativo y percepción de rechazo social	15	La percepción es negativa debido a que hay deficiencias en su desempeño cotidiano. Es sencillo polarizarse ante los conflictos o situaciones adversas.
1	Pensamientos fijos que generan daños en la identidad.	12	Los pensamientos suelen ser intrusivos y desesperantes. Las ideas sostenidas usualmente son de autodesprecio, remarcando el desempeño deficiente en tareas cotidianas o el escaso control sobre los estímulos ambientales.
1	Presencia de experiencias emocionales dolorosas y prolongadas.	10	El estado emocional frecuentemente es desagradable e inestable, aunque es posible diferenciar las emociones asociadas, se ha normalizado tener sensaciones desagradables por periodos prolongados.
2	Afrontamiento ante emociones desagradables	39	Ante emociones aversivas, como tristeza y enojo, se intenta suprimirlas utilizando estrategias que ayudan a evitar la fuente de malestar, como aislarse o distraerse. Si el malestar es lo suficientemente intenso, las conductas impulsivas se perciben como inevitables, lo que genera nuevas consecuencias desagradables.
2	Rendimiento académico	25	El rendimiento académico es deficiente porque la ansiedad y la preocupación suelen acompañar la experiencia de estar en la universidad e interfieren con la organización y el tiempo de dedicación a las tareas.
2	Expectativas de apoyo relacional significativo	12	El apoyo social recibido no es suficiente para moderar el malestar emocional percibido. Muchas de las relaciones familiares y de pareja no satisfacen las necesidades de conexión y validación que se desean.
3	Cambios que harían que la terapia fuera exitosa.	12	Regular las emociones permitiría concretar las metas significativas y tener un desempeño predecible en el funcionamiento cotidiano.
3	Expectativas sobre la terapia.	8	Para que una intervención sea útil, deberá brindar escucha profunda y herramientas concretas al mismo tiempo.

Nota: Ejes temáticos: 1. características del malestar con desregulación emocional asociada; 2. Impacto de la desregulación emocional en diversas áreas de funcionamiento; 3. Necesidades específicas de atención.

El primer eje permitió caracterizar las dificultades que los consultantes experimentan durante la desregulación emocional.

Los informantes narraron periodos extensos de malestar emocional, entendido como una experiencia cotidiana con alta probabilidad de ocurrencia con la que están familiarizados, donde inclusive es factible percibir un malestar intenso; no obstante, la explicación que le dan a los procesos asociados al mantenimiento del malestar es incierta:

“Mis emociones son muy cambiantes; no sé muy bien qué siento, pero sí van cambiando en todo momento. No sé ni qué sentir; por un lado, me han pasado cosas bonitas y me siento feliz, pero por otro lado me siento muy triste. Es inesperado porque hay días donde me siento muy alegre, hago todo, salgo con mis amigos y hasta canto sola. Otros días, aunque tenga el mismo horario, no quiero ir a clases, me aíso y no le contesto a nadie. No sé qué me pasa” (Alondra, 21 años).

“Considero que no he sido una persona deprimida que llora muy fácilmente; lloro por todo, en el metro, en la calle, en todos lados. Eso ya no me sorprende. Sé que no les pasa a todos, pero no sé qué tiene mi vida que la tristeza es lo que casi siempre tengo” (Joaquín, 25 años).

Los pensamientos fijos aparecen como una forma de autodesprecio que pone énfasis en los errores cometidos o en las deficiencias personales, asemejándose a un proceso cognitivo intrusivo que actúa en detrimento de la identidad de la persona, originando así creencias como la de ser inadecuada o deficiente. A estos pensamientos los caracterizan los consultantes como intrusivos e inevitables, percibidos como reales. Su contenido es desagradable y afecta el modo en que perciben su desempeño:

“Es horrible; cuando hay más posibilidades de pensar más, cuando tengo más tiempo, recuerdo todo lo que me pasa y siento que por eso tengo ataques de pánico por las noches. No puedo respirar, me dan temblores, ganas de llorar, escalofríos. Al final, me siento tan mal que ya no puedo

dormir, pero tampoco acabo mis asuntos pendientes. Es un ciclo muy potente de ansiedad” (Ivonne, 20 años).

Por último, en este eje las categorías de autoconcepto negativo y percepción de rechazo social surgen de las narraciones en las que los informantes reportaban sufrir una percepción negativa de ellos mismos, considerándose deficientes respecto a la expectativa que tienen de cómo deberían comportarse, además de una imagen global de ellos mismos como problemáticos:

“Tengo una percepción negativa de mí misma, sobre todo en las relaciones. Pienso que no tengo nada bueno. Pensé mucho en qué podía ofrecer y no se me ocurrió nada, y esa pregunta pequeña me dio mucha culpa, porque hay gente que está sufriendo, y yo preocupada por no ser suficiente” (Julia, 22 años).

El segundo eje temático permitió establecer el impacto que la desregulación emocional podía llegar a tener en diferentes áreas de la vida de los consultantes.

La mayoría de ellos dijo tener interacciones defectuosas con diferentes miembros de su red cercana, en especial con sus padres. Los informantes reportaban cómo había figuras significativas que sí percibían su malestar. No atenderlo implicaba desinterés hacia las dificultades emocionales que experimentaban. Muchas de las narraciones hacían énfasis en la necesidad de contar con un apoyo que les ayudara a mitigar el malestar emocional, identificando la necesidad de contención y validación en lugar de sentirse ignorados. Los informantes mencionaron que la mayoría de sus figuras significativas tendían a evitar el contacto en situaciones de malestar emocional, explicándolo como una sensación de rechazo hacia ellos. Aunque no reportaran tener peleas o conflictos evidentes, la mayoría de ellos se percibía ajeno y aislado respecto a su familia:

“Él dice que entiende mi situación, pero creo que más bien es indiferente. Siento esa tensión de tener que pedirle que me cuide y no puedo decir que lo intente. Él ya no cede, me ve como algo diferen-

te y resulta que yo soy la mala. El ya no toma la iniciativa. Está cansado de mí” (Julia, 22 años).

“Mi familia es muy unida en cuanto compartir planes o salir a pasarla bien. Pero siento que hay una barrera con ellos que no quieren ver. Yo siempre debo estar para ellos, pero ellos no están para mí. Si alguien está mal, sólo se va a su cuarto; no hablamos de nada, ni nadie va a ver cómo se siente el otro. Yo también pongo esa barrera porque es algo que aprendí a hacer” (Brenda, 19 años).

En la categoría de rendimiento académico predominaron las dificultades de los informantes para poder planear y ejecutar las actividades relacionadas con el estudio, identificando la ansiedad como la emoción más prevalente al realizar actividades programadas. La mayoría de ellos señaló la procrastinación como el efecto más notorio para las dificultades en su desempeño académico, narrándola como una sensación angustiante de notarse inactivos, que pasa el tiempo y ellos no inician la actividad planeada:

“Mi problema actual con la universidad es la procrastinación. No sé cuándo iniciar las cosas y siento que me saboteo a mí misma. Me siento muy perdida y sé que debo saber muchas más cosas y no sé nada. Me siento ansiosa sólo de pensar en la tarea que tengo, y aunque la entregue me sigo sintiendo ansiosa” (Alondra, 21 años).

“Mi ansiedad o malestar es debido a la escuela. Me sentía presionada y tenía que hacer trabajos y estudiar, pero siento que cuando hago las tareas sólo veo cómo pasan las horas, y aunque trate de apurarme no funciona: solamente me quedo sentada. Termino sintiéndome muy ansiosa y dándome atracones de dulces. Sé que está mal” (Tamara, 20 años).

En cuanto a la categoría de afrontamiento ante las emociones desagradables, los informantes reportaron el uso de estrategias de evitación de los estresores como respuesta de afrontamiento inmediata, seguida de intensos deseos de suprimir la emoción y ejecutando conductas impulsivas cuan-

do fallaban en esos cometidos iniciales. Percibían sus experiencias emocionales como inconvenientes, por lo que era mejor ignorarlas o tratar de suprimirlas para poder seguir con el desarrollo de sus actividades cotidianas:

“La verdad no sé cómo describirlo, pero si estoy enojada, pues luego me pongo a pensar en otras cosas o hacer las tareas, las cosas que nos dejan en la escuela para tener mi mente ocupada. Pongo música para transportarme a otro mundo y se me olvida. Hago ejercicio o tengo otras actividades y es lo que me mantiene ocupada para no pensar en el malestar, pero eso me pasa a diario, a veces sólo unos minutos, y otros días puede llegar a durar horas” (Julia, 22 años).

“Pues no hago nada. A veces lloro, pero solamente sigo con mi día. No quiero seguir sintiéndome mal. Como que me lo trago todo” (Pamela, 19 años).

“La semana pasada peleé con mi novio. El domingo impulsivamente le pregunté si me amaba o si me era infiel con su amiga. Pero no sé de dónde sentí celos; él nunca me ha dado motivos. Creo que siempre el pensar demasiado en las cosas y mi inseguridad afectan mis relaciones. Y al final él me terminó, porque me dijo que eran demasiados problemas. Quiero regresar con él, pero él no quiere porque sigo siendo insegura y controladora” (Brenda, 19 años).

El tercer eje temático permitió identificar las necesidades de atención de los participantes. Las categorías de cambios que harían que la terapia fuera exitosa y las expectativas sobre la terapia iban ligadas en la descripción de los informantes. Se detalló cómo la intervención era una posibilidad de acceder a metas importantes y promover estabilidad en el funcionamiento cotidiano. Se explicaba cómo la imposibilidad de regular sus estados emocionales les dificultaba sentirse capaces y suficientes. En cuanto a lo que haría que la terapia fuera útil, la mayoría de ellos refirió la escucha activa y la adquisición de habilidades para resolver problemas, entendiendo que a pesar de que

desean superar las dificultades que experimentan, también sienten la necesidad de generar cambios conductuales:

“Me gustaría expresar de mejor manera estas emociones, verlas de mejor manera y controlarlas” (Alondra, 21 años).

“Que la terapia no fuera sólo hablar y que no me dijeran lo que tengo que hacer, sino cómo mejorar para hacerlo solo” (Tadeo, 23 años).

“Dejar de sentirme sola. Quiero dejar de pensar y de cortarme” (Pamela, 19 años).

“Estudiar más tiempo y ser yo quien inicie las conversaciones. A veces sí lo hago, pero no siempre. Estudiar también lo hago, pero sólo cuando me siento bien, y pues el semestre no espera” (Brenda, 19 años).

Análisis de la intervención

En las tablas de la 5 a la 9 se presenta a continuación el tamaño del efecto clínico de acuerdo con el índice de no solapamiento de pares (NAP) por cada participante en las dimensiones consideradas en los registros conductuales,

Tabla 5. Resultados del cálculo del índice NAP para malestar emocional.

Malestar emocional						
Participante	Presencia			NAP	Intensidad	
	NAP	Valor de <i>p</i>	IC 90%		Valor de <i>p</i>	IC 90%
1	0.95	0.01	0.269<>1	0.98	0.01	0.329<>1
2	0.86	0.06	0.087<>1	0.77	0.16	−0.095<>1
3	0.82	0.10	−0.004<>1	0.35	0.43	−0.943<>0.337
4	0.91	0.03	0.178<>1	0.97	0.01	0.299<>1
5	0.85	0.07	0.057<>1	1	0.03	0.360<>1
6	0.95	0.01	0.269<>1	0.81	0.10	−0.004<>1
7	0.86	0.06	0.087<>1	1	0.01	0.360<>1
8	0.39	0.58	−0.852<>0.428	0.62	0.53	−0.398<>0.883
9	0.94	0.02	0.238<>1	0.80	0.11	−0.034<>1
10	0.91	0.03	0.178<>1	0.98	0.02	0.329<>1
11	0.76	0.18	−0.125<>1	0.52	0.93	−0.610<>0.671
12	0.82	0.10	−0.004<>1	0.92	0.02	0.208<>1
13	0.86	0.06	0.087<>1	0.74	0.21	−0.155<>1
14	0.68	0.35	−0.277<>1	0.91	0.03	0.178<>1

Nota: En negritas están los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05. IC: Intervalo de confianza.

Tabla 6. Resultados del cálculo del índice NAP para la emoción agradable.

Alegria						
Participante	Presencia			NAP	Intensidad	
	NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%		Valor de <i>p</i>	IC: 90%
1	0.36	0.48	−0.913<>0.368	0.86	0.06	0.087<>1.00
2	0.86	0.06	0.087<>1.00	1.00	0.03	0.360<>1.00
3	0.50	0.11	−0.640<>0.640	0.91	0.03	0.178<>1.00
4	0.59	0.64	−0.458<>0.822	0.68	0.35	−0.28<>1.00
5	0.90	0.03	0.178<>1.00	0.89	0.04	0.148<>1.00

Continúa...

Alegria						
Participante	Presencia			Intensidad		
	NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%	NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%
6	0.50	0.11	−0.640 < 0.640	1.00	0.03	0.360 < 1.00
7	1.00	0.03	0.360 < 1.00	1.00	0.03	0.360 < 1.00
8	0.94	0.02	0.238 < 1.00	1.00	0.01	0.360 < 1.00
9	1.00	0.01	0.360 < 1.00	1.00	0.03	0.360 < 1.00
10	0.41	0.64	−0.822 < 0.458	0.43	0.75	−0.762 < 0.52
11	1.00	0.03	0.360 < 1.00	1.00	0.01	0.360 < 1.00
12	0.97	0.01	0.299 < 1.00	1.00	0.01	0.360 < 1.00
13	0.36	0.48	−0.913 < 0.368	0.2	0.11	−1 < 0.034
14	0.41	0.64	−0.822 < 0.458	0.82	0.10	−0.004 < 1.00

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas.

Tabla 7. Resultados del cálculo del índice NAP para la emoción de difícil manejo elegida por los participantes.

Emoción de difícil manejo							
Participante	Etiqueta	Presencia			Intensidad		
		NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%	NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%
1	Tristeza	0.95	0.01	0.269 < 1.00	0.85	0.07	0.057 < 1.00
2	Tristeza	0.55	0.81	−0.549 < 0.73	0.88	0.05	0.117 < 1.00
3	Tristeza	0.73	0.24	−0.186 < 1.00	0.94	0.02	0.238 < 1.00
4	Enojo	0.86	0.06	0.087 < 1.00	1.00	0.03	0.360 < 1.00
5	Miedo	0.77	0.16	−0.095 < 1.00	0.95	0.05	0.269 < 1.00
6	Enojo	0.50	0.14	−0.749 < 0.55	0.60	0.31	−0.246 < 1.00
7	Tristeza	0.94	0.02	0.238 < 1.00	0.92	0.02	0.208 < 1.00
8	Enojo	0.91	0.03	0.178 < 1.00	0.97	0.01	0.299 < 1.00
9	Tristeza	0.35	0.43	−0.943 < 0.34	0.67	0.39	−0.307 < 0.97
10	Miedo (ansiedad)	0.91	0.03	0.178 < 1.00	0.80	0.11	−0.034 < 1.00
11	Enojo	0.32	0.35	−1 < 0.28	0.50	1.00	−0.640 < 0.64
12	Rechazo	0.91	0.03	0.178 < 1.00	1.00	0.01	0.360 < 1.00
13	Enojo	0.82	0.10	−0.004 < 1.00	0.85	0.07	0.057 < 1.00
14	Enojo	0.86	0.06	0.087 < 1.00	0.74	0.21	−0.155 < 1.00

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas.

Tabla 8. Resultados del cálculo del índice NAP para la conducta de aislamiento.

Aislamiento			
Participante	NAP	Valor de <i>p</i>	IC: 90%
1	0.91	0.03	0.178 < 1.00
2	0.89	0.04	0.148 < 1.00
3	0.96	0.01	0.299 < 1.00
4	0.94	0.02	0.238 < 1.00
5	0.94	0.02	0.238 < 1.00
6	0.86	0.06	0.087 < 1.00
7	0.94	0.04	0.299 < 1.00
8	0.73	0.24	−0.186 < 1.00
9	0.98	0.02	0.329 < .001
10	1.00	0.01	0.360 < 1.00
11	0.45	0.81	−0.731 < 0.55
12	0.91	0.03	0.178 < 1.00
13	0.35	0.43	−0.943 < 0.34
14	0.88	0.05	0.117 < 1.00

Nota: IC: Intervalo de confianza. Los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05 están en negritas.

Tabla 9. Resultados del cálculo del índice NAP para las conductas blanco (“*target*”) elegidas por los participantes.

Conducta a disminuir: Presencia				
Participante	Etiqueta	NAP	Valor de <i>p</i>	Intervalo de confianza: 90%
2	Ingesta de medicamento prescrito.	0.48	0.93	−0.671 < 0.610
3	Contacto sexual riesgoso.	0.95	0.01	0.269 < 1
4	Insultar.	1	0.01	0.360 < 1
5	Rumiar.	0.94	0.02	0.238 < 1
6	Comer dulces.	0.98	0.01	0.329 < 1
8	Discusiones con padres.	0.80	0.11	−0.034 < 1
10	Inactividad.	0.70	0.31	−0.246 < 1
11	Fumar.	0.59	0.64	−0.458 < 0.822
12	Consumir medicamentos no prescritos.	0.95	0.01	0.269 < 1
13	Enviar compulsivamente mensajes de texto	0.98	0.02	0.329 < 1
14	Discusiones con la pareja.	0.86	0.06	0.087 < 1

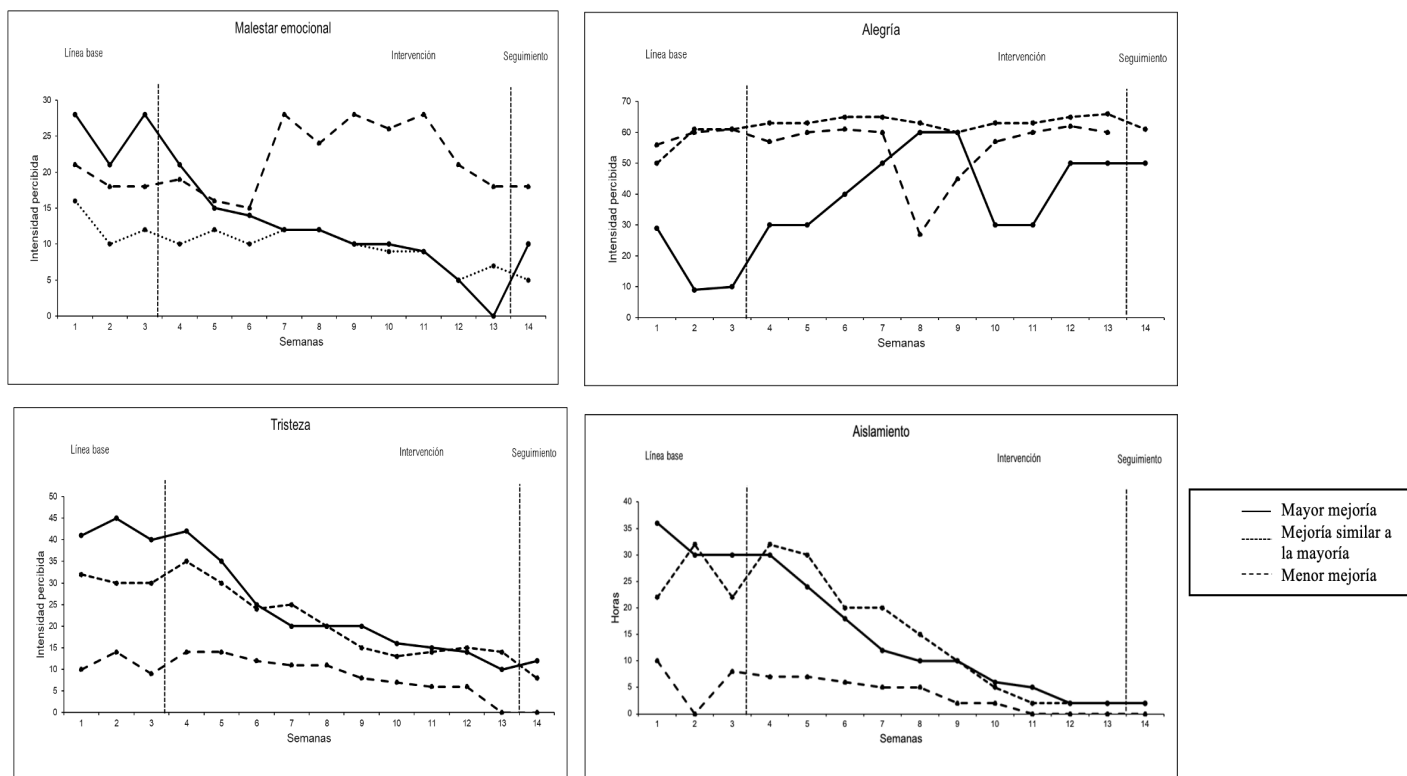
Nota: En negritas están los puntajes con probabilidad asociada menor o igual a 0.05. ^a Los participantes 1, 7, 9 refirieron no tener otra conducta blanco ya que preferían trabajar con la variable de aislamiento.

Cómo puede notarse, hubo tamaños del efecto diversos en las variables, aunque la gran mayoría en dirección o tendencia a mejorar, esto es, a mostrar un efecto clínico favorable tras la intervención. Los cambios significativos más frecuentes ocurrieron en cuanto al aislamiento (10 de 14: 71%), y los menos en el malestar emocional y conducta

a disminuir (12 de 18 y 6 de 14 respectivamente, o sea, 42% en ambas).

A continuación se presenta el análisis visual de las variables en tres de los participantes: uno con la mayor mejoría, otro que representa a la mayoría y uno más que fue el que menos mejoró.

Figura 2. Resultados representativos de los registros conductuales.



Nota: En el eje de las abscisas se muestran las semanas en las que transcurrió la intervención.

Las gráficas muestran las fluctuaciones en las variables emocionales y conductuales a lo largo de las semanas de la intervención en las fases de línea base, intervención y seguimiento. Se puede notar una disminución en todos los participantes en las variables de malestar y aislamiento, con diferencias en la variabilidad de las medidas. La variable *alegría* muestra la mejoría más acusada, con un aumento que se sostuvo en el seguimiento. El estado emocional *tristeza* sigue un patrón similar, con patrones bajos en todos los participantes en

el seguimiento. Por último, en la conducta a disminuir se observan las mayores diferencias entre los participantes; sin embargo, puede notarse una mejoría al final de la intervención respecto a la línea base.

Los instrumentos de autorreporte revelaron los resultados de la Tabla 10. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de desregulación emocional, afrontamiento al estrés y bienestar, con cambios entre las mediciones antes y después de la intervención.

Tabla 10. Resultados de la prueba Wilcoxon para las escalas de autorreporte.

Escala	Z	p asociada
Escala de Desregulación Emocional	−2.575	0.010
Escala de Tolerancia al Estrés	−3.296	0.001
Escala de Bienestar	−2.936	0.003

Nota: En negritas esta aquellos puntajes cuya probabilidad asociada fue menor o igual a 0.05.

Estos resultados son consistentes con lo hallado en los registros conductuales, donde se observaron diferencias que apuntan a una mejoría clínica tras la intervención.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar el efecto de la terapia dialéctico-conductual en estudiantes universitarios con dificultades asociadas a la desregulación emocional. Los resultados mostraron que la intervención tuvo efectos positivos en prácticamente todos los participantes, quienes al principio experimentaban un malestar emocional prolongado, lo cual coincide con lo descrito en investigaciones previas que documentaron periodos de estrés prolongados y sufrimiento emocional (Beanlands *et al.*, 2021; Chugani, 2017; Lukas *et al.*, 2018). Aproximadamente una tercera parte de los participantes también tenía un historial de ideación suicida y conductas autolesivas, hallazgo consistente con lo reportado por otras evaluaciones a universitarios (Ebert *et al.*, 2019; Medina-Mora *et al.*, 2022; Moya y Andrade, 2022). Los resultados sugieren que las dificultades para mitigar el malestar emocional suelen derivarse del uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas, y en ocasiones contraproducentes (Fitzpatrick *et al.* 2020; Menefee *et al.*, 2022; Zalewski *et al.*, 2018).

El malestar emocional reportado por los estudiantes universitarios también es consistente con las descripciones teóricas de la desregulación emocional. La activación fisiológica suele ser tan intensa que dificulta mantener la atención en sus actividades cotidianas, los pensamientos son abrasivos y rumiantes y las conductas impulsivas se utilizan para obtener un alivio inmediato (Faustino, 2021; Linehan y Gagliesi, 2020). Aunque este

conjunto de reacciones emocionales se consideraba incapacitante, muchos de los participantes tenían dificultades para considerar esas respuestas como un patrón regular. En su lugar, tendían a percibir el malestar emocional como un periodo relativamente determinado y vinculado a eventos específicos, más que como una manifestación persistente de un problema de salud mental.

Esta dificultad parece consistente con lo señalado por Paz *et al.* (2022), quienes identificaron que una de las principales barreras personales en los estudiantes universitarios para buscar ayuda psicológica es el negarse a reconocer sus propias deficiencias para regular sus estados emocionales, pensamientos o conductas.

Aunque se han descrito los pensamientos intrusivos negativos como una dificultad muy prevalente en los estudiantes universitarios con desregulación emocional (Bailey *et al.*, 2022; Engle *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003; Pistorello *et al.*, 2012), en el presente estudio se caracterizaron como ideas de autodesprecio, las que reforzaban un autoconcepto negativo centrado en el desempeño deficiente en las tareas cotidianas y en el escaso control que tenían sobre los reforzadores de su contexto. Tal hallazgo es importante ya que la terapia dialéctico-conductual plantea que la desregulación emocional también afecta la identidad, la autoimagen y el sentido de sí mismos en los consultantes (Linehan y Gagliesi, 2020).

Muchas intervenciones no incluyen habilidades dirigidas a abordar este descontrol, en el que el inestable autoconcepto persistente limita la capacidad de los universitarios para actuar conforme a sus propios valores (Chugani *et al.*, 2013; Kitzrow, 2003). Tal omisión podría estar vinculada a que en el grupo etario de los universitarios las dificultades para tener un autoconcepto y una identidad estables son muy frecuentes, por lo que,

puede ser difícil distinguir a consultantes con desregulación emocional con deficiencias importantes que forman parte de un problema clínico, más que una como una limitación típica del desarrollo (Bailey *et al.*, 2022).

Con relación a los estresores identificados en este estudio, la mayoría de los participantes refirieron tener conflictos en sus relaciones interpersonales significativas, resultado consistente con lo planteado en la teoría biosocial (Linehan, 1993) en cuanto que la transacción con un ambiente invalidante mantiene la desregulación emocional; específicamente en este estudio, se describieron relaciones frías que carecen de validación de las experiencias privadas, las que generan sensaciones de rechazo, abandono y soledad intensas (*cf.* Smith y MacDougall, 2020). Este hallazgo podría deberse muy probablemente a las interacciones defectuosas entre los participantes y sus otros significativos, en las que su falta de habilidades para contener sus estados emocionales desagradables impide el refuerzo de conductas más adaptativas (ElBarazi *et al.*, 2014; Linehan y Glagiesi, 2020).

Las mencionadas deficiencias podrían explicar el aislamiento reportado por los participantes, el que no solamente funciona como una estrategia de afrontamiento desadaptativo, sino también el sentirse alienados e incomprendidos por sus personas significativas, dificultad similar a lo reportado por otras investigaciones, aunque en éstas no se midió el aislamiento conductualmente, sino dentro de un conjunto de síntomas relacionados a la conducta suicida (Beanlands *et al.*, 2019; Lin *et al.*, 2019; Pistorello *et al.* 2012). En muchos de esos estudios el aislamiento fue una dificultad recurrente que se sugería abordar, y en el presente estudio un comportamiento que mostró más cambios positivos.

Respecto a las estrategias de afrontamiento ante los estresores durante la línea base, se identificó un mayor uso de conductas impulsivas y autolesivas sin intención suicida y de estrategias de evitación. En particular, coincidieron con lo encontrado en otras intervenciones en las que la respuesta inicial suele ser el evitar el estresor intentando distraerse. Al fracasar ese intento, o al aumentar el malestar, las conductas impulsivas suelen aparecer como una respuesta inmediata

que mitiga el malestar, aunque sea brevemente (Muhomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019).

Muchos de los participantes escribían sus estrategias desadaptativas como inevitables; sin embargo, reportaron poder identificar la secuencia de antecedentes y consecuencias con mucha claridad. Tal capacidad difiere de lo reportado en otros estudios, en los que es más frecuente la imposibilidad para identificar la función y las consecuencias de las conductas de afrontamiento desadaptativo (*cf.* Chugani *et al.*, 2017). Es probable que esta discrepancia se deba a que en los estudiantes universitarios las demandas del entorno son más específicas y, por tanto, las contingencias más claras (Rizvi y Steffel, 2014).

En cuanto a la intervención, el tratamiento generó estrategias de afrontamiento adaptativas y disminuyó gradualmente las más desadaptativas. Se observó un efecto sólido y sostenido para disminuir la intensidad de las emociones de difícil manejo y la presencia de conductas problemáticas, y a la par un aumento del bienestar. La magnitud de estos cambios coincide con lo reportado en la literatura, donde el efecto también fue clínicamente favorable (Muhomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Uliaszek *et al.*, 2016; Zeinali-Davarani y Heydarinasab, 2019). Tales resultados respaldan el que la terapia dialéctico-conductual, y en particular el entrenamiento en habilidades es un tratamiento efectivo para modificar el uso de estrategias de afrontamiento (Anderson *et al.*, 2021; Southward *et al.*, 2023).

En el presente estudio se monitorearon algunas estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Se eligieron únicamente los excesos conductuales utilizados para disminuir el malestar emocional de manera ineficaz, obteniéndose una mejoría clínica significativa. Es de destacarse que estas conductas blanco (“*target*”) se acordaron entre los participantes y los investigadores. Tal precaución clínica y metodológica podría explicar el efecto positivo observado en función de una elección validada por los propios participantes, tal como lo han propuesto autores como Linehan y Glagiesi (2020) y Padesky (2020). Se atendieron, pues, las expectativas relacionadas con un funcionamiento cotidiano más predecible y estable al disminuir las

conductas problemáticas y sus consecuencias asociadas (Chugani, 2015 y 2017; Chugani y Landes 2016; Wilfley *et al.*, 2020).

La intervención disminuyó de manera efectiva el malestar emocional asociado a la desregulación emocional en la mayoría de los participantes, con tamaños del efecto grandes y sostenidos en el seguimiento. Son resultados semejantes a lo reportado en anteriores investigaciones, en las que se lograron reducir con éxito los síntomas de desregulación emocional (Lee y Mason, 2019; Muthomba *et al.*, 2017; Rizvi y Steffel, 2014; Tobon *et al.*, 2020; Uliaszek *et al.*, 2016). Este hallazgo puede explicarse por el decremento del uso de estrategias de afrontamiento poco adaptativas, lo que posiblemente acortó los periodos de estrés sostenido y sus consecuencias desagradables (Cavicholi *et al.*, 2023; Kassing *et al.*, 2024).

Sugerencias para estudios futuros

El presente estudio padece algunas limitaciones. Para la primera fase del estudio, el guion de trabajo para las entrevistas semiestructuradas se creó *ex profeso* sin un proceso formal específico de validación o jueceo con expertos. Esta limitación dificulta saber hasta cierto punto si los resultados se vieron afectados por la delimitación de los ejes temáticos. Sería recomendable estandarizar un procedimiento que permita validar el contenido de las entrevistas destinadas a conocer el fenómeno de la

desregulación emocional (Aráoz y Pinto, 2021).

Para la evaluación del efecto de la intervención se requiere considerar que la cantidad de réplicas del efecto fue limitada, por lo que sería necesario contar con un mayor número de participantes, a fin de obtener conclusiones más sólidas sobre el efecto de la intervención (Kazdin, 2021).

Los métodos mixtos son relativamente poco utilizados en las investigaciones de corte clínico, por lo que aún es necesario generar más evidencias de su utilidad y viabilidad para otras intervenciones psicológicas (Demkowicz *et al.*, 2025).

A pesar de dichas limitaciones, el estudio cuenta con algunas virtudes, una de las cuales es que muchas de las conclusiones son precisamente el resultado de la integración de ambas fases. Al cotejar la información, se tiene mayor certeza de que la TDC se adapta a las condiciones de los centros de servicios psicológicos universitarios y a las de sus usuarios, lo que genera un efecto positivo (Lancastle *et al.*, 2025). Otra virtud es que el registro de las habilidades utilizado hace posible asegurar que las habilidades se utilizaron como nuevas estrategias de afrontamiento. Asimismo, se observó una baja tasa de deserción, a diferencia de la hallada en otros estudios (*cf.* Gil-Díaz *et al.*, 2025), por lo cual se evidencia la necesidad de tratamientos que consideren a los consultantes en la conceptualización de los casos, como fue el presente.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CoNaHCyT) de México, mediante una beca para estudios de posgrado otorgada a la autora principal (CVU: 77445).

Citación: Mendoza-Aguilera, L.E., Mondragón-Barrios, L., Mora-Ríos, E.J., Riveros-Rosas, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2026). Terapia dialéctico-conductual para estudiantes universitarios con desregulación emocional. *Psicología y Salud*, 36(1), 29-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3031>

REFERENCIAS

- Anderson, G., Tung, E., Brown, T. y Rosellini, A. (2021). Facets of emotion regulation and emotional disorder symptom dimensions: differential associations and incremental validity in a large clinical sample. *Behavior Therapy*, 52(4), 917-931. Doi: 10.1016/j.beth.2020.11.003
- Aráoz C., R. y Pinto T., B. (2021). Criterios de validez de una investigación cualitativa: Tres vertientes epistemológicas para un mismo propósito. *Summa Psicológica UST*, 18(1), 47-56.
- Bailey, R., Erikson, D., Cattani, K., Jensen, D., Simpson, D., Klundt, J., Vogeler, H., Schmuck, D., Worthen, V., Caldwell, Y., Beecher, M., Griner, D y Hobbs, K. (2022). Adapting stepped care: Changes to service delivery format in the context of high demand. *Psychological Services*, 19(3), 494-501. Doi: 10.1037/ser0000564
- Beanlands, H., McCay, E., Fredericks, S., Newman, K., Rose, D., Santa Mina, E., Schindel-Martin, L., Schwind, J., Sidani, S., Aiello, A. y Wang, A. (2019). Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing students: A pilot test of an evidence-based intervention. *Nurse Education Today*, 76, 222-227. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.02.009
- Beanlands, H., McCay, E., Wang, A., Aiello, A., Schwind, J., Martin, L., Mina, E., Rose, D., Fredericks, S. y Newman, K. (2021). Exploring undergraduate nursing students' experiences of engaging with a dialectical behavior therapy-skills group intervention: findings of a thematic analysis. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 53(1), 39-46. Doi: 10.1177/0844562119896487
- Benjet, C., Gutiérrez G., R., Abrego R., A., Borges, G., Covarrubias D., A., Durán, M. del S., González G., R., Hermosillo T., A., Martínez M., K., Medina-Mora, M., Mejía Z., H., Pérez T., G., Zavala B., M., Mortier, P. y Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Pública de México*, 61(1), 16-26. Doi: 10.21149/9158
- Bishop, J. (2006). College and University Counseling Centers: Questions in search of answers. *Journal of College Counseling*, 9(1), 6-19. Doi: 10.1002/j.2161-1882.2006.tb00088.x
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cavicchioli, M., Tobia, V. y Ogliari, A. (2023). Emotion regulation strategies as risk factors for developmental psychopathology: A meta-analytic review of longitudinal studies based on cross-lagged correlations and panel models. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(3), 295-315. Doi: 10.1007/s10802-022-00980-8
- Chugani, C. (2015). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current literature and implications for practice. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29(2), 120-131. Doi: 10.1080/87568225.2015.1008368
- Chugani, C. (2017). Adapting dialectical behavior therapy for college counseling centers. *Journal of College Counseling*, 20(1), 67-80. Doi: 10.1002/jocc.12059
- Chugani, C., Fuhrman, B., Abebe, K., Talis, J., Miller, E. y Coulter, R. (2020). Wellness and resilience for college and beyond: Protocol for a quasi-experimental pilot study investigating a dialectical behaviour therapy skill-infused college course. *BMJ Open*, 10(6), e036833. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-036833
- Chugani, C., Ghali, M. y Brunner, J. (2013). Effectiveness of short-term dialectical behavior therapy skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27, 323-336. Doi: 10.1080/87568225.2013.824337
- Chugani, C. y Landes, S. (2016). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current trends and barriers to implementation. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30, 176-186. Doi: 10.1080/87568225.2016.1177429
- Chugani, C., Murphy, C., Talis, J., Miller, E., McAneny, C., Condosta, D., Kamnikar, J., Wehrer, E. y Mazza, J. (2022). Implementing dialectical behavior therapy skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A) in a low-income school. *School Mental Health*, 14(2), 391-401. Doi: 10.1007/s12310-021-09472-4
- Creswell, J. y Plano-Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications.
- Demkowicz, O., Chatburn, E., Archer, C., Thompson, R. y Plackett, R. (2025). Advancing mixed methods in mental health research. *BMJ Mental Health*, 28(1), e301401. Doi: 10.1136/bmjment-2024-301401
- Ebert, D., Mortier, P., Kachlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. y Kessler, R. (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), 1-14. Doi: 10.1002/mpr.1782
- ElBarazi, A., Mohamed, F., Mabrok, M., Adel, A., Abouelkheir, A., Ayman, R., Mustfa, M., Elmosallamy, M., Yasser, R. y Mohamed, F. (2024). Efficiency of assertiveness training on the stress, anxiety, and depression levels of college students (Randomized control trial). *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 203. Doi: 10.4103/jehp.jehp_264_23

- Engle, E., Gadischkie, S., Roy, N. y Nunziato, D. (2013). Dialectical behavior therapy for a college population: Applications at Sarah Lawrence College and beyond. *Journal of College Student Psychotherapy*, 27, 11-30. Doi: 10.1080/87568225.2013.739014
- Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2), 233-246. Doi: 10.1017/S1352465820000600
- Fitzpatrick, S., Bailey, K. y Rizvi, S. (2020). Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 51(6), 946-957. Doi: 10.1016/j.beth.2019.12.009
- Fleming, A., McMahon, R., Moran, L., Peterson, A. y Dreesen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 260-271. Doi: 10.1177/1087054714535951
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa* (3ª ed.). Morata.
- Forni, P. y Grande, P.D. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología*, 82(1), 159-189. Doi: 10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064
- Gasol, X., Navarro H., M., Fernández F., I., García P., A., Suso R., C. y Gasol C., M. (2022). Preventing emotional dysregulation: acceptability and preliminary effectiveness of a DBT skills training program for adolescents in the Spanish school system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 494. Doi: 10.3390/ijerph19010494
- Gil D., M., Rivera H., M., López P., J., Hermosillo de la T., A., Sánchez L., L. y Reyes O., M. (2025). Programa de diez sesiones en entrenamiento de habilidades DBT-A con universitarios mexicanos: ensayo clínico piloto. *Revista de Psicología y Educación*, 20(1), 35-46. Doi:10.70478/rpye.2025.20.04
- Graham, J., Karmarkar, A. y Ottenbacher, K. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: Issues and methods. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8 Suppl.), S111-116. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.017
- Hawton, K., Witt, K., Taylor S., T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. y Heeringa, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD012189. Doi: 10.1002/14651858.CD012189
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. Doi: 10.1037//0022-006x.59.1.12
- Kassing, F., Seeley, J., Rizvi, S., Compton, S., Sinclair, J., Oshin, L., Blalock, K., Jobes, D., Crumlish, J., Stadelman, S., Gözenman-Sapin, F., Snyderman, T., Ruork, A., Fry, C., Gallop, R.J., Goodrich, J. y Pistorello, J. (2024). Assessing the implementation of suicide-focused treatments delivered in hybrid telemental health format in a real-world setting. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1-15. Doi: 10.1080/10503307.2024.2415104
- Kazdin, A. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17.
- Kazdin, A. (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
- Kitzrow, M. (2003). The mental health needs of today's college students: challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41(1), 167-181. Doi: 10.2202/1949-6605.1310
- Koç, M. y Uzun, R. (2023). Investigating the link between dispositional mindfulness, beliefs about emotions, emotion regulation, and psychological health: a model testing study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 42(2), 475-494. Doi: 10.1007/s10942-023-00522-1
- Kvale, S., Blanco C., M. y Amo, T. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Lancastle, D., Davies, N.H., Gait, S., Gray, A., John, B., Jones, A., Kunorubwe, T., Molina, J., Roderique-Davies, G. y Tyson, P. (2025). A systematic review of interventions aimed at improving emotional regulation in children, adolescents, and adults. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(3), 100505. Doi: 10.1016/j.jbct.2024.100505
- Lee, S. y Mason, M. (2019). Effectiveness of brief DBT-informed group therapy on psychological resilience: A preliminary naturalistic study. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33, 25-37. Doi: 10.1080/87568225.2018.1425646
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., y Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: A randomized study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(10), 10591-10599. Doi: 10.21037/apm-21-2466
- Lin, T., Ko, H., Wu, J., Oei, T., Lane, H. y Chen, C. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99. Doi: 10.1080/13811118.2018.1436104

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. y Gagliesi, P. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta*. Universidad Nacional de la Plata.
- Lukas, C., Ebert, D., Fuentes, H., Caspar, F. y Berking, M. (2018). Deficits in general emotion regulation skills-Evidence of a transdiagnostic factor. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1033. Doi: 10.1002/jclp.22565
- Medina-Mora, M., Guerrero, B. y Cortés, J. (2022). ¿Cómo impactó a la salud mental de los estudiantes mexicanos la retracción de la economía resultado del largo periodo del confinamiento por COVID-19? Boletín sobre COVID-19. *Salud Pública y Economía*, 3(28), 3-6.
- Menefee, D., Ledoux, T. y Johnston, C. (2022). The importance of emotional regulation in mental health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 16(1), 28-31. Doi: 10.1177/15598276211049771
- Moya L., C. y Andrade A., J. (2022). Desafíos en la educación superior y salud mental en estudiantes universitarios en tiempos de covid-19. *Étic@net*, 22(2). Doi: 10.30827/eticanet.v22i2.23696
- Muhomba, M., Chugani, C., Uliaszek, A. y Kannan, D. (2017). Distress tolerance skills for college students: A pilot investigation of a brief DBT group skills training program. *Journal of College Student Psychotherapy*, 31, 247-256. Doi: 10.1080/87568225.2017.1294469
- Padesky, C. (2020). Collaborative case conceptualization. Client knows best. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 392-404. Doi: 10.1016/j.cbpra.2020.06.003
- Pallmann, P., Bedding, A.W., Choodari-Oskoei, B., Dimairo, M., Flight, L., Hampson, L.V., Holmes, J., Mander, A., Odondi, L., Sydes, M., Villar, S., Wason, J., Weir, C., Wheeler, G., Yap, C., y Jaki, T. (2018). Adaptive designs in clinical trials: Why use them, and how to run and report them. *BMC Medicine*, 16(1), 29. Doi: 10.1186/s12916-018-1017-7
- Parker, R. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: non overlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Paz P., M., Gutiérrez G., R., Benjet, C., Albor, Y., Martínez-M., K., Torre, A., González-G., R. y Switalski, C. (2022). Estudio exploratorio de preferencias y barreras de atención para la salud mental en universitarios. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 22(1), 226-235. Doi: 10.21134/haaj.v22i1.654
- Pistorello, J., Fruzzetti, A., MacLane, C., Gallop, R. e Iverson, K. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982-994. Doi: 10.1037/a0029096
- Riveros, A., Rubio, T., Candelario, J. y Mangín, M. (2013). Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de profesiones de pronta ocupación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 265-278.
- Rizvi, S. y Steffel, L. (2014). A pilot study of 2 brief forms of dialectical behavior therapy skills training for emotion dysregulation in college students. *Journal of American College Health*, 62(6), 434-439. Doi: 10.1080/07448481.2014.907298
- 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) en universitarios mexicanos. *Evaluar*, 21(2), Article 2. Doi: 10.35670/1667-4545.v21.n2.34401
- Sandín, B., Simons, J., Valiente, R., Simons, R. y Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. Doi: 10.7334/psicothema2016.239
- Sanz, J. y García-Vera, M. (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
- Smith, A. y MacDougall, D. (2020). Dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder: a rapid qualitative review. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567202/>
- Southward, M., Howard, K. y Cheavens, J. (2023). Less is more: Decreasing the frequency of maladaptive coping predicts improvements in DBT more consistently than increasing the frequency of adaptive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 163, 104288. Doi: 10.1016/j.brat.2023.104288
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J., Gast, D., Manolov, R., ... 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
- Tobon, J., Zipursky, R., Streiner, D., Colvin, E., Bahl, N., Ouimet, A., Burckell, L., Jeffs, L. y Bieling, P. (2020). Motivational enhancement as a pretreatment to a transdiagnostic intervention for emerging adults with emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 132-148.

- Uliaszek, A., Rashid, T., Williams, G. y Gulamani, T. (2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 78-85. Doi: 10.1016/j.brat.2015.12.003
- Üstündağ-Budak, A., Özeke-Kocabaş, E. e Ivanoff, A. (2019). Dialectical behaviour therapy skills training to improve turkish college students' psychological well-being: A pilot feasibility study. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 41(4), 580-597. Doi: 10.1007/s10447-019-09379-5
- Vannest, K., Parker, R., Gonen, O. y Adiguzel, T. (2016). *Single case research: Web based calculators for SCR analysis (Version 2.0) [Web-based application]*. College Station, TX: Texas A&M University.
- Wilfley, D., Agras, W., Fitzsimmons-Craft, E., Bohon, C., Eichen, D., Welch, R., Jo, B., Raghavan, R., Proctor, E. y Wilson, G. (2020). Training models for implementing evidence-based psychological treatment: A cluster-randomized trial in college counseling Centers. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 139-147. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3483
- World Health Organization (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: Report on a WHO meeting*. Stockholm (Sweden), 12–13 February 1998. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/349766>
- Zalewski, M., Lewis, J. y Martin, C. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: Considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 21, 122-126. Doi: 10.1016/j.copsyc.2018.02.013
- Zeinali-Davarani, Z. y Heydarinasab, L. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills to reduction in difficulty in emotion regulation among students. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(5), 842-848.

El cuidado invisible: Perfil, rol y desafíos para el cuidador primario informal

The invisible care: Profile, role, and challenges for the primary informal caregiver

Verónica María Teresa Martín-Buerba¹, Aldo Rodrigo Briceño-Santos¹
y Lizzette Gómez-de-Regil²

Universidad Autónoma de Yucatán¹
Hospital Regional de Alta Especialidad
de la Península de Yucatán - IMSS Bienestar²

Autor para correspondencia: Lizzette Gómez-de-Regil., gomezderegil@gmail.com.

RESUMEN

El incremento en la esperanza de vida, producto de los avances médicos, ha implicado un aumento del número de personas que viven con enfermedades crónicas, degenerativas y asociadas al envejecimiento. En este contexto, los cuidadores primarios informales –principalmente mujeres de mediana edad, sin formación profesional ni remuneración económica alguna– han adquirido un rol esencial en el sostenimiento del bienestar físico y emocional de los pacientes dependientes. Sin embargo, esta labor implica una elevada carga física, emocional y económica que impacta significativamente su salud y calidad de vida. A pesar de su importancia, los programas de apoyo y capacitación para tales cuidadores son aún insuficientes y poco difundidos. Este artículo busca realizar una revisión narrativa de la información de que se dispone actualmente acerca de quiénes son estos cuidadores informales y cuáles son los desafíos a los que se enfrentan, de acuerdo con la literatura publicada en los últimos años.

Palabras clave: Cuidador primario; Cuidador Informal; Persona dependiente; Sobrecarga.

ABSTRACT

The increase in life expectancy, resulting from medical advances, has led to a rise in the number of people living with chronic, degenerative, and age-related diseases. In this context, informal primary caregivers—mainly middle-aged women without professional training or financial compensation—have taken on an essential role in sustaining the physical and emotional well-being of dependent patients. Such care involves a high physical, emotional, and economic burden that significantly affects caregivers' health and quality of life. Despite this relevance, support and training programs for these caregivers remain insufficient and poorly publicized. The present paper seeks to review the narrative of current information available on who these informal caregivers are and the challenges they face, according to the research literature published recently.

Key words: Primary caregiver; Informal caregiver; Dependent person; Burden.

¹ Facultad de Psicología, Carretera Tizimin-Cholul Km 1, 97305 Mérida, Yuc., México, tel. (999)43-20-98, correos electrónicos: A20218985@alumnos.uady.mx, <https://orcid.org/0009-0002-2362-6658> y A16003456@alumnos.uady.mx, <https://orcid.org/0009-0001-0835-1708>

² Subdirección de Enseñanza e Investigación, C. 20 119, Col. Altabrisa, 97130 Mérida, Yuc., México, tel. (999)942-76-00, correo electrónico: lgomez.hraepy@imssbienestar.gob.mx, <https://orcid.org/0000-0002-2889-2843>



Recibido: 23/04/2025

Aceptado: 28/10/2025

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), unos 18 millones de personas mueren a causa de una enfermedad crónica antes de los 70 años. Estos padecimientos suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales.

De acuerdo con tales estadísticas, en 2019 la población mundial de 80 años o más era de 143 millones, y se espera que para el año 2050 esta cifra se triplique (Lindt *et al.*, 2020).

Las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de edad, regiones y países, además de que implican largos períodos de tratamiento e incluso aquéllos que son de por vida, lo que implica un importante costo económico, a lo que se suman los posibles costos indirectos, como la pérdida de la productividad del paciente y/o del familiar cuidador.

Conforme la medicina ha avanzado, también lo ha hecho la expectativa de vida, lo que también se traduce en que más personas con enfermedades crónicas requieren tratamientos continuos, tarea de la cual los servicios hospitalarios no se pueden hacer cargo.

El incremento de pacientes con enfermedades crónicas o degenerativas demanda un mayor número de profesionales de la salud, pero también un número significativo de cuidadores primarios informales que apoyen al paciente para mantener su salud física y emocional.

El presente artículo es una revisión narrativa sobre los cuidadores primarios informales: su reconocimiento, rol, perfil, sobrecarga, interacción con familiares, factores de riesgo y protección, así como programas dirigidos a los mismos, todo ello a partir de la información actual sobre quiénes son y cuáles son los desafíos a los que se enfrentan según la literatura publicada en los últimos quince años.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de recopilar y analizar la evidencia disponible sobre los cuidadores primarios

informales: origen, características, perfil psicológico, principales problemas asociados al rol del cuidado y condiciones de vida en México.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante un mes en las plataformas Google Scholar, Elsevier y PubMed, utilizando para ello las siguientes palabras clave en español: “cuidadores primarios”, “cuidador primario informal”, “historia”, “perfil psicológico”, “sobrecarga”, “características”, “programas”, “manual” y “México”. Asimismo, se emplearon los equivalentes en inglés “primary caregivers”, “informal caregivers”, “psychological profile”, “history” y “overload”.

Se incluyeron artículos publicados en los últimos quince años que abordaran específicamente la figura del cuidador primario informal, así como estudios comparativos entre cuidadores formales e informales. De manera excepcional, se incorporaron fuentes con una antigüedad mayor cuando aportaban información relevante sobre el origen histórico o conceptual del término “cuidador primario”.

Se excluyeron los trabajos que no se centraran en el rol del cuidador primario o que superaran el límite temporal establecido, a excepción de los documentos de valor histórico antes mencionados.

En total, se analizaron 24 artículos, los cuales fueron revisados de forma cualitativa para identificar los principales hallazgos, tendencias teóricas y vacíos de conocimiento relacionados con los cuidadores primarios informales.

RESULTADOS

Cuidadores primarios

El cuidador primario es aquella persona encargada de atender en primera instancia las necesidades físicas, sociales y emocionales de una persona que por sí misma no puede hacerlo (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 2021).

Los cuidadores primarios desempeñan un papel esencial en la atención y bienestar de personas con diversas condiciones de salud. Estos cuidadores se clasifican principalmente en dos categorías: cuidadores formales e informales (Singh *et al.*, 2014).

Se define como *trabajadores del cuidado o cuidadores formales* a los profesionales de los ámbitos de la enfermería, medicina, trabajo social, etcétera, que se encargan de proveer cuidados en el marco de los sistemas formales de prestación de servicios de cuidados a largo plazo y que reciben una remuneración económica. Por otro lado, el cuidador informal es una persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o miembros de la comunidad de manera informal y que, en general, no recibe remuneración, apoyo externo, ni cuentan con la capacitación necesaria. Se trata de población predominantemente femenina y suele estar compuesta por personas de mediana edad o mayores. A pesar de la falta de formación formal, estos cuidadores desempeñan un papel crucial en el apoyo diario de los pacientes. Sin embargo, la carga emocional y física puede ser considerable, lo que afecta su calidad de vida y bienestar general (Liu *et al.*, 2024; Organización Mundial de la Salud, 2015).

Reconocimiento del cuidador primario informal

Si bien desde siempre ha habido cuidadores o personas que desempeñan estas labores, la visibilidad, importancia y protección en términos de salud mental para este grupo es algo relativamente reciente. El término *primary caregiver* o cuidador primario aparece en la bibliografía desde 1972, mientras que la denominación *informal caregiver* o cuidador informal se consolidó como categoría de investigación a fines de los años 70 y durante los 80, adoptándose en encuestas y estudios nacionales sobre el cuidado familiar (Oxford English Dictionary, s. f.).

En las investigaciones se suelen exponer diversos factores que han beneficiado a la visibilidad actual de los cuidadores primarios informales, como las leyes en salud pública, el peso que se le ha dado al rol que desempeñan y la percepción de que los cuidadores constituyen un recurso de importancia cada vez mayor. A estos factores se une, sin duda, la mayor supervivencia de pacientes enfermos crónicos y discapacitados. Gracias a las nuevas tecnologías de la medicina se puede extender la vida de las personas; sin embargo, no en todos los casos se garantiza una calidad de vida

buena o independiente de la atención y los cuidados externos.

El reconocimiento del cuidador primario informal ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, pasando de ser una figura invisible en el ámbito sanitario a un actor clave en la atención de personas dependientes. El término comenzó a consolidarse en la literatura científica a finales del siglo XX, en respuesta al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas, los que desplazaron el cuidado de las instituciones al entorno familiar. A pesar de su creciente importancia, la conceptualización del cuidador informal ha sido diversa y en ocasiones ambigua, utilizándose términos como “cuidador familiar”, “no profesional” o “principal”, lo que refleja la necesidad de disponer de una definición más precisa y consensuada en la investigación y la práctica clínica. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2015) define al cuidador informal como la persona –generalmente un familiar o un amigo– que brinda apoyo no remunerado a individuos con enfermedades o discapacidades, a quienes ofrece ayuda física, emocional y social. En México, el INEGI (2020) lo describe como aquel que proporciona cuidados personales o domésticos sin recibir un pago, de forma continua o intermitente, a personas con limitaciones permanentes o temporales.

La definición de la Organización Mundial de la Salud es la elegida en el presente artículo debido a que engloba las características generales del cuidador primario informal que se emplean en todo el mundo.

Rol del cuidador primario informal

Comprender el alcance de esta labor implica revisar las múltiples tareas cotidianas que suele asumir el cuidador primario informal. Éste se hace cargo de gran parte de las tareas de cuidar y apoyar al paciente en su hogar, el hospital o las consultas atendiendo sus necesidades físicas o mentales. Así, dentro de sus actividades se hallan supervisar y apoyar en las actividades de la vida diaria, como el baño, la alimentación, el vestido, la movilidad y demás; acompañar y brindar contención emocional y colaborar en el cuidado de la salud (toma de

signos vitales, compra y administración de medicamentos), planear las actividades rutinarias, apoyar en las actividades del hogar o resolver las situaciones conflictivas, entre muchas más (De Lille *et al.*, 2024; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2022).

Perfil del cuidador primario informal

Comprender las tareas del cuidador primario informal requiere asimismo observar quiénes son estas personas, cuáles son sus características sociodemográficas y de qué naturaleza son las condiciones bajo las cuales realizan esta labor. Según un estudio comparativo que se llevó a cabo entre cuidadores primarios informales de adultos mayores de tres países (Colombia, México y Puerto Rico), la edad promedio de los cuidadores informales de México fue de entre 40 a 50 años, en su mayoría mujeres, solteras, con al menos un hijo propio, hijas a su vez de las personas dependientes y sin una preparación en los cuidados que prestan.

Respecto al aspecto socioeconómico y laboral, los cuidadores informales cuentan por lo general con un empleo de tiempo completo fuera del hogar, y siendo su salario su principal ingreso.

Este estudio hace hincapié en que al aspecto laboral se le debe prestar mayor atención dado que, al estar en una edad promedio de 50 años, son personas que balancean las responsabilidades exigentes y delicadas de cuidar a sus hijos y a familiares adultos mayores simultáneamente y pueden estar propensas a experimentar niveles elevados de estrés que pueden afectar su ejecución y rendimiento en el trabajo (Muñoz Alicea *et al.*, 2023).

Además del perfil sociodemográfico y laboral, otro aspecto relevante para comprender el rol del cuidador primario informal es su perfil psicológico, particularmente los rasgos de personalidad que influyen en su manera de afrontar esta labor. Dentro de los rasgos de personalidad más importantes que debe tener un cuidador primario informal se encuentran la empatía, la creatividad, la paciencia, la flexibilidad, la confianza, la precaución, la confiabilidad y la capacidad de amar (Olteanu, 2023).

De acuerdo con diversos estudios, la personalidad del cuidador primario informal desempeña un importante papel en la experiencia y mé-

todos de afrontamiento durante el cuidado de la persona dependiente.

La teoría llamada “Los cinco grandes rasgos de personalidad”, que explica que la personalidad se basa en cinco características principales: apertura, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo, subraya que cada una de esas cualidades es un espectro, lo que significa que cada persona puede tener cada rasgo en un grado mayor o menor. Por ejemplo, según dicha teoría, los cuidadores con rasgos de extroversión tienden a mostrar señales de una mejor salud física y mental, mientras que aquellos con rasgos propios del neuroticismo muestran lo contrario (Olteanu, 2023).

Una investigación realizada con cuidadores primarios de personas con demencia arrojó que los rasgos de neuroticismo, extraversión y responsabilidad tenían un impacto significativo en su experiencia del cuidado (Hunt *et al.*, 2023).

Sobrecarga en el cuidador primario informal

Para asumir esta responsabilidad de forma prolongada se debería considerar las consecuencias emocionales, físicas y sociales que lleva consigo. Uno de los problemas de salud mental más estudiados en los últimos años es la sobrecarga que experimentan los cuidadores primarios informales. El término “sobrecarga” hace referencia al conjunto de problemas físicos, psicológico-emocionales, sociales y económicos.

Existen dos tipos de sobrecarga: la subjetiva y la objetiva. La sobrecarga subjetiva alude a los eventos estresantes que pueden afectar al cuidador; pueden ser la carga física y psicológica del cuidado, los conflictos económicos, laborales y legales y los problemas familiares y sociales. Por otro lado, la sobrecarga objetiva hace referencia a las tareas del cuidado que debe asumir el cuidador principal (Pearlin *et al.*, 1990).

Un estudio realizado en Arabia Saudita con 160 cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer halló una correlación negativa moderada entre el estrés del cuidado y la salud mental y física de los cuidadores, lo que sugiere que a medida que aumenta el estrés asociado al cuidado, la salud mental y física de los cuidadores tiende a deteriorarse (Saimaldaher y Wazqar, 2020).

En otro estudio, esta vez realizado en Ecuador con 247 mujeres cuidadoras de personas mayores, se encontró que había una relación entre la sobrecarga subjetiva y ciertos rasgos de personalidad, como neuroticismo y psicoticismo, lo que se traduce en que entre mayor es la sobrecarga, el cuidador primario informal experimenta sentimientos de soledad, falta de empatía, despreocupaciones propias, ansiedad, depresión y tensión por la incapacidad para poder cumplir satisfactoriamente el rol de cuidador primario informal (Ramírez y Arias, 2022).

En México, la salud mental de los cuidadores informales se encuentra en un estado deficiente. De acuerdo con una investigación relativamente reciente por Muñoz *et al.* (2023) con 601 participantes de 28 estados de la República, 64% de los cuidadores no tienen ningún apoyo psicológico, y 60% sufría algún grado de depresión y ansiedad, así como síntomas relacionados con la dificultad para gestionar los sentimientos de temor o frustración en la realización de las tareas de cuidado.

Interacción del cuidador primario informal con el paciente y otros familiares

Aunque el perfil y la salud mental del cuidador primario informal son aspectos clave, también lo es el contexto en el que se desenvuelve. La elección del tipo de cuidador puede influir en la salud del paciente. Por ejemplo, en un estudio de Liu *et al.* (2021) se encontró que los adultos mayores casados que recibían cuidados de un yerno o una nuera tenían 38% más riesgo de morir que aquellos cuyo cuidador principal era su cónyuge.

La composición de la red de cuidadores primarios informales puede variar. Un estudio reciente identificó cinco tipos de redes de cuidado para personas con demencia: el cónyuge, la hija, el hijo mayor, varios hijos y redes sin hijos. Estas configuraciones reflejan la diversidad de las dinámicas de cuidado y subrayan la importancia de considerar las relaciones familiares y sociales al momento de planear la atención (Leggett *et al.*, 2025).

La relación entre el cuidador primario informal y el receptor del cuidado también influye en el nivel de estrés experimentado. Penning y Wu (2016) encontraron que las mujeres que cuidan a

sus cónyuges o hijos reportan niveles más altos de estrés y una peor salud mental que aquéllas que cuidan a sus padres o a otras personas. De manera similar, los hombres que cuidan a sus cónyuges o hijos experimentan más estrés que aquellos que cuidan a otras personas, aunque su salud mental general no se ve tan afectada.

Además, los cuidadores que atienden simultáneamente a sus hijos y padres ancianos, conocidos como “cuidadores sándwich”, enfrentan desafíos únicos. Un estudio publicado en *Public Health* en su número de enero de 2025 destacó que estos cuidadores experimentan mayores niveles de angustia psicológica que otros cuidadores. Además, quienes dedican más de 20 horas semanales al cuidado sufren un deterioro físico más acentuado (Xue *et al.*, 2025).

Factores de riesgo y de protección en el cuidador primario informal

Más allá de la dinámica familiar, hay elementos individuales y contextuales que pueden aumentar o disminuir el efecto del rol de cuidador primario informal en la vida diaria. Un estudio psicométrico efectuado con cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer reveló que éstos afrontan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, una disminución en su capacidad financiera y laboral, y síntomas de ansiedad y depresión, derivados en gran medida de asumir un rol que adoptan ante la ausencia de alternativas formales de cuidado. Esta labor, que puede extenderse a lo largo de varios años, suele convertirse en un trabajo de tiempo completo no remunerado. A pesar de esas condiciones adversas, hay evidencia de que muchos cuidadores experimentan también un sentido de satisfacción por el rol que desempeñan (Santos *et al.*, 2022).

Su salud física también se deteriora debido a que reducen sus conductas de autocuidado para cumplir con las responsabilidades que implica la tarea de cuidar. De acuerdo con una investigación en cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedad renal crónica, más de un tercio de los cuidadores padecía alguna enfermedad, como diabetes mellitus; pese a ello, y debido a los niveles de carga y al tiempo invertido en los cuidados

de la persona dependiente, los cuidadores no asistían a citas médicas periódicas ya que carecían del tiempo suficiente para su autocuidado (Arredondo y Jurado, 2021).

Los cuidadores primarios informales enfrentan diversos factores de riesgo que pueden afectar su bienestar psicológico, como el estrés crónico, la sobrecarga emocional y la falta de apoyo social, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos y ansiosos. Sin embargo, ciertos factores de protección pueden mitigar estos efectos negativos. La resiliencia, definida como la capacidad de adaptarse positivamente a la adversidad, ha demostrado ser un elemento clave para reducir el malestar psicológico en los cuidadores al actuar como un amortiguador contra la depresión (Vázquez *et al.*, 2024). Asimismo, la presencia de una red de apoyo social sólida y estrategias de afrontamiento adaptativas contribuyen significativamente al bienestar emocional del cuidador al facilitar una mejor gestión de las demandas del cuidado; además, el sentido de tener un propósito en la vida y las conexiones sociales han sido identificados como factores protectores que mejoran la calidad de vida y reducen la percepción de sobrecarga (Musich *et al.*, 2023).

Programas de atención al cuidador primario informal

Se han mencionado los retos y algunas de las dificultades por los que transitan los cuidadores primarios informales, lo cual justifica la necesidad de brindar programas que brinden protección a la salud mental de este grupo. Existen distintos programas que tienen como objetivo que los cuidadores primarios generen nuevas habilidades y conocimientos que los ayuden a afrontar las tareas que tienen como cuidadores.

En México se han implantado diversos programas sociales y de apoyo para personas cuidadoras, si bien no siempre se abordan de manera específica las características incapacitantes de las personas que reciben el cuidado. En general, tales programas se enfocan en los cuidadores primarios informales. Por ejemplo, el programa “Cuidadores Primarios del DIF León” está dirigido a las personas que cuidan a un familiar con discapacidad

o a personas adultas mayores. Hay constancia de talleres que abordan temas relativos al autocuidado para fomentar la salud física y emocional del cuidador primario informal y de la persona dependiente. Otro ejemplo sería el Grupo de Apoyo para Personas Cuidadoras del Instituto Alzheimer México, que orienta a acompañar a cuidadoras primarias informales, a quienes ofrece un programa psicoeducativo basado en una perspectiva práctica y adaptada a las necesidades generadas en la cotidianidad de las personas que padecen demencia.

El Programa Psicoeducativo para el Manejo de la Sobrecarga en el Cuidador de Pacientes con Demencia, o Proyecto EDUCA-DEM (Martín *et al.*, 2011) es un programa de aplicación grupal dirigido a cuidadores informales cuyo propósito es ofrecerles herramientas para mejorar algunos aspectos relacionados con la sobrecarga. EDUCA-DEM se divide en siete sesiones en las que se trabajan pensamientos negativos, cambios de conductas problemáticas, planificación de actividades y otras más.

También existe el Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios, un taller psicoeducativo dirigido a los cuidadores informales cuyo objetivo es que éstos conozcan y expresen sus emociones, solucionen problemas, busquen apoyo social y cuiden de sí mismos (Rangel, 2014).

El *Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras* (Alvidrez *et al.*, 2006) es otro programa que pretende proporcionar información y recomendaciones a las personas que se dedican a ser cuidadores primarios informales para ayudarles a prevenir problemas de salud y mejorar su calidad de vida. Este manual se compone de tres capítulos colmados de consejos sobre alimentación, actividad física y salud emocional

Situación del cuidador primario informal en México

Hay en México leyes que protegen los derechos de los cuidadores y personas que requieren de esta atención. Por ejemplo, en el Artículo 9º de la Constitución Política de la Ciudad de México (2017) se establece el derecho al cuidado, en el que se asienta que “toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los

elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente en la infancia y la vejez, y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado” (cf. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2022). Actualmente, el gobierno mexicano ha implementado varios programas de apoyo económico y social para quienes cuidan de familiares con enfermedad, discapacidad o personas que requieren cuidados especiales, como niños o adultos mayores.

DISCUSIÓN

La historia da cuenta de los cuidadores primarios informales desde hace mucho tiempo; sin embargo, en la última década se ha comenzado a reconocer la valiosa labor que desempeñan, así como a visibilizar los retos y dificultades que afectan su salud física y mental debido al aumento de la cantidad de adultos mayores y al rol tan visible de los cuidadores durante la pandemia de covid-19.

Tales dificultades suelen ser profundamente desgastantes. La sobrecarga es uno de los problemas más comunes y acuciantes en virtud de que equilibrar las actividades de la vida personal, laboral y social con las responsabilidades del cuidado es una ardua, compleja y, en muchos casos, solitaria tarea. Son pocos los cuidadores informales que cuentan con apoyos externos o con la colaboración de otros familiares, lo que agrava aún más la carga que afrontan cotidianamente.

A pesar de la relevancia del problema y del aumento de su visibilidad, aún es insuficiente la cantidad de programas activos enfocados al cuidado de los propios cuidadores. En particular, los centros de salud debieran contar con espacios dedicados al acompañamiento y apoyo de estas personas. Si bien existen manuales dirigidos a esta población, la realidad es que pocos son ampliamente conocidos y, en la mayoría de los casos, el apoyo psicológico disponible proviene de asociaciones civiles que, igualmente, carecen de una adecuada difusión.

Para que las instituciones públicas de salud en México asuman y repliquen programas dirigidos al bienestar de los cuidadores primarios informales, es necesario reconocerlos como una población vulnerable dentro de las políticas de salud mental y atención comunitaria, lo que requiere desarrollar lineamientos institucionales que favorezcan su detección, evaluación y acompañamiento psicoeducativo, así como capacitar al personal de salud para identificar signos de sobrecarga y canalizar a los cuidadores hacia los servicios de apoyo disponibles. Además, resulta fundamental crear espacios destinados al acompañamiento y a la formación especializada en los centros de salud, fortalecer las redes de apoyo comunitario y difundir ampliamente los recursos disponibles.

La colaboración entre el gobierno, el sector salud y las organizaciones civiles es esencial para transformar este reconocimiento en acciones concretas que promuevan el bienestar físico y emocional de quienes sostienen el cuidado cotidiano de otras personas.

Sin embargo, existen diversas barreras institucionales que dificultan dicha instrumentación. Entre las principales se encuentran la escasez de recursos humanos especializados, la alta demanda asistencial centrada en la atención del paciente y no la de su entorno familiar, y la falta de financiamiento específico para programas de apoyo a los cuidadores. Además, la difusión limitada de los recursos ya existentes suele deberse a la fragmentación de la información, a la ausencia de estrategias de comunicación institucional dirigidas a la comunidad, y a la débil articulación entre los distintos niveles de atención y los actores sociales.

Para fortalecer la difusión, es fundamental establecer redes interinstitucionales entre los servicios de salud, las universidades y las organizaciones civiles, así como aprovechar los medios digitales y comunitarios para visibilizar los recursos disponibles. También sería útil incluir materiales breves y accesibles sobre el autocuidado del cuidador en centros de salud y campañas nacionales, integrando el problema entre las estrategias de promoción de la salud y la prevención del desgaste emocional.

Futuras investigaciones en México podrían enfocarse en el diseño, puesta en práctica y evalua-

ción de intervenciones comunitarias y psicoeducativas destinadas a los cuidadores primarios informales, adaptadas a los distintos niveles del sistema de salud. Resulta especialmente relevante explorar el impacto de programas breves de apoyo psicológico y de manejo del estrés en la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida de los cuidadores. Asimismo, sería meritorio estudiar las diferencias en las necesidades de apoyo según el tipo de enfermedad del paciente, el contexto rural o urbano y las características socioculturales de los cuidadores. Otra línea prioritaria consiste en analizar las barreras institucionales y culturales que limitan la participación de los cuidadores en programas formales de apoyo, así como evaluar estrategias digitales y comunitarias que faciliten su acceso a recursos de información y acompañamiento.

Reconocer, visibilizar y apoyar a los cuidadores primarios informales no debe ser sólo una cuestión de empatía, sino una responsabilidad compartida que implique acciones sostenidas desde todos los sectores. Su labor, aunque silenciosa, sostiene buena parte del bienestar de las personas

en situación de dependencia. Brindarles respaldo no únicamente mejora su calidad de vida, sino que fortalece el tejido social y el sistema de salud en su conjunto. Es momento de transformar el cuidado invisible en una prioridad visible.

En conclusión, los cuidadores primarios informales representan un pilar esencial en el sistema de salud, pero continúan siendo una población poco atendida y con alta vulnerabilidad física y emocional. Reconocer su rol implica no tan sólo visibilizar sus necesidades, sino también generar estrategias institucionales que promuevan su bienestar y reduzcan la sobrecarga asociada al cuidado. En México, es indispensable que las políticas públicas incorporen de manera explícita acciones dirigidas a su apoyo psicológico, capacitación en su tarea y acompañamiento comunitario. Asimismo, la articulación entre instituciones de salud, universidades y organizaciones civiles puede favorecer el desarrollo de programas sostenibles, culturalmente pertinentes y de bajo costo. A través de este enfoque integral será posible fortalecer la salud de los cuidadores y mejorar sensiblemente la calidad del cuidado que brindan.

Citación: Martín-Buerba, V.M.T., Briceño-Santos, A.R. y Gómez-de-Regil, L. (2026). El cuidado invisible: Perfil, rol y desafíos para el cuidador primario informal. *Psicología y Salud*, 36(1), 51-59. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3032>

REFERENCIAS

- Alvírez O., M., Rivera G., M., Domínguez V., L., Alvarado A., S., González M., M., Austrich, S.E. y Flores M.C. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras*. Cd. México: Hospital Médica Sur.
- Arredondo P., A.J. y Jurado C., S. (2021). Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. *Psicología y Salud*, 32(1), 5-16. Doi: 10.25009/pys.v32i1.2706
- De Lille Q., M.J., Echeverría E., R., Carrillo T., C.D., Evia A., N.M. y Kuyoc F., R. (2024). Caracterización del cuidador primario formal en Mérida, Yucatán. *Ciencia Latina*, 8(2), 5092-5108. Doi: 10.37811/cl_rcm.v8i2.10927
- Hunt, A., Martyr, A., Gamble, L.D., Morris, R.G., Thom, J.M., Pentecost, C. y Clare, L. (2023). The associations between personality traits and quality of life, satisfaction with life, and well-being over time in people with dementia and their caregivers: Findings from the IDEAL programme. *BMC Geriatrics*, 23, 354. Doi: 10.1186/s12877-023-04075-x
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2022). *Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras>
- Leggett, A.N., Haldar, S., Tsuker, S., Lai, W., Nemmers, N., Choi, H.J. y Freedman, V. (2025). Who's On Your Team? Classifying dementia caregiving networks and associations with the well-being of caregivers and care recipients with dementia. *The Journal of Gerontology: Series B*. Doi: 10.1093/GERONB/GBAF040
- Lindt, N., van Berkel, J. y Mulder, B.C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 20, 304. Doi: 10.1186/s12877-020-01708-3

- Liu, Y., Li, H., Wu, B., Liu, X., Chen, H., Jin, H.-Y. y Wu, C. (2021). Association between primary caregiver type and mortality among Chinese older adults with disability: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 268. Doi: 10.1186/s12877-021-02219-5
- Martín C., M., Domínguez P., A.I., González F., E. y Muñoz H., P. (2011). *EDUCA-DEM. Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con demencia*. México: Instituto de Investigación de Psiquiatría.
- Muñoz A., A., González L., L., Mendoza P., R., Velasco S., R., Pérez R., J. y Serra P., J. (2023). *Perfil del cuidador informal del adulto mayor: un estudio comparativo entre Puerto Rico, México y Colombia*. Editora de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.
- Musich, S., Wang, S.S., Kraemer, S. y Yeh, C.S. (2023). The association of psychological protective factors with caregiver mental health outcomes. *Geriatric Nursing*, 50, 174-180. Doi: 10.1016/j.gerinurse.2023.01.020
- Olteanu, C.M. (2023). The importance of personality development in caregivers children, adults with disabilities. *New Trends in Psychology*, 5, 41-51.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. y Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. Doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Penning, M.J. y Wu, Z. (2016). Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *The Gerontologist*, 56(6), 1102-1113. Doi: 10.1093/GERONT/GNV038
- Ramírez Z., M.R. y Arias, J. (2022). Carga y rasgos de personalidad en cuidadores principales de personas mayores. *Axioma*, 1(26), 67-73. Doi: 10.26621/ra.v1i26.741
- Rangel D., N.E. (2014). *Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. Cuidarnos para cuidar mejor*. México: Hospital General "Manuel Gea González".
- Saimaldaher, Z.H. y Wazqar, D.Y. (2020). Relationships between caregiving stress, mental health and physical health in family caregivers of adult patients with cancer: implications for nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 889-898. Doi: 10.1111/scs.12795
- Santos V., M.X., Ortega A., P. y Galindo V., Ó. (2022). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261. Doi: 10.25009/pys.v33i1.2788
- Singh, P., Hussain, R., Khan, A., Irwin, L. y Foskey, R. (2014). Dementia care: intersecting informal family care and formal care systems. *Journal of Aging Research*, 2014(1), 1-9. Doi: 10.1155/2014/486521
- Vázquez F., L., Blanco, V., Andrade, E., Otero, P., Bueno, A.M., Simón, M.A. y Torres, Á.J. (2024). Resilience as a protective factor against depression in informal caregivers. *Frontiers in Psychology*, 15. Doi: 10.3389/fpsyg.2024.1370863
- Xue, B., Lacey, R.E., Di Gessa, G. y McMunn, A. (2025). Do mental and physical health trajectories change around transitions into sandwich care? Results from the UK household longitudinal study. *Public Health*, 239, 224-229. Doi: 10.1016/J.PUHE.2024.12.001

Evaluación de la efectividad en las intervenciones aplicadas a cuidadores informales en el ámbito de la salud: una revisión sistemática

Evaluation of the effectiveness of interventions applied to informal health caregivers: a systematic review

Yadira Grau Valdés¹, Jorge A. Grau Abalo²,
Carmen Regina Victoria García-Viniegras²
e Isabel Francisca Márquez García³

Universidad de Málaga¹

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana²

Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana³

Autor para correspondencia: Yadira Grau Valdés, yadiragrau1980@gmail.com.

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida ha generado más personas dependientes, destacando el papel crucial de los cuidadores informales. En esta revisión sistemática se evaluó la efectividad de 21 intervenciones, para mejorar el bienestar físico, emocional y psicosocial de los cuidadores mediante la metodología PRISMA. Dichas intervenciones incluyeron la formación, el apoyo psicológico, las terapias cognitivo-conductuales y la tecnología. En general, se demostró que las intervenciones son efectivas, especialmente cuando incorporan componentes psicoeducativos y apoyo social. Sin embargo, las limitaciones tienen que ver con la falta de generalización, las muestras pequeñas y la sobreestimación de los efectos. Además, el uso de autoinformes y la heterogeneidad de los diseños afectaron los resultados.

Palabras clave: Cuidadores; Autocuidado; Enfermedades crónicas; Intervenciones psicológicas.

ABSTRACT

The increase in life expectancy has led to a growing number of individuals caring for sick people, highlighting the crucial role of informal caregivers. This systematic review evaluated the effectiveness of 21 studies, using the PRISMA methodology, on interventions aimed at improving the physical, emotional, and psychosocial well-being of caregivers. The interventions included training, psychological support, cognitive-behavioral therapies, and technology-based approaches. Overall,

¹ Av. Sant Salvador 9, piso 4-3, Sant Adrià, Badalona, España, tel.: (622)94-50-75, correo electrónico: yadiragrau1980@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-9886-4293>

² Calle 146 Num. 3102, Playa, La Habana, Cuba, correos electrónicos: psico@infomed.sld.cu, <http://orcid.org/0000-0002-0044-3712>, y carmen.regina.victoria@gmail.com, <http://orcid.org/0009-0009-3754-3184>

³ 10132 100, 10080 La Habana, Cuba, correo electrónico: isamarquez1969@gmail.com.



the interventions proved effective, especially when they integrated psychoeducational components and social support. However, limitations included limited generalizability, small sample sizes, and potential overestimation of effects. Additionally, the use of self-reports alone and the heterogeneity of designs frequently affected the findings.

Key words: Caregivers; Self-care; Chronic diseases; Psychological interventions.

Recibido: 13/03/2025

Aceptado: 21/03/2025

El aumento de la esperanza de vida ha implicado modificaciones sociodemográficas importantes y el aumento considerable de personas con enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), una buena parte de las cuales genera dependencia ya que pierden la autonomía necesaria para su autocuidado, lo que al producir importantes cambios en su estilo de vida hacen imprescindibles a los cuidadores para que aquéllos puedan afrontar adecuadamente la enfermedad (Chaparro *et al.*, 2020; Rodríguez-Lombana *et al.*, 2020).

Además del paciente con una enfermedad crónica, la familia, y sobre todo la persona encargada del cuidado directo del enfermo –esto es, el cuidador informal– reciben el gran impacto del diagnóstico, ya que al tener que asumir la responsabilidad del cuidado de aquél su vida se transforma en todos los ámbitos: social, laboral, económico y físico, y a la postre genera en éste la percepción de una sobrecarga al carecer con frecuencia de las habilidades necesarias para el cuidado. Usualmente, se afecta su independencia y comodidad, comienza a experimentar diversas enfermedades asociadas al estrés, como depresión, ansiedad, fatiga, tensiones en las relaciones sociales, disminución de la felicidad y dificultades financieras (Grau *et al.*, 2017; Grau *et al.*, 2020; Martínez *et al.*, 2017). El cuidado del cuidador se convierte así en un desafío importante para la salud pública contemporánea (Grau *et al.*, 2023).

Desde el punto de vista físico se ha confirmado que disminuye en el cuidador la respuesta inmune y se deteriora su autocuidado, ya sea en la toma de medicamentos propios o en su dieta, ejercicio y sueño. Lo anterior conlleva la disminución de su calidad de vida y una afectación a su salud (Del Ángel *et al.*, 2020; Ramírez-Perdomo *et al.*, 2018).

De esta manera, algunas investigaciones acerca de la evaluación del síndrome del cuidador han confirmado los síntomas generales que padecen con mayor frecuencia estas personas, como trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultades en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento (Chacón *et al.*, 2021; Grau *et al.*, 2023). Tal síndrome constituye esencialmente una situación estresante que puede desbordarse y agotar los recursos y repercutir en la salud física y el estado de ánimo del cuidador (Sierra *et al.*, 2020).

Algunas investigaciones han señalado que una buena parte de los cuidadores sienten que no se cubren sus necesidades de apoyo emocional y de asesoramiento para su cuidado, por lo que es importante valorar los aspectos psicológicos en una población en la que usualmente no se centran las intervenciones de los profesionales de la salud, lo que deja muchas veces de lado la influencia y las repercusiones que en la familia tiene un paciente con enfermedad crónica (Rosado *et al.*, 2021).

Conviene destacar que también se afecta el propio paciente, toda vez que se ha visto que las necesidades insatisfechas de los cuidadores se traducen en una disminución de la calidad del cuidado que proveen (Pérez-Jiménez *et al.*, 2020). Por ello, es importante que las estrategias de intervención no sólo se centren en capacitar al cuidador en las tareas prácticas del cuidado, sino que se les brinde apoyo emocional y espiritual, acompañamiento y apoyo económico e instrumental, mejorando así la percepción de su capacidad para ha-

cer frente a esta situación (Chaparro *et al.*, 2020; Guardiola *et al.*, 2021).

A partir de estas consideraciones para disminuir los efectos de la sobrecarga y el estrés en el cuidador y así mejorar su calidad de vida, se han puesto en práctica diversas intervenciones (Grandi *et al.*, 2019; Vicente *et al.*, 2022), en las cuales se ha reflejado el efecto cada vez mayor que el cuidado de las personas dependientes tiene sobre la sociedad. En dichas publicaciones se destaca que los cuidadores informales se ven expuestos a una situación de estrés que aumenta el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales, especialmente sobrecarga, ansiedad y depresión. El diseño de tales intervenciones ha mejorado en calidad paulatinamente; sin embargo, su efecto para aumentar el bienestar psicológico sigue siendo bajo o moderado en algunos casos. Han sido disímiles los tipos de intervenciones, pero no es abundante la investigación que hay sobre la eficacia de las mismas (Bernabéu *et al.*, 2020). Algunas revisiones han intentado definir la eficacia de las intervenciones en la mejoría del estado emocional de los cuidadores, pero la mayoría reportan únicamente el caso de cuidadores de personas con demencia (Bernabéu *et al.*, 2020; Parker-Oliver *et al.*, 2017).

Por ello, se vio la necesidad de efectuar una revisión sistemática que tuviera como propósito identificar las evidencias en cuanto a la efectividad de las intervenciones aplicadas a cuidadores informales en el ámbito de la salud. Para ello, se exploraron las enfermedades más frecuentes que son objeto de cuidado, se definieron las variables psicológicas más frecuentes que se utilizan como medidas de evaluación de dicha efectividad, se caracterizaron metodológicamente los estudios realizados en este sentido y, finalmente se identificaron los tipos de intervención aplicadas en estos casos.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de las intervenciones aplicadas a los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, siguiendo para ello

la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page *et al.*, 2020) y las indicaciones del Manual de Cochrane (*cf.* Higgins *et al.*, 2011).

Las principales bases de datos donde se localizaron los artículos fueron las siguientes: Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete (CINAHL), PubMed, Scopus, Scielo, PsycINFO y Google Scholar. Se utilizaron las siguientes palabras claves: “*effectiveness*”, “*intervention*”, “*caregivers*”, “*health's context*” y “*chronic diseases*” y su traducción al español. Se escogieron los artículos científicos, que evaluaban la efectividad de alguna intervención no farmacológica en cuidadores en el ámbito de la salud, publicados de enero de 2018 a julio de 2023 en inglés, portugués y español.

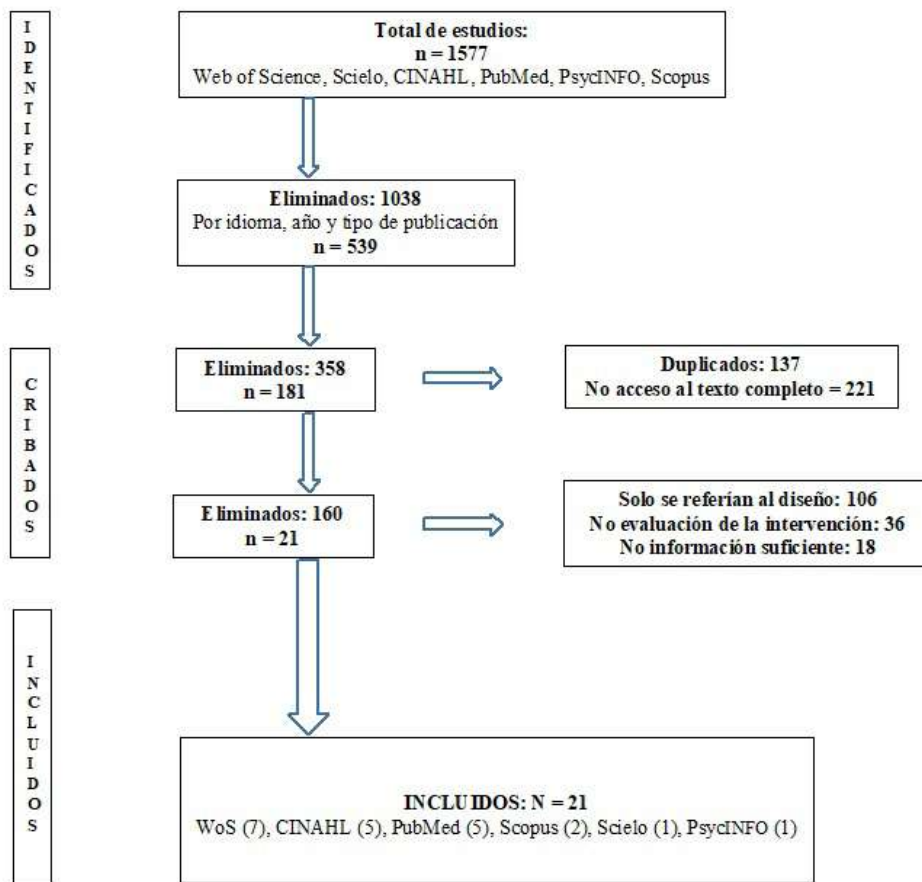
Selección de la muestra

Dos investigadores realizaron de forma ciega la búsqueda y selección de los artículos basándose en su título y resumen. Luego, acordaron los trabajos que debían incluirse y los revisaron completamente de manera independiente para evaluar la calidad de los mismos según la escala de Jadad *et al.* (2020) (véase Anexo), la cual mide la calidad metodológica de los ensayos controlados aleatorizados (0 = mala, 1 = pobre, 2 = regular, 3 = aceptable, 4 = buena, 5 = excelente), y si reunían todos los criterios necesarios para formar parte de la muestra, por lo que se seleccionaron finalmente 21 artículos.

Análisis de los datos

Los datos que se obtuvieron de los estudios fueron, a saber: país de origen, idioma y año, objetivo, enfermedad crónica objeto del cuidado, variables psicológicas que se evaluaron; diseño y tamaño muestral del estudio; características de la intervención; instrumentos utilizados para evaluar la efectividad de las intervenciones; resultados principales de las intervenciones, y calidad metodológica de los estudios. Se muestra el diagrama de flujo con el proceso de cribado en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo.



Procedimiento

Se realizó una revisión por pares de cada ítem, considerando los estudios de alta calidad (si la respuesta a todos los ítems era *Sí*); como trabajos con calidad moderada si en uno de los ítems la respuesta era *No* o *Dudosa*, y como estudios con poca calidad aquellos en los que la respuesta era

No en más de dos ítems; Además, se determinó por parte de los dos autores si existía el riesgo de sesgo en los estudios con la herramienta Cochrane (cf. Higgins *et al.*, 2011), especificando si éste era bajo, alto, o no había suficiente información para determinarlo.

La Tabla 1 describe las características de los estudios seleccionados.

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados.

No.	Autor/Año/ País	Objetivo	Variables	Diseño	Muestra	Instrumentos utilizados	Tipo de intervención	Medidas de evaluación	Resultados Aumentó	Disminuyó	No se modificó
1	Fuju <i>et al.</i> , 2021 /Japón	Examinar los efectos de la intervención "diario positivo" para disminuir depresión y sobrecarga y aumentar percepción de aspectos positivos del cuidado en cuidadores familiares de pacientes con demencia.	-aspectos positivos del cuidado -sobrecarga -depresión	ECA	22	-Escala de Angustia del cuidador del inventario neuropsiquiátrico (NPI-D). -Escala de Depresión (CES-D). -World Health Organization-five-well-being index (WHO-5). -Zarit Burden Interview. -Caregiver gratification Scale (CGS). -Dementia caregivers positive feelings Scale (DCPFS-21).	Psicología Positiva (diario positivo)	2: antes y 1 mes después de la intervención	Aspectos positivos del cuidado	Depresión significativamente y sobrecarga	

Continúa...

No.	Autor/Año/ País	Objetivo	Variables	Diseño	Muestra	Instrumentos utilizados	Tipo de intervención	Medidas de evaluación	Resultados Aumentó	Disminuyó	No se modificó
2	Tamura <i>et al.</i> , 2023/Japón	Examinar la efectividad de un programa de múltiples componentes en formato grupal que se basa en la terapia cognitiva conductual y la psicología positiva.	-ansiedad -depresión -sentimientos positivos del cuidado -tensión personal -tensión del rol (carga del cuidado)	ECA	64	-Escala de Angustia del cuidador del inventario neuropsiquiátrico (NPI-D). -Zarit Burden Interview. -Dementia caregivers positive feelings Scale (DCPFS-21). -Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). -Inventario de reacciones de autocompasión. -Escala de Bienestar Subjetivo. -Cuestionario europeo de CV-5 dimensiones-5 niveles EQ-5D-5L).	TCC y Psicología Positiva (psicoeducación, análisis conductual aplicado, técnicas de relajación, habilidades de atención plena, activación conductual y reestructuración cognitiva)	3: antes, 10 semanas después de la intervención, 14 semanas	Sentido positivo	Tensión personal	Ansiedad y depresión, tensión del rol
3	Kales <i>et al.</i> , 2023/Estados Unidos	Evaluar el efecto del uso de We Care Advisor, una innovadora herramienta basada en la web desarrollada para permitir que los cuidadores familiares evalúen, manejen y realicen un seguimiento de los BPSD.	-angustia -confianza del cuidador -estrés -depresión -carga -comunicación negativa con el paciente -cercanía de la relación	ECA	57	-Escala de Angustia del cuidador del inventario neuropsiquiátrico (NPI-D). -Escala de Depresión (CES-D). -Zarit Burden Interview. -Escala de Percepción de Estrés (PSS). -Escala de comunicación negativa. -Escala de cercanía en la relación.	Herramienta web	2: antes y 1 mes.	Confianza pero menos significativo que la angustia	Angustia	Estrés, depresión, carga, comunicación negativa, cercanía en la relación
4	Anclair <i>et al.</i> , 2018/Finlandia	Investigar si la TCC y el tratamiento grupal de atención plena pueden reducir los síntomas de estrés y agotamiento en una población de padres de niños con enfermedades crónicas.	-estrés -burnout	ECA	19	-Escala de Percepción de Estrés (PSS). -Shirom Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ).	TCC vs Mindfulness	3: 6 meses antes, inicio y final de la intervención		Disminuyo en ambos grupos estrés y agotamiento	
5	Heckel <i>et al.</i> , 2018/Australia	Evaluar utilidad de un programa de llamadas externas para cuidadores de personas con cáncer y examinar cambios longitudinales en sus niveles de angustia y necesidades de atención de apoyo.	-angustia -necesidades	ECA	216	-Termómetro de la angustia. -Entrevista.	Llamadas telefónicas	3: 10 días de comenzada la intervención, un mes, 4 meses		Angustia disminuyó pero no se pueden sacar conclusiones definitorias	
6	Kor <i>et al.</i> , 2019/ China	Explorar la viabilidad y los efectos preliminares de una terapia cognitiva basada en la atención plena modificada para cuidadores familiares de personas con demencia.	-estrés -depresión -sobrecarga -calidad de vida	ECA	36	-Escala de Depresión (CES-D). -Zarit Burden Interview. -Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). -Escala de Percepción de Estrés (PSS). -Cuestionario de atención plena (FFMQ). -Brief Resilience Scale (BRS). -Health Survey (SF-12V2). Five facets mindfulness.	TCC (Mindfulness)	3: antes, después de la intervención, meses	Al mes, nada. A los 3 meses calidad de vida	Al mes estrés y depresión, a los 3 meses además sobrecarga	
7	Sousa <i>et al.</i> , 2018/Brasil	Evaluar cambios en la participación del familiar cuidador en el tratamiento de la persona hipertensa con la aplicación de la Tecnología Educativa en Salud (TES).	-aprendizaje -compromiso con el auto-cuidado	Investigación-acción	11	-Encuesta participante. -Observación.	Talleres educativos	Durante todo el proceso	Revelaron conocimiento, principalmente en factores de riesgo y riesgo/gravedad de la hipertensión arterial, así como con procedimientos terapéuticos: uso adecuado de sal, de medicamentos e ingesta		
8	González-Fraile <i>et al.</i> , 2018/ España	Evaluar efectividad de un programa de intervención psicoeducativa (PIP) en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal	-sobrecarga -salud mental -ansiedad -depresión	Cuasi experimento (grupo único)	39	-Escala de Depresión (CES-D). -Zarit Burden Interview. -Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar (IZQ). -Escala de Ansiedad estado-rasgo (STA). -Escala de Salud Mental (6HQ-28).	Psicoeducación	3: antes, 4 meses, 16 meses	Moderadamente a los 4 meses salud mental	A 4 meses, sobrecarga, ansiedad y depresión, a 16 meses sobrecarga y ansiedad	A los 16 meses depresión y salud mental

Continúa...

No.	Autor/Año/ País	Objetivo	Variables	Diseño	Muestra	Instrumentos utilizados	Tipo de intervención	Medidas de evaluación	Resultados Aumentó	Disminuyó	No se modificó
9	Au <i>et al.</i> , 2019/ China	Examinar efectos de psicoeducación administrada por teléfono con intervención de activación conductual (TBA) para cuidadores familiares de personas con demencia de Alzheimer para reducir los niveles de síntomas depresivos y la carga y mejorar la satisfacción de la relación con el receptor de la atención.	-sobrecarga -depresión -relaciones	ECA	96	-Escala de Depresión (CES-D). -Zarit Burden Interview. -Escala de evaluación de las relaciones (RAS). -Autoeficacia para controlar pensamientos molestos (SECU).	Psicoeducación a través del teléfono vs Activación conductual	2: antes y después		Sobrecarga y depresión mejoraron más en Activación conductual	
10	Au <i>et al.</i> , 2020/ China	Examinar efectos de intervención de toma de perspectiva (PT) en el contexto del cuidado intergeneracional.	-satisfacción con la vida -depresión -sobrecarga	ECA	72	-Escala de Depresión (CES-D). -Zarit Burden Interview. -Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).	CTC (Conexión a través del cuidado) vs entrenamiento en habilidades básicas	2: antes y después	El grupo de CTC mejoró satisfacción con la vida	El grupo de CTC disminuyó depresión	Sobrecarga
11	Navarro-Haro <i>et al.</i> , 2018/ España	Evaluar efectividad y aceptabilidad de una intervención de 25 sesiones basada en DBT en una muestra de 7 familiares de personas con TPL y en un contexto español.	-agotamiento emocional -depresión -ansiedad -regulación emocional -atención plena	Cuasi-experimento (grupo único)	7	-Cuestionario de atención plena (FFMQ). -Five facets mindfulness. -Escala de Ansiedad estado-rasgo (STAI). -Inventario de depresión de Beck (BDI). -Escala de dificultades de regulación emocional (DERS). -Maslach Burnout Inventory (MBI).	DBT (Terapia dialéctica)	2: antes y después	Regulación emocional y atención plena significativamente	Ansiedad significativamente	Agotamiento emocional y depresión no estadísticamente significativos
12	Cheng <i>et al.</i> , 2020/China	Examinar efectos a más largo plazo de la búsqueda de beneficios sobre los síntomas depresivos de cuidadores (resultado primario) y la carga global, la sobrecarga de funciones, el bienestar psicológico y los aspectos positivos de la prestación de cuidados (resultados secundarios).	-depresión -sobrecarga -bienestar psicológico -aspectos positivos del cuidado	ECA	96	-Zarit Burden Interview. -Entrevista. -Escala de Depresión de Hamilton. -Pearlin (Sobrecarga de roles). -Bienestar Psicológico de Ryff.	Búsqueda de beneficios vs Psicoeducación breve o psicoeducación estándar (2 grupos de control)	4: antes, después 2 meses, 4 meses, 10 meses	Aspectos positivos del cuidado a los 4 meses. A los 10 nada	Depresión	Sobrecarga y bienestar psicológico
13	De Stefano <i>et al.</i> , 2022/Italia	Explorar efecto de intervención psicológica telefónica (teléfono-I) sobre la carga, los trastornos del estado de ánimo, las necesidades y los síntomas posttraumáticos de cuidadores de pacientes con EOAD durante emergencia COVID-19.	-sobrecarga -necesidades -ansiedad -depresión -estrés post-traumático	ECA	20	-Zarit Burden Interview. -The Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS). -The Zung Self-Rating Depression Scale (SDS). -The impact of event Scale Revised (IES-R). -Caregiver Need Assessment (CNA).	Intervención telefónica	3: antes, 5ta semana y 6 meses	Sobrecarga, estrés posttraumático, pero en evaluación de 6 meses nada		Necesidades, ansiedad y depresión
14	Fowler <i>et al.</i> , 2021/Estados Unidos	Evaluar viabilidad, aceptabilidad y efectos preliminares de intervención ACT sobre la ansiedad, los síntomas depresivos, la carga, el sufrimiento del cuidador y la flexibilidad psicológica del cuidador de ADRD	-ansiedad -depresión -sobrecarga -sufrimiento -flexibilidad psicológica	Cuasi-experimento (grupo único)	15	-Zarit Burden Interview. -Generalized anxiety disorder Scale (GAD-7). -Cuestionario de Salud del paciente-9. -La medida experiencia de sufrimiento. -Aceptación y acción. -Cuestionario-II. COPE.	ACT	4: antes, después, 3 meses, 6 meses		Ansiedad, sobrecarga en T4 significativa y sufrimiento moderado hasta T4 que si fue significativo	Depresión y flexibilidad psicológica
15	Werner <i>et al.</i> , 2020/Israel	Evaluar intervención basada en evidencia para cónyuges cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer	-depresión	ECA	100	-Geriatric Depression Scale.	Intervención psicosocial	6: antes, 4 meses, 8 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses		Depresión	
16	Wharton <i>et al.</i> , 2019/Estados Unidos	Reducir de manera integral la carga y la depresión de los cuidadores y proporcionar una salida no verbal para que los participantes retraten sus vidas como cuidadores de personas con EA.	-bienestar psicológico -sobrecarga -depresión	Cuasi-experimento (grupo único)	10	-Zarit Burden Interview. -PROMIS Depression.	Arteterapia (foto periodismo)	2: antes y después		Sobrecarga, la depresión no significativamente	Bienestar psicológico

Continúa...

No.	Autor/Año/ País	Objetivo	Variables	Diseño	Muestra	Instrumentos utilizados	Tipo de intervención	Medidas de evaluación	Resultados Aumentó	Disminuyó	No se modificó
17	Ben-Mortenson <i>et al.</i> , 2018/ Canadá	Examinar los efectos de un programa de 6 semanas que incluye al cuidador. Intervención experimental de AT en los resultados del usuario y del cuidador de AT en comparación con resultados de un grupo de atención habitual	-sobrecarga	ECA	90	-Zarit Burden Interview. -Entrevista. -Calidad de vida (EQ-5DOS). -Escala analógica visual (EQ-5DVAS).	Intervención tecnológica vs atención habitual	4: antes, 6 semanas, 22 semanas, 58 semanas		Sobrecarga, pero no hubo diferencias entre los grupos.	
18	Ferré-Grau <i>et al.</i> , 2021/España	Evaluar la eficacia de un programa de intervención basado en una aplicación para teléfonos inteligentes para aumentar salud mental positiva de los cuidadores no profesionales.	-salud mental -sobrecarga	ECA	152	-Zarit Burden Interview. -Cuestionario de Salud Mental Positiva (PMHQ).	Tecnología para teléfonos	3: antes, 1 mes, 3 meses	Al mes nada, a los 3 meses salud mental	Al mes nada, a los 3 meses sobrecarga, pero no significativamente	
19	Levenson <i>et al.</i> , 2023/ Estados Unidos	Evaluar efectividad de herramienta basada en tecnología (People Power Caregiver) que utiliza sensores en el hogar, aprendizaje automático y software de inteligencia artificial para disminuir ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con demencia	-ansiedad -depresión	ECA	63	-Escala de Depresión (CES-D). -Beck Anxiety Inventory.	Software (herramienta tecnológica)	4: antes, 3 meses, 6 meses, 9 meses		Ansiedad	Depresión
20	Metcalfe <i>et al.</i> , 2019/Francia	Desarrollar y probar programa de apoyo e información en línea para cuidadores de personas con demencia de inicio temprano. Los objetivos eran evaluar aceptabilidad y satisfacción del usuario con el programa y probar medidas de resultado para un estudio de efectividad más amplio.	-estrés -sobrecarga -autoeficacia -calidad de vida	ECA	61	-Escala de Percepción de Estrés (PSS). -Entrevista. -Escala revisada de Autoeficacia del cuidado (RSCSE). -Escala de carga para cuidadores familiares (BSFC).	(RHAP-SODY) información y apoyo en línea	3: antes, 6 semanas, 12 semanas		Estrés. El programa fue aceptable y útil, puede complementar los servicios para responder a necesidades de las familias	Sobrecarga, autoeficacia y calidad de vida
21	Wilkerson <i>et al.</i> , 2018/Estados Unidos	Investigar intervención grupal de apoyo entre pares (FPS) con una aplicación (App) basada en web para unir a miembros de la red social Facebook con grupos de apoyo de cuidadores de AD	-bienestar psicológico -sobrecarga -estrés -apoyo emocional -efectos positivos del cuidado	Cuasi-experimento (grupo único)	10	-Zarit Burden Interview. -Escala de Percepción de Estrés (PSS). -Revised Scale for caregiving self-efficacy. -Medical outcomes study (MOS). -Encuesta de apoyo social. -Entrevista.	Redes sociales (Apoyo social)	2: antes y después	Bienestar, efectos positivos del cuidado y apoyo emocional	Sobrecarga y estrés	

RESULTADOS

La mayoría de los estudios fueron publicados en el año 2018 (38.1%), con una clara tendencia a disminuir el número de publicaciones por año. Los países que más se repiten en el estudio de las intervenciones en cuidadores son Estados Unidos (23.8%), China (19%), España (14.3%) y Japón (9.5%). Respecto al idioma, existe un predominio casi absoluto del inglés (85.7%), mientras que el español está representado en 9.5% y el portugués en 4.8%.

Las enfermedades que aparecen con más frecuencia como objeto de cuidado son la enfermedad de Alzheimer (38.1%) y otros tipos de demen-

cia (28.6%), esto es, más de 66% de los artículos se encuentran vinculados a trastornos neurodegenerativos en el paciente. El resto de personas que requerían cuidados en los estudios seleccionados eran pacientes de cáncer, hipertensión, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad y adultos mayores dependientes por problemas de movilidad. En sólo un trabajo el cuidado se proveía a niños con enfermedades crónicas (4.8%); en el resto, los pacientes eran adultos.

Por otra parte, las variables psicológicas objeto de intervención en los cuidadores fueron, a saber: sobrecarga (71.4%), depresión (66.7%), ansiedad (33.3%), estrés (23.8%), aspectos positivos del cuidado (19%) y bienestar psicológico

(14.3%). Otras variables evaluadas con menor puntuación fueron la relación con el paciente, el burnout, otras necesidades, salud mental, atención plena, estado de salud y autoeficacia, todas ellas con la misma medida de 9.5%. Además, los artículos se enfocaron de manera puntual en la comunicación, angustia, calidad de vida, resiliencia, aprendizaje, autocuidado, satisfacción con la vida, regulación emocional, sufrimiento y flexibilidad psicológica.

En cuanto al diseño, la mayoría de los trabajos son ensayos controlados aleatorizados (71.4%), cinco son cuasiexperimentos con sólo un grupo (23.8%), con evaluación pretest-postest, y solamente uno, que tiene un diseño de investigación-acción, en el cual se evaluó durante todo el proceso, todos los demás estudios tomaron medidas antes y después de la intervención. Hubo investigaciones que llevaron a cabo tres evaluaciones (42.9%), algunas cuatro (14.3%) y una seis (28.6%). O sea, más de 85% de los trabajos efectuaron más de dos evaluaciones, lo que puede indicar una mayor validez y confiabilidad de los resultados.

Respecto al tiempo de la última medida tomada, en cuatro trabajos se hizo con un tiempo transcurrido menor a tres meses tras la intervención. Otros cuatro, en el rango de tres a seis meses posteriores (19% en cada caso). En dos estudios se hizo la última evaluación entre seis meses y un año tras la intervención (9.5%), y en otras dos entre uno y dos años.

También se observó que, en cuanto al tiempo de las intervenciones, la mayoría de los trabajos fueron de uno a dos meses y medio. Algunas de las investigaciones son comparaciones entre dos tipos de terapia (23.8%), como terapia cognitivo-conductual tradicional con conciencia plena, terapia cognitivo-conductual (incluyendo la anterior), psicología positiva, activación conductual y apoyo social con entrenamiento en habilidades sociales y, por último, con psicoeducación.

En cuanto a la cantidad de participantes, la mayoría de los estudios reportan muestras en el rango menor a 25 (38.1%), seguido del de 51-75 (23.8%), de 76-100 (19%), y de 26-50 (9.5%); a la vez, en el rango de entre 100 y 200 y más de 200 hay estudio en cada caso, para un total de 4.8%, respectivamente.

Las técnicas que se emplearon con más frecuencia para evaluar las distintas variables psicológicas para el cuidador son, a saber: la Zarit Burden Interview (66.7%), seguida de la Escala de Depresión (CES-D), utilizada en 33.3% de los estudios, y la Perceived Stress Scale (PSS) (23.8%).

Atendiendo a las intervenciones, la psicoeducación fue el tipo de intervención más utilizada (33.3%), ya fuese presencial o telefónica. Llama la atención que casi un tercio de los trabajos (28.6%) utilizó las TIC en la intervención, a través de herramientas web o en aplicaciones concretas para intervenir sobre el paciente o el cuidador. Le siguen en frecuencia la terapia cognitivo-conductual (14.3%), la psicología positiva explícitamente declarada, el entrenamiento en habilidades sociales, la conciencia plena o *mindfulness* y la utilización de llamadas telefónicas como apoyo social, todas ellas con 9.5%. Además, en uno de los trabajos se utilizó la activación conductual (AC), un programa de regulación emocional, la terapia dialéctico-comportamental (DBT), la arteterapia y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Claramente, se halló un predominio de la terapia cognitivo-conductual en sus diferentes variantes, en tanto que el empleo de las terapias contextuales comenzó a ser una tendencia en los últimos cinco años.

En definitiva, las intervenciones que más efectivas han resultado según sus objetivos, esto es, logrado que todas o la mayoría de las variables que evaluaron se hayan movido hacia la meta deseada, son la TCC, que incluye la conciencia plena o *mindfulness*, la psicología positiva, la terapia dialéctico-comportamental, la terapia de aceptación y compromiso y la intervención a través de las redes sociales; pero solo las dos primeras han sido efectivas en todas las variables evaluadas, o sea, en todas las evaluaciones han tenido el efecto deseado. El resto de las intervenciones han tenido resultados tanto positivos como negativos en sus mediciones. Los tipos de intervención que han sido menos efectivos son las llamadas telefónicas, la información y el apoyo en línea. Ambos, del total de procedimientos evaluados, lograron que menos variables alcanzaran los efectos deseados.

Si se hace un análisis de los porcentajes de cada una de las intervenciones en cuanto a las

variables que tuvieron efectos positivos del total de las evaluadas, se observa que la intervención Psicología Positiva (TCC, incluida la conciencia plena) y la intervención psicosocial tuvieron un efecto de 100%, pero esta última solamente midió la depresión, mientras que las demás evaluaron un abanico mayor de posibilidades. Las que presentaron una efectividad nula fueron la intervención con llamadas telefónicas y la intervención telefónica como tal.

De esta manera, los análisis anteriores evidencian que las intervenciones más efectivas fueron la TCC (conciencia plena) y la psicología positiva, mientras que la menos efectiva fue la intervención telefónica. Coincidentemente, las dos intervenciones declaradas como más efectivas tienen una mayor calidad metodológica que la menos efectiva.

Así pues, las intervenciones seleccionadas en esta revisión podrían dividirse claramente en cuatro grandes grupos por su tipología: 1) intervenciones de TCC, psicoeducación, terapias contextuales y psicología positiva; 2) intervención en línea o llamadas telefónicas (que no implican la presencialidad); 3) estudios con apoyo de software o herramientas tecnológicas para la intervención, y 4) intervenciones psicosociales.

Si se enfoca el estudio en las que han resultado más efectivas son las del primer grupo y las menos efectivas las que implementan una intervención en línea. Está claro que aun cuando resulte un ahorro de recursos, tiempo y demás, no tienen el mismo efecto que las intervenciones presenciales. En el caso de las que usan la tecnología, se reporta una efectividad moderada en tanto que los propios autores sugieren efectuar estudios con muestras más amplias, o con otros apoyos para compensar los déficits que pudiesen mostrar.

Al profundizar en las variables que han tenido más cambios con la intervención, se encuentra la ansiedad (cuatro estudios modificaron sus niveles) y la sobrecarga (el cambio fue positivo en cinco trabajos); sin embargo, al medir esta misma variable en otros cinco, tuvo el efecto deseado, así que se considera tal resultado contradictorio. Por el contrario, la depresión ha sido la variable que menos ha sido cambiada (en ocho análisis no se tuvieron los resultados esperados). Por otra parte, si se realiza el examen utilizando los porcentajes en

el caso de las variables —desechando aquellas que fueron evaluadas sólo una vez—, las que más se modifican son la ansiedad (66.7%) y los aspectos positivos del cuidado (100%), mientras que la que menos se modifica es la depresión (27.3%).

Atendiendo a los resultados en diferentes tipos de intervención, en el análisis de las investigaciones que compararon dos intervenciones diferentes, se encuentran los siguientes resultados: una primera comparación en cuanto a la efectividad de TCC y la atención plena para disminuir el estrés y el *burnout*, sin encontrar diferencias entre los grupos. En otro trabajo se compara una intervención utilizando psicoeducación telefónica y otra con activación conductual, esta última con mejores resultados para disminuir la sobrecarga y la depresión y mejorar las relaciones sociales.

Así, la conexión a través del cuidado, una intervención basada en el desarrollo de habilidades de regulación emocional, tiene un mejor resultado sobre la depresión y la satisfacción con la vida que el entrenamiento en habilidades sociales; sin embargo, sobre la sobrecarga, ninguno de los dos entrenamientos ha tenido efectos significativos. Una intervención llamada “búsqueda de beneficios” tuvo mejores resultados en cuanto a la depresión que la psicoeducación, si bien ninguna de las dos tuvo un efecto favorable sobre los aspectos positivos del cuidado, el bienestar psicológico y la sobrecarga.

Finalmente, un trabajo que evaluaba la efectividad de la intervención sobre la sobrecarga entre una terapia basada en la tecnología y una atención habitual, no obtuvo diferencias significativas entre los grupos.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión demuestran la variedad de intervenciones que se han implementado para promover un mayor bienestar psicológico entre los cuidadores en el ámbito de la salud, resultado observado también por Villero *et al.* (2022). De acuerdo con Pérez-Lancho y De la Vega (2023), se consideran importantes los programas diseñados en un formato a distancia, usando para los avances tecnológicos, como una propuesta interesante

que debe seguirse investigando y perfeccionando, sobre todo por las dificultades para el acceso de muchos cuidadores a las propuestas presenciales y por el ahorro de recursos que implica.

Aun así, se debe tener en cuenta que las intervenciones basadas exclusivamente en herramientas tecnológicas padecen de importantes problemas de adherencia, según las revisiones sistemáticas de Srisuk *et al.* (2016) y Villero *et al.* (2022). Esto significa que no obstante que se obtengan buenos resultados, Parra *et al.* (2017) recomiendan prudencia y no guiarse únicamente por las tendencias actuales al momento de diseñar la intervención.

En relación a las variables evaluadas en los estudios para ser modificadas por la intervención, se coincide aquí con los resultados de las revisiones de López y Crespo, (2007), Zabalegui *et al.* (2008), Bustillo *et al.* (2018) y Villero *et al.* (2022) en cuanto a que las variables más evaluadas son la carga, la depresión y la ansiedad. Aunque éstas se centran en la disminución del malestar, ya se consideran como variables relacionadas con factores protectores del cuidador como aspectos positivos del cuidado, el bienestar psicológico, la autoeficacia, la resiliencia y el aprendizaje, lo cual confirma lo que plantea Pendergrass *et al.* (2015) respecto a la relevancia de incluir ese tipo de variables en los análisis.

Contrariamente a lo descrito por Salazar *et al.* (2016), la presente revisión de la literatura considera que se ha ganado mucho en los últimos años en cuanto al rigor metodológico de los estudios hallados, la mayoría de los cuales son ensayos controlados aleatorizados, y aunque en general no están exentos de sesgo, se consideran con una calidad metodológica entre buena y aceptable. Todos responden al objetivo planteado y discuten ampliamente los resultados. En lo que sí se coincide con el referido autor, es en la cuestión instrumental. El test de Zarit, que se ha reportado como muy útil para medir la sobrecarga, fue el más utilizado en los estudios revisados.

En relación al seguimiento, en revisiones anteriores, como la de López y Crespo (2007) y Bustillo *et al.* (2018), se advierte que no se incorporan en el análisis. Por el contrario, en el presente trabajo se destaca el seguimiento de los estudios

seleccionados como un importante elemento para su validez.

Conviene destacar que a pesar de la heterogeneidad demostrada en los trabajos, se puede constatar que, en la mayoría de los estudios se obtuvieron mejoras significativas tras implementar las intervenciones tanto en los aspectos físicos como psicológicos y conductuales del autocuidado, aspecto que coincide con las investigaciones de Lijeroos *et al.* (2017), Wu *et al.* (2019) y Villero *et al.* (2022).

Respecto a la eficacia, las intervenciones psicoeducativas tienen efectos positivos sobre los cuidadores, mejores que el resultado de los programas meramente informativos, lo que coincide con los resultados de Bonoso y del Pino (2018), Felstead *et al.* (2018) y Cheng *et al.* (2020). Nuestros resultados concuerdan con los de López y Crespo (2007), Zabalegui *et al.* (2008), Vázquez *et al.* (2015), Bustillo *et al.* (2018), Yorulmaz y Dirik (2021) y Pérez-Lancho y De la Vega (2023), en cuanto que la eficacia de las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales es mayor que el efecto de cualquier otra intervención. Además, la revisión pone de manifiesto la incorporación de otros programas de intervención basados en técnicas hasta ahora escasamente incorporadas, como es el *mindfulness* y algunas terapias contextuales.

En la presente revisión, las intervenciones no farmacológicas que han obtenido mejoras estadísticamente significativas sobre la calidad de vida de los cuidadores son las psicoterapéuticas, las educativas, las multicomponente y los grupos de apoyo, igual a lo hallado por Amador y Guerra (2017) pero, a diferencia de ellos, en todas las intervenciones se hicieron seguimientos. Por otro lado, las intervenciones con mayor duración y con formato grupal son las que han obtenido mejores resultados, confirmando lo que los autores anteriormente referidos concluyeron.

Sin embargo, fue posible verificar que los resultados no son consistentes del todo. Algunos de los trabajos no reflejan cambios en los grupos experimentales, independientemente de su calidad metodológica, y los cambios sobre las variables son moderados o no se mantienen en el tiempo, tal y como lo mencionan Vázquez *et al.* (2014) y Velázquez *et al.* (2016) en sus revisiones. Por ello, se

considera necesario continuar buscando la mejora en el desarrollo de las intervenciones para lograr que éstas sean de excelencia.

Al contrario de lo referido por Kochaki *et al.* (2016); Yu (2016) y Tinoco *et al.* (2022), los estudios que utilizan las llamadas telefónicas de control para ayudar a los cuidadores en sus habilidades y conocimientos, aunque han obtenido en general buenos resultados, no son significativos.

En definitiva, se coincide con Bustillo *et al.* (2018) en cuanto que continúan pendientes algunos aspectos de los señalados en las revisiones efectuadas en el pasado, como la necesidad de incorporar procedimientos de seguimiento que hagan posible conocer la estabilidad de los resultados tras la intervención y homogenizar las intervenciones desde el punto de vista del diseño, los instrumentos y la intervención en sí para encontrar evidencias consistentes de resultados positivos. Sin embargo, ya se han incorporado en las intervenciones variables relacionadas con las emociones positivas del cuidador, un tema pendiente en las revisiones anteriores.

Limitaciones

Las principales limitaciones encontradas en los estudios revisados se relacionan con la imposibilidad de generalizar los resultados (*cf.* Fuju *et al.*, 2021; Wilkerson *et al.*, 2018); en efecto, muchos de los cuidadores fueron reclutados en un solo centro o municipio, lo cual limita dicha generalización.

Por otra parte, una muestra pequeña no favorece la evidencia de los resultados obtenidos en los estudios (Anclair *et al.*, 2018; Ben-Mortenson *et al.*, 2018; Cheng *et al.*, 2020; De Stefano *et al.*, 2022;

Fowler *et al.*, 2021; Fuju *et al.*, 2021; González-Fraile *et al.*, 2018; Heckel *et al.*, 2018; Kales *et al.*, 2023); Metcalfe *et al.*, 2019; Navarro *et al.*, 2019; Tamura *et al.*, 2023; Wilkerson *et al.*, 2018; Wharton *et al.*, 2019, así como la existencia de muestreo intencional o por conveniencia (Cheng *et al.*, 2020; Fuju *et al.*, 2021).

También hubo la posibilidad de sobreestimar los efectos en algunos casos (Anclair *et al.*, 2018; Fuju *et al.*, 2021), aparte de que en las evaluaciones que incluían valoraciones cualitativas sólo se

tomaron las positivas, lo cual ya es una limitante para conocer verdaderamente el efecto que tuvo la intervención (Fuju *et al.*, 2021).

En ocasiones, la tasa de participación fue muy baja o muy alta la de abandonos, lo que obra contra la efectividad. La evaluación de los resultados fue en varias ocasiones mediante autoinforme, lo cual carece de objetividad (Anclair *et al.*, 2018; Navarro Haro *et al.*, 2019; Tamura *et al.*, 2023; Wilkerson *et al.*, 2018;). En el estudio de Kales *et al.* (2023) no se partió de un síntoma o un comportamiento para seleccionar la muestra, o sea, desde el inicio no se contó con una variable a comparar. En varios trabajos los autores plantearon la brevedad de la intervención como una limitante, lo que dificultó el cambio; en otros, el grupo no sometido a la intervención no fue controlado adecuadamente (Anclair *et al.*, 2018; Kor *et al.*, 2019).

Lo mismo ocurrió con algunas variables del grupo de intervención, como el hecho de recibir terapia individual o participar en grupos de apoyo mientras se desarrollaba la intervención, y algunas listas de espera fueron muy largas (seis meses) (Ben-Mortenson *et al.*, 2018; De Stefano *et al.*, 2022; Fowler *et al.*, 2021; Metcalfe *et al.*, 2019). Kor *et al.* (2019) consideran importante evaluar el impacto de la terapia en los pacientes de la diada y consideran que los evaluadores podrían haber desempeñado un papel más activo en la implementación del programa al evaluar los efectos en los cuidadores.

Es necesario señalar que el trabajo de González *et al.* (2018) aporta algunas limitaciones importantes, como la ausencia de un grupo de control, lo que no permite argumentar causalidad alguna acerca del efecto del tratamiento. El gran intervalo entre las evaluaciones (doce meses) incrementó el número de pérdidas muestrales, y el hecho de que el estudio se llevara a cabo en un entorno más naturalista en el que los pacientes ya estuvieran recibiendo asistencia durante el transcurso del estudio pudo generar distintos efectos de confusión en los que es posible que la aparición de variables extrañas no controladas afectara los resultados hallados.

Históricamente, la asistencia fundamental de estos centros está centrada en el paciente. Lamentablemente, por motivos de simplificación de la

batería de evaluación, las únicas variables extrañas recogidas en el estudio fueron la escala de síntomas del paciente (HoNOS) y la asistencia a otro tipo de terapias de apoyo. Algunos estudios aluden a la necesidad de llevar a cabo más evaluaciones de seguimiento (Au *et al.*, 2019; Navarro *et al.*, 2019).

Debe subrayarse que el diseño de la intervención debe prestar más atención la manera de lidiar con las emociones mixtas, positivas y negativas. Se debería atender la resolución de emociones complejas y conflictivas, lo que puede implicar elementos para facilitar la aceptación y atención plena (Au *et al.*, 2020). Algunos estudios no son ensayos controlados aleatorizados, lo que constituye una limitante para su validez (Navarro *et al.*, 2019). La homogeneidad de los grupos en cuanto a la gravedad de la enfermedad del paciente que cuidan tampoco se priorizó, lo que afectó los resultados de la investigación (Fowler *et al.*, 2021).

En algunos trabajos, debido a sus características particulares, hubiera sido necesario homogeneizar más los datos sociodemográficos del cuidador; además, en varios no se partió de los mismos resultados en la variable principal a medir, lo cual por sí mismo sesga la investigación (Ferré-Grau *et al.*, 2021). En dicho trabajo tampoco se controló particularmente el tipo de cuidador sobre el que aplicaban la intervención, pues con frecuencia los que asistían eran cuidadores familiares ocasionales. Por otra parte, de todos los instrumentos utilizados para la evaluación inicial sólo se tomó uno de ellos para la posterior. Los autores coinciden en que necesitaban efectuar evaluaciones cualitativas para confirmar los resultados obtenidos (Ferré-Grau *et al.*, 2021). El poco control de las variables se extendió también a aquellas que eran externas o confusas como el covid-19, la progresión de la enfermedad o los cambios familiares y ciertas situaciones de cuidado (Levenson *et al.*, 2024; Metcalfe *et al.*, 2019).

Particularmente en el caso de Metcalfe *et al.* (2019), la retroalimentación directa de los participantes al equipo de investigación puede haber fomentado respuestas socialmente deseables. Además, las limitaciones técnicas del diseño significaron que no fue posible registrar la cantidad de tiempo en que los participantes usaron el progra-

ma (en general y por módulo), ya que no había una configuración de “tiempo de espera” después de un periodo de inactividad, por lo que se ignora cuánto tiempo dedicaron los participantes a implicarse en el programa, y tampoco se pudieron mapear los patrones de acceso a través del tipo de contenido (por ejemplo, video y texto).

La duración del acceso al programa estuvo restringida, y ese es el verdadero valor de un recurso en línea: su continua disponibilidad, ya que algunos participantes destacaron la utilidad de poder “entrar y salir” del recurso cuando necesitaban información. Evidentemente, se necesita un periodo de intervención y seguimiento más prolongado en el diseño de futuros estudios, lo que permitiría una exploración más completa de su aceptabilidad, utilidad y eficacia.

Por otra parte, una particularidad de la investigación de Wilkerson *et al.* (2018) es que implicó que los criterios de exclusión limitaran la participación de cuidadores con menos de cuarenta miembros en su red social y con menos de dos publicaciones en esa red social en el mes anterior a su participación en el estudio. También hubo limitaciones culturales, ya que la falta de diversidad cultural es una importante limitación a considerar, especialmente porque los afroamericanos tienen una mayor incidencia y un inicio más temprano de la enfermedad de Alzheimer. Además, el número de cuidadores afroamericanos es proporcionalmente mayor que el de los cuidadores caucásicos (Wilkerson *et al.*, 2018).

Por último, es preciso plantear algunas limitaciones de esta revisión. Pese a que los resultados son interesantes, hay que interpretarlos con cautela, considerando la heterogeneidad de los diseños de las diferentes revisiones, hecho que ya han apuntado los propios autores. La diversidad de las intervenciones no farmacológicas utilizadas y de sus contenidos, las diferencias en el número de sesiones y de horas, y la variabilidad de los instrumentos de valoración utilizados para medir la calidad de vida de los cuidadores familiares implica reflexionar sobre la idoneidad de unificar criterios en aras de mejorar la práctica clínica y la calidad de vida de tales cuidadores (Amador *et al.*, 2017).

Además, una limitación más de esta revisión es que los resultados obtenidos responden a la bús-

queda en las principales bases de datos, habiéndose acotado a los cinco últimos años y al idioma de publicación, pudo haber omitido algún estudio de interés para el tema abordado. Es necesario destacar el inconveniente de comparar los resultados de estudios que, incluso teniendo una calidad metodológica adecuada, estudiaron variables distintas y utilizaron muestras heterogéneas en cuanto a su edad, sexo, nivel educativo y demás, lo que podría haber influido en los resultados.

Otro aspecto a resaltar es que, tal y como se ha mostrado previamente, una parte importante de los ensayos clínicos revisados mostraban sesgos de ejecución por la imposibilidad de cegar la intervención a los participantes y al personal. Estos sesgos, sin embargo, tal y como reconocen los autores de otra revisión (Villero *et al.*, 2022), es poco probable que influyeran en los resultados dadas las características de las intervenciones y su carácter educativo. Asimismo, se puede afirmar que los hallazgos de esta revisión han ayudado a identificar de manera tentativa las intervenciones más efectivas para favorecer el autocuidado y aquellos vacíos que precisan ser cubiertos.

Aportaciones

Entre las principales aportaciones de la presente revisión se destaca el formato grupal de las intervenciones, que en algunas de ellas produjo un efecto significativo para aumentar los sentimientos positivos hacia el cuidado y no sólo para disminuir estados emocionales negativos o reducir la carga. Dado que es un formato grupal, las demandas para el terapeuta son pequeñas y pueden ser más rentables que las intervenciones con formato individual (Tamura *et al.*, 2023; Werner *et al.*, 2021).

Otros aportes están relacionados con el uso de la tecnología, en algunos casos diseñada a partir de la retroalimentación de los usuarios y centrada en la importancia de buscar las causas (Au *et al.*, 2020; Kales *et al.*, 2023; Levenson *et al.*, 2024). Otra fortaleza encontrada en el estudio de Kales *et al.* (2023) es que analiza los resultados de la díada paciente-cuidador.

Asimismo, la administración flexible de una activación conductual por teléfono y para profesionales capacitados ha contribuido a la intervención

efectiva, pero con un costo relativamente bajo (Au *et al.*, 2019; De Stefano *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2018). Además, hizo posible el trabajo personalizado con el cuidador mediante el teléfono sin tener que salir del hogar, sino que la intervención se hacía en el momento más conveniente para aquél (Au *et al.*, 2019). Algunas intervenciones con enfoques holísticos tienen buenos resultados para un mayor bienestar psicológico, como la de fotoperiodismo (Wharton *et al.*, 2019). En cuanto a la rigurosidad en el diagnóstico, en uno de los trabajos se reclutó una cohorte multinacional utilizando estrictos criterios de diagnóstico (Metcalfe *et al.*, 2019).

Líneas futuras

La investigación sobre el apoyo a los cuidadores debe orientarse hacia la evaluación de largo plazo de los programas existentes, asegurando que se obtengan datos relevantes sobre su efectividad y sostenibilidad. Ello implica diseñar estudios que controlen adecuadamente las variables, garantizando así la validez y la generalización de los resultados. Un enfoque proactivo para evitar el “efecto suelo” es partir de grupos con altos niveles de malestar psicológico, lo que permitirá una mejor comprensión de las intervenciones más adecuadas.

Resulta de interés la diversidad de la muestra, lo que es crucial para abordar las necesidades de los diferentes tipos de cuidadores, lo que incluye investigar específicamente el bienestar y las necesidades insatisfechas de los cuidadores jóvenes, un grupo que ha sido poco explorado. Además, es esencial examinar cómo las dimensiones culturales afectan la interpretación del cuidado integrando esta perspectiva en la programación de actividades y en las habilidades de comunicación, lo que enriquecería la experiencia de los cuidadores.

Para mejorar la efectividad de las intervenciones es conveniente que se incluyan algunas medidas fisiológicas que informen sobre el estado de salud física de los cuidadores, enfoque no sólo haría posible entender mejor el efecto del estrés en el cuidado de su salud emocional, sino también en su bienestar físico. Asimismo, es fundamental emprender más estudios cualitativos que profundicen la “experiencia del cuidado”, contribuyendo

así a identificar formas de enriquecerla y fomentar sentimientos positivos hacia el rol de cuidador.

Finalmente, la investigación debe considerar la combinación de tratamientos tecnológicos con los enfoques tradicionales de la atención, así como incluir actividades artísticas dentro de los programas de apoyo, lo que no solamente diversificará

las herramientas disponibles, sino que también puede contribuir a una experiencia más holística y más satisfactoria. Por último, es imprescindible implementar un seguimiento más riguroso de las intervenciones, lo que permitirá evaluar su efecto en el largo plazo y ajustar las estrategias según sea necesario.

Citación: Grau V., Y., Grau A., J.A., Victoria G.V., C.R. y Márquez G., I.F. (2026). Evaluación de la efectividad en las intervenciones aplicadas a cuidadores informales en el ámbito de la salud: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 36(1), 61-78. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3033>

REFERENCIAS

- Amador M., B. y Guerra M., M.D. (2017). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 154-160. Doi: 10.1016/j.gaceta.2016.09.006
- Anclair, M., Lappalainen, R., Muotka, J. y Hiltunen, A.J. (2018). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for stress and burnout: A waiting list controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 389-396. Doi: 10.1111/scs.12473
- Au, A., Lai, D.W.L., Biggs, S., Cheng, S.T., Haapala-Biggs, I., Chow, A. y Gallagher-Thompson, D. (2020). Perspective-taking interventions for intergenerational caregivers of Alzheimer's diseases: A randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, 30(3), 306-319. Doi: 10.1177/1049731519864165
- Au, A., Yip, H.M., Lai, S., Ngai, S., Cheng, S.T., Losada, A., Thompson, L. y Gallagher-Thompson, D. (2019). Telephone-based behavioral activation intervention for dementia family caregivers: Outcomes and mediation effect of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 102(11), 2049-2059. Doi: 10.1016/j.pec.2019.06.009
- Ben-Mortenson, W., Demers, L., Führer, M.J., Jutai, J.W., Bikey, J., Planté, M. y De Ruyter, F. (2018). Efectos de una intervención de tecnología de asistencia que incluye al cuidador: un ensayo controlado aleatorio. *BMC Geriatrics*, 18, 97-107. Doi: 10.1186/s12877-018-0783-6
- Bernabéu, C., Faus S., M., Lima S., M. y Lima R., J.S. (2020). Revisión sistemática: influencia de los grupos de ayuda mutua sobre cuidadores familiares. *Enfermería Global*, 19(2), 560-590. Doi: 10.6018/eglobal.392181
- Bonoso G., R.M. y Del Pino C., R. (2018). Intervenciones no farmacológicas para reducir la depresión, sobrecarga y ansiedad en personas cuidadoras de mayores con demencia: un metaanálisis. *Metas de Enfermería*, 21. Doi: 10.35667/Metas-Enf.2019.21.1003081191
- Bustillo, M.L., Gómez G., M. y Guillén, A.I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29, 89-100. Doi: 10.5093/clysa2018a13
- Chacón, J.A., Vargas, B.S., Reyes, R.M., Argueta, L.A., Bethancourt, K.M. y Aldana, A.O. (2021). Repercusión mental de los cuidadores expuestos al trato con pacientes geriátricos. *Revista Académica CUNZAC*, 4(1), 65-73. Doi: 10.46780/cunzac.v4i1.34
- Chaparro D., L., Carreño M., S., Carrillo G., G. y Gómez R., O. (2020). Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Avances en Enfermería*, 38(1), 18-27. Doi: 10.15446/av.enferm.v38n1.77404
- Cheng, S.T., Mak, E.P., Kwok, T.M., Fung, H. y Lam, L.C. (2020). Benefit-finding intervention delivered individually to Alzheimer family caregivers: Longer-term outcomes of a randomized double-blind controlled trial. *The Journals of Gerontology*, 75(9), 1884-1893. Doi: 10.1093/geronb/gbz118
- De Stefano, M., Esposito, S., Iavarone, A., Carpinelli M., M., Siciliano, M., Buonanno, D., Atripaldi, D., Trojsi, F. y Tedeschi, G. (2022). Effects of phone-based psychological intervention on caregivers of patients with early-onset Alzheimer's disease: A six-months study during the COVID-19 emergency in Italy. *Brain Sciences*, 12, 310-320. Doi: 10.3390/brainsci12030310
- Del Ángel G., J.E., León H., R.C., Méndez S., G., Peñarrieta C., I. y Flores B., F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *MedUNAB*, 23(2), 233-241. Doi: 10.29375/01237047.3878

- Felstead, C., Perkins, L., Stott, J., Hui, E.K. y Spector, A. (2018). A systematic literature review of group-based training interventions for informal carers: Impact on the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Aging & Mental Health*, 1-10. Doi: 10.1080/13607863.2022.2141193
- Ferré-Grau, C., Raigal A., L., Lorca C., J., Lluch C., T., Ferré B., M., Lleixà F., M., Puig L., M., Miguel R., M.D. y Albacar R., N.A. (2021). Intervención basada en aplicación móvil. Programa para cuidadores no profesionales para promover la salud mental positiva: ensayo controlado aleatorio. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 9(1), 21-31. Doi: 10.2196/21708
- Fowler, N.R., Judge, K.S., Lucas, K., Gowan, T., Stutz, P., Shan, M., Wilhelm, L., Parry, T. y Johns, S.A. (2021). Viabilidad y aceptabilidad de una intervención de terapia de aceptación y compromiso para cuidadores de adultos con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. *BMC Geriatrics*, 21, 127-137. Doi: 10.1186/s12877-021-02078-0
- Fuju, T., Yamagami, T., Yamaguchi, H. y Yamazaki, T. (2021). A randomized controlled trial of the “positive diary” intervention for family caregivers of people with dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 1949-1958. Doi: 10.1111/ppc.13013
- González F., E., Bastida L., M.T., Martín C., M., Domínguez P., A.I. y Iruin S., A. (2018). Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 4(3). Doi: 10.5093/pi2018a20
- Grandi, F., Burgueño, L. y Iruiria, M.J. (2019). Eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia. Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(2), 109-115. Doi: 10.1016/j.regg.2018.09.004
- Grau A., J., Vargas, E. y Grau V., Y. (2023). *El cuidado del cuidador: un desafío emergente*. UNIDAPSA Editores.
- Grau V., Y., Oliva H., I., Rojas R., L., Grau A., J.A. 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. Doi: 10.4067/s0718-48082020000200153
- Grau V., Y., Umpierre, R.R. y Rodríguez, L.M. (2017). Sentido personal del rol y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 269-281. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10662/10922>
- Guardiola W.-B., R. y Sanz V., J. (2021). Intervención psicológica en los cuidadores de pacientes oncológicos menores: revisión sistemática. *Hospital a Domicilio*, 5(1), 43-61. Doi: 10.22585/hospdomic.v5i1.126
- Heckel, L., Fennell, K.M., Orellana, L., Boltong, A., Byrnes, M. y Livingston, P.M. (2018). A telephone outcall program to support caregivers of people diagnosed with cancer: Utility, changes in levels of distress, and unmet needs. *Supportive Care in Cancer*, 26, 3789-3799. Doi: 10.1007/s00520-018-4246-6
- Higgins, J.P., Altman, D.G., Gøtzsche, P.C., Jüni, P., Moher, D. y Oxman, A.D. (2011). The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *British Medical Journal*, 343, 28-59. Doi: 10.1136/bmj.d5928
- Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D.J. y Gavaghan, D.J. (2020). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1-12. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8721797/>
- Kales, H.C., Gitlin, L.N., Stanislawski, B., Kim, M., Marx, K., Turnwald, M., Chiang, C. y Lyketsos, C.G. (2023). Effect of the WeCareAdvisor on family caregiver outcomes in dementia: A pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 18, 113. Doi: 10.1186/s12877-018-0801-8
- Kochaki N., Z., Aghdam, A.M., Hassankhani, H. y Sanaat, Z. (2016). The effects of a patient caregiver education and follow-up program on the breast cancer caregiver strain index. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 18(3), e21627. Doi: 10.5812/ircmj.21627
- Kor, P.P., Liu, J.Y. y Chien, W.T. (2019). Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 107-117. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.02
- Levenson, R.W., Chen, K.H., Levan, D.T., Chen, E.Y., Newton, S.L., Paul, D. y Wang, G. (2024). Evaluating in-home assistive technology for dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*, 47(1), 78-89. Doi: 10.1080/07317115.2023.2169652
- Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., Årestedt, K. y Strömberg, A. (2017). Long-term effects of a dyadic psycho-educational intervention on caregiver burden and morbidity in partners of patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26, 367-379. Doi: 10.1007/s11136-016-1400-9
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2231545&info=resumen&idioma=SPA>
- Martínez R., L., Grau V., Y. y Rodríguez U., R.R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148. Doi: 10.4321/s2254-288420170000200007

- Metcalfe, A., Jones, B., Mayer, J., Gage, H., Oyebode, J., Boucault, S., Aloui, S., Schwertel, U., Böhm, M., Tezenas du Montcel, S., Lebbah, S., De Mendonça, A., De Vugt, M., Graff, C., Jansen, S., Hergueta, T., Dubois, B. y Kurz, A. (2019). Online information and support for carers of people with young-onset dementia: A multi-site randomised controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 1455-1464. Doi: 10.1002/gps.5154
- Navarro H., M.V., Pérez H., N., Serrat, S. y Gasol C., M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 201-209. Doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Page, M.J., Moher, D., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C. y Mulrow, C.D. (2020). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, 160-166. Doi: 10.1136/bmj.n160
- Parker-Oliver, D., Patil, S., Benson, J.J., Gage, A., Washington, K. y Kruse, R.L. (2017). The effect of Internet group support for caregivers on social support, self-efficacy, and caregiver burden: A meta-analysis. *Telemedicine and e-Health*, 23(8), 621-629. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28328392>
- Parra V., E., Soto P., F., Perea B., M.V., Franco M., M.A. y Muñoz S., J.L. (2017). Intervenciones online para cuidadores de personas con demencia: revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45, 116-126. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Soto-Perez/publication/317833267_Online_interventions_for_caregivers_of_people_with_dementia_A_systematic_review/links/5b71772845851546c9fd46bf/Online-interventions-for-caregivers-of-people-with-dementia-A-systematic-review.pdf
- Pendergrass, A., Becker, C., Hautzinger, M. y Pfeiffer, K. (2015). Dementia caregiver interventions: A systematic review of caregiver outcomes and instruments in randomized controlled trials. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 459-468. Recuperado de <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=8dbf-11512d46c688029ccdb1081f25f7fd523bd3>
- Pérez-Jiménez, D., Monroy L., A., Villarreal G., C. y Gálvez H., C.L. (2020). Necesidades insatisfechas de cuidadores primarios de pacientes con cáncer de mama: percepción diádica. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 288-293. Doi: 10.15446/rsap.v22n3.85012
- Pérez-Lancho, M.C. y De la Vega H. Monje, C. (2023). Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. *Revista INFAD de Psicología: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 27-36. Doi: 10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2475
- Ramírez-Perdomo, C.A., Chacón C., E. y Romero P., A.Y. (2018). Enfrentar la dureza de la enfermedad crónica, retos de la diada: cuidador/persona cuidada. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 46-57. Doi: 10.14198/cuid.2018.52.04
- Rodríguez L., L. y Chaparro D., L. (2020). Soporte social y sobrecarga en cuidadores: Revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(1), 885-895. Doi: 10.15649/cuidarte.885
- Rosado P., E.A., Arroyo J., C., Sahagún M., A., Lara P., A., Campos U., S., Ochoa P., R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2021). Necesidad de apoyo psicológico y calidad de vida en el cuidador primario de pacientes pediátricos con cáncer. *Psicooncología*, 18(1), 137-156. Doi: 10.5209/psic.74536
- Salazar M., A.M., Murcia P., L.M. y Solano P., J.A. (2016). Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997-2014. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(1), 144-154. Doi: 10.30554/archmed.16.1.813.2016
- Sierra M., M., Martínez B., A., Padilla R., A. y Fraga S., J.M. (2020). Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos. *Psicología Iberoamericana*, 28(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133963198005>
- Souza, P.D., Santos, Z.M., Diógenes, L.M., Caldas, J.D., Rodrigues, K.A. y Carneiro, R.F. (2018). Capacitação do familiar cuidador com a aplicação da tecnologia educativa em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1135-1143. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0163
- Srisuk, N., Cameron, J., Ski, C.F. y Thompson, D.R. (2016). Heart failure family-based education: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99, 326-338. Doi: 10.1016/j.pec.2015.10.009
- Tamura, N.T., Shikimoto, R., Nagashima, K., Sato, Y., Nakagawa, A., Irie, S., Iwashita, S., Mimura, M. y Fujisawa, D. (2023). Group multi-component programme based on cognitive behavioural therapy and positive psychology for family caregivers of people with dementia: A randomised controlled study (3C study). *Psychogeriatrics*, 23, 141-156. Doi: 10.1111/psyg.12919
- Tinoco C., J.M., Hidalgo B., M.A., Daifuku-Sansano, N., Lluch, M.T., Raigall-Aran, L. y Puig-Llobet, M. (2022). Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales: Revisión sistemática de ensayos clínicos. *Enfermería Global*, 21(68), 562-586. Doi: 10.6018/eglobal.502351

- Vázquez, F.L., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, Á. y Díaz F., O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 173-188. Doi: 10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15891
- Vázquez, F.L., Díaz, O., Torres, A., Otero, P. y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188. Doi: 10.1016/s0120-0534(14)70021-4
- Velázquez M., N., Villarreal, M.A., Carrillo C., A.L., Benavides T., R.A. y González T., J. (2016). Síntesis de revisiones sistemáticas de intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia. *Nure Investigación*, 13(84), 1-7. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/911/720>
- Vicente-Ramírez, L.E., Medina R., V., Rodríguez M., D.A., Carranza A., M., Vázquez O., J.J. y Manjarrez I., J.O. (2022). Acompañamiento psicosocial en cuidadores primarios informales: Mindfulness, calidad de vida y apoyo social a distancia. *Revista Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 8(1), 1-19. Doi: 10.22402/j.rdipycs.unam.e.8.01.2022.385
- Villero-Jiménez, A.I., Martínez T., N., Olano L., M., Garai L., J. y Vázquez C., M. (2022). Intervenciones diádicas de autocuidado en la insuficiencia cardíaca crónica en el ámbito hospitalario: una revisión sistemática. *Anales del Sistema de Salud de Navarra*, 45(2), e1001. Doi: 10.23938/assn.1001
- Werner, P., Clay, O.J., Goldstein, D., Kermel-Schifmann, I., Herz, M.K., Epstein, C. y Mittelman, M.S. (2021). Assessing an evidence-based intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease: Results of a community implementation of the NYUCI in Israel. *Aging & Mental Health*, 25(9), 1676-1683. Doi: 10.1080/13607863.2020.1774740
- Wharton, W., Epps, F., Kovaleva, M., Bridwell, L., Candy T., R., Dorbin, C.D. y Hepburn, K. (2019). Photojournalism-based intervention reduces caregiver burden and depression in Alzheimer's disease family caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 214-224. Doi: 10.1177/0898010118801636
- Wilkerson, D.A., Brady, E., Yi, E.H. y Bateman, D.R. (2018). Friendsourcing peer support for Alzheimer's caregivers using Facebook social media. *Journal of Technology in Human Services*, 36(2-3), 105-124. Doi: 10.1080/15228835.2018.1449709
- Wu, J.R., Mark, B., Knafl, G.J., Dunbar, S.B., Chang, P.P. y DeWalt, D.A. (2019). A multi-component, family-focused and literacy-sensitive intervention to improve medication adherence in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Heart & Lung*, 48, 507-514. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2019.05.011
- Yorulmaz, E. y Dirik, G. (2021). Dementia caregivers and cognitive behavioral therapy. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 13(2), 170-191. Doi: 10.18863/pgy.732086
- Yu, D.S. (2016). Effects of a health and social collaborative case management model on health outcomes of family caregivers of frail older adults: Preliminary data from a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2144-2148. Doi: 10.1111/jgs.14259
- Zabalegui, A., Navarro, M., Cabrera, E., Gallart, A., Bardallo, D., Rodríguez, E.M. y Argemí, J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43, 157-166. Doi: 10.1016/s0211-139x(08)71176-4

Anexo 1

Escala de Jadad

Ítems	Respuesta/Puntuación
1. ¿Se describe el estudio como con asignación aleatoria? *	
2. ¿Se describe el estudio como con doble enmascaramiento? *	
3. ¿Se describen los abandonos y exclusiones del estudio? *	
4. ¿Es adecuado el método de asignación aleatoria? **	
5. ¿Es adecuado el método de enmascaramiento? **	
Total	

* Sí = 1 pto/ No = 0 pto.

** Sí = 1 pto/ No = -1 pto.

Anexo 2

Lista de verificación del JBI para la valoración crítica de revisiones sistemáticas y síntesis de investigación

Revisor(a) _____	Fecha _____
Autor(a) _____	Año _____ Número de registro _____

	Sí	No	Poco claro	No aplica
1. ¿Es clara y explícita la pregunta de la revisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Fueron apropiados los criterios de inclusión para la pregunta de la revisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Las fuentes y recursos utilizados fueron los adecuados para la búsqueda de estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Los criterios de valoración de los estudios fueron los adecuados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿La valoración crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Existían métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Fueron adecuados los métodos utilizados para combinar los estudios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Los datos indicados respaldan las recomendaciones para la política o la práctica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Fueron adecuadas las directrices específicas para la nueva investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración global:	Incluir <input type="checkbox"/>	Excluir <input type="checkbox"/>	Buscar más información <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

El modelo de Donabedian en la atención psicológica de primera orientación y ayuda (APPOYA): estructura y proceso

The Donabedian model in the Psychological Attention of First Orientation and Help (APPOYA): structure and process

María Cristina Bravo-González¹, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo²,
Roberto Miguel-Corona¹ y José Esteban Vaquero-Cázares¹

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: María Cristina Bravo-G., cristina.bravo@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

Los servicios universitarios de atención psicológica tienen una larga tradición como espacios de formación profesional en escenarios reales bajo supervisión de docentes especializados. APPOYA es un servicio de atención primaria breve que desarrollado para generar escenarios formativos alternativos para estudiantes de posgrado debido al confinamiento por la pandemia de COVID-19; a tres años de funcionamiento, es necesario iniciar el proceso de evaluación de su calidad, en ese sentido, un modelo que permite sentar las bases para este propósito es el de Donabedian (1966; 2003) en términos de estructura, proceso y resultados. El objetivo es describir los aspectos estructurales y proceso general de la estrategia, con lo que se espera desarrollar indicadores dirigidos a evaluar la calidad de este y otros servicios psicológicos universitarios. En la estructura se hace referencia a recursos humanos, capacitación, infraestructura física y tecnológica, mientras que en los procesos se describen las tareas más amplias de la estrategia, indicando los momentos clave de las actividades de terapeutas y coordinadores. Se concluye que los espacios universitarios de atención psicológica requieren de descripciones de sus características como un punto de partida para la evaluación de su quehacer, lo que puede favorecer que los usuarios accedan a servicios de calidad.

Keywords: APPOYA; Modelo de Donabedian; Docente asistencial; Atención psicológica; Procesos.

ABSTRACT

University psychological care services have a long tradition as spaces for professional training in real settings under the supervision of specialized instructors. APPOYA is a brief primary care service developed to generate alternative training scenarios for graduate students due to the confinement imposed by the COVID-19 pandemic. After three years of operation, it is necessary to begin the process of evaluating its efficacy. A model laying the foundations for this purpose is that of Donabedian (1966; 2003) regarding structure, process and results. The present paper aims to describe the program's structural aspects and general process leading to indicators to evaluate the quality of this and other university psychological services. The structure refers to human resources,

¹ Facultad de Estudios Superiores, Av. de los Barrios 1, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, tel. (55)56-23-11-08, correos electrónicos: cristina.bravo@iztacala.unam.mx, <https://orcid.org/0000-0003-2857-2732>; roberto.miguel@iztacala.unam.mx, <https://orcid.org/0000-0002-0128-6085>; jevaquero@comunidad.unam.mx, <https://orcid.org/0009-0005-5998-730X>

² Investigadora independiente, correo electrónico: psicmae@yahoo.com.mx, <https://orcid.org/0000-0002-8530-7663>



training, physical and technological infrastructure. The processes describe broader tasks of the strategy, indicating the key moments for the activities of therapists and coordinators. We conclude that university psychological care centers require descriptions of their characteristics as a starting point for evaluating their work, which may result in users' access to quality services.

Key words: APPOYA; Donabedian model; Health care provider; Psychological care; Processes.

Recibido: 14/11/2024

Aceptado: 25/09/2025

Los espacios de atención primaria a la salud mental se han gestado a raíz del concepto actual de *salud* propuesto desde 1948 por la Organización Mundial de Salud (OMS), en el cual se integra como uno de sus componentes principales, con acciones como la selección de prioridades, la capacitación de la red primaria, la relación intra e intersectorial y la participación de la comunidad (Lima, 1986). Específicamente, este tipo de abordajes pone énfasis en la promoción y prevención, la organización de los servicios de atención, el enlace con otros servicios e instituciones y la reincorporación de las personas a su entorno (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021, 2023).

En este tenor, la misma OPS (2023) resalta que los problemas psicológicos más comunes pueden ser atendidos a partir de un enfoque de atención primaria que sea accesible y de calidad, lo que facilita la coordinación, referencia, monitoreo y apoyo que considere los siguientes principios transversales para la integración de la salud mental en la atención primaria: 1) cobertura sanitaria universal, 2) derechos humanos, 3) enfoque de curso de la vida, 4) enfoque multisectorial, 5) empoderamiento y 6) práctica basada en evidencia. Respecto de este último rubro, la Secretaría de Salud de México (SSA, 2023) puntualiza que durante el periodo de la pandemia de covid-19 las líneas de tratamiento para los problemas psicológicos fueron la terapia cognitivo-conductual (TCC), en particular las técnicas para reducir el estrés, la psicoeducación y la

rehabilitación cognitiva. Los esfuerzos por crear espacios de atención primaria de la salud mental han traído consigo una necesidad agregada, que implica evaluarlos con el fin de fortalecerlos y alcanzar así las metas para el acceso universal a los servicios de calidad.

En el ámbito médico, el paradigma dominante es el desarrollado por Donabedian en 1966 (cf. García-Fabila, 2018). El objetivo de su evaluación es analizar el grado de éxito en la relación profesional-paciente mediante el monitoreo constante, de tal modo que la definición de *calidad* se concentre en la obtención del objetivo de interés, las variables o atributos de este objetivo y la creación de indicadores con normas y criterios que hagan posible su medición.

Es así como el presente trabajo tuvo como objetivo describir las características estructurales y el proceso general de la estrategia denominada Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOYA) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), de acuerdo con los supuestos del modelo de calidad de Donabedian, a fin de favorecer la creación de indicadores que hagan posible a mediano plazo la evaluación de la calidad de éste y de otros servicios psicológicos brindados por la institución.

Contexto para la creación de APPOYA y características generales de la estrategia

Dada la creciente necesidad de brindar atención a los problemas psicológicos de los jóvenes, la UNAM (2021) creó el Comité Técnico para la Atención de la Salud Mental en 2021. Este órgano especializado tiene como uno de sus objetivos “definir e impulsar políticas institucionales de prevención y atención a la comunidad universitaria en aspectos de la salud mental y la promoción del bienestar emocional” (párr. 1), contando para ello con la participación de entidades especializadas (Hernández, 2021). En ese sentido, en la citada FESI se generaron estrategias dirigidas a brindar atención psicológica durante el periodo de la pandemia de COVID-19 a toda la comunidad universitaria, siendo el Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) el área encargada coordinar los

esfuerzos necesarios. Este centro se creó en 2013 para brindar servicios de orientación, consejería, apoyo y canalización orientados a la reducción del riesgo académico y la promoción del bienestar emocional (Dávila, 2019), el que administrativamente depende de la Unidad de Relaciones Institucionales de la FESI, donde se coordinan diversos servicios.

De la mano con el CAOPE y en el contexto inicial de la pandemia por COVID-19, cuando todos los espacios prácticos de atención psicológica se vieron interrumpidos debido al confinamiento social, profesores adscritos al programa de Maestría y Doctorado de la UNAM y con residencia en Medicina Conductual de la FESI diseñaron la estrategia denominada Atención Psicológica de Primera Orientación y Ayuda (APPOYA) (López, 2021), la cual tiene como objetivo “proporcionar atención psicológica bajo las premisas de la terapia cognitivo-conductual en una y hasta seis sesiones, a jóvenes y adultos de la comunidad universitaria (estudiantes, egresados, docentes y personal de cualquier escuela o facultad de la UNAM) que se encuentran ante preocupaciones o problemáticas muy específicas” (Bravo *et al.*, 2023, párr. 1)

Desde su constitución, APPOYA se basó en un modelo docente asistencial, que hasta la fecha busca mantener una relación entre la parte académica y la prestación de servicios especializados. El modelo se basa en dos pilares fundamentales, la adquisición de conocimientos mediante la experiencia en campos aplicados reales y la formación respaldada por la supervisión clínica que implica observación, evaluación, retroalimentación y la adquisición de habilidades teórico-prácticas mediante la instrucción, modelamiento y solución en conjunto de problemas (Pérez y Ríos, 2020). Es un servicio de atención primaria y primer contacto, donde se busca que las problemáticas puedan ser resueltas, o bien, ofrecer información y orientación a servicios especializados con el fin de hacer un uso eficiente de los recursos (Bravo *et al.*, 2023).

La labor de la estrategia ha sido reconocida por las autoridades de la universidad; prueba de ello es que, en el marco del Segundo Informe de Actividades de la doctora María del Coro Arizmendi como directora de la FESI, el doctor Leo-

nardo Lomelí, actual Rector de la UNAM, resaltó la eficacia de este tipo de iniciativas para la atención del bienestar psicológico de la población joven universitaria, siendo así un ejemplo de vanguardia para los servicios de atención primaria dentro de la Universidad.

Es así como APPOYA se constituye como un servicio psicológico gratuito de atención primaria breve con enfoque cognitivo-conductual que consta de una y hasta seis sesiones, está dirigido a la comunidad universitaria de cualquier escuela o facultad, incluido el bachillerato de la propia UNAM. Durante el primer año de funcionamiento la modalidad de atención fue exclusivamente en línea debido al confinamiento derivado de la pandemia de COVID-19, y a partir del segundo año se incorporó la atención presencial en las instalaciones de la FESI.

El modelo de Donabedian

Como se ha señalado previamente, la evaluación de la calidad de los servicios de atención en escenarios de salud se realiza a partir de la propuesta por Donabedian (2003) y en términos de estructura, proceso y resultados, los que se conocen como la *triada de calidad*. Según dicho modelo, el primer paso en la evaluación consiste en hacer una descripción de cada uno de estos componentes (en el caso particular de un servicio de atención psicológica universitaria), lo que a su vez puede favorecer el desarrollo de ciertos indicadores derivados de esta primera etapa, los que pueden utilizarse en la medición de la calidad de otros espacios de atención que se ofrecen en otras instituciones de educación superior dentro y fuera de la UNAM.

Para los fines del presente estudio, en este primer documento se alude únicamente a los dos componentes iniciales de la triada de calidad, los cuales se presentan en los siguientes apartados.

Descripción de la estructura de APPOYA

En el modelo de Donabedian (1966; 2003), el análisis de la estructura implica la descripción de las condiciones bajo las cuales se brinda la atención, por lo que incluye los recursos materiales, los de equipamiento, espacios físicos, recursos humanos

(número, variedad y formación de los profesionales), además de las características organizacionales que se describen a continuación.

a. Recursos humanos.

Como se ha dicho antes, APPOYA se enmarca dentro de un modelo de docencia y servicio en atención de un primer contacto (Uribe *et al.*, 1981), en el que el docente asistencial tiene un papel clave como guía de los profesionales en formación durante su práctica, tanto en el sentido teórico, metodológico y técnico, como en el ético y experiencial (Pérez y Ríos, 2020), con la finalidad de que adquieran las competencias necesarias para

desempeñarse de forma idónea en los procesos de evaluación e intervención psicológica breve.

Los responsables y coordinadores de la estrategia son tres docentes o investigadores con grado de doctor adscritos a la División de Investigación y Posgrado de la FESI y que previamente se han formado como maestros en psicología con residencia en medicina conductual en trabajo asistencial en ambientes hospitalarios, y que además poseen experiencia clínica comprobable, docente y de supervisión, con formación cognitivo-conductual. Pese a que estos tres académicos son responsables de la estrategia, la que coordinan, se encargan asimismo de las tareas de capacitación y supervisión de los terapeutas; también desarrollan actividades específicas que se enlistan en la Tabla 1.

Tabla 1. Asignación de actividades para los responsables de APPOYA.

Actividad	C1	C2	C3
Administración de redes sociales	+		
Asignación y actualización de solicitudes de atención	+		
Revisión y actualización de concentrado de notas clínicas			+
Elaboración de reportes de productividad			+
Revisión de instrumentos de evaluación y material psicoeducativo	+	+	
Mantenimiento y actualización de encuestas de satisfacción		+	
Reclutamiento de voluntarios		+	+
Supervisión de terapeutas	+	+	+
Capacitación	+	+	+
Mantenimiento y actualización de sitio para terapeutas, público en general y <i>Classroom</i>	+	+	+

Nota. C1, C2 y C3 hacen referencia a los tres docentes que coordinan la estrategia.

Como se puede apreciar, hay actividades que solamente son efectuadas por uno de los coordinadores; por ejemplo, la administración de las redes sociales, incluyendo la publicación de contenidos y respuestas a mensajes; asignación y actualización de solicitudes de atención; es decir, asignación de cada nueva solicitud a un terapeuta, así como actualización del estado de las mismas (en proceso, concluida o cancelada), a cargo del C1. La revisión y actualización de notas clínicas (comprobación en la base de datos de que se hacen de manera correcta y con todos los campos requeridos a fin de no actualizar datos incorrectos o incompletos), así como elaborar el reporte mensual de productividad (que se elabora con datos como la cantidad de solicitudes recibidas y el estado general de los

procesos de atención), los que están a cargo del C3. El mantenimiento y actualización de las encuestas de satisfacción (revisión de la cantidad de encuestas recibidas y determinación del tipo de información que incluyen para realizar acciones concretas ante retroalimentaciones concretas), está a cargo del C2.

Otras actividades se desarrollan conjuntamente por los coordinadores; por ejemplo, la revisión de instrumentos de evaluación y del material psicoeducativo, lo que comprende la elección del instrumento, los recursos bibliohemerográficos que lo sustentan y las características de calificación (en el caso de los materiales psicoeducativos, se revisan los aspectos de contenido y diseño para su publicación en redes sociales), y por último la

supervisión de terapeutas (desde la asignación de cada caso, las decisiones clínicas a lo largo de la atención, las derivaciones y los materiales a incluir, entre otras); la capacitación de nuevos terapeutas, donde se revisan las generalidades de la evaluación conductual, las diversas actividades que comprenden el proceso de atención en APPOYA los ensayos de entrevista, modelado y retroalimentación; el mantenimiento y actualización del sitio de terapeutas, del público en general y de *Classroom* (que son espacios diferenciados donde se realizan procesos de publicación de recursos de trabajo para terapeutas, información general sobre la estrategia y contenidos de la capacitación, respectivamente). Los tres coordinadores se encargan de realizar tales actividades por igual.

En cuanto a los terapeutas que se integran a APPOYA, hay dos perfiles: por un lado, los estudiantes de posgrado en psicología, quienes cursan en ese momento la residencia en Medicina Conductual y que son asignados a la estrategia. El segundo perfil son los voluntarios, estudiantes recién egresados de la licenciatura en psicología, que tienen nociones generales del enfoque cognitivo-conductual en psicología clínica y de la salud. Ambos grupos de terapeutas reciben una capacitación intensiva en dos partes, la que se describe a continuación.

Capacitación

Todos los terapeutas que conforman APPOYA reciben capacitación sobre cuestiones claves para la estrategia en dos momentos. El primero consta del trabajo que cada terapeuta aspirante efectúa de forma autónoma en una plataforma asíncrona en la que se presentan contenidos teórico-prácticos bajo el enfoque cognitivo-conductual relacionados con la entrevista en escenarios clínicos, la formulación de casos, las principales técnicas de intervención, los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis, la elaboración de notas clínicas y el uso y características del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

La segunda etapa de la capacitación se desarrolla en un formato grupal en que se exponen las características, los objetivos y los procesos de APPOYA. Además, se llevan a cabo ensayos de los diversos puntos de la atención para modelar, corre-

gir y retroalimentar el desempeño; en tal sentido, se asegura que los terapeutas poseen los elementos necesarios para la adecuada ejecución antes, durante y después de cada sesión; es una tarea que no concluye con la capacitación, sino que se realiza de forma continua en las actividades de supervisión, como lo establece la American Psychological Association (APA) (2013, 2017), ya que, tal como afirma Sánchez (2021), la formación y actualización continua son esenciales para un desempeño profesional adecuado, por lo que adquirir la formación necesaria para el ejercicio de la profesión no es una tarea menor.

Dadas las características del servicio APPOYA, se considera deseable que los terapeutas posean, además de conocimientos teórico-prácticos básicos de TCC, un conjunto de competencias digitales necesarias para la prestación de servicios psicológicos a distancia, también conocidos como *telepsicología* (APA, 2013), los cuales pueden favorecer la efectividad de las intervenciones por este medio, de acuerdo con Gutiérrez (2020), entre las que se encuentran las siguientes:

- Conocimiento de los aspectos básicos para la conexión en línea, realización de videollamadas y resolución de problemas de quienes solicitan consulta.
- Gestión de diversos documentos digitales para el desarrollo de la sesión y actividades administrativas.
- Habilidades para la elaboración de material psicoeducativo en plataformas de diseño.

Añadido a lo anterior, se considera asimismo indispensable el conocimiento de los principios éticos generales en vigor de quienes ejercen la psicología en México, entre los que destacan el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, el cuidado responsable, la integridad de las relaciones, la justicia y, por último, la responsabilidad hacia la sociedad (APA, 2017; Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

b) Infraestructura física.

Durante el primer año de funcionamiento de la estrategia, la atención se centró en el formato *online*, por lo que los recursos físicos se abordaron

en sesiones realizadas a través de la tecnología, lo que requirió que tanto los responsables como los terapeutas dispusieran de una habitación con la privacidad y el equipo necesarios para llevar a cabo las sesiones.

La primera generación de terapeutas estudiantes del posgrado fue favorecida por la FESI con el préstamo de una tableta electrónica a cada uno de éstos para facilitar su atención en línea, las cuales fueron devueltas a la institución al término formal del periodo de actividades en casa. Al reiniciarse la vuelta a las actividades en la facultad, y hasta hoy, se cuenta con tres consultorios para la atención psicológica, con los insumos necesarios para las sesiones administrados por CAOPE. El horario para el empleo de estos espacios es de lunes a viernes de 8 a 14 horas.

Se emplean además los recursos siguientes: una laptop Dell y una iPad donadas, con acceso al internet institucional, con cámara y micrófono, y para las sesiones de supervisión, los responsables de APOYA disponen de un cubículo dentro de la FESI, en el que se cuenta con cuatro equipos de cómputo de escritorio, así como carnets de citas y recordatorios, recurso puesto en marcha a partir del año 2024, con la finalidad de que se entreguen a cada consultante en su primera sesión.

c) Infraestructura tecnológica.

Debido al contexto en que se originó APOYA, aunado a la forma en la que actualmente funciona, este tipo de infraestructura es uno de los principales pilares para el adecuado funcionamiento de la estrategia. Entre sus elementos se encuentran los siguientes.

**Google Workspace for Education®.* Como académicos y alumnos de la FESI, es posible tener acceso a un conjunto de herramientas colaborativas para diversas tareas relacionadas con las actividades académicas y las de supervisión y capacitación. En la estrategia se utiliza Google Sites, con la cual se diseñó un sitio web para el público en general con la URL <https://sites.google.com/iztacala.unam.mx/appoyaiztacala/inicio> en el que se presentan las características generales de APOYA, los pasos generales de los que se compone la atención, y el enlace para el llenado de solicitudes. Con esta

misma herramienta se diseñó un sitio web con acceso restringido para los terapeutas activos, que tiene como propósito ser una guía/recordatorio; en esta página se encuentran diversas secciones que tienen como finalidad poner al alcance del usuario los recursos relacionados con su labor cotidiana en la estrategia, los cuales van desde elaborar enlaces a la agenda, concentrados de notas clínicas, detalles de procesos específicos, biblioteca de instrumentos y materiales técnicos de consulta.

Otras herramientas derivadas de Google Workspace for Education que se emplean en APOYA corresponden a *Google Classroom*, donde se programan los contenidos, las actividades formativas y de evaluación vinculadas con la capacitación de cada nuevo grupo de terapeutas, así como *Google Meet*, a través de la cual se gestionan las sesiones en línea con los consultantes que lo requieren.

Jotform® (2024). En esta plataforma ésta se crean formularios en línea para cifrar los datos recibidos, incluir condiciones lógicas, agregar *wid-gets* para la selección de horarios de atención y generación de reportes, por lo que responde a las necesidades de la estrategia. En esta plataforma se diseñan, editan y administran las solicitudes de atención, los instrumentos de evaluación complementarios y la encuesta de satisfacción.

Visio de Microsoft®. Es ésta una plataforma colaborativa que contiene herramientas para generar, editar y compartir procesos.

d) Documentos digitales.

Para el funcionamiento correcto de las tareas de la estrategia, se requieren diversos documentos, los cuales tienen como objetivo favorecer la responsabilidad civil relacionada con la práctica clínica (Trejo, 2020). A modo de ejemplo se enlistan los siguientes:

Permiso para uso de imagen. En este documento, diseñado para ser firmado por quienes fun-gen como terapeutas, se solicita su autorización para utilizar su imagen, tanto en el sitio web de APOYA para el público, como para las publicaciones en las redes sociales de la estrategia. *Acuerdo de confidencialidad y compromisos de los terapeutas.* Es un documento elaborado por la coordinación de la estrategia para indicar los com-

promisos que adquieren los terapeutas durante su participación en APPOYA, subrayando los comportamientos éticos relativos a la confidencialidad de la información obtenida.

Lineamientos generales para la atención, tanto para sesiones a distancia como presenciales. Este documento se solicita por el CAOPE para que todos los psicólogos que participan en sus diversas estrategias, incluyendo a APPOYA, identifiquen los comportamientos necesarios para brindar atención psicológica de calidad, Aviso de Privacidad. Dentro de los formularios relacionados con las solicitudes de atención, los instrumentos de evaluación complementarios y la encuesta de satisfacción, se incluye el Aviso de Privacidad Simplificado de la FESI, el cual puede consultarse en la siguiente dirección: https://www.iztacala.unam.mx/documentos/APS_FESI.pdf

Consentimiento informado. Elaborado por el CAOPE y revisado por el área jurídica de la FESI, este documento se emplea para poder asignar la solicitud de atención. Cada consultante debe requisar y firmar, digital o de forma autógrafa, el formato y adjuntarlo a su solicitud de atención.

Aval del Comité de Ética. Con la finalidad avalar las tareas de investigación derivadas del trabajo en la estrategia y los instrumentos de evaluación complementarios, se solicitó la revisión por el Comité de Ética de la facultad, obteniéndose los números de registro CE/FESI/072022/1527 y CE/FESI/142023/1606, respectivamente.

e) Redes sociales.

Con el propósito de divulgar las características de la estrategia entre los integrantes de la comunidad universitaria, se crearon perfiles en dos de las redes sociales identificadas por el Instituto Federal de Comunicaciones (IFT) (2022) como las de mayor uso en México: Facebook e Instagram, que ocupan el segundo y tercer lugares de uso, respectivamente. Esas redes sociales se emplean para facilitar la información sobre los objetivos, modalidades, horarios y motivos de consulta de la estrategia, así como mostrar publicaciones con temas relacionados con la salud mental y la problemática que se presenta con mayor frecuencia en los motivos de consulta. Por otro lado, pese a que en el primer lugar de uso se encuentra WhatsApp

(IFT, 2022), esta red social únicamente se utiliza como medio de comunicación entre los terapeutas y los coordinadores de la estrategia.

Las características de estructura que facilitan las actividades de APPOYA, aunque como afirma Donabedian (2003) es un aspecto necesario para evaluar la calidad de la atención de un servicio, no es el único a destacar, pues también se requiere mostrar los elementos que componen el proceso con el que la referida atención se pone en marcha, lo cual se puntualiza a continuación.

PROCESOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE APPOYA

El segundo aspecto del modelo de Donabedian (2003) para la evaluación de calidad en los servicios de atención es el *proceso*, al que describe como el conjunto de actividades que deben realizar los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios de salud. De esta forma se puede saber cómo actuar, o bien generar protocolos dirigidos a los puntos clave de la atención. Para Lorenzo (2023), un proceso es el “conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido” (p. 492). Ambas definiciones ponen de relieve la importancia del mismo, ya que permiten obtener información sobre las diversas actividades que se implican en un servicio de salud, y con ello es posible determinar la naturaleza de la calidad de la atención en conjunto con los aspectos de estructura y resultados, y así contar con los tres elementos con los que pueden desarrollarse indicadores para evaluar la calidad y encontrar evidencias de la necesidad de implementar mejoras.

Convencionalmente, los procesos se representan de manera gráfica a través de flujogramas en los que se indican componentes y actividades. En el campo de la psicología clínica, Birgier (1976) resalta su uso, toda vez que considera que la labor del psicólogo en escenarios asistenciales puede analizarse mediante un conjunto de operaciones explicadas y programadas, logrando así pasos o secuencias explícitas con la ayuda de un diagrama

lógico desarrollado de forma lineal o en paralelo. En la representación de un proceso se incluyen formas geométricas particulares cuyo significado le da sentido a su lectura y, por ende, a su seguimiento. En la Figura 1 se muestran las que se

emplean con mayor frecuencia en cualquier diagrama de flujo y, por consiguiente, en la representación de los procesos de APPOYA en conjunto con su definición.

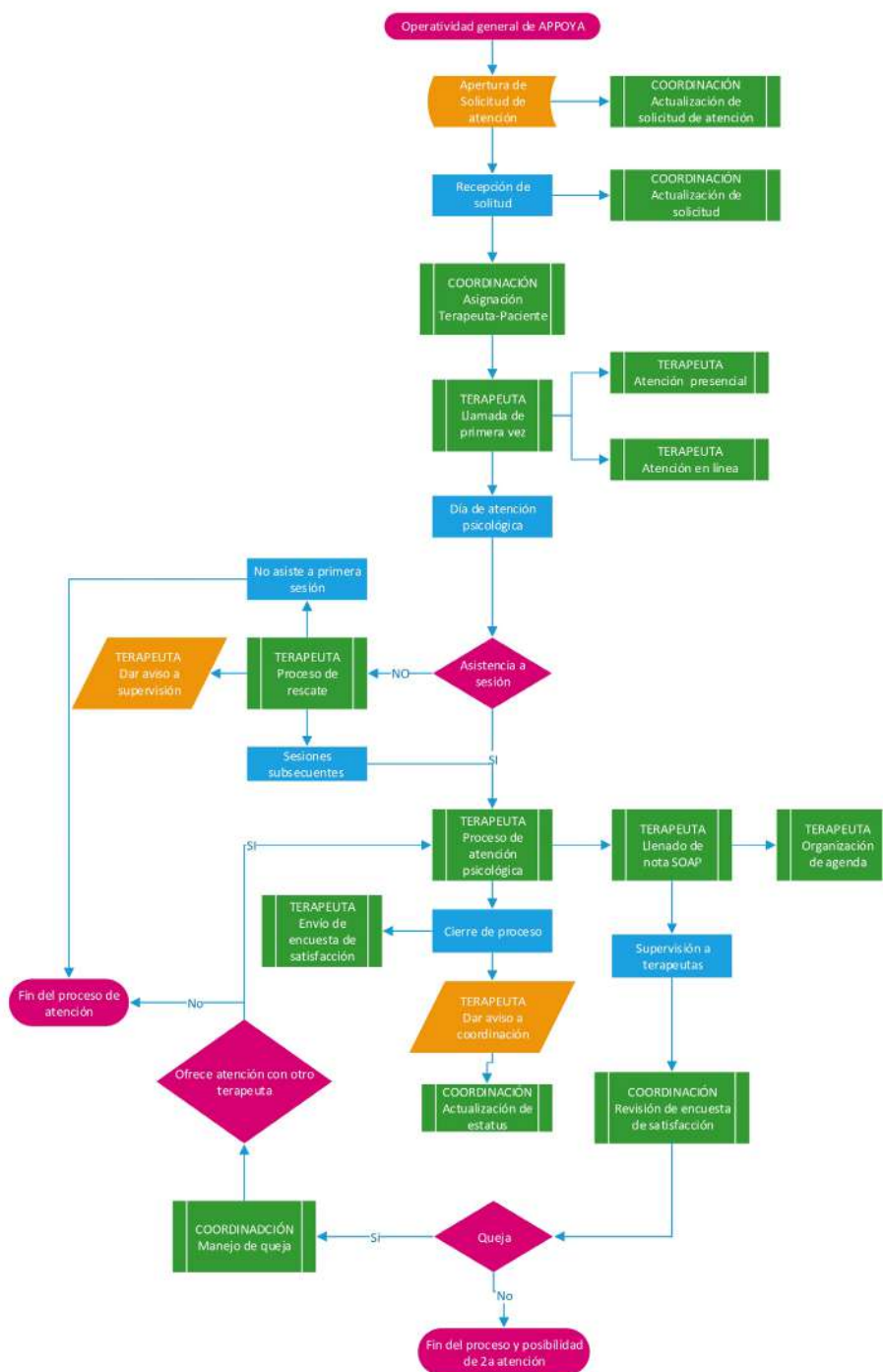
Figura 1. Definición y simbología en los procesos generales de la estrategia APPOYA.



Es así que, como parte de la experiencia obtenida desde la creación de APPOYA, y dada la demanda por parte de la comunidad universitaria y las modificaciones en el número y tipo de terapeutas por semestre, se hace necesario desarrollar procesos que optimicen la operatividad de la estrategia a fin de brindar guías de actuación para los supervisores, los terapeutas en capacitación y los terapeutas en su quehacer diario con los usuarios.

Para simplificar la operatividad de la estrategia APPOYA se diseñó el proceso general de aten-

ción; en la Figura 2 se muestra el inicio del mismo con la solicitud, y durante el flujo del diagrama se observa de manera adyacente a algunas figuras uno o varios subprocesos, en los que se destaca el elemento que ejecuta las actividades (terapeuta o supervisor), lo que indica que existen en su interior otros procesos con sus características propias; asimismo, otras formas representan la toma de decisiones que cambian el flujo hacia otras líneas de actuación, todo lo cual genera un circuito que se alimenta de forma continua.

Figura 2. Proceso de Atención General de APPOYA.

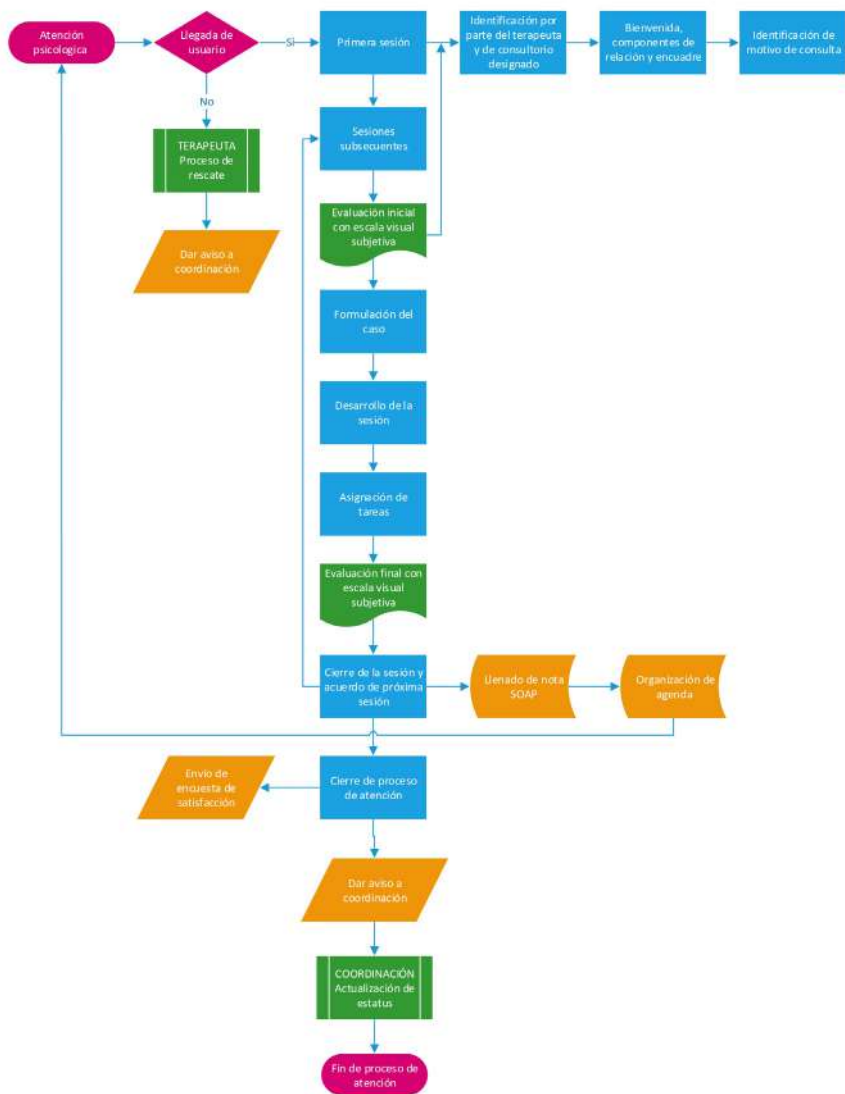
Ambos procesos pueden calificarse como complejos, ya que puede observarse la presencia de varios subprocesos en cada uno. Asimismo, se aprecian en la Figura 3 las diferentes actividades que se realizan y que no se reducen exclusivamente a la asignación de los usuarios a los terapeutas y al

proceso de atención psicológica; por el contrario, denotan un trabajo sistematizado y ordenado susceptible de evaluación, ajuste o modificación en cada uno de sus elementos, diferenciando así la operatividad desde la apertura de la plataforma de recepción de solicitudes de atención y la atención

psicológica otorgada por los terapeutas, hasta la satisfacción del usuario con el servicio otorgado. Un ejemplo de esta sistematización puede hallarse en que, desde su apertura, la estrategia APPOYA no presenta puntos de estrangulamiento o “cuellos de botella” en el proceso de asignación de solicitudes, ya que se ofrece solamente la cantidad de espacios disponibles por terapeuta, por lo que tampoco existen listas de espera, de manera que la recepción de nuevas solicitudes se efectúa únicamente cuando uno o más terapeutas tienen espacios de atención libres. Tal proceso ha favorecido

el que si bien la demanda de atención no disminuye, los recursos humanos de los que se dispone se administren de mejor manera, además de evitar que las personas interesadas en recibir la atención permanezcan esperando el servicio durante semanas e incluso meses (Cerolini *et al.*, 2023). A partir de este conjunto de procesos se podrá evaluar de manera continua la calidad de la atención dando resultados que no sólo generen evidencias acerca del funcionamiento de APPOYA, sino que favorezcan la sistematización y, finalmente, eleven sus estándares de actuación.

Figura 3. Proceso de Atención Psicológica de APPOYA.



DISCUSIÓN

APPOYA se diseñó a partir de necesidades específicas derivadas de la pandemia de covid-19 debido al cierre de espacios donde se llevaba a cabo el trabajo asistencial, por lo que su objetivo inicial fue proporcionar un espacio formativo para los estudiantes de posgrado, además de atender la creciente demanda de atención de los problemas de salud mental de la comunidad universitaria durante dicho periodo. En el momento de su apertura, la estrategia satisfizo esas necesidades de atención, pero considerando los señalamientos de la OPS (2023) respecto de los objetivos de la atención primaria en salud mental, si bien se busca atender diversas necesidades psicológicas en servicios de salud no especializados, y con ello cerrar la brecha en la salud mental al acercar el servicio a más personas, este tipo de atención, en la práctica, se encuentra con limitaciones relacionadas con la demanda constante por parte de quienes usan el servicio durante una mayor cantidad de sesiones; aunado a ello, los motivos de atención son complejos ya que incluyen diversos problemas de gran impacto (ansiedad, depresión, intento de suicidio, consumo de sustancias, entornos sociales y familiares violentos, entre muchos otros), lo que hace que la estrategia se vea rebasada en cuanto a sus alcances y recursos humanos disponibles.

Al ser APPOYA un servicio administrado desde un espacio universitario orientado a la formación de recursos, se enmarca en el modelo docente asistencial en un nivel de atención primaria con recursos humanos no especializados en los que, al contar con dos perfiles de terapeutas, se favorece que los estudiantes egresados de la licenciatura cuenten con escenarios de entrenamiento supervisado que complementarán su especialización posterior (Uribe *et al.*, 1981), mientras que en los estudiantes de posgrado se mantiene su formación y el ejercicio de actividades asistenciales en escenarios que les hacen posible la toma de decisiones adecuadas para la canalización y referencia a otros servicios especializados. En el caso de APPOYA, dichos objetivos se cumplen para todos los terapeutas; sin embargo, en el caso de quienes participan como voluntarios, el proceso de supervisión inicial es más estrecho, ya que pese a que

están capacitados intensivamente, requieren más tiempo tanto para la revisión de sus notas como en la discusión de cada caso (en la evaluación y las estrategias de intervención), lo que se desarrolla de manera individual; por lo tanto, si bien es un desafío en términos del tiempo requerido para supervisar a cada terapeuta, con el paso del tiempo redundará en un mayor desarrollo de sus habilidades (Wilson *et al.*, 2016), por lo que las sesiones de supervisión posteriores son más eficientes. Además, como señalan Saúl *et al.* (2009) y Urdiales (2015), estos espacios buscan ofrecer atención de calidad a quienes conforman una comunidad, en este caso de alumnos, egresados, docentes y trabajadores de la UNAM.

La evaluación de la calidad puede realizarse a partir de diversos modelos, entre los cuales uno de los más utilizados en los servicios de salud es el de Donabedian (1966, 2003), quien sugiere una tríada compuesta por estructura, proceso y resultados, a partir de la cual es posible generar indicadores compuestos de normas y criterios de una evaluación sistemática, que además evidencien la implementación de ciclos de mejora; es, pues, un modelo de estrategias combinadas en el que se requiere presentar el estado en que se encuentra el servicio que ha de someterse a un proceso de evaluación. De ahí que en este escrito se subrayan las características de APPOYA en cuanto a su estructura y procesos como un primer paso para la estimación de su calidad. En palabras de Donabedian, el modelo no evalúa la calidad por sí misma, lo cual conlleva una serie de limitaciones, entre las que destacan las siguientes: 1) no existe homogeneidad entre los indicadores para la evaluación de los servicios, ya que cada uno determina qué aspectos ha de resaltar; 2) las categorías propuestas por el modelo son muy amplias y pretenden evaluar el impacto de la atención a gran escala (calidad de vida, social, institucional, etc.), por lo que intentar recolectar esos datos rebasa los alcances de las estrategias vinculadas con los servicios de atención universitarios, que tienen recursos limitados para la ejecución de seguimientos a mediano y largo plazo; además, al estar constituidos como estrategias de atención primaria, la evaluación de sus resultados se concentra en indicadores de corto plazo (OPS, 2023); 3) el modelo puede ofrecer un marco

general para organizar los servicios de atención psicológica considerando aspectos estructurales y de proceso, pero puede no reflejar la complejidad de los problemas psicológicos y su atención (Sepeng *et al.*, 2023); finalmente, 4) si bien la operacionalización de elementos de estructura y proceso pueden resultar relativamente sencillos, no sucede lo mismo en el área de resultados, ya que pueden incluir indicadores subjetivos que no se consideran en el modelo, lo que dificulta que se identifique con claridad el impacto de la atención en los consultantes.

No obstante tales limitaciones del modelo, se le emplea extensamente para caracterizar los servicios de salud en todo el mundo, lo que resulta relevante si se considera que con la creciente demanda de atención derivada de las crecientes afectaciones a la salud mental, los servicios psicológicos tanto públicos como privados también han crecido (Regalado *et al.*, 2023). Una de las principales contribuciones del modelo de Donabedian es que ofrece un marco a partir del cual es posible describir de manera organizada las características de un servicio. En el caso de la asistencia universitaria de atención psicológica, Cerolini *et al.* (2023) resaltan la necesidad de hacer evaluaciones de dichos servicios y la satisfacción de los usuarios, así como las características de los psicólogos que atienden las estrategias, entre otros aspectos, por lo que contar con información sobre las diversas aristas que componen un servicio resulta fundamental.

Pese a que existen algunos precedentes sobre la revisión de la evolución y características de los servicios de atención psicológica universitarios (Osborn *et al.*, 2022; Sánchez-García *et al.*, 2008; Saúl *et al.*, 2009), la conclusión apunta a la creación, descripción explícita y aplicación en escenarios de práctica de los indicadores, sin que

hasta el momento se cuente con éstos o bien la evaluación de la calidad en la mayoría de los casos se concentra en la satisfacción con el servicio, lo cual, como destaca Donabedian (2003), resulta ser una tarea incompleta.

La descripción de la estructura y los procesos de la estrategia APPOYA aquí presentada se considera un acercamiento a la meta no sólo de la creación de los indicadores, sino también de poder contribuir con ellos a la valoración de ésta y otras estrategias con características similares, ya que si bien se han detectado prácticas que pueden ser útiles para otros servicios universitarios (como la creación de perfiles en redes sociales que permiten la promoción y prevención de problemáticas psicológicas, recepción de solicitudes acorde con disponibilidad o desarrollo de sitio de terapeutas para la consulta permanente de procesos, entre otros), aún queda pendiente la descripción de los resultados que se han obtenido hasta el momento; Sin embargo, a manera de adelanto se puede mencionar que tal estrategia ha recibido más de mil solicitudes desde su apertura hasta hoy, las cuales han reflejado datos similares respecto al incremento de las cifras de ansiedad, depresión y estrés como los principales problemas en la población universitaria. Tales datos son la base para avanzar en la evaluación de la calidad y, de acuerdo con Donabedian (1966, 2003), se enfocan en la evaluación de los cambios (deseados o no) derivados de la atención brindada; así, su descripción es parte de la continuidad de esta línea de investigación, y al completar esta primera descripción de la tríada de calidad los alcances de este proyecto pueden sentar precedentes para evaluar servicios ya existentes, o bien ser de utilidad para la creación de futuras estrategias de atención psicológica dentro de una o más facultades.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el financiamiento otorgado por el Programa UNAM-PAPIIT IN304223.

Citación: Bravo-González, M.C., Ordaz-Carrillo, M.I., Miguel-Corona, R. y Vaquero-Cázares, J.E. (2026). El modelo de Donabedian en la atención psicológica de primera orientación y ayuda (APPOYA): estructura y proceso. *Psicología y Salud*, 36(1), 79-92. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3034>

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). *Guidelines for the practice of Telepsychology*. Washington, DC: APA. Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*. Washington, DC: APA. Recuperado de: APA. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Birgier, A. (1976). Aplicación de fluxogramas a la psicología clínica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8(1), 69-90.
- Bravo, M.C., Miguel, R. y Ordaz, M.I. (2023). *Atención psicológica de primera orientación y ayuda*. Recuperado de <https://sites.google.com/iztacala.unam.mx/appoyaiztacala>
- Cerolini, S., Zagaria, A., Franchini, C., Maniaci, V.G., Fortunato, A., Petrocchi, C. Speranza, A.M. y Lombardo, C. (2023) Psychological counseling among university students worldwide: a systematic review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(9), 1831-1849. Doi: 10.3390/ejihpe13090133
- Dávila, P.D. (2019). Prólogo. En C. Santillán y A. Corchado (Coords.). *Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes, CAOPE* (pp. I-III). México: FES-Iztacala UNAM.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/3348969>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- García-Fabila, E. (2018). Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. *Medicina e Investigación*, 6(1), 48-52.
- Gutiérrez, R., (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. Doi: 10.25009/pys.v30i1.2640
- Hernández, M. (2021, 2 de febrero). "Procura UNAM salud mental de universitarios". *Gaceta UNAM*, 5(180).
- Instituto Federal de Comunicaciones (2022). *Encuesta sobre el uso y sustitución de las redes sociales 2022*. Recuperado de <https://www.ift.org.mx/sites/default/files/contenidogeneral/usuarios-y-audiencias/encuestassobreeelusosustituciondelas-redessociales2022.pdf>
- Lima, B.R. (1986). La atención primaria en salud mental. *Salud Pública de México*, 4(28), 354-360.
- López, E. (2021, 31 de mayo). "Inicia actividad nueva estrategia de apoyo psicológico del CAOPE". *Gaceta Iztacala UNAM*. Recuperado de <https://fenix.iztacala.unam.mx/?p=30613>
- Lorenzo M., S. (2023). Gestión de calidad. En M.D. Ayuso y R.F. Grande (Coords.): *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias* (pp. 481-509). Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Constitución: Principios*. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Boletín Desastres N.131: Impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental de la población*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Salud mental en atención primaria*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>
- Organización Panamericana de la Salud (2024). *Comisión de alto nivel en salud mental y covid-19 de la OPS*. Recuperado de <https://mhc.paho.org/es>
- Osborn, T.G., Saunders, S.L.R. y Fonagy, P. (2022). University students use of mental health services: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(57), 1-34. Doi: 10.1186/s13033-022-00569-0
- Pérez J., R. y RíosM., C. (2020). Docente asistencial y la formación de talento humano en salud para psicólogos en ambientes virtuales de aprendizaje. *Reflexiones y Saberes*, (vol. esp.), 29-33.
- Regalado, M., Baltazar, H., Pineda, F. y Medina, A. (2023). La salud mental en los jóvenes universitarios: un desafío para las instituciones. *Atención Primaria Práctica*, 5(4), 1-2. Doi: 10.1016/j.appr.2023.100182.
- Sánchez, A., (2021). *Aplicación de los principios éticos en las psicologías*. Guadalajara (México): ITESO Universidad Jesuita de Guadalajara.
- Sánchez G., M.F., Guillamón F., J.R., Ferrer S., P., Villalba V., E., Martín C., A.M. y Pérez G., J. (2008). Situación actual de los servicios de orientación universitaria: estudio descriptivo. *Revista de Educación*, 345, 329-352. Recuperado de <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:46e77ea5-2ff5-4b70-8322-06b0132da826/re34514-pdf.pdf>
- Saúl L., A., López G., M.A. y Bermejo B., G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción Psicológica*, 6(1), 17-40.

- Secretaría de Salud (2023, 18 de febrero). “*Pandemia de COVID-19 impactó salud mental de la población y del personal médico*”. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/037-pandemia-de-covid-19-impacto-salud-mental-de-la-poblacion-y-del-personal-medico?idiom=es>
- Sepeng, N.V., Makhado, T.G. y Makhado, L. (2023). Conceptual framework for rape survivors diagnosed with PTSD in the North West Province of South Africa. *Healthcare*, 11(127). <https://doi.org/10.3390/healthcare11010127>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Trejo, K., (2020). Principales supuestos de responsabilidad civil en el ejercicio profesional del psicólogo clínico en México. *Revista IUS*, 14(46), 269-283. Doi: 10.35487/rius.v14i46.2020.524
- Universidad Nacional Autónoma de México (2021). *Comité Técnico para la Atención de la Salud Mental*. Recuperado de <https://saludmental.unam.mx/comite.htm>
- Urdiales, M. (2015). Centro de atención psicológica de una universidad pública: características, programas y situación actual. *Uaricha, Revista de Psicología*, 12(28), 21-33. Doi: 10.35830/urp.v12i28.26
- Uribe, R., Ponce de León, H., Gómez, V., Hernández, J. y Rivero, O., (1981). Módulo universitario docente asistencial. Una alternativa a la educación médica. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 24(3), 36-44.
- Wilson, H., Davies, J. y Weatherhead, S., (2016). Trainee therapists’ experiences of supervision during training: a meta-synthesis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(4), 340-350. Doi: 10.1002/cpp.1957

Análisis factorial confirmatorio del *Varieties of Inner Speech* *Questionnaire* en una muestra mexicana

Confirmatory factor analysis of the Varieties of Inner Speech Questionnaire *in a Mexican sample*

Leonardo Daniel Rivera-Valdez^{1, 2}, Said Jiménez-Pacheco¹
y Claudia de la Cerda-Rosales¹

Instituto Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina
y Ciencias de la Salud¹
Universidad Nacional Autónoma de México²

Autor para correspondencia: Leonardo D. Rivera-Valdez, leonardo.riv.val@gmail.com.

RESUMEN

El habla interna es una experiencia común a todos los seres humanos; sin embargo, hay actualmente pocas formas de estudiarla, y menos aún en nuestro país. Es por ello que el propósito principal del presente estudio fue traducir al español y confirmar la estructura factorial de la versión revisada de la *Varieties of Inner Speech Questionnaire* en una muestra mexicana. Para dicho propósito, un total de 300 personas, con edades de 18 años en adelante completaron dicha versión abreviada. Los resultados mostraron que los índices de ajuste del modelo fueron adecuados para la misma, además de que muestra adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad. Se proponen algunas vías futuras de estudio para el campo de la psicopatología y la autorregulación, como la metacognición y el funcionamiento ejecutivo.

Palabras clave: Habla interna; Habla privada; Cuestionarios; Autorregulación; Análisis factorial confirmatorio.

ABSTRACT

Inner speech is a common experience for all of us; however, there are currently few ways to study it, particularly in our country. Thus, the main purpose of the present study was to translate into Spanish and confirm the factor structure of the revised version of the Varieties of Inner Speech Questionnaire in a Mexican sample. A total of 300 participants aged 18 or more, completed such revised version. The results showed that the fitness of the model was adequate for an abbreviated version of the scale. In addition, it presents adequate psychometric reliability properties. Some future research avenues are proposed for the field of psychopathology and self-regulation, particularly in areas such as metacognition and executive functioning.

Key words: Inner speech; Private speech; Questionnaires; Self-regulation; Confirmatory factor analysis.

¹ Prol. Canal de Miramontes, Coapa, San Bartolo el Chico, Tlalpan, 14380 Ciudad de México, correos electrónicos: leonardo.riv.val@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5344-9173>; said.ejp@tec.mx, <https://orcid.org/0000-0003-3332-4151>; claudia.delacerda@tec.mx.

² Doctorante en Universidad Nacional Autónoma de México, Circuito Ciudad Universitaria, Avenida C.U., 04510 Ciudad de México.



Recibido: 24/09/2024

Aceptado: 03/10/2025

La noción del habla interna (HI en lo sucesivo) tiene una larga tradición desde Platón, quien comparaba el pensamiento con el discurso mental mantenido con uno mismo. Esta concepción es evidente en su respuesta a Teeteto bajo el personaje de Sócrates, quien a la pregunta “¿Qué es el pensamiento?”, responde: “Una charla que el alma tiene consigo misma acerca de los objetos bajo su consideración [...] Me parece que el alma, cuando piensa, está simplemente teniendo una discusión en la que se hace preguntas a sí misma y las responde ella misma” (Platón, 1997, p. 210).

El problema no había sido abordado sino hasta fechas más recientes, por psicólogos como Watson (1913), Vygotsky (2014) o Piaget (2005). En especial, Vygotsky generó una teoría marxista-spinozista sobre este proceso psicológico en el que postula que el mismo tiene sus orígenes sociales en la comunicación con los demás, internalizándose después y volviéndose un proceso clave para la autorregulación, al haber notado que no había una relación de equivalencia entre las distintas formas de desarrollo, sino cambios cualitativos bruscos entre ellas. Así, mientras que el habla social es comunicativa, el habla privada (HP) y el HI no tienen la misma función, sino que en éstas es principalmente regulativa. Además, entre el HP y el HI hay diferencias importantes (más allá de la audibilidad/no audibilidad), como la abreviación sintáctica, o sea, la predominancia de la forma predicativa y la ausencia del sujeto, la aglutinación semántica, esto es, el que unas palabras condensan significados más amplios, y el predominio del sentido sobre el significado en el HI. Otros autores, como Fernyhough (1996, 2008, 2009) han notado que una característica importante de la HI y la HP, debido a su origen social, es su carácter dialógico, o sea, con forma conversativa entre dos o más puntos de vista o voces (Bajtín, 1982). Este paso de lo externo a lo interno es lo que se ha denominado “proceso de internalización” o “interiorización” del habla; sin embargo, como Rivera (2024) afirma, es una “internalización” en el sentido de la dirección de las formas, pero no en el

sentido mecánico de la conformación del plano psicológico, como sostenía la teoría de la actividad.

Desde entonces, los procesos de conformación del HI, en especial el momento del HP, han sido ampliamente estudiados en poblaciones con niños preescolares (Alarcón *et al.*, 2014; Azmitia, 1992; Benigno *et al.*, 2011; Berk, 1986, 1992; Fernyhough y Meins, 2009; Kohlberg *et al.*, 1968; Montero *et al.*, 2001; Rivera y López, 2024; Rivera *et al.*, 2023; Winsler, 2009) y en diversas poblaciones con problemas del desarrollo, como TDAH, autismo, trastorno del desarrollo del lenguaje (Abdul *et al.*, 2017; Corkum *et al.*, 2008; Holland y Low, 2010; Lidstone *et al.*, 2009, 2012; Mulvihill *et al.*, 2020; Wallace *et al.*, 2009; Whitehouse *et al.*, 2006; Williams *et al.*, 2008, 2012, 2016; Williams (2010), Williams y Jarrold), tanto en condiciones naturales como por manipulación experimental (Fatzer y Roebbers, 2012; Fernyhough y Fradley, 2005; Lidstone *et al.*, 2010; Winsler, 2009). Sin embargo, a menudo no se hace la adecuada clarificación entre el estudio del HP y del HI. Recientemente, con el uso de cuestionarios (Alderson-Day *et al.*, 2018; McCarthy-Jones y Fernyhough, 2011), y métodos fenomenológicos tales como el muestreo experiencial de Hulburt (2013), se ha empezado a remediar lo anterior centrándose en el fenómeno del HI, sobre todo utilizando el *Varieties of Inner Speech Questionnaire* (VISQ).

Este último instrumento consta de 18 preguntas cuyas respuestas se evalúan en una escala Likert con recorrido de 1 (“No es mi caso en absoluto”) a 5 (“Sin duda es mi caso”). Las dimensiones del HI propuestas por Vygotsky (2014) y ampliadas por Fernyhough (1996, 2008, 2009) en su concepción dialógica son, a saber: 1) HI *condensada*, como en «Mi forma de pensar con palabras es abreviada, en comparación a como hablo normalmente en voz alta. Por ejemplo, en vez de decirme cosas como “Tengo que ir a comprar”, simplemente me digo mentalmente “Comprar”»; 2) HI *dialógica*, como en “Cuando hablo mentalmente conmigo mismo sobre algo es como si me hiciera las mismas preguntas y las respondiera una y otra vez”; 3) *Otras personas* en el HI, como en el ítem “Oigo las voces reales de otras personas diciéndome cosas que alguna vez ya me han dicho”; 4) HI *evaluativa/motivacional*, como “Escucho la

voz de otra persona en mi cabeza; por ejemplo, cuando hago alguna tontería escucho en mi mente la voz de mi madre criticándome” (McCarthy-Jones y Fernyhough, 2011).

Sin embargo, dicho instrumento se amplió después a 26 preguntas en su versión revisada, con otra escala Likert que va de “Nunca” (1) a “Siempre” (7), además de que se le agregó otro factor, obteniéndose ahora otros dos factores diferenciados adicionales: uno evaluativo/crítico y otro regulativo/positivo, que hacen posible diferenciar dos aspectos que han sido claves en otras líneas de estudio del HI, como la clínica cognitivo-conductual y la psicología del deporte. El factor evaluativo/crítico se asocia a ítems como “Pienso en mi habla interna acerca de qué he hecho y si fue correcto o no”, mientras que el regulativo/positivo lo hace con “Cuando estoy enojado mi habla interna me ayuda a calmarme” (Alderson-Day *et al.*, 2018).

El VISQ se ha validado en España (Perona *et al.*, 2017), Colombia (Tamayo *et al.*, 2016) y China (Ren *et al.*, 2016), y en Israel en su versión revisada (Sabag *et al.*, 2023), confirmando, aunque no siempre, los diferentes factores del VISQ original y los de su versión revisada. En la versión española se encontró la misma estructura factorial, pero los autores hicieron una distinción entre el factor “Otras personas” y el de “Diálogo con posiciones del sí-mismo”, argumentando que el primero de éstos tiene en el VISQ original la característica de ser pasivo y, por tanto, algo más similar a lo que se llama “escucha interna”, a diferencia de un diálogo activo (Hurlburt *et al.*, 2013; Perona *et al.*, 2017). En la versión colombiana, a su vez, solamente se encontraron tres factores, que corresponden a las dimensiones “Otras personas”, “Condensación” y un factor mixto Dialógico/Evaluativo del VISQ original (Tamayo *et al.*, 2016).

Además de ello, los estudios antes mencionados han replicado y expandido los resultados de las relaciones entre el VISQ y diferentes variables, como la ansiedad, la depresión, las alucinaciones auditivas y la disociación. En el estudio original, McCarthy-Jones y Fernyhough (2011) hallaron que la ansiedad y la depresión correlacionaban positivamente con el HI en sus dimensiones “Otras per-

sonas” y “Evaluativa/emocional”, mientras que la dimensión “Dialógica” fue la única predictora de la propensión a las alucinaciones auditivas. Tales correlaciones se han visto confirmadas nuevamente en los análisis hechos con la versión revisada (Alderson-Day *et al.*, 2018). Asimismo, los estudios de Perona *et al.* (2017) y Alderson-Day *et al.* (2018) demostraron que la dimensión de Disociación es una variable que media, aunque no completamente, entre las dimensiones del HI y la propensión a las alucinaciones auditivas.

Es debido a lo anterior que el presente estudio pretende confirmar la estructura factorial de la escala revisada del VISQ en una muestra mexicana de 18 años de edad en adelante.

MÉTODO

Participantes

Se reclutó un total de 300 participantes de entre 18 y 71 años de edad ($M = 29.61$ años, $D.E. = 12.50$), de los cuales 186 eran mujeres (62 %), 110 varones (36.6 %) y 4 no-binarios (1.3%). Dicho reclutamiento se llevó a cabo en diferentes áreas de la Ciudad de México, tanto de manera presencial en áreas públicas y privadas, como virtual a través de diferentes canales de comunicación, como correo, WhatsApp, Facebook, etc. Los participantes respondieron en persona el cuestionario en la plataforma Google Forms, o en una tableta o teléfono celular mediante un código QR. El estudio se efectuó teniendo en cuenta los principios de la declaración de Helsinki y otras normas de consentimiento y confidencialidad vigentes en México (*cf.* Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), por lo que se tomaron las medidas necesarias para mantener el respeto, la autonomía y la estimación de la utilidad de la investigación, así como para proteger los datos de los participantes, cada uno de los cuales firmó una carta de consentimiento informado previamente al llenado del formulario, en el cual se especificaba el objetivo del estudio (esto es, la validación del instrumento), el anonimato de los participantes mediante la codificación de sus nombres, y la restricción del acceso a sus

datos para su uso sólo con fines académicos. Además, se especificó que el participante era libre de responder el cuestionario y de abandonar el estudio en cualquier momento que lo deseara.

Procedimiento

Sobre la base de anteriores estudios de validación y traducción del VISQ (Ren *et al.*, 2016; Perona *et al.*, 2017; Tamayo *et al.*, 2016; Sabag *et al.*, 2023), se tradujeron los ítems del VISQ revisado de Alderson-Day *et al.* (2018) mediante el método inverso, que consiste en la traducción de los ítems al español, y luego nuevamente al inglés, para así evaluar

su idoneidad y precisión. Inicialmente, los presentes autores tradujeron y adaptaron los ítems, además de que comentaron los cambios efectuados con el propio autor principal de la versión original, C. Fernyhough. Después, se tradujeron nuevamente al inglés con el apoyo de una profesora con certificación de la Universidad de Cambridge. Hecho lo anterior, los presentes autores discutieron entre si los ítems requerían modificarse en algún grado; finalmente, la escala resultante se piloteó en un grupo de alumnos de psicología y se determinaron los detalles finales para su aplicación definitiva (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las versiones original y traducida del VISQ revisado.

Factor	Original	Traducción al español
Dialógico	1) <i>When I am talking to myself about things in my mind, it is like I am going back and forward asking myself questions and then answering them.</i>	Cuando hablo mentalmente conmigo mismo es como si me hiciera preguntas y las respondiera yo mismo como en una conversación.
	2) <i>My thinking in words is more like a dialog with myself, rather than my own thoughts in a monologue.</i>	Mi pensamiento en palabras se parece más a un diálogo conmigo mismo que a un monólogo de mis propios pensamientos.
	3) <i>When I am talking to myself about things in my mind, it is like I am having a conversation with myself.</i>	Cuando hablo solo mentalmente, es como tener una conversación conmigo mismo.
	4) <i>I talk back and forward to myself in my mind about things.</i>	Me hago preguntas y me contesto a mí mismo mentalmente.
	5) <i>My thinking in words is like a speech or a monologue, rather than a conversation (inverso).</i>	Mi pensamiento en palabras es como un monólogo en vez de una conversación (inverso).
Condensado	1) <i>I think to myself in words using brief phrases and single words rather than full sentences.</i>	Pienso para mis adentros con palabras, usando frases cortas y palabras sueltas en lugar de oraciones completas.
	2) <i>I think to myself in words using full sentences (inverso).</i>	Pienso para mis adentros con palabras usando frases enteras (inverso).
	3) <i>My thinking to myself in words is like shorthand notes, rather than full, proper, grammatical English.</i>	Pienso para mis adentros con palabras en forma de notas breves e incompletas en vez de oraciones gramaticalmente completas.
	4) <i>My thinking in words is shortened compared to my normal out-loud speech. For example, rather than saying to myself things like 'I need to go to the shops', I will just say 'shops' to myself in my head.</i>	Mi forma de pensar con palabras es abreviada, en comparación a como hablo normalmente en voz alta. Por ejemplo, en lugar de decir 'tengo que ir a comprar el súper', solo digo 'comprar súper'.
	5) <i>If I were to write down my thoughts on paper, they would read like a normal grammatical sentence (inverso).</i>	Si escribiera mis pensamientos, éstos se leerían como una oración gramaticalmente normal (inverso).

Continúa...

Factor	Original	Traducción al español
Otras personas	1) <i>I hear the voice of another person in my head. For example, when I act in a certain way I hear my mother's voice in my mind.</i>	Escucho la voz de otra persona en mi mente. Por ejemplo, cuando actúo de cierta manera, escucho la voz de mi mamá diciéndome algo.
	2) <i>I experience the voices of other people asking me questions in my head.</i>	En mi mente escucho las voces de otras personas preguntándome cosas.
	3) <i>I hear other people's voices nagging me in my head.</i>	Oigo las voces de otras personas fastidiándome en mi cabeza.
	4) <i>I hear other people's actual voices in my head, saying things that they have never said to me before.</i>	Oigo las voces reales de otras personas en mi cabeza, diciéndome cosas que nunca antes me habían dicho.
	5) <i>I hear other people's actual voices in my head, saying things that they actually once said to me.</i>	Oigo las voces reales de otras personas en mi cabeza, diciéndome cosas que antes ya me habían dicho.
Evaluativo /Crítico	1) <i>I think in inner speech about what I have done, and whether it was right or not.</i>	Reflexiono mentalmente en palabras sobre lo que he hecho y si estuvo bien o mal.
	2) <i>I talk silently to myself telling myself to do things.</i>	Me digo mentalmente que haga esto o aquello.
	3) <i>I talk silently to myself telling myself not to do things.</i>	Me digo mentalmente que no haga esto o aquello.
	4) <i>I evaluate my behavior using my inner speech. For example I say to myself, "that was good" or "that was stupid".</i>	Mentalmente evalúo mi comportamiento. Por ejemplo, me digo "eso fue bueno", o "eso fue tonto".
	5) <i>In my head I talk to myself a critical way.</i>	Me hablo críticamente en mi cabeza.
	6) <i>What I say in my inner speech makes me feel anxious.</i>	Lo que me digo mentalmente me hace sentir ansioso.
	7) <i>My inner speech contributes to me feeling down and depressed.</i>	Lo que me digo mentalmente contribuye a que me sienta bajoneado o triste.
Positivo/ Regulatorio	1) <i>I talk to myself silently in an encouraging way.</i>	Mentalmente me digo cosas para motivarme o animarme.
	2) <i>I calm myself down by talking silently to myself.</i>	Mentalmente me digo cosas para calmarme o relajarme
	3) <i>When angry, my inner speech can help calm me down.</i>	Cuando estoy enojado lo que me digo mentalmente me puede ayudar a calmarme.
	4) <i>When I think to myself in words about upsetting things, I can easily change topics in my mind and talk to myself about other things.</i>	Cuando pienso en palabras lo que me ha molestado, puedo fácilmente cambiar de tema y pensar otras cosas.

Análisis estadísticos

Análisis factorial confirmatorio

El objetivo central del estudio consistió en la confirmación de la estructura factorial de cinco factores de la escala VISQ revisada. Todos los análisis se llevaron a cabo empleando el paquete *lavaan* de R (Roessel, 2012). Los modelos se estimaron con el método Maximum Likelihood (ML), adecuado para ítems con siete opciones de respuesta (Rhemtulla *et al.*, 2012). Para determinar el ajuste de los modelos se emplearon los siguientes índices

y puntos de corte: *Chi cuadrada* (χ^2) ($p > 0.05$); *Comparative Fit Index* (CFI) > 0.90 ; *Tucker-Lewis Index* (TLI) > 0.90 ; *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA) < 0.06 , y *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) < 0.08 (Hu y Bentler, 1999).

Se compararon cinco modelos: 1) el modelo de cinco factores correlacionados; 2) el modelo de cinco factores correlacionados más la covariación entre los residuales de tres pares de ítems; 3) el modelo de cinco factores correlacionados, más la covariación de siete pares de ítems; 4) el mode-

lo de cinco factores correlacionados removiendo el ítem 5 del factor dialógico, más la covariación de siete pares de ítems, y 5) el modelo de cinco factores correlacionados removiendo el ítem 5 del factor dialógico, y el 2 y el 5 del factor condensado, permitiendo la covariación de siete pares de ítems.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de las respuestas por ítem.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los ítems.

Ítems	N	M	D.E.
D 1	300	5.173	1.689
D 2	300	4.770	1.795
D 3	300	5.210	1.752
D 4	300	5.173	1.711
D 5	300	3.827	1.891
C 1	300	3.210	1.729
C 2	300	5.207	1.555
C 3	300	3.470	1.761
C 4	300	2.497	1.757
C 5	300	5.257	1.572
O/P 1	300	2.510	1.880
O/P 2	300	2.237	1.696
O/P 3	300	1.667	1.304
O/P 4	300	1.793	1.397
O/P 5	300	2.590	1.878
E/C 1	300	5.683	1.427
E/C 2	300	5.440	1.621
E/C 3	300	5.210	1.708
E/C 4	300	5.453	1.636
E/C 5	300	5.343	1.713
E/C 6	300	3.837	1.967
E/C 7	300	3.807	2.017
P/R 1	300	5.193	1.603
P/R 2	300	5.223	1.607
P/R 3	300	4.913	1.707
P/R 4	300	4.303	1.725

Nota 1: D = dialógico; C = condensado; O/P = otras personas; E/C = evaluativo crítico; P/R = positivo regulatorio.

Nota 2: La numeración asociada a las letras corresponde a los ítems presentados en la Tabla 1.

Análisis factorial confirmatorio del VISQ revisado

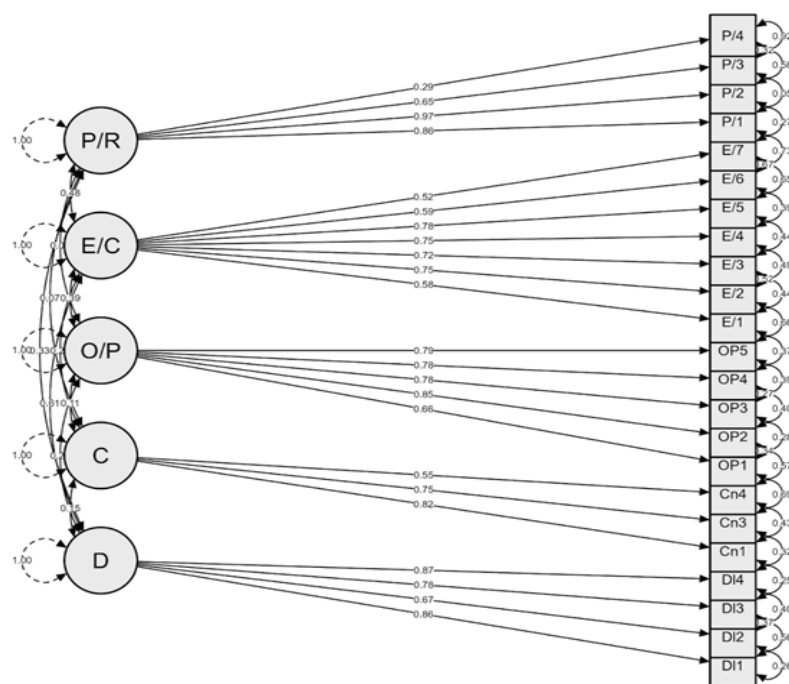
El modelo de cinco factores sin permitir la covarianza de los errores mostró índices de ajuste inadecuados, con $\chi^2 = 952.3$, $gl = 289$, $p < 0.001$, CFI = 0.832, TLI = 0.811, RMSEA = 0.087 y SRMR = 0.098 (véase Tabla 4 más adelante). Se detectó que parte del mal ajuste del modelo se debía a correlaciones entre los residuos. Revisando los índices de modificación, se hallaron varios ítems que, permitiendo la covariación de los residuos (sólo ítems dentro del mismo factor), mejorarían el modelo, entre ellos el Evaluativo crítico 6 y 7 (Índ. Mod. = 145.749), el Evaluativo crítico 2 y 3 (Índ. Mod. = 86.647), el Condensado 2 y 5 (Índ. Mod. = 42.019), Otras personas 1 y 2 (Índ. Mod. = 34.066), el Dialógico 2 y 3 (32.147), el Positivo regulatorio 3 y 4 (Índ. Mod. = 29.210) y Otras personas 3 y 4 (Índ. Mod. = 28.585), permitiendo las covarianzas entre los residuos de los ítems del Evaluativo crítico 6-7 y 2-3 (ver Tabla 1), así como los ítems 2-5 del factor Condensado, con lo que el modelo mejoró, aunque manteniéndose como inadecuado debido a que sus índices de ajuste fueron $\chi^2 = 671.9$, $gl = 286$, $p < 0.001$, CFI = 0.902, TLI = 0.889, RMSEA = 0.067 y SRMR = 0.093 (Tabla 4). Al permitir la covarianza adicional en los ítems 1-2 y 3-4 del factor Otras personas, 2-3 del Dialógico, y 3-4 del Positivo regulatorio, se obtuvo que el modelo fuera el adecuado, según casi todos los índices $\chi^2 = 568.3$, $gl = 282$, $p < 0.001$, CFI = 0.927, TLI = 0.916, RMSEA = 0.058 y SRMR = 0.091 (Tabla 4). Además, es importante notar que la consistencia interna de los tres modelos anteriores fue inadecuada para el factor Condensado (Tabla 6), por lo que no fue confiable.

Análisis del modelo con reducción de ítems.

Pese a ello, se encontró que en el ítem 5 del factor Dialógico la carga factorial estandarizada (modelo estandarizado completo) fue poco satisfactoria (i.e. -0.078, -0.078 y -0.060, respectivamente) y

no significativa ($p > 0.05$) en los anteriores modelos. A pesar de que las cargas de los ítems 2 (i.e., -0.359; -0.314; -0.315, respectivamente) y 5 (i.e., -0.415; -0.376 y -0.376, en cada caso) del factor Condensado fueron inadecuadas, fueron sin embargo significativas ($p < 0.001$) en los modelos anteriores, por lo que se decidió conservar dichos ítems para este análisis. Los índices de ajuste demostraron que el modelo sin el ítem 5 fue satisfactorio ($\chi^2 = 442.1$, $gl = 258$, $p < .001$, CFI = 0.952, TLI = 0.944, RMSA = 0.049 y SRMR = 0.087) (Tabla 4), mostrando que éste fue un mejor modelo que el modelo sin covariación de los errores y entre aquellos que lo permitieron (Tabla 5), no obstante que mostró consistencia interna de todos los factores, a excepción del factor Condensado (Tabla 6), además de que el SRMR no fue completamente satisfactorio.

Considerando lo anterior, se prosiguió al análisis del modelo sin los ítems 2 y 5 del factor Condensado, ya que mostraron una carga factorial pobre en los modelos previos, como se mencionó arriba, y también en el modelo sin el ítem 5 del Dialógico (i.e., C2: -0.315, C5: -0.376; $p < .001$), lo que indica que no reflejaban adecuadamente la variación de dicha variable latente. La decisión de eliminarlos se tomó al notar que tanto el ítem 2 como el 5 eran similares a los ítems 1 y 3, respectivamente, pero no inversos estos últimos, lo que probablemente generó las dificultades con dichos ítems. Con un nuevo análisis, los índices de ajuste fueron todavía más satisfactorios: $\chi^2 = 284.277$, $gl = 214$, $p < 0.001$, CFI = 0.981, TLI = 0.977, RMSA = 0.033, SRMR = 0.054 (ver Tablas 3 y 4 y Figura 1). Así, todos los índices fueron adecuados, mostrando que efectivamente este modelo es aún mejor que aquél sin el ítem 5 de Dialógico (Tabla 5). Además de esto, los índices de consistencia interna α y ω se encontraron en niveles adecuados ($> .70$), indicando así que todos los ítems reflejaban adecuadamente la varianza de sus respectivos factores (Tabla 6), esto es, que la escala era confiable.

Figura 1. Modelo sin ítem D5, C2 y C5.

Nota: D: dialógico; C: condensado; O/P: otras personas; E/C: evaluativo crítico; P/R: positivo regulatorio. La numeración asociada a las letras corresponde con los ítems presentados en la Tabla 1.

Tabla 3. Cargas factoriales del modelo sin los ítems D5, C2 y C5.

Ítem	Estimado	Error estándar	Z-valor	p	Intervalo de confianza 95%		Estimado estándar (todo)
					Inferior	Superior	
D1	1.454	0.082	17.806	< .001	1.294	1.614	0.862
D2	1.194	0.097	12.343	< .001	1.004	1.383	0.666
D3	1.357	0.089	15.269	< .001	1.182	1.531	0.776
D4	1.483	0.082	17.976	< .001	1.321	1.644	0.868
C1	1.420	0.107	13.262	< .001	1.210	1.629	0.822
C3	1.323	0.108	12.259	< .001	1.111	1.534	0.753
C4	0.972	0.105	9.219	< .001	0.766	1.179	0.554
O/P1	1.230	0.105	11.692	< .001	1.024	1.437	0.656
O/P2	1.435	0.085	16.980	< .001	1.269	1.601	0.847
O/P3	1.010	0.068	14.844	< .001	0.877	1.143	0.776
O/P4	1.086	0.073	14.940	< .001	0.944	1.229	0.779
O/P5	1.484	0.096	15.525	< .001	1.297	1.671	0.792
E/C1	0.832	0.080	10.392	< .001	0.675	0.989	0.584
E/C2	1.216	0.085	14.353	< .001	1.050	1.382	0.751

Continúa...

Ítem	Estimado	Error estándar	Z-valor	p	Intervalo de confianza 95%		Estimado estándar (todo)
					Inferior	Superior	
E/C3	1.220	0.091	13.384	< .001	1.041	1.398	0.716
E/C4	1.226	0.085	14.383	< .001	1.059	1.393	0.751
E/C5	1.336	0.088	15.207	< .001	1.164	1.508	0.781
E/C6	1.162	0.110	10.561	< .001	0.946	1.378	0.592
E/C7	1.042	0.116	8.982	< .001	0.815	1.269	0.517
P/R1	1.372	0.078	17.600	< .001	1.219	1.525	0.857
P/R2	1.560	0.073	21.265	< .001	1.416	1.704	0.972
P/R3	1.101	0.090	12.187	< .001	0.924	1.278	0.646
P/R4	0.498	0.100	4.989	< .001	0.302	0.694	0.289

Nota: D: dialógico; C: condensado; O/P: otras personas; E/C: evaluativo crítico; P/R: positivo regulatorio. La numeración asociada a las letras corresponde con los ítems presentados en la Tabla 1.

Tabla 4. Índices de ajuste de los modelos.

Modelo	χ^2 (gl)	P valor	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Original sin covar	952.337 (289)	< 0.001	0.832	0.811	0.087	0.098
Original con covar 1	671.899 (286)	< 0.001	0.902	0.889	0.067	0.093
Original con covar 2	568.328 (282)	< 0.001	0.927	0.916	0.058	0.091
Sin ítem D5	442.138 (258)	< 0.001	0.952	0.944	0.049	0.087
Sin ítems D5, C2 y C5	284.277(214)	< 0.001	0.981	0.977	0.033	0.054

Nota: Covar 1 y 2 son los modelos en los que se permite la covarianza de los errores (ver el texto).

Tabla 5. Comparación de los índices de ajuste.

Modelos comparados	Δ GL	Δ CFI	Δ TLI	Δ RMSEA	Δ SRMR
Original – covar 1	3	–0.070	–0.078	0.020	0.005
Covar 1 – covar 2	4	–0.025	–0.028	0.009	0.002
Covar 2 – sin ítem D5	24	–0.025	–0.028	0.009	0.004
Sin ítems D5, – sin ítems D5, C2 y C5	44	–0.029	–0.033	0.016	0.035

Nota: Covar 1 y 2 son los modelos en los que se permite la covarianza de los errores (ver texto).

Tabla 6. Coeficientes de confiabilidad ω y α de comparación de modelos sin ítems.

Factor	Modelo sin covar		Modelo con covar 1		Modelo con covar 2		Modelo sin ítem D5		Modelo sin ítems D5 y C2 y 5	
	ω	α	ω	α	ω	α	ω	α	ω	α
D	0.813	0.718	0.813	0.718	0.789	0.718	0.846	0.883	0.846	0.883
C	0.377	0.197	0.424	0.197	0.423	0.197	0.423	0.197	0.757	0.748
O/P	0.888	0.880	0.887	0.880	0.852	0.880	0.852	0.880	0.852	0.880
E/C	0.843	0.863	0.796	0.863	0.797	0.863	0.797	0.863	0.798	0.863
P/R	0.769	0.795	0.769	0.795	0.753	0.795	0.753	0.795	0.753	0.795
Total	0.770	0.865	0.769	0.865	0.758	0.865	0.795	0.868	0.891	0.873

Nota 1: Covar 1 y 2 son los modelos en los que se permite la covarianza de los errores (ver el texto).

Nota 2: D: dialógico; C: condensado; O/P: otras personas; E/C: evaluativo crítico; P/R: positivo regulatorio.

DISCUSIÓN

En cuanto el objetivo del presente trabajo, los datos obtenidos confirman la estructura factorial de la escala VISQ revisada y traducida al español en una muestra mexicana. Se encontraron los mismos factores que en el cuestionario original revisado, o sea: Dialógico, Condensado, Otras personas, Evaluativo crítico y Positivo regulatorio (Alderson-Day *et al.*, 2018). Sin embargo, no fue completamente igual al original debido a que ciertos ítems fueron inadecuados para sus respectivos factores. En concreto, se encontró que el ítem 5 del Dialógico, así como los ítems 2 y 5 del Condensado, fueron inadecuados. Al ser importante que todos estos ítems fueran inversos, dicha cualidad generó dificultades al momento de responder los ítems, ya fuera por la dificultad de comprensión inherente a los inversos, ya por responder rápidamente o por la expectativa de que todos se contestaban de izquierda a derecha para indicar un aumento de frecuencia, etc. (DeVellis y Thorpe, 2021). Debido a lo anterior, tuvieron cargas factoriales bajas. Sin embargo, tal como se señaló arriba, estos ítems presentaban redundancia con otros ítems asociados al mismo factor, por lo que su eliminación no se consideró problemática para la medición del constructo, además de que todos los factores presentaron un mínimo de tres ítems (Watkins, 2021).

Comparada con la versión colombiana que validó el VISQ original (Tamayo *et al.*, 2016), la presente versión sí confirmó la estructura factorial esperada, a diferencia de su análisis exploratorio, que solamente encontró los factores Otras personas y Condensado, y un factor mixto Dialógico/Evaluativo. Por otro lado, la versión española (Perrona *et al.*, 2017) confirmó igualmente la escala original (i.e., Dialógico, Condensado, Otras personas y Evaluativo/motivacional), y añadió además su factor de Diálogo con sí-mismo (para distinguir *Habla de Escucha* interna). A diferencia de dicha versión, la escala aquí presentada contiene la división del factor Evaluativo del VISQ revisado en Evaluativo crítico y Positivo regulatorio, aunque no hace la distinción de habla y escucha interna, las cuales es difícil distinguir y que, tal como apuntan Hurlburt *et al.* (2013), requiere de un cierto entrenamiento de los participantes, ya que no se suele

atender a dicha distinción; pero queda para futuras investigaciones determinar si dicha distinción es válida y factible para las muestras mexicanas. Así, la presente versión es la primera validación del VISQ revisado en español, y podría ser hasta ahora la versión más adecuada para México.

Es importante señalar que este estudio no está exento de limitaciones. Una de ellas radica en la misma naturaleza del fenómeno en cuanto que genera dudas sobre qué tan precisas pueden ser las personas al reportar sus propios procesos internos (Alderson-Day *et al.*, 2018; Hurlburt *et al.*, 2013). Debido a ello, se recomienda que se empleen múltiples métodos diferentes a la par del VISQ revisado para el estudio del HI, como neuroimagen, tareas cognitivas e incluso métodos de muestreo de experiencias como el de Hurlburt (*cf.* Alderson-Day *et al.*, 2018; Fernyhough y Borghi, 2023; Geva y Fernyhough, 2019; Hurlburt *et al.*, 2013; Hurlburt *et al.*, 2016).

Otra limitación importante es la naturaleza de estos resultados, ya que al realizar contrastes de diferentes modelos se requiere que haya una validación cruzada con una muestra diferente para garantizar que el resultado no haya capitalizado el azar (Kline, 2023). En la misma línea, también será necesario evaluar en el futuro la validez de criterio convergente (p. ej., procesos de regulación, psicopatología, etc.) y divergente de los factores propuestos, pues el estudio actual se centró solamente en la validez de constructo (Muñiz y Fonseca, 2019; Prieto y Delgado, 2010).

Respecto a lo generalizable de los resultados, es necesario recalcar que la muestra utilizada fue pequeña y no representativa de toda la población de la Ciudad de México ni de la del país; tal como se mencionó, fueron personas pertenecientes a una porción igualmente pequeña de las delegaciones políticas de la ciudad y limitada a sus habitantes. En estudios futuros se debe ampliar la muestra a otras áreas del país para poder establecer que el instrumento es de verdad generalizable. Además, como se señaló antes, es importante ampliar el rango de edades en virtud de que, en promedio, la muestra se compuso de una mayor proporción de personas de veinte a treinta años.

Finalmente, es importante apuntar algunas futuras líneas de investigación a realizar con este

instrumento: Psicopatología y autorregulación. Respecto a la primera, se requeriría la adaptación de escalas de alucinaciones o de propensión a las alucinaciones de diferentes modalidades, como en los estudios de Colombia, España y los originales (Alderson-Day *et al.*, 2018; McCarthy-Jones y Fernyhough, 2011; Perona *et al.*, 2017; Tamayo *et al.*, 2016) para estudiar las relaciones que guarda el HI con dichos dominios, toda vez que se mostró en dichos estudios que existen relaciones importantes entre ellos. Además, sería interesante explorar psicopatologías donde el HI pueda desempeñar un papel importante (p. ej., en el trastorno obsesivo-compulsivo o en la esquizofrenia, etc.).

Sobre la otra dimensión, sería importante emprender estudios donde se busquen los diferentes procesos mediacionales en el que participa el HI respecto a procesos ejecutivos y metacognitivos en virtud de que dicha hipótesis mediacional era fundamental tanto para Vygotsky (2014) como para otros teóricos que siguieron su línea de trabajo (Fernyhough y Borghi, 2023; Rivera, 2024a; Zelazo, 2004). Lo anterior toca importantes relaciones fundamentales que están en la raíz de las preguntas sobre el desarrollo de la agencia o de la libertad (Rivera, 2025; Tomasello, 2024).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el apoyo económico (CVU 1097627) para realizar este trabajo, y además a todas las personas que dispusieron de su tiempo para participar en el mismo, especialmente a Elizabeth Garza Peña por su invaluable ayuda y sugerencias en la retraducción de los ítems al idioma inglés.

Citación: Rivera-Valdez, L.D., Jiménez-Pacheco, S. y de la Cerda-Rosales, C. (2026). Análisis factorial confirmatorio del Varieties of Inner Speech Questionnaire en una muestra mexicana. *Psicología y Salud*, 36(1), 93-106. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3035>

REFERENCIAS

- Abdul, A.S., Fletcher, J. y Bayliss, D.M. (2017). Self-regulatory speech during planning and problem-solving in children with SLI and their typically developing peers. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(3), 311-322. Doi: 10.1111/1460-6984.12273.
- Alarcón R., D., Sánchez M., JA y Prieto G., J.R. (2014). Executive function and verbal self-regulation in childhood: Developmental linkages between partially internalized private speech and cognitive flexibility. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(2), 95-105. Doi: 10.1016/j.ecresq.2013.11.002
- Alderson-Day, B. y Fernyhough, C. (2015). Inner speech: Development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology. *Psychological Bulletin*, 141(5), 931-965. Doi: 10.1037/bul0000021
- Alderson-Day, B., Mitrenga, K., Wilkinson, S., McCarthy-Jones, S. y Fernyhough, C. (2018). The varieties of inner speech questionnaire-revised (VISQ-R): Replicating and refining links between inner speech and psychopathology. *Consciousness and Cognition*, 65, 48-58. Doi: 10.1016/j.concog.2018.07.001
- Azmitia, M. (1992). Expertise, private speech, and the development of self-regulation. En R. M. Díaz y L.E. Berk (Eds.): *Private speech: From social interaction to self-regulation* (pp. 101-122). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bajtín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI Editores.
- Benigno, J.P., Byrd, D.L., McNamara, J.P.H., Berg, W.K y Farrar, M.J. (2011). Talking through transitions: Microgenetic changes in preschoolers' private speech and executive functioning. *Child Language Teaching and Therapy*, 27(3), 269-285. Doi: 10.1177/0265659010394385
- Berk, L.E. (1986). Relationship of elementary school children's private speech to behavioral accompaniment to task, attention, and task performance. *Developmental Psychology*, 22(5), 671-680. Doi: 10.1037/0012-1649.22.5.671
- Berk, L.E. (1992). Children's private speech: An overview of theory and the status of research. En R. M. Díaz y L. E. Berk (Eds.): *Private speech: From social interaction to self-regulation* (pp. 17-53). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Corkum, P., Humphries, K., Mullane, J.C y Theriault, F. (2008). Private speech in children with ADHD and their typically developing peers during problem-solving and inhibition tasks. *Contemporary Educational Psychology*, 33(1), 97-115. Doi: 10.1016/j.cedpsych.2006.12.003
- DeVellis, R.F y Thorpe, C.T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Sage Publications.
- Fatzer, S.T y Roebers, C.M. (2012). Language and executive functions: The effect of articulatory suppression on executive functioning in children. *Journal of Cognition and Development*, 13(4), 454-472. Doi: 10.1080/15248372.2011.608322
- Fernyhough, C. (1996). The dialogic mind: A dialogic approach to the higher mental functions. *New Ideas in Psychology*, 14(1), 47-62. Doi: 10.1016/0732-118x(95)00024-B
- Fernyhough, C. (2008). Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental Review*, 28(2), 225-262. Doi: 10.1016/j.dr.2007.03.001
- Fernyhough, C. (2009). Dialogic thinking. En A. Winsler, C. Fernyhough y I. Montero (Eds.): *Private speech, executive functioning, and the development of verbal self-regulation* (pp. 42-52). Cambridge University Press.
- Fernyhough, C. y Borghi, A.M. (2023). Inner speech as language process and cognitive tool. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(12), 1180-1193. Doi: 10.1016/j.tics.2023.08.014
- Fernyhough, C. y Fradley, E. (2005). Private speech on an executive task: Relations with task difficulty and task performance. *Cognitive Development*, 20(1), 103-120. Doi: 10.1016/j.cogdev.2004.11.002
- Fernyhough, C. y Meins, E. (2009). Private speech and theory of mind: Evidence for developing interfunctional relations. En C. Fernyhough, A. Winsler y I. Montero (Eds.): *Private speech, executive functioning, and the development of verbal self-regulation* (pp. 95-104). Harvard University Press.
- Geva, S. y Fernyhough, C. (2019). A penny for your thoughts: Children's inner speech and its neuro-development. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1708. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01708
- El Heraldo Digital (2024, 30 de abril). "Descubre el profundo significado de hablar con uno mismo, según la psicología". *El Heraldo de México*. Recuperado de <https://heraldodemexico.com.mx/tendencias/2024/4/30/descubre-el-profundo-significado-de-hablar-con-uno-mismo-segun-la-psicologia-598404.html>
- Herrera, P. (2025, 23 de enero). Hablar con uno mismo: ¿Signo de locura o una gran práctica terapéutica? *UNAM Global*. Recuperado de https://unamglobal.unam.mx/global_revista/hablar-con-uno-mismo-signo-de-locura-o-una-gran-practica-terapeutica/
- Holland, L. y Low, J. (2010). Do children with autism use inner speech and visospatial resources for the service of executive control? Evidence from suppression in dual tasks. *The British Journal of Developmental Psychology*, 28(Pt 2), 369-391. Doi: 10.1348/026151009x424088
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. Doi: 10.1080/10705519909540118
- Hurlburt, R.T., Alderson-Day, B., Kühn, S. y Fernyhough, C. (2016). Exploring the ecological validity of thinking on demand: Neural correlates of elicited vs. spontaneously occurring inner speech. *PLOS ONE*, 11(2), e0147932. Doi: 10.1371/journal.pone.0147932
- Hurlburt, R.T., Heavey, C.L y Kelsey, J.M. (2013). Toward a phenomenology of inner speaking. *Consciousness and Cognition*, 22(4), 1477-1494. Doi: 10.1016/j.concog.2013.10.003
- Kline, R.B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Publications.
- Kohlberg, L., Yaeger, J. y Hjertholm, E. (1968). Private speech: Four studies and a review of theories. *Child Development*, 39(3), 691-736. Doi: 10.2307/1126979
- Lidstone, J.S.M., Fernyhough, C., Meins, E. y Whitehouse, A.J.O. (2009). Brief report: Inner speech impairment in children with autism is associated with greater nonverbal than verbal skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(8), 1222-1225. Doi: 10.1007/s10803-009-0731-6
- Lidstone, J.S., Meins, E. y Fernyhough, C. (2010). The roles of private speech and inner speech in planning during middle childhood: Evidence from a dual task paradigm. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107(4), 438-451. Doi: 10.1016/j.jecp.2010.06.002
- Lidstone, J.S., Meins, E. y Fernyhough, C. (2012). Verbal mediation of cognition in children with specific language impairment. *Development and Psychopathology*, 24(2), 651-660. Doi: 10.1017/s0954579412000223
- McCarthy-Jones, S. y Fernyhough, C. (2011). The varieties of inner speech: Links between quality of inner speech and psychopathological variables in a sample of young adults. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1586-1593. Doi: 10.1016/j.concog.2011.08.005

- Montero, I., De Dios, M.J y Huertas, J.A. (2001). El desarrollo de la motivación en el contexto escolar: un estudio a través del habla privada. *Estudios de Psicología*, 22(3), 305-318. Doi: 10.1174/021093901753581367
- Mulvihill, A., Carroll, A., Dux, P.E y Matthews, N. (2020). Self-directed speech and self-regulation in childhood neuro-developmental disorders: Current findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 32(1), 205-217. Doi: 10.1017/S0954579418001670
- Muñiz, J. y Fonseca P.E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. Doi: 10.7334/psicothema2018.291
- National Hearing Voices Network (2025, junio 17). For people who hear voices, see visions or have other unusual perceptions. *Hearing Voices*. Recuperado de <https://www.hearing-voices.org/#content>
- Perona G., S., Bellido Z., G., Senín C., C., López J., A.M. y Rodríguez T., J.F. (2017). Spanish adaptation of the Varieties of Inner Speech Questionnaire (VISQ): Study of the relationship between inner speech, dissociation, and hallucination proneness. *Clínica y Salud*, 28(2), 93-100. Doi: 10.1016/j.clysa.2017.02.001
- Piaget, J. (2005). *Language and thought of the child: Selected works* (v. 5). Routledge.
- Plato (1997). Thaetetus. En J.M. Cooper y D.S. Hutchinson (Eds.): *Plato: Complete works* (pp. 157-234). Hackett Publishing.
- Prieto, G. y Delgado, A.R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441007>
- Ren, X., Wang, T. y Jarrold, C. (2016). Individual differences in frequency of inner speech: Differential relations with cognitive and non-cognitive factors. *Frontiers in Psychology*, 7, 1675. Doi: 10.3389/fpsyg.2016.01675
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P.É. y Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354-373. Doi: 10.1037/a0029315
- Rivera V., L.D. (2024a). Las bases sistémico-funcionales del proceso de aprendizaje en el modelo de P. Galperin y sus implicaciones en la teoría neuropsicológica de A. R. Luria. *Divulgare: Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 11(22), 22-36. Doi: 10.29057/esa.v11i22.12232
- Rivera V., L.D. (2024b). Análisis de las teorías de Rubinstein, Leontiev y Galperin: Una historia de contradicciones que abre nuevas avenidas de desarrollo. *Divulgare: Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 11(21), 14-23. Doi: 10.29057/esa.v11i21.11617
- Rivera V., L.D. (2025). Vygotsky y Spinoza: Sobre el monismo, la interacción, la libertad y los afectos. *Revista de Historia de la Psicología*, 46(1), 22-31. Doi: 10.5093/rhp2025a3
- Rivera V., L.D y López C., V.A. (2024). The interfunctional relationship between theory of mind and private speech. *Psychology in Russia: State of the Art*, 17(1), 3-23. Doi: 10.11621/pir.2024.0101
- Rivera V., L.D., López C., V.A. y García F., M.A. (2023). A proposal for monitoring the process of internalization following Galperin's conception. *Frontiers in Psychology*, 14, 1152541. Doi: 10.3389/fpsyg.2023.1152541
- Roessel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-36. Doi: 10.18637/jss.v048.i02
- Sabag, T., Zohar, A.H., Kreiner, H., Lev-Ari, L. y Rabinowitz, D. (2023). The psychometric properties of the Varieties of Inner Speech Questionnaire-Revised in Hebrew. *Frontiers in Psychology*, 13, 8731. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.1092223
- Tamayo A., W., Vélez U., J.D., Gaviria C., G. y Perona G., S. (2016). Multidimensionalidad del habla interna y su relación con las percepciones anómalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 238-244. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.001
- Tomasello, M. (2024). *Agency and cognitive development*. Oxford University Press.
- Vygotsky, L.S. (2014). Pensamiento y lenguaje. En *Obras escogidas II* (pp. 9-348). Machado Nuevo Aprendizaje.
- Wallace, G.L., Silvers, J.A., Martin, A y Kenworthy, L.E. (2009). Brief report: Further evidence for inner speech deficits in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(12), 1735-1739. Doi: 10.1007/s10803-009-0802-8
- Watkins, M.W. (2021). *A step-by-step guide to exploratory factor analysis with SPSS*. Routledge. Doi: 10.4324/9781003149347
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. Doi: 10.1037/h0074428
- Whitehouse, A.J., Maybery, M.T. y Durkin, K. (2006). Inner speech impairments in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 857-865. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01624.x
- Williams, D.M., Bowler, D.M. y Jarrold, C. (2012). Inner speech is used to mediate short-term memory, but not planning, among intellectually high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 24(1), 225-239. Doi: 10.1017/S0954579411000794

- Williams, D., Happé, F. y Jarrold, C. (2008). Intact inner speech use in autism spectrum disorder: Evidence from a short-term memory task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 51-58. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01836.x
- Williams, D.M. y Jarrold, C. (2010). Brief report: Predicting inner speech use amongst children with autism spectrum disorder (ASD): The roles of verbal ability and cognitive profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(7), 907-913. Doi: 10.1007/s10803-010-0936-8
- Williams, D.M., Peng, C. y Wallace, G.L. (2016). Verbal thinking and inner speech use in autism spectrum disorder. *Neuropsychology Review*, 26, 394-419. Doi: 10.1007/s11065-016-9328-y
- Winsler, A. (2009). Still talking to ourselves after all these years: A review of current research on private speech. En A. Winsler, C. Fernyhough e I. Montero, (Eds.): *Private speech, executive functioning, and the development of verbal self-regulation* (pp. 3-41). Cambridge University Press.
- Zelazo, P.D. (2004). The development of conscious control in childhood. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 12-17. Doi: 10.1016/j.tics.2003.11.001

Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología

Development and initial validation of the Effective Communication in Oncology Questionnaire

Dehisy Marisol Juárez-García¹, Hebert Moncada²,
Sonia María Flores-Moreno³, Arnoldo Téllez-López¹
y Diego Guajardo-Nieto⁴

Universidad Autónoma de Nuevo León¹
Secretaría de Salud^{3,4}

Autor para correspondencia: Dehisy Marisol Juárez García, dehisy.juarezgrc@uanl.edu.mx.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un cuestionario de comunicación efectiva en oncología. Para el diseño del instrumento se utilizó el protocolo de seis pasos para la comunicación de malas noticias (SPIKE, por sus siglas en inglés) y las recomendaciones para la comunicación de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés). Los ítems obtenidos se valoraron en cuanto a su relevancia, coherencia y claridad por un grupo de seis expertos en el área. Se llevó a cabo el pilotaje en 25 residentes de medicina interna, y la aplicación final se efectuó en 87 médicos y residentes de oncología. Los resultados muestran que el cuestionario de comunicación efectiva alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de .97 en la escala total. En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 30 ítems divididos en tres factores: Habilidades básicas de comunicación ($\alpha = .91$), Discusión de objetivos de la atención y pronóstico ($\alpha = .84$) y Empatía ($\alpha = .78$), que explican en conjunto 44.4% de la varianza y muestran una consistencia interna adecuada. Se concluye que el cuestionario de comunicación efectiva en oncología muestra propiedades psicométricas adecuadas para su uso en la investigación. Se recomienda proseguir la recolección de evidencias de la validez de dicho instrumento ampliando para ello la muestra, aplicarlo en diferentes poblaciones y, asimismo, relacionarlo con otras variables.

Palabras clave: Habilidades de comunicación; Malas noticias; Oncología; Validez; Confiabilidad.

ABSTRACT

Communication of bad news represents a frequent, unavoidable, and stressful situation in clinical settings. The manner in which bad news is communicated affects patients in different ways. Thus, it has become increasingly important to adequately assess the communication skills involved.

¹ Facultad de Psicología, Av. Carlos Canseco 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, Nuevo León, México, correos electrónicos: dehisy.juarezgrc@uanl.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0002-5166-4611> y atellez50@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2338-3062>

² Investigador independiente, Acatzingo 115, Mitras Centro, Monterrey, N.L., correo electrónico: hebbertt-@hotmail.com.

³ Hospital Regional de Alta Especialidad Materno-Infantil, Av. San Rafael 460, 67140 Guadalupe, Nuevo León., México, correo electrónico: soniaflores@yahoo.com.

⁴ Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", Av. Lic. Adolfo López Mateos 4600, Floridos Bosques del Nogalar, 66480 San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, correo electrónico: diego_guajo@hotmail.com.



Current instruments for measuring such skills in oncology present limited evidence of validity, they are not very accessible because they require a great deal of training and time. Such procedures are used more in teaching and training than in research. The present study aimed to develop and validate an effective communication questionnaire in oncology. A cross-sectional design was used in which oncologists and residents participated. The six-step protocol for communicating bad news (SPIKE) and the communication recommendations of the American Society of Clinical Oncology (ASCO) were used to design the instrument, and the items obtained were evaluated for relevance, coherence, and clarity by a group of six experts in the field. Piloting was performed on 25 internal medicine residents, and a final application was performed on 87 oncology physicians and residents. The results show that the effective communication questionnaire presents from good to excellent content validity in each item and the whole scale showed an alpha coefficient of .97. Exploratory factor analysis yielded 30 items in three factors: basic communication skills ($\alpha = .91$), discussion of goals of care and prognosis ($\alpha = .84$), and empathy ($\alpha = .78$), that together explain 44.4% of the variance, and show adequate internal consistency. It is concluded that the Questionnaire of Effective Communication in Oncology shows adequate psychometric properties for its use in research. Data showed the questionnaire is useful to explore the communication skills of oncologists and residents. Future studies should continue collecting evidence of the instrument's validity by expanding the number of participants and applying it to diverse professional populations, as well as relating it to other variables.

Key words: Communication skills; Bad news; Oncology; Validity; Reliability.

Recibido: 18/06/2024

Aceptado: 26/08/2025

En el área clínica, la comunicación de malas noticias representa una situación frecuente, inevitable y estresante, ya que sin importar cuál sea la noticia, lo que la convierte en “mala” es el impacto emocional que causa en el paciente y la actitud que éste puede desarrollar al conocer la nueva enfermedad o al intentar adaptarse a las

nuevas circunstancias. Baile *et al.* (2000) definen una mala noticia como aquella que cambiará de forma grave o adversa las perspectivas o expectativas del paciente sobre su futuro.

Comunicar información acerca de un diagnóstico, tratamiento y pronóstico es un desafío para los oncólogos, pues la formación clínica no los prepara lo suficientemente para ello y, como consecuencia, las indicaciones u opciones de tratamiento pueden no ser claras para los pacientes y familiares, lo que posiblemente genere en ellos temor, dolor, negación o ira, emociones que pueden repercutir en el afrontamiento del cáncer (Gilligan *et al.*, 2018).

Por el contrario, cuando el médico cuenta con la capacitación suficiente en la comunicación, emplea declaraciones más empáticas, sus pacientes refieren haber recibido más y mejor información y muestran niveles más altos de confianza. Lo anterior es importante debido a que el médico es una fuente principal de apoyo y puede proporcionar tranquilidad cuando la comunicación con el paciente es efectiva (Back *et al.*, 2019; Mack *et al.*, 2018).

Se han presentado diferentes propuestas de protocolos de comunicación de las malas noticias en el ámbito de la oncología, siendo uno de los principales el SPIKES (por sus siglas en inglés), un protocolo de seis pasos en el que cada letra es la inicial de uno de los seis pasos que en él se proponen, y que a su vez dan cuenta de los elementos más importantes a considerar en una entrevista médico-paciente, los que son, a saber: 1) *Setting up* (entorno o configuración de la entrevista), que consiste en preparar un ambiente privado, el tiempo y el espacio, además de ciertos elementos no verbales, como asumir una postura relajada y empática desde el inicio de la consulta; 2) *Perception* (percepción), que indaga la percepción del paciente averiguando lo que éste entiende acerca de su padecimiento y complicaciones; 3) *Invitation* (invitación), en el que el médico pregunta al paciente qué tanta información desea tener; si hay en algún tema en el que quiera centrarse más, o si le da la información completa y en qué formato; 4) *Knowledge* (conocimiento) que se refiere a brindar la información al paciente de forma veraz

y directa, sin enmascararla u ocultarla, resolviendo sus dudas de manera adecuada y evitando frases como “No hay nada más que hacer”; 5) *Emotions* (Emociones), consistente en responder a las emociones del paciente con respuestas empáticas, estar pendiente de las mismas para poder indagar sus preocupaciones, disipar sus dudas o creencias erróneas, y respetar su espacio para expresarse de manera empática; 6) *Strategy* (Estrategia), que resume la estrategia de acción, para lo cual se proporciona un resumen de lo hablado en la consulta para conocer qué tan clara es la información para el paciente, así como esbozar con éste el plan de tratamiento o de seguimiento (Baile *et al.*, 2000).

Además del protocolo SPIKES se dispone de la guía de comunicación efectiva en oncología, elaborada por la American Society of Clinical Oncology (ASCO), que busca orientar a los médicos oncólogos sobre cómo comunicarse de manera eficaz con los pacientes y sus familiares. Las principales recomendaciones que este protocolo formula son las siguientes: a) Tener habilidades básicas de comunicación, b) discutir los objetivos de atención y pronóstico, c) discutir las opciones de tratamiento y los ensayos clínicos, d) discutir la atención al final de la vida, e) usar la comunicación para facilitar la participación de la familia en la atención, y hacerla efectiva cuando existe una barrera para aquélla; f) adaptarse o encontrar los medios necesarios para comunicar una información esencial; g) discutir el costo de la atención; h) satisfacer las necesidades de las poblaciones desatendidas, e i) capacitar al clínico en habilidades de comunicación (Gilligan *et al.*, 2017).

Evaluar adecuadamente tales habilidades de comunicación se ha vuelto cada vez más importante con los años y se han desarrollado diferentes instrumentos de comunicación médica tanto general como específica. Radziej *et al.* (2017) apuntan que los instrumentos para evaluar la comunicación médico-paciente enfrentan varios desafíos, como la operacionalización de una buena comunicación, el que la evaluación se centre en los entornos y demandas objetivos, muestre propiedades psicométricas adecuadas y sea factible su aplicación.

En una revisión sistemática de Boucher *et al.* (2020) se señala que los instrumentos para evaluar la comunicación presentan escasas evidencias sobre su validez, por lo que se recomienda seguir investigando lo necesario para desarrollar y validar instrumentos accesibles y fáciles de administrar.

En cuanto a los instrumentos de comunicación en el campo de la oncología, Stubenrauch *et al.* (2012) analizaron cuatro utilizados en ese contexto: el Roter Interaction Analysis System, el Medical Interaction Process System, la Booth Rating Scale y el CANCODE-CN-Logit, los cuales hacen posible analizar la comunicación con videos o transcripciones de consultas grabadas, una consecuencia negativa de lo cual es que lleva mucho tiempo responderlos; además, no evalúan aspectos importantes de la comunicación, como la participación de los familiares en la consulta. Esto último se incluye en el COM-ON-Checklist, que hace posible identificar las fortalezas y debilidades del médico en la comunicación, y no funciona como un examen de competencia comunicacional de los médicos; además, le falta confirmar las listas de verificación obtenidas en una consulta real.

Dichos instrumentos se utilizan principalmente en el contexto de la capacitación o la educación, y aunque pueden emplearse en la investigación, es necesario desarrollar otros más que evalúen las habilidades de comunicación de manera práctica en una población que carece del tiempo suficiente para evaluarse o capacitarse. Uno de los instrumentos desarrollado para estos fines es el Persian Questionnaire of SPIKES, el cual cuenta con 16 ítems con cinco opciones de respuesta que van de “siempre” a “nunca”, mismo que fue validado en médicos residentes logrando propiedades psicométricas aceptables (Farokhyar *et al.*, 2014; Mostafavian y Abbasish, 2018). Pese a ello, no fue aplicado propiamente a una muestra de oncólogos, ni considera las recomendaciones actuales para una comunicación efectiva.

Respecto a la población de habla hispana, ha surgido el interés por una comunicación efectiva en el área de la oncología. Hoy día, se desarrollan en España diversos estudios que abordan este asunto

y se desarrolla además un instrumento de comunicación en el que el paciente evalúa las habilidades comunicativas del médico (Arraras *et al.*, 2017; Gutiérrez *et al.*, 2014). En Perú, los expertos también han mostrado interés y evaluado de forma descriptiva algunos aspectos de comunicación en la medicina en general (Guillén y Olascoaga, 2017; Luna, 2019). En México, a su vez, diversos autores han evidenciado la necesidad de explorar este campo con el fin de humanizar, informar e identificar los principales retos de comunicación en el terreno de la oncología (Ascencio *et al.*, 2013; Flores, 2018; Platas *et al.*, 2020).

Por todo lo anterior, pareció relevante diseñar un instrumento en idioma español basado en los criterios actuales de una comunicación efectiva en el campo de la oncología para identificar y evaluar dichas habilidades, así como obtener sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Participantes

Mediante un diseño transversal, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia de médicos y residentes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser médicos o residentes de la especialidad de oncología que al momento del estudio estuvieran asignados a áreas administrativas, que no estuvieran en contacto con pacientes o que formaran parte del personal rotante.

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética DEISC-190120 001, y los datos se recolectaron en el periodo de marzo de 2020 a enero de 2021.

Procedimiento

Construcción de los ítems

Se desarrolló un criterio de referencia cuyo objetivo fue determinar si los participantes habían adquirido diversos comportamientos. En este tipo de medidas es importante especificar las conductas más relevantes para construir una prueba que discrimine entre los sujetos que tienen o carecen de las conductas objetivo, para lo cual se requiere identi-

ficar los estándares del comportamiento a evaluar, y asimismo elaborar un formato con opciones de respuesta en una escala de calificación apropiada para este tipo de medidas.

Con base en lo anterior, para la elaboración de los ítems se utilizó como marco teórico la Declaración de Consenso de Kalamazoo sobre los elementos esenciales de la comunicación en los encuentros médicos y basada en el análisis de cinco modelos de enseñanza de habilidades de comunicación, la que integra tanto las de comunicación básica como las interpersonales al considerar que forman una competencia integrada con dos partes distintas (Makoul, 2001). Las habilidades de comunicación consisten en el desempeño de tareas y ciertos comportamientos específicos, tales como obtener un historial médico, explicar un diagnóstico y un pronóstico, o proporcionar instrucciones terapéuticas y asesoría. A su vez, las habilidades interpersonales son inherentemente relacionales y orientadas al proceso; son, así, el efecto que la comunicación tiene sobre otra persona, como aliviar su ansiedad o establecer una relación de confianza (Duffy *et al.*, 2004).

Estas definiciones son congruentes con la información que brindan los seis pasos del protocolo SPIKE y la guía de recomendaciones de la ASCO para la comunicación médico-paciente en oncología. Específicamente, para la elaboración del presente instrumento se consideraron las habilidades de comunicación básica, la discusión de cuidados y pronósticos, el uso de la comunicación para facilitar la participación de un familiar en la atención, la comunicación efectiva cuando hay barreras, y la discusión de opciones de tratamiento (*cf.* Baile *et al.*, 2000; Gilligan *et al.*, 2017).

Además, se siguieron las recomendaciones de De Vellis (2017) para la elaboración de los ítems. En total, se redactaron 46 que evalúan la frecuencia en el uso de las habilidades de comunicación e interpersonales necesarias para una comunicación efectiva en el citado campo de la oncología. Las opciones de repuesta se muestran en una escala Likert en la que 0 significa “nunca”; 1, “casi nunca”; 3, “casi siempre”, y 4, “siempre. Un mayor puntaje indica un mayor uso de las habilidades de comunicación y una comunicación más efectiva.

Juicio de expertos

Para validar el contenido de los ítems se convocó a seis especialistas en oncología: dos cirujanos oncológicos, tres médicos oncológicos y una psicóloga experta en el área de cuidados paliativos, a los cuales se les proporcionó una planilla de evaluación que explicaba el objetivo del estudio, el objetivo de la prueba y la descripción de las dimensiones de la misma con los 46 ítems. Los expertos revisaron la suficiencia, coherencia, claridad y relevancia de los ítems, puntuando cada categoría del 1 al 4. Todos los ítems obtuvieron un coeficiente de validez de contenido y una concordancia de buena a excelente (véase Tabla 2), por lo que no se eliminó ninguno de los ítems.

Pilotaje

La versión obtenida del instrumento se aplicó a 25 residentes de medicina interna, que es una disciplina afín a la oncología y en la que también se comunican las malas noticias a los pacientes. En esta aplicación se presentó el cuestionario en su forma final con las instrucciones, ítems y opciones de respuesta, y se evaluó asimismo la dificultad para entender las instrucciones, la necesidad de ayuda, la dificultad para entender palabras o preguntas e identificar las incómodas o molestas. La aplicación se realizó en grupo, se dieron las instrucciones de manera general y el cuestionario fue autoaplicado. Dos observadores estuvieron pendientes de las dudas o comentarios sobre el instrumento. El tiempo estimado de respuesta fue de 15 minutos. No se reportaron dificultades en cuanto a la comprensión de los aspectos evaluados, por lo que no se eliminó ningún ítem.

Aplicación final

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un formulario en Google, el cual se envió a los participantes por correo electrónico y por mensajes de texto. Al ingresar al enlace, se presentaba una primera sección con el objetivo de la investigación, la necesaria confidencialidad de la información proporcionada y el carácter voluntario de su participación. Al terminar esta sección se mostraba al participante la opción de ser incluido o no

en el estudio. Si aceptaba participar, se le transfería a la sección de preguntas sociodemográficas y al cuestionario de comunicación efectiva en oncología; si no, a la sección de agradecimientos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos del formulario se exportaron y analizaron mediante el SPSS, v. 23, obteniéndose la frecuencia de los datos sociodemográficos. Para la validez de contenido se obtuvo el coeficiente de validez de Hernández-Nieto (2002), que valora el grado de acuerdo de los expertos respecto a cada uno de los ítems y el instrumento total. A fin de identificar la estructura factorial del cuestionario, se efectuó el análisis factorial exploratorio con el método de factor de ejes principales, en el que se propusieron seis factores acordes con los seis pasos propuestos en el protocolo SPIKES. Además, se utilizó el método de rotación ortogonal varimax como criterio de retención de los ítems, empleándose una carga factorial mayor a 0.40. Se aplicó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin como medida de la adecuación muestral y se obtuvo la prueba de esfericidad de Bartlett para examinar la matriz de correlación. Como medida de confiabilidad, se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach y se retuvieron los ítems con una correlación igual o mayor a 0.30. Para obtener los indicadores de validez discriminante, se efectuó el análisis de correlación de Spearman y el análisis de comparación de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Participaron 87 médicos, la mayoría varones, casados, con un rango de edad de 27 a 67 años, oncológicos del área de oncología médica o cirugía oncológica. La frecuencia en que daban malas noticias era diaria o una vez por semana; la mayoría no había recibido capacitación para dar las malas noticias o sobre la comunicación en la oncología (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes (N = 87).

Características de los participantes	
Edad	
M(D.E.)	39.97(10.15)
Años laborando	
M(D.E.)	10.38 (9.5)
Sexo	
Masculino	56
Femenino	31
Profesión actual	
Médico	67
Residente	20
Estado civil	
Solteros	33
Casados/Unión libre	50
Divorciados	4
Especialidad	
Hematooncología	3
Oncología médica	34
Oncólogo pediátrica	2
Radiooncología	4
Cirugía oncológica	39
Ginecología oncológica	5
Frecuencia de entrega de malas noticias	
Una vez al mes	8
Cada 15 días	12
Una vez por semana	24
Dos veces a la semana	19
Diariamente	24
Capacitación previa en malas noticias	
Sí	39
No	48
Dónde recibió la capacitación	
Pregrado	3
Posgrado	22
Cursos	6
Congresos	5
Seminarios	3
Talleres	3
No aplica	45
En cuál de los siguientes protocolos ha sido capacitado	
SPIKES	11
ABCDE	1
ASCO	19
Ninguno	44
No aplica	9

Validez de contenido

Se obtuvo el coeficiente de validez para cada uno de los ítems, siendo el rango obtenido de 0.88 a 1, lo que se considera una validez y una concordancia

de buenas a excelentes. Para el cuestionario completo se obtuvo un coeficiente de 0.97, que indica igualmente una validez y concordancia excelentes (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción estadística de los ítems.

ÍTEM	CVC	Factor			CTIC	ACSI
		1	2	3		
Corrijo la información incorrecta que el paciente tiene sobre su situación médica.	.989	.516			.495	.916
Muestro mi disponibilidad para responder preguntas sobre los estudios o el tratamiento en el futuro.	.958	.478			.551	.914
Proporciono la información acerca del diagnóstico y el pronóstico al paciente, adaptándola a su nivel educativo y socioeconómico.	.916	.533			.555	.914
Doy la noticia con un lenguaje que el paciente puede comprender.	.989	.564			.606	.913
Uso términos simples y directos para explicar al paciente.	.989	.567			.598	.913
Cuando uso palabras técnicas, me aseguro de que el paciente las comprenda.	.989	.686			.639	.912
Evito sobrecargar de información al paciente, de modo que la proporcione en partes y me aseguro que el paciente la comprenda.	.989	.564			.595	.913
Cuando el pronóstico es fatal o que implica incapacidad, me concentro en otros posibles objetivos del paciente, como el manejo del dolor o el alivio de sus síntomas.	.968	.595			.583	.914
Proporciono información sobre el pronóstico y el tratamiento de acuerdo con las necesidades del paciente.	.979	.742			.715	.910
Me aseguro que la información proporcionada brinde esperanza y tranquilidad al paciente sin engañarle.	.989	.625			.569	.914
Identifico la emoción que manifiestan los pacientes ante la mala noticia y les expreso mi solidaridad.	.979	.564			.612	.913
Le expreso mi apoyo al paciente reafirmando el compromiso de ayudarlo.	.989	.447			.505	.915
Menciono los objetivos del tratamiento (curación, aumento de la sobrevivencia, mejoramiento de su calidad de vida...) con el fin de que el paciente entienda el probable resultado del tratamiento.	.979	.438			.501	.915
Al revisar las opciones de tratamiento, le informo al paciente los beneficios e inconvenientes de las mismas.	.989	.559			.645	.912
Me aseguro de que el paciente entienda el propósito y la efectividad del tratamiento.	.989	.572			.648	.912
Identifico y abordo las creencias equivocadas del paciente sobre el tratamiento.	.989	.630			.627	.912
Identifico y considero los objetivos de tratamiento del paciente, como que sea el mejor posible.	.989	.619			.620	.913
Afirmo mi compromiso de apoyar al paciente y le hago saber que se le dará la mejor atención posible.	.989	.520			.488	.916
Sugiero al paciente que involucre a sus familiares en su atención médica	.989	.450	.532		.582	.826

Continúa...

ÍTEMS	CVC	Factor			CTIC	ACSI
		1	2	3		
Busco que mi posición corporal en el consultorio me permita el contacto visual con el paciente.	.979		.529		.518	.838
Mantengo un contacto visual con el paciente mientras hablo con él.	.958		.510		.402	.845
Exploro lo que el paciente sabe sobre su situación médica.	.968		.750		.692	.811
Exploro la información que tiene el paciente respecto a los estudios que se le han realizado.	.989		.767		.776	.802
Exploro si el paciente tiene clara la razón por la cual se le solicitan los estudios.	.989		.422		.480	.838
Confirmo que el paciente tenga las expectativas correctas sobre los estudios que se le practiquen.	.989		.671		.690	.812
Busco identificar las necesidades, objetivos y prioridades de información del paciente.	.885	.423	.519		.599	.832
Respondo de manera empática ante las emociones verbales y no verbales de los pacientes ante la noticia.	.989	.506		.527	.473	.859
Cuando el paciente se queda en silencio después de la mala noticia, le pregunto qué es lo que piensa.	.927			.713	.779	.509
Trato de identificar la razón de la emoción del paciente; si no estoy seguro, pregunto.	.958			.795	.703	.618
Doy oportunidad de que el paciente exprese sus emociones sobre el tratamiento.	.989	.433			.557	.914
CVCT		$\alpha = .918$	$\alpha = .845$	$\alpha = .782$		
.973						

Nota: Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser,

CVC: Coeficiente de validez de contenido; CVCT: coeficiente de validez de contenido total; CTIC: correlación total del ítem corregida; ACSI: coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Validez de constructo

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) y se obtuvieron las medidas de adecuación muestral. El valor del KMO fue de 0.801, que es un valor adecuado para factorizar, y la prueba de esfericidad fue significativa ($\chi^2 [465] = 1642.88$, $p < .001$), lo que indica que los elementos están interrelacionados. Ambos valores confirman la adecuación muestral para realizar el AFE. Así, se obtuvieron 30 ítems divididos en tres factores: Discusión de objetivos de la comunicación y pronóstico, Habilidades básicas de comunicación, y Empatía, factores los cuales explican 44.4% de la varianza (Tabla 2). En total, se eliminaron dieciséis ítems por tener bajas cargas factoriales: cinco relacionados con elementos del entorno; ocho con habilidades básicas de comunicación, que incluyen la exploración de las expectativas y preferencias de información del paciente, y tres con el uso de len-

guaje de advertencia o de contundencia excesiva y oportunidad de expresión emocional.

Confiabilidad

Se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach (α) de cada uno de los factores hallados. El factor 1, con diecinueve ítems, obtuvo un α de .918; el factor 2, con ocho ítems, uno de .845, y el factor 3, con tres ítems, un α de .782, lo que muestra una consistencia interna de adecuada a buena.

Validez discriminante

En el análisis de correlación entre los factores del cuestionario, la edad y los años de trabajo, sólo se halló una relación positiva y significativa entre el factor de habilidades básicas de comunicación y los años de labor ($r = .214$, $p < .05$). En el análisis de comparación no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones entre

médicos y residentes ni entre hombres y mujeres entre quienes reportaron tener alguna capacitación en la comunicación de malas noticias y los que carecían de la misma; únicamente se encontraron diferencias significativas en el factor de empatía ($z = -1.97, p < .05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar y obtener las propiedades psicométricas de un cuestionario de comunicación efectiva en oncología. El instrumento resultante, esto es, el Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología (CCEO en lo sucesivo), muestra indicadores de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad.

En cuanto a la validez de contenido, dicho cuestionario mostró tener propiedades de buenas a excelentes. Otros instrumentos de análisis de la comunicación médico-paciente han mostrado validez según sus propósitos, como el RIAS y el COM-ON Checklist, con validez de contenido y de confiabilidad entre evaluadores en el ambiente oncológico (Stubenrauch *et al.*, 2012). Pese a sus buenas propiedades psicométricas, dichos instrumentos requieren una capacitación para poder aplicarse y consumen mucho tiempo, por lo que usarlos con fines de identificación o de sondeo de habilidades de comunicación es poco factible.

Por otra parte, los instrumentos para la investigación, como el CCEO, pueden tener el mismo efecto que los instrumentos utilizados para evaluar los resultados de la capacitación, principalmente para aumentar la percepción de la importancia de las habilidades de comunicación que se evalúan en profesionales y estudiantes, y servirles así de retroalimentación sobre cómo mejorar dichas habilidades (Manna *et al.*, 2017).

En cuanto a la validez de constructo, el CCEO obtuvo una estructura de tres factores que explican 44% de la varianza, lo que es congruente con el marco teórico utilizado y con una buena confiabilidad, factores que muestran mejores propiedades que el cuestionario SPIKE, que sólo cuenta con un factor, un menor número de ítems y una confiabilidad más pobre (Farokhyar *et al.*, 2014).

En cuanto a los ítems eliminados por su baja carga factorial, cinco de éstos aludían al entorno, como por ejemplo “Busco un lugar privado donde dar la mala noticia”, “Evito responder llamadas telefónicas mientras estoy con el paciente” o “Informo al paciente el tiempo de que dispongo o de las posibles interrupciones”. Estos aspectos se consideran relevantes dentro de los protocolos utilizados como referencia, aunque es difícil determinar por qué no son relevantes en esta muestra. Se podría considerar que son aspectos básicos para los médicos o que deben formularse siempre, y también puede ser que en virtud de que muchos médicos trabajan para instituciones públicas o en la consulta privada, las condiciones del entorno en ambos escenarios pueden variar, lo que dificulta responder a tales enunciados.

Ocho de los ítems eliminados estaban relacionados con las habilidades básicas de comunicación; por ejemplo: “Pregunto al paciente la cantidad de información que desea recibir respecto a resultados de los estudios o tratamientos”, “Uso la información obtenida del paciente para explicarle la noticia de manera que la entienda” y “Pregunto al paciente en qué tipo de información prefiere que me centre más, como en los resultados de los estudios o las opciones de tratamiento”, pues es posible que la redacción de las preguntas sea poco clara. Aunque en la revisión de los expertos y el pilotaje no se dice algo al respecto, también podría ser que los médicos consideren que deben dar *toda* la información que suponen importante; además, en el cuestionario hay otros enunciados referidos a explorar la información que el paciente tiene o necesita sobre su situación médica, con lo que se cubren los aspectos evaluados con estas preguntas. Tales indicadores de comunicación son importantes ya que se recomienda identificar cuánta información se le puede proporcionar al paciente en un momento dado y qué información es relevante para el mismo, lo que podría hacerse identificando los aspectos importantes para su recuperación, estilo de vida y planes a futuro (Klocker-Kaiser y Klocker, 2013).

Finalmente, dos de los ítems eliminados tenían que ver con el uso de lenguaje de advertencia o de contundencia excesiva; por ejemplo: «Utilizo

frases de advertencia que permitan que el paciente se prepare para la noticia, como “desafortunadamente” o “siento decirle”», y «Evito dar la noticia con contundencia excesiva, como “Usted tiene cáncer y necesita tratamiento urgente o morirá”», pues esta forma de expresarse queda ya evidenciada en otros ítems que evalúan si la mala noticia se proporciona de manera empática.

Los treinta ítems que integran el CCEO son congruentes con las actuales recomendaciones de la ASCO, que buscan principalmente mejorar las prácticas de comunicación en los médicos que atienden a pacientes con cáncer, para lo que son importantes valores tales como construir una relación más sólida con los pacientes y sus familias mediante la expresión y creación de oportunidades para obtener una mayor comprensión de quiénes son éstos y qué les importa, con el fin de que puedan ser socios más activos en su propia atención médica. También estas recomendaciones implican comunicarse de tal manera que los pacientes entiendan y retengan la información que se les brinda, incluyendo la información que buscan, como la información que se cree deberían tener (Gilligan *et al.*, 2017).

Sobre la validez discriminante, en el estudio solamente se encontró una correlación entre los años de trabajo y las habilidades básicas de comunicación, así como diferencias en la dimensión de empatía entre los participantes que señalaron tener cierta capacitación en la comunicación. Algunos análisis muestran las dificultades de adquirir tales habilidades de comunicación. Un estudio de Kramer *et al.* (2004) mostró que después de tres años de enseñar las habilidades de comunicación a un grupo de estudiantes de posgrado, éstos tuvieron un desempeño insuficiente de las mismas, y que en comparación con un grupo con práctica en la consulta médica, tenían el mismo desempeño. También se ha indicado que no cualquier tipo de enseñanza de habilidades de comunicación

tiene efecto en éstas, y que para ello se necesita que la enseñanza tenga características tales como la presentación del contenido básico, combinado con un aprendizaje experimental y una práctica actual (Rosenbaum y Silverman, 2014). Téllez *et al.* (2023) demuestran a su vez los efectos de un taller psicoeducativo en habilidades de comunicación, e indican asimismo la importancia de valorar los contenidos, objetivos, técnicas de enseñanza y habilidades que se requieren en la formación médica. También destacan la importancia de crear espacios formales para que los estudiantes conozcan desde el principio los beneficios de aprender a comunicarse eficazmente con los pacientes. Considerando lo anterior, es importante continuar efectuando estudios que posibiliten obtener una validez discriminante y de criterio para este instrumento.

Este estudio sufre de algunas limitaciones, como el tipo de muestreo por conveniencia debido a la aplicación del cuestionario en línea. Los resultados también pudieron verse afectados por la deseabilidad social, ya que los médicos pueden anticipar la respuesta que se espera de ellos.

Se recomienda continuar la recolección de evidencias de validez de este instrumento ampliando la muestra, aplicándolo en diferentes poblaciones y relacionándolo con otras variables. La fortaleza del estudio es que muestra las primeras evidencias de validez de un instrumento en español, autoaplicable, con propiedades psicométricas adecuadas para la investigación, y pueda servir para evaluar una comunicación efectiva en médicos y residentes de oncología.

En conclusión, el CCEO tiene propiedades psicométricas adecuadas para su uso, toda vez que es un instrumento que no requiere mucho tiempo para aplicarse, lo que lo hace apropiado para explorar las habilidades de comunicación de médicos y residentes de oncología.

Citación: Juárez-García, D.M., Moncada, H., Flores-Moreno, S.M., Téllez-López, A. y Guajardo-Nieto, D. (2026). Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología. *Psicología y Salud*, 36(1), 107-118. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3036>

REFERENCIAS

- Arraras, J.I., Wintner, L.M., Sztankay, M., Tomaszewski, K., Hofmeister, D., Costantini, A., Bredart, A., Young, T., Kuljanic, K., Tomaszewska, I.M., Kontogianni, M., Chie, W.C., Kullis, D., Greimel, E. y Zarandona, U. (2017). La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la EORTC. *Psicooncología*, 14(1), 107-120. Doi: 10.5209/PSIC.55815
- Ascencio H., L., Allende P., S., Castañeda, C. y Varástegui A., E. (2015). La comunicación de las “malas noticias” en cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 276-279.
- Back, A., Fromme, E. y Meier, D. (2019). Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 435-441. Doi: 10.1111/jgs.15709
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. y Kudelka, A.P. (2000). SPIKES — A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. Doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302
- Boucher, V.G., Gemme, C., Dragomir, A.I., Bacon, S.L., Larue, F. y Lavoie, K.L. (2020). Evaluation of communication skills among physicians: A systematic review of existing assessment tools. *Psychosomatic Medicine*, 82(4), 440-451. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000794
- De-Vellis, R. 2017. *Scale development: Theory and Applications*. (pp. 105-151). Sage.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Kelly, K. y Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Farokhyar, N., Shirazi, M., Bahador, H., Baradaran, H. y Jahanshir, A. (2014). Assessing the validity and reliability of SPIKES questionnaires regard in of medical residents awareness breaking bad news in TUMS 2012. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(122), 1-36.
- Flores M., S. (2018). *Bioética en la formación del cirujano oncológico*. Recuperado de <https://oncologia.mx/2018/11/05/bioetica-en-la-formacion-del-cirujano-oncologo/>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R., Berry, D., Bohlke, K., Epstein, R., Finlay, E., Jackson, V., Lathan, C., Loprinzi, C., Nguyen, L., Seigel, C. y Baile, W. (2018). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 73(2), 96-97. Doi: 10.1097/01.ogx.0000530053.40106.9b
- Guillén L., O. y Olascoaga M., A. (2017). Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 30(2), 78-81. Doi: 10.36393/spmi.v30i2.65
- Gutiérrez L., M., de Castro E., K. y Fernández C., M.G. (2014). El proceso de comunicación en oncología: Relato de una experiencia. *Psicooncología*, 11(2/3), 403-418.
- Hernández N., R.A. (2002). *Contributions to Statistical Analysis*. Caracas: Universidad de Los Andes.
- Klocker-Kaiser, U. y Klocker, J. (2013). The setting, the truth, and the dimensions of communication with cancer patients. En Surbone, A., Zwitter, M., Rajer, M. y Stiefel, R. (Eds.): *New challenges in communication with cancer patients*. (pp. 231-234). Boston: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-3369-9_19
- Kramer, M., Düsman, H., Tan, C., Jansen, M., Grol, M. y Van der Vleuten, M. (2004). Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Medical Education*, 38(2), 158-167.
- Luna S., Y. (2019). How to say bad news without compromising the patient’s humanity. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(1), 123-127. Doi: 10.17843/rpmesp.2019.361.3921
- Mack, J., Fasciano, K. y Block, S. (2018). Communication about prognosis with adolescent and young adult patients with cancer: Information needs, prognostic awareness, and outcomes of disclosure. *Journal of Clinical Oncology*, 36(18), 1861-1867. Doi: 10.1200/JCO.2018.78.2128
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Manna, R., Bylund, C.L., Brown, R.F., Di Ciccone, B.L. y Konopasek, L. (2017). Facilitating communication role play sessions. En *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0054>
- Mostafavian, Z. y Abbasis, Z. (2018). Evaluation of physicians’ skills in breaking bad news to cancer patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 601-605. Doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe
- Platas, A., Cruz R., M., Mesa C., F., Jasqui B., A., De la Rosa P., S., Rivera, F., Mohar, A. y Villarreal G., C. (2020). Communication challenges among oncologists in Mexico. *Journal of Cancer Education*. Doi: 10.1007/s13187-020-01703-7
- Radziej, K., Loechner, J., Engerer, C., Niglio, M., Freund, J., Sattel, H., Bachmann, C., Berberat, P. O., Dinkel, A. y Wuensch, A. (2017). How to assess communication skills? Development of the rating scale ComOn Check: Evaluation of communication skills. *Medical Education Online*, 22(1), 1-11. Doi: 10.1080/10872981.2017.1392823

- Rosenbaum, M. y Silverman, J. (2014). Training for effective communication in health settings. En L. Martins y R. Dimateo. *Health communication, behavior change and treatment adherence*. Oxford.
- Stubenrauch, S., Schneid, E.M., Wünsch, A., Helmes, A., Bertz, H., Fritzsche, K., Wirsching, M. y Götz, T. (2012). Development and evaluation of a checklist assessing communication skills of oncologists: The COM-ON-Checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 225-230. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01556.x
- Téllez T., M.Y., Bernal C., I., Seáñez M., A.R. y Delgado R., M. (2023). Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina. *Psicología y Salud*, 33(1), 187-207. Doi: 10.25009/pys.v33i1.2783

Comparación de rasgos oscuros y luminosos en estudiantes universitarios mexicanos: validación de un instrumento combinado

Comparison of “dark” and “luminous” traits in Mexican university students: validation of a combined instrument

Marcelo José Villarreal-Coindreau¹, Ximena Altamirano-San Martín²,
Renata Belío Torres², Andrea María Reynoso-Contreras²,
Arturo Daniel Olvera-López² y Andrea de Lascurain-Rousselon²

Universidad Anáhuac México Norte^{1, 2}

Autor para correspondencia: Marcelo J. Villarreal-C., jose.villarreal@anahuac.mx.

RESUMEN

Los rasgos oscuros y luminosos de personalidad tienen implicaciones diferenciadas para el bienestar, relaciones interpersonales y laborales de las personas. Por ello, esta investigación buscó validar, con estudiantes universitarios mexicanos, un instrumento elaborado *ex profeso* con 58 reactivos para medir tríada oscura, alocentrismo, amabilidad, autenticidad, conciencia moral, empatía emocional, disposición al perdón y neuroticismo. Se buscó también examinar la relación entre estos rasgos y la de éstos con la edad y el semestre estudiado, así como las posibles diferencias en hombres y mujeres. Los resultados de 299 participantes en línea, 146 en un primer período y 153 en otro posterior, confirmaron su pertenencia a una misma población estadística, salvo por siete reactivos relacionados con agresividad e inestabilidad emocional. Tales datos arrojaron tres factores con un adecuado ajuste al modelo: audacia prosocial, audacia antisocial y emocionalidad, las que se conservaron, tanto considerando como excluyendo los reactivos de excepción. Al incluirlos, estos factores se agruparon en un cuarto factor independiente, identificado como agresividad, en tanto la audacia prosocial aumentó un reactivo. Todas las escalas fueron confiables para fines de investigación, estando las dos primeras correlacionadas significativa y negativamente con emocionalidad de manera conceptualmente clara. Las calificaciones de audacia prosocial fueron las más altas. Sin embargo, los hombres reportaron una mayor tendencia antisocial y una menor emocionalidad que las mujeres. A la vez, los estudiantes reportaron menos tendencias antisociales y más emocionalidad al aumentar el tiempo de su formación universitaria. Tales hallazgos confirman diferencias claras entre rasgos oscuros, luminosos y neuroticismo.

Palabras clave: CPI-R; Maquiavelismo; Psicopatía; Narcisismo; Grandes cinco; Alocentrismo.

¹ Facultad de Psicología, Edif. CAIDE 5º Piso, Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac, 52786 Huixquilucan, Edo. de México, México, (C/o Dra. Diana Betancourt Ocampo), tel. +525-556-27-02-10, 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: ximena_altamirano@anahuac.mx, renata.belio@anahuac.mx, andrea.reynoso@anahuac.mx, arturo_olvera@anahuac.mx, andrea.delascurain@anahuac.mx.



ABSTRACT

Dark and light personality traits have differential implications for well-being, interpersonal and work relationships. The present study sought to validate an ad-hoc tool with 58 items to measure the dark triad: allocentrism, agreeableness, authenticity, moral consciousness, emotional empathy, and proneness to forgive, and neuroticism in Mexican undergraduate students. It also sought to examine the relationship among these traits, and with age and semester coursed, as well as possible differences among them and between men and women. The results of 299 online participants, 146 in a first period and 153 in a second one, confirmed a single population, except for seven items related to aggressiveness and emotional instability. Three factors with adequate model fit resulted when those items were either included or excluded. Such factors were: prosocial boldness, antisocial traits, and emotionality. When included, the other seven items grouped into an independent factor, called aggressiveness, with prosocial boldness adding one item. All the scales were reliable for research purposes. The scores for prosocial boldness were the highest. However, men reported larger antisocial tendencies and less emotionality. At the same time, students reported less antisocial tendencies and higher emotionality as their undergraduate studies progressed. These findings confirm clear differences among dark traits, luminous traits, and neuroticism.

Key words: CPI-R; Machiavellianism; Psychopathy; Narcissism; Big five; Allocentrism.

Recibido: 25/11/2024

Aceptado: 03/10/2025

Hay razones prácticas y científicas para comprender las diferencias individuales y la personalidad (p. ej. Cloninger, 2003), lo que puede entenderse como un conjunto de atributos que caracterizan a un individuo, o bien como el sistema subyacente que genera ese conjunto de atributos (Boyle *et al.*, 2008). De estas dos perspectivas, la primera considera la personalidad como “los rasgos o características [...] de lo que es típico de un individuo en la conducta” (*cf.* Allport, 1975, p. 397).

Rasgos “oscuros”

Entre los rasgos que han llamado la atención de investigadores y público en general por sus implicaciones para la vida diaria se encuentran los llamados “rasgos oscuros”, que comúnmente se agrupan bajo el concepto de “tríada oscura”: la psicopatía subclínica, el narcisismo subclínico y el maquiavelismo (Paulhus y Williams, 2002). Cada uno de estos rasgos posee características únicas, aunque comparten la tendencia a la insensibilidad, el egoísmo y la malicia en las relaciones interpersonales (Jones y Paulhus, 2009).

Cleckley (1988) describe al individuo psicopático como alguien encantador, con gran dominio interpersonal, audaz y carente de temor, con escasa ansiedad y con un funcionamiento intelectual intacto. Tales características se acompañan a menudo de una inclinación hacia la imprudencia y la deshonestidad.

Hare (2003) y Hare y Neumann (2008) identifican cuatro factores distintivos de la psicopatía: el *interpersonal*, que examina las habilidades sociales y manipulativas; el *afectivo*, que refleja la falta de empatía y de emociones genuinas; un *estilo de vida* que se relaciona con la impulsividad y la irresponsabilidad, y el factor *antisocial*, que tiene que ver con los comportamientos delictivos y la falta de remordimientos. Dichos elementos brindan una comprensión más profunda de los aspectos esenciales de la psicopatía en las personas (Babiak *et al.*, 2010).

Las personas con rasgos psicopáticos a menudo ven el mundo como un lugar en que es apropiado aprovecharse de las debilidades de los demás, como si fueran víctimas o presas (Hare, 1999). Además, las personas con tales rasgos evitan ser detectadas por las autoridades y funcionan con éxito en la sociedad (p. ej. Babiak *et al.*, 2010; Mullins-Sweatt *et al.*, 2010), lo que puede deberse en parte a su mayor habilidad para mentir y manipular, lo que es considerado como un rasgo central de la personalidad psicopática (Cleckley, 1988; Hare y Neumann, 2008).

La psicopatía subclínica se asocia con rasgos ofensivos y comportamiento antisocial (Williams *et al.*, 2007). La persona engaña y carece de em-

patía, siente desprecio por los demás y los considera únicamente como objetos para su propio beneficio. La locuacidad, el encanto superficial y la manipulación son también característicos de este rasgo (Pozueco *et al.*, 2013).

Esta psicopatía subclínica se caracteriza por la desvinculación moral, que se refiere al proceso cognitivo por el cual un individuo justifica un comportamiento que es socialmente inaceptable para los demás, por lo que ignora las normas morales que normalmente la debieran regir (Bandura, 1990). Extremera y Fernández (2004) apuntan que las conductas disruptivas y la justificación de comportamientos agresivos están relacionadas con una baja inteligencia emocional, entendida como un conjunto de habilidades relacionadas con la percepción, la comprensión y la expresión de habilidades, así como con su regulación para facilitar el pensamiento y el crecimiento emocional e intelectual (*cf.* también Fernández y Extremera, 2005, y Mayer y Salovey, 1997).

El *narcisismo subclínico* se caracteriza por egoísmo, un sentido egocéntrico, la percepción de tener derechos exclusivos y una autoimagen positiva poco realista (Paulhus, 1998). Inicialmente, las personas narcisistas son muy queridas por los demás, pero conforme pasa el tiempo se vuelven impopulares (Paulhus y John, 1998). Buscan destacar rodeándose de personas influyentes y poderosas, a la vez que desprecian a los demás, a quienes consideran inferiores e indignos de su atención o amistad. Tales actitudes se fundamentan en una autoestima frágil y volátil, altamente susceptible a la información negativa y considerada una amenaza al yo (Raskin *et al.*, 1991). Las personas que exhiben este rasgo tienden a no ser conscientes del efecto negativo que su conducta tiene en los demás, tienen dificultades para empatizar y experimentan un bajo nivel de estrés interpersonal (Algar *et al.*, 2023). De igual manera, las personas con narcisismo subclínico tienden a sentir rencor durante mucho tiempo y experimentan con frecuencia resentimientos hacia quienes perciben como amenazas porque destacan más que ellas (Kealy y Ogrodniczuk, 2011). Incluso tienden a recordar persistentemente toda crítica o burla.

Finalmente, el *maquiavelismo* se caracteriza por cinismo, astucia y manipulación de los demás (Fehr *et al.*, 1992). Las personas con este rasgo exhiben comportamientos que les garantizan la obtención de sus objetivos individuales a costa de las metas comunes, y tratan de ser amistades deseables (*cf.* Jones y Paulhus, 2009). Este tipo de individuos carecen o tienen pocas normas éticas y están dispuestos a hacer lo que sea necesario para obtener el éxito (Belschak *et al.*, 2018).

Se ha identificado que las personas con rasgos oscuros tienen características en común, como un sentimiento de grandiosidad, capacidad de manipulación, simulación de emociones y una apariencia de estabilidad, normalidad y amabilidad (Hare, 2003; Hare y Neumann, 2008).

Entre otros rasgos compartidos de la tríada oscura se encuentran la falta de empatía hacia los demás y la insensibilidad (Paulhus, 2014). Sin embargo, hay indicios de que las personas con tales rasgos pueden sufrir déficits en su empatía afectiva, pero no en la cognitiva, al menos en determinadas circunstancias (Duradoni *et al.*, 2023; Jonason y Krause, 2013; Wai y Tiliopoulos, 2012), por lo que conviene diferenciar entre estos dos conceptos de la empatía; así, la *cognitiva* se entiende como la comprensión intelectual de los sentimientos de los demás, en tanto que la *afectiva* consiste en compartir emocionalmente la experiencia sentimental de otras personas y responder adecuadamente a ellas (Shamay-Tsoory *et al.*, 2009).

A la par con lo anterior, la inteligencia emocional involucra tanto aspectos cognitivos e intelectuales, como emocionales y sociales. Ruvalcaba *et al.* (2014) señalan que aunque se reconoce que la inteligencia emocional y la empatía son muy valiosas en la vida social, algunos estudios sugieren que existe un “lado oscuro” de estas capacidades, con las que se busca obtener beneficios meramente personales, como ocurre en la psicopatía, el maquiavelismo y el narcisismo (Grieve y Panebianco, 2013; Nagler *et al.*, 2014).

Rasgos “luminosos”

En contraposición a los rasgos oscuros, algunos investigadores han analizado los rasgos “lumino-

sos” (Kaufman *et al.*, 2019) o “brillantes” (Musek y Kobal Grum, 2021), los que son reconocidos como factores socialmente beneficiosos y que fomentan el bienestar emocional, esto es, las emociones positivas, esperanza y satisfacción con la vida, así como la ausencia de sentimientos negativos (Keyes, 2002). Tales rasgos contribuyen a la salud mental individual y fortalecen las relaciones interpersonales, al igual que el sentido general de comunidad.

Adicionalmente, las emociones positivas pueden actuar como un amortiguador frente a los efectos fisiológicos adversos del estrés, contribuyendo así a aumentar los recursos personales y emocionales (Fredrickson, 2001).

Entre las teorías acerca de los rasgos luminosos, Kaufman *et al.* (2019) identifican en su propuesta la siguiente tríada: el *kantismo*, que consiste en “tratar a las personas como fines en sí mismas y no como medios” (p. 1); el *humanismo*, que se refiere a valorar a los individuos y respetar su dignidad, y la *fe en la humanidad*, que entraña creer en la bondad humana.

Por otra parte, al modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad (*Big Five*) (John *et al.*, 1991; John *et al.*, 2008) también se le considera como la base de la personalidad luminosa (Kaufman *et al.*, 2019).

Este último modelo, desarrollado a lo largo del tiempo por distintos autores, entre los que destacan Goldberg (1990, 1993) y Costa y McCrae (1992) es comúnmente conocido con el acrónimo “OCEAN” por las siglas en inglés de los factores que lo conforman (Kim *et al.*, 2018): el factor O (*Openness* en inglés), de apertura a nuevas experiencias; el factor C (*Conscientiousness*), de responsabilidad; el factor E (*Extraversion*), de inclinación hacia el mundo exterior, de facilidad para las relaciones sociales y de un carácter abierto; el factor A, de *amability* (simpatía), y el factor N (*Neuroticism*), de experimentar emociones negativas, como ansiedad, cólera, preocupación y depresión más frecuentes e intensos (Costa y McCrae, 1992), como opuestos a la estabilidad emocional (Goldberg, 1990).

De estos rasgos, Musek y Kobal Grum (2021) proponen que la amabilidad, la responsabilidad y

la estabilidad emocional conforman la tríada brillante por su orientación al bienestar y a los valores prosociales. Según esos autores, es más probable que las personas con rasgos fuertes de la tríada brillante sean incluidas por las demás en su entorno social, por comparación con quienes exhiben rasgos oscuros, y porque se les considerará como personas alegres y responsables.

Sin embargo, algunas investigaciones destacan, en particular, una relación negativa entre la tríada oscura y la amabilidad, y una relación positiva, aunque baja, con el neuroticismo (p. ej. Kaufman *et al.*, 2019). No obstante, dada la falta de emociones en la tríada oscura, conceptualmente cabe esperar una relación inversa entre ésta y el neuroticismo. Con base en esta información, la presente investigación se enfoca únicamente en los rasgos de amabilidad y neuroticismo, entre los del modelo de los grandes cinco y la tríada brillante.

De estos dos rasgos, la amabilidad se relaciona con la bondad, la cooperación y la confianza, que se pueden observar en las conductas prosociales (Graziano y Tobin, 2002). Por su parte, el neuroticismo se caracteriza por ansiedad, nerviosismo, tristeza y tensión emocional (Matthews *et al.*, 2003), como opuesto a la estabilidad emocional (Goldberg, 1990).

De manera más reciente, Villarreal *et al.* (2023) proponen otros dos rasgos luminosos: el alocentrismo, opuesto al egocentrismo oscuro, y en particular al narcisista, y la autenticidad, en contraste con el maquiavelismo. Estos últimos autores miden ambos rasgos con un instrumento propio denominado Inventario de la Tríada Luminosa (ITL).

El alocentrismo se caracteriza por un sentimiento positivo hacia la sociedad y hacia quienes forman parte del propio grupo, subordinando así las metas personales a las de esa comunidad (Triandis, 1983; Triandis, Bontempo y Villareal, 1988; Triandis *et al.*, 1985). Quienes muestran dicho rasgo consideran cómo su comportamiento afectará a los demás en su propio grupo.

La autenticidad, por su parte, se refiere a la cualidad de ser honrado con uno mismo y en las relaciones con los demás (Jourard, 1971). De esta forma, se interpreta que tal rasgo es la coherencia

entre los valores internos de una persona y sus expresiones externas (Lehman *et al.*, 2019). A su vez, Trilling (1972) alude a la sinceridad como un estado de congruencia entre lo que se expresa y el sentimiento real, opuesto a disimular, fingir o pretender.

A la propuesta anterior, en el presente estudio se considera importante añadir la conciencia moral como rasgo luminoso, en contraposición a la ausencia de remordimientos y a la desvinculación moral en la tríada oscura. En este sentido, Çınar y Gündüz (2023) conceptúan la conciencia como una combinación de habilidades emocionales y cognitivas que informan sobre lo que está bien y lo que está mal. Por otra parte, Allport (1975) ya señalaba que el buen carácter está relacionado con una percepción de excelencia moral, lo que puede considerarse un aspecto luminoso.

En este análisis también se añade como rasgo luminoso la disposición al perdón, que se refiere a la superación del afecto y el juicio negativos hacia el ofensor mediante un esfuerzo por verlo con compasión, benevolencia y amor, mientras que se reconoce al mismo tiempo que se ha abandonado el derecho a experimentarlos (Enright *et al.*, 1994).

Quien perdona ve al otro como un igual y como digno de respeto. Si la parte ofendida todavía alberga odio o desprecio, una respuesta de respeto e igualdad, aunque sea posible, puede ser menos probable (Enright *et al.*, 1994).

En este sentido, el perdón y lo que podría denominarse “espiritualidad interpersonal” se reflejan en la solidaridad, la comprensión, el amor y la aceptación de las características del otro, lo que permite una conexión profunda y un reconocimiento mutuo (Rivera *et al.*, 2013).

Por otra parte, Al-Sabeelah *et al.* (2014) señalan que el perdón está relacionado positivamente con la amabilidad y negativamente con el neuroticismo de los grandes cinco en una población universitaria de Jordania. Tal disposición contrasta con el resentimiento y el rencor en la psicopatía subclínica y el narcisismo.

Recapitulando, en tanto que los rasgos oscuros se caracterizan por la falta de empatía y de sensibilidad interpersonal, así como por la manipulación, la desvinculación moral y la explota-

ción de los demás (Wertag, 2023), cabe esperar que las personas “luminosas” se distingan por los siguientes rasgos opuestos: considerable empatía emocional, alocentrismo, autenticidad, conciencia moral, amabilidad, inestabilidad emocional (neuroticismo) y disposición al perdón, entre otros. Más aún, Brooks y Fritzson (2020), Brooks *et al.* (2020) y Fritzson *et al.* (2017) identifican en diferentes estudios que frecuentemente las personas con rasgos luminosos tienden a ser víctimas de quienes muestran rasgos oscuros, y que las personas con psicopatía pueden tener una particular capacidad para identificar a sus posibles víctimas.

Como puede notarse en los párrafos anteriores, la investigación, medición e identificación de los rasgos oscuros y luminosos son de gran valor en las relaciones interpersonales por sus implicaciones negativas o positivas, respectivamente, en el clima laboral e incluso en la reputación de las organizaciones, así como en la salud física y emocional de quienes manifiestan tales rasgos, como de quienes se encuentran a su alrededor y se ven influidos o afectados por aquéllos.

Diversos instrumentos permiten medir los rasgos de la tríada oscura por separado o en conjunto. En esta investigación se aplicó el Inventario de Personalidad Corporativa Revisado (CPI-R), elaborado por Fritzson *et al.* (2017) y Fritzson (2020), y revisado y traducido al español por Villarreal *et al.* (2021, 2023, 2025). Específicamente, el CPI-R original arroja tres factores naturales, que sus autores denominan Dominio interpersonal, Audacia y Crueldad, y que Villarreal *et al.* (2025) relacionan con maquiavelismo, narcisismo subclínico y psicopatía subclínica, respectivamente.

Es posible medir igualmente los rasgos brillantes y luminosos con otros instrumentos, como el Inventario de los Grandes Cinco de la Universidad de California en Berkeley (Benet-Martínez y John, 1998; John *et al.*, 1991; John *et al.*, 2008; Musek y Kobal-Grum, 2021); la Escala de la Tríada Luminosa (Kaufman *et al.*, 2019); el Inventario de la Triada Luminosa (Villarreal *et al.*, 2023), y por extensión, el Cuestionario de Revelación de Sí mismo (Jourard, 1971) y el Cuestionario de Alocentrismo-idiocentrismo de Triandis *et al.* (1985).

De ahí que el presente estudio se enfoque en retomar, construir y validar las formas de medición de los rasgos oscuros y luminosos en estudiantes universitarios mexicanos a partir de algunas escalas basadas en el Inventario de Personalidad Corporativa Revisado (CPI-R) (Fritzson, 2020; Fritzson *et al.*, 2017), considerando los hallazgos sobre su uso en español por Villarreal *et al.* (2021, 2023, 2025); el Inventario de la Tríada Luminosa (ITL) (Villarreal *et al.*, 2023); la Escala de Perdón de Heartland (Jasqui y Villarreal, 2015; Thompson y Snyder, 2003) y las escalas de Amabilidad y Neuroticismo del Inventario de los Grandes Cinco de la Universidad de California (Benet-Martínez y John, 1998; John *et al.*, 1991; John, *et al.*, 2008).

Se espera que los resultados hagan posible una mejor comprensión de las personas y faciliten anticipar su comportamiento en diversas situaciones, y contribuyan además a la formulación de intervenciones individuales, grupales y organizacionales.

MÉTODO

Participantes

Un total de 311 estudiantes mexicanos de universidades en el país contestaron el instrumento en una muestra no aleatoria, 152 del 30 de marzo al 19 de abril de 2024 y 159 del 6 de septiembre al 24 de octubre de 2024. En total, se eliminaron las respuestas de dos participantes por tratarse de estudiantes en el extranjero y las de otras seis personas, por haber contestado predominantemente con un solo valor (56 o 57 reactivos de 58), incluso para reactivos invertidos, y las de cuatro más por haber indicado que ya habían contestado previamente el instrumento. Con ello, quedó un total de 299 participantes, 146 para el primer grupo y 153 para el segundo. De ellos, 145 y 150, respectivamente, indicaron su sexo: 62 (42.76%) y 53 (35.33%) hombres y 83 (57.24%) y 97 (64.67%) mujeres. Las edades de los participantes fluctuaron entre los 18 y los 27 años, con media de 20.85 y desviación estándar, 1.62 en el primer grupo y entre los 17 y los 26 años, con media de 20.63 y desviación estándar, 1.53, en el segundo, distribuidos en 23 y

37 universidades e instituciones de educación superior, respectivamente.

Instrumento

Se administró un instrumento consistente de datos demográficos (sexo, edad, universidad, carrera y semestre cursado) y 58 reactivos que enuncian principalmente creencias sobre uno mismo, redactados en primera persona del singular, los que se responden en una escala tipo Likert con cuatro valores: 1: *Totalmente distinto a mí*; 2: *Un poco distinto a mí*, 3: *Un poco como yo*, y 4: *Totalmente como yo*.

Dicho instrumento se construyó con base en los veintitrés reactivos del Inventario de Personalidad Corporativa Revisado (CPI-R) de Katarina Fritzson (2020; Fritzson *et al.*, 2017), traducido al español por Villarreal *et al.* (2021, 2023), conforme a los resultados de los análisis factoriales reportados por Villarreal *et al.* (2025). Estos reactivos se refieren a tendencias antisociales, búsqueda de emociones, presión interpersonal y aplomo como representativos de los rasgos oscuros. En el caso de presión interpersonal, solamente se conservaron los reactivos relacionados con el interés por destacar.

De igual manera, a partir del Inventario de la Tríada Luminosa propuesto por Villarreal *et al.* (2023) se incluyeron tres reactivos directos o con algún ajuste de la escala de Alocentrismo (Triandis, 1983; Triandis *et al.*, 1985), siete de autenticidad (Jourard, 1971) y cinco de empatía emocional (Caruso y Mayer, 1998), a los cuales se agregaron tres reactivos de la Escala de Perdón de Heartland (Thompson y Snyder, 2003; Thompson *et al.*, 2005a; Thompson *et al.*, 2005b), en la versión en español de Jasqui y Villarreal (2015).

Por otra parte, de los Grandes Cinco Factores de Personalidad de la Universidad de California en Berkeley (Benet-Martínez y John, 1998; John *et al.*, 1991; John *et al.*, 2008) se tomaron los nueve reactivos de la escala de Amabilidad y los ocho de la de Neuroticismo, considerándose la primera dentro de los rasgos luminosos y la segunda como una escala independiente. Al final, se ordenaron los reactivos de manera aleatoria para reducir posibles sesgos por agrupación.

Procedimiento

Se elaboró un formulario en Google Forms en el que se especificó claramente el objetivo de la investigación, asegurando a los participantes que los datos recopilados serían utilizados exclusivamente con fines estadísticos y de investigación, la que fue previamente avalada por el Servicio de Consultoría Ética de la institución, siendo consistente el texto con el propuesto por su área legal. Además, se detallaron las características generales del instrumento y se solicitó la participación de manera anónima, libre y voluntaria, con la indicación expresa de la firma de un consentimiento para poder participar. De igual manera, se precisó que el participante podía abandonar la investigación en cualquier momento si así lo decidía. En el caso de quienes participaron a partir de septiembre de 2024, se incluyó una invitación a consultar las Políticas de Privacidad de la Universidad Anáhuac México, proporcionándoles el enlace correspondiente, aunque no se incluyó información que hiciera posible identificar a los participantes.

Por otra parte, y con la finalidad de evitar respuestas duplicadas, se pidió a los participantes informar si habían contestado anteriormente el instrumento y confirmar su nacionalidad mexicana, esto último para evaluar el alcance de la presente investigación.

Una vez que los estudiantes aceptaron participar, se les pidió precisar la información demográfica relevante, como sexo (mujer, hombre o la opción de no indicarlo), edad, carrera, semestre y universidad, para así contextualizar adecuadamente los resultados del estudio.

El siguiente apartado, en que se les requería contestar los reactivos, se aplicó únicamente a los estudiantes que consintieron participar en la investigación, que no la hubiesen respondido con anterioridad y que dijeran ser mexicanos.

Tal participación se solicitó personalmente, y también se difundió el formulario a través de Instagram y WhatsApp, así como por muestreo de bola de nieve (Goodman, 1961). Se proporcionó a los participantes el enlace al formulario, lo que permitió la recopilación de respuestas de manera eficiente en cualquier entorno digital.

Análisis de los datos

Las respuestas fueron registradas en el sistema de Google Forms, transferidas a un archivo de MS Excel, y analizadas con JAMOV 2.6.13.

Toda vez que la muestra tuvo participantes en dos momentos distintos, se compararon sus respuestas por reactivo y en la escala total mediante pruebas *t* de Student para muestras independientes, para verificar así su pertenencia a una sola población.

A partir de los resultados obtenidos, se efectuaron análisis factoriales exploratorios por ejes principales y con rotación varimax con la muestra total, incluidos todos los reactivos y sólo aquellos en los que ambos grupos mostraron similitud, limitando los factores a aquellos con un valor eigen mayor a 1.0 (Backhaus *et al.*, 2021) y verificando los ajustes respectivos de modelo con RMSEA y TLI. De igual manera, se realizaron análisis de confiabilidad, de correlación entre las escalas resultantes, edad y semestre de estudios; así como pruebas *t* de Student de muestras independientes al comparar hombres y mujeres en las distintas escalas, muestras pareadas y calificaciones.

RESULTADOS

Análisis comparativos entre muestras

Las pruebas *t* de muestras independientes entre los dos grupos de participantes mostraron similitud entre ellos en la escala total ($t = -1.336$, $p = 0.186$, $M = 2.75$ para hombres y 2.79 para mujeres) y la mayoría de los reactivos individuales, salvo por cuatro de la escala de amabilidad y tres de neuroticismo, con $p < 0.001$ (de $t = -6.13$ a $t = 20.56$), todos ellos relacionados con inestabilidad emocional y conductas agresivas.

En línea con lo anterior, las medias de los grupos fueron de 2.15 a 3.34 para el primer grupo y de 1.44 a 2.69 para el segundo, reflejando con ello una menor estabilidad emocional y una mayor agresividad en el primero.

Algunas diferencias menores adicionales correspondieron a reactivos del CPI-R, uno con $p < 0.01$

($t = 2.67$) y tres más con $p < 0.05$ ($t = 2.17, 2.44$ y 2.49). Cabe anotar que el primero y otro más no permanecieron en las escalas factoriales finales del presente estudio.

Para verificar si las diferencias halladas entre grupos se debieron a la composición distinta por sexo entre grupos, se llevaron a cabo análisis de varianza de dos factores: grupo y sexo. Los resultados mostraron un efecto de interacción en los reactivos de neuroticismo ($F = 11.65, 13.72$ y $45.63, p < 0.001$ en todos los casos). En cuanto a los reactivos de amabilidad, solamente uno (“En ocasiones soy grosero/agresivo con los demás”) mostró ligeramente tal efecto, con $F = 3.95$ y $p = 0.048$.

Análisis factoriales exploratorios

Considerando los resultados comparativos entre grupos, se llevaron a cabo análisis factoriales exploratorios con todos los reactivos, y exclusivamente con aquellos que obtuvieron respuestas similares en ambos grupos.

El primer análisis tuvo un KMO de 0.804, siendo significativa la prueba de esfericidad de Bartlett, con $p < 0.001$, por lo que fue viable el análisis realizado.

Por otra parte, el análisis arrojó cinco factores, que explicaron 10.96, 7.13, 6.19, 4.25 y 3.54% de la varianza, respectivamente, para un total de 32.1%. Todos los reactivos mostraron MSA mayores de 0.5, y la mayoría (43) por arriba de 0.7. El valor de RMSEA fue de 0.0465 y el de TLI de 0.762.

Por su conformación, tales factores se denominaron “audacia prosocial” (veintiséis reactivos con carga factorial mayor a 0.3, y diez a 0.5, en torno a las escalas de Búsqueda de emociones y las relacionadas con Amabilidad, Alocentrismo, Autenticidad y Perdón); Antisocial (con dieciséis reactivos, con las cargas factoriales recién mencionadas, respectivamente, y referentes a Actitudes de engaño y Obtención de beneficios a costa de los demás), Emocionalidad (con ocho y seis reactivos de Neuroticismo y Empatía emocional), Agresividad (seis y cuatro) y Disposición al perdón (cuatro y dos). Cabe destacar que el cuarto factor coincidió completamente con los reactivos

en los que los dos grupos de la muestra mostraron diferencias estadísticamente significativas en las pruebas t y ANOVA con $p < 0.001$ con el séptimo reactivo, mostrando una carga menor a 0.3, en tanto que el quinto factor se consideró descartable por el número de reactivos que lo conformaban.

El segundo análisis factorial se hizo con los 51 reactivos similares para los dos grupos de la muestra, con $p > 0.001$. Los resultados arrojaron cuatro factores con una estructura similar a la del primer análisis, eliminándose así el factor correspondiente a los reactivos estadísticamente diferentes entre grupos. Estos factores explicaron 12.33%, 8.11%, 6.97% y 4.07% de la varianza, respectivamente, para un total de 31.50%, con KMO de 0.823, RMSEA de 0.49, TLI de 0.785 y MSA por reactivos superiores a 0.57, y la mayoría (45) con 0.7 o mayor.

Se efectuaron sendos factores exploratorios adicionales de los dos previos, considerándose solamente cargas mayores a 0.5 (Backhaus *et al.*, 2021). Con ello, el análisis con todos los reactivos tuvo como resultado cuatro factores: Audacia prosocial (con nueve reactivos), Antisocial (con cinco), Agresividad (con cuatro) y Emocionalidad (con cuatro), que explicaron 13.30, 10.34, 9.23 y 8.54% de la varianza, respectivamente, para un total de 41.40%. El KMO fue de 0.779, y los reactivos obtuvieron MSA superiores a 0.670, en tanto que la prueba de esfericidad de Bartlett fue de $p < 0.001$. Dichos datos indican la pertinencia del análisis.

En cuanto al ajuste de modelo, se obtuvo un RMSEA de 0.049 y un TLI de 0.900. El análisis de los reactivos que fueron compartidos por ambos grupos con $p > 0.001$, arrojó tres factores, coincidentes con los del análisis previo: Audacia prosocial, Antisocial y Emocionalidad, si bien el primer factor tuvo un reactivo menos. La varianza explicada fue 15.60, 12.90 y 10.40%, respectivamente, para un total de 38.90%.

El KMO fue de 0.800, con MSA por reactivos superiores a 0.710. La prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un resultado estadísticamente significativo, con $p < 0.001$. El ajuste del modelo mostró un RMSEA de 0.050 y un TLI de 0.911.

Para diferenciar la escala de audacia prosocial, se denominará 1 para el análisis con todos los reactivos, y 2 para el análisis con los reactivos compartidos por los dos grupos con $p > 0.001$.

Análisis de confiabilidad

Los coeficientes alfa de Cronbach para las escalas derivadas de los factores recién mencionados fueron, a saber: 0.795 y 0.784 para Audacia prosocial en sus dos versiones; 0.777 para Antisocial; 0.704 para Emocionalidad y 0.786 para Agresividad.

Coefficientes de correlación

Los análisis de correlación de Pearson mostraron resultados estadísticamente significativos, con tendencia negativa, del semestre estudiado y la edad con la escala Antisocial, con $r = -0.212$ y $r = -0.138$ y $p < 0.001$ y 0.017 , respectivamente. En contraste, hubo una correlación directa estadísticamente significativa de semestre con Emocionalidad y $p < 0.01$, $r = 0.155$.

Respecto a las escalas mismas, hubo sólo correlaciones estadísticamente significativas, con tendencia negativa, de Emocionalidad con Antisocial, Audacia prosocial 1 y Audacia prosocial 2 ($r = -0.165$, -0.117 y -0.158 , respectivamente; $p < 0.005$, $p < 0.05$ y $p < 0.01$).

Pruebas *t* de Student

En cuanto a la comparación entre hombres y mujeres, hubo diferencias estadísticamente significativas en Antisocial, con $t = 4.965$, $p = 0.04$ ($M = 2.08$ para hombres y 1.71 para mujeres) y emocionalidad, con $t = 6.440$, $p = 0.01$ ($M = 2.70$ para hombres y 3.17 para mujeres).

A la par, se hallaron diferencias estadísticamente significativas de las calificaciones de Audacia prosocial 1 ($M = 3.14$, $SD = 0.506$) con Antisocial ($M = 1.85$, $SD = 0.644$), Agresividad ($M = 2.45$, $SD = 0.861$), y Emocionalidad ($M = 2.99$, $SD = 0.656$) con $t = 27.57$, 12.42 y 2.86 , respectivamente, con $p < 0.001$ en los primeros dos casos y $p = 0.004$ en el tercero, así como entre audacia prosocial 2 ($M = 3.08$, $SD = 0.534$) y antisocial ($t = 26.17$, $p < 0.001$).

DISCUSIÓN

Conforme a sus propósitos, los análisis factoriales llevados a cabo generaron escalas válidas y confiables, disminuyendo el número de variables del instrumento y diferenciando claramente entre rasgos oscuros (antisocial), rasgos luminosos (audacia prosocial), y neuroticismo en combinación con empatía (emocionalidad). Adicionalmente, cuando se consideraron los reactivos que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de la muestra, se encontró un factor más, agresividad, con dichos reactivos. Todas las escalas resultantes fueron confiables para los fines de investigación, conforme a sus respectivos coeficientes alfa de Cronbach, y conservaron en gran medida su ortogonalidad o independencia, conforme cabe esperar de los análisis factoriales.

Con ello, no se encontró una correlación fuertemente negativa entre los rasgos oscuros y los luminosos, en contraste con los hallazgos reportados por Villarreal *et al.*, 2023) para su Escala Prosocial y Antisocial. Sin embargo, la combinación de reactivos en el factor y escala de Audacia prosocial es consistente con esa investigación, en la que se encontró una correlación positiva entre Impulsividad y Prosocial.

De manera complementaria, cabe explicar la correlación inversa hallada entre las escalas Antisocial y Audacia prosocial con Emocionalidad, considerando que esta última implica nerviosismo y empatía emocional, en tanto que una calificación alta en Antisocial implicaría una falta de sensibilidad interpersonal. En este sentido (Hare y Neumann, 2008), la audacia prosocial implica un mayor aplomo ante las dificultades y desafíos, como se apuntó previamente en este escrito.

En línea con lo anterior, llama la atención la falta de correlación entre Agresividad y las restantes escalas de la presente investigación, sugiriendo una relativa autonomía de la primera respecto de las demás.

Por otra parte, las correlaciones entre el semestre estudiado y las escalas Antisocial y Emocionalidad, la primera en sentido inverso y la segunda en directo, sugieren que a medida que los estudiantes avanzan en su formación universitaria, adquieren una mayor sensibilidad interperso-

nal y conciencia moral. Este resultado contrasta con la falta de correlación entre semestre y las tendencias oscuras reportadas por Villarreal *et al.* (2025).

A la par, aunque hubo cierta ortogonalidad entre las escalas de Audacia prosocial, Antisocial y Agresividad, hubo diferencias estadísticamente significativas entre ellas, con una mayor inclinación de los estudiantes al afrontamiento de retos y a ayudar a los demás en la primera escala, con una media por encima de “Un poco como yo” ($M = 3.14$ y 3.08) y una menor tendencia antisocial, por debajo de “Un poco distinto a mí” ($M = 1.85$), y agresiva ($M = 2.45$), entre “Un poco distinto a mí” y “Un poco como yo”.

Asimismo, los estudiantes reportaron una emocionalidad alta ($M = 2.99$), lo que sugiere cierta tendencia al nerviosismo y a la empatía emocional.

Por último, los hombres mostraron una mayor tendencia antisocial y una menor emocionalidad que las mujeres, de manera estadísticamente significativa y consistente con lo reportado por Villarreal *et al.* (2025), quienes encontraron que los hombres obtuvieron calificaciones mayores, aunque poco diferenciadas, que las mujeres en los rasgos oscuros.

Los resultados, en conjunto, muestran diferencias claras de constructo entre rasgos oscuros, luminosos y neuroticismo, al tiempo que subrayan la posible contribución de la búsqueda de emo-

ciones para tendencias y conductas prosociales y antisociales.

De igual manera, estos hallazgos sugieren posibles cambios en el comportamiento reportado por los estudiantes a medida que avanzan en su carrera universitaria y se diferencian hombres y mujeres.

De igual modo, los análisis preliminares entre los dos grupos considerados en la muestra total indican posible variabilidad mayor en la emocionalidad de las personas en el tiempo que en sus tendencias antisociales o prosociales. En el nivel metodológico, será importante verificar la pertinencia del uso combinado de análisis de correlación y pruebas *t* para diferenciar entre dichos rasgos y la interacción entre ellos.

En conclusión, la presente investigación aporta un instrumento breve y validado para medir rasgos oscuros, luminosos y emocionalidad que puede ser útil para los profesionales interesados en esta área.

Sin embargo, una posible limitación de la misma radica en la diferencia proporcional entre el número de hombres y mujeres en la muestra. Cabe también considerar si el medio de respuesta en línea puede afectar los autorreportes de los participantes. Por último, debe considerarse que las escalas obtenidas son confiables para fines de investigación, pero no para el diagnóstico individual.

Citación: Villarreal-Coindreau, M.J., Altamirano-San Martín, X., Belío Torres, R., Reynoso-Contreras, A.M., Olvera-López, A.D. y de Lascurain-Rousselon, A. (2026). Comparación de rasgos oscuros y luminosos en estudiantes universitarios mexicanos: validación de un instrumento combinado. *Psicología y Salud*, 36(1), 119-131. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3037>

REFERENCIAS

- Algar, A. M., García, R., y Miguel, A. de. (2023). La tríada oscura desde una perspectiva transdiagnóstica: Rasgos sociales de temperamento, regulación emocional y metacognición. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 28(3), 213-223. Doi: 10.5944/rppc.38800
- Allport, G.W. (1975). *La personalidad* (5ª ed.). Herder.
- Al-Sabeelah, A.M.S., Alraggad, F.E.A. y Ameerh, O.A. (2014). The relationship between forgiveness and personality traits, mental health among sample of Jordanian university students. *International Journal of Education and Research*, 2(9), 217- 228.
- Babiak, P., Neumann, C.S. y Hare, R.D. (2010). Corporate Psychopathy: Talking the walk. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(2), 174-193. Doi: 10.1002/bsl.925
- Backhaus, K., Erichson, B., Gensler, S., Weiber, R. y Weiber, T. (2021). *Multivariate analysis. An application-oriented approach*. Springer Gabler. Doi: 10.1007/978-3-658-32589-3

- Bandura, A. (1990). Selective activation and disengagement of moral control. *Journal of Social Issues*, 46(1), 27-46. Doi: 10.1111/j.1540-4560.1990.tb00270.x
- Belschak, F.D., D.N. Den Hartog y de Hoogh A.H.B. (2018). Angels and demons: The effect of ethical leadership on Machiavellian employees' work behavior. *Frontiers in Psychology*, 9, 1082. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.01082
- Benet-Martínez, V. y John, O.P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729-750. Doi: 10.1037/0022-3514.75.3.729
- Boyle, G.J., Matthews, G. y Saklofske, D.H. (2008). Personality theories and models: An overview. En *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment (Vol. 1: Personality theories and models)* (pp. 1-29). Sage. Doi: 10.4135/9781849200462
- Brooks, N. y Fritzon, K. (2020). The assessment of psychopathic personality across settings. En K. Fritzon, N. Brooks y S. Croom (Eds.): *Corporate psychopathy: Investigating destructive personalities in the workplace* (pp. 107-149). Palgrave Macmillan. doi: 10.1007/978-3-030-27188-6
- Brooks, N., Fritzon, K. y Watt, B. (2020). 'You can tell a victim by the tilt of her head as she walks': Psychopathic personality and social-emotional processing. *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(4), 538-557. Doi: 10.1080/13218719.2020.1734979
- Caruso, D.R. y Mayer, J.D. (1998). The Multidimensional Emotional Empathy Scale (MDEES). *UNH Personality Lab*. 21. Recuperado de https://scholars.unh.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=personality_lab
- Çınar, F. y Gündüz, M. (2023). A study on the correlation between the perception of conscience and the moral components of conscience. *European Journal of Education Studies*, 10(1), 139-159. Doi: 10.46827/ejes.v10i1.4631
- Cleckley, H.M. (1988). *The mask of sanity: An attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality* (5th ed.). The Mosby Company.
- Cloninger, S.C. (2003). *Teorías de la personalidad* (3^a. ed.). Pearson Educación.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343-359. Doi: 10.1521/pedi.1992.6.4.343
- Duradoni, M., Gursesli, M.C., Fiorenza, M., Donati, A. y Guazzini, A. (2023). Cognitive empathy and the dark triad: A literature review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(11), 2642-2680. Doi: 10.3390/ejih-pe13110184
- Enright, R. and the Human Development Study Group (1994). The moral development of forgiveness. En B. Puka (Ed.): *Reaching out: Caring, altruism, and prosocial behavior. Moral development: A compendium* (vol. 7, pp. 219-248). Garland.
- Extremera, N. y Fernández B., P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
- Fehr, B., Samson, D. y Paulhus, D.L. (1992). The construct of machiavellianism: Twenty years later. En C. D. Spielberger y J. N. Butcher (Eds.): *Advances in personality assessment*, vol. 9, pp. 77-116. Lawrence Erlbaum Associates.
- Fernández, P. y Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. Doi: 10.1037//0003-066x.56.3.218
- Fritzon, K. (2020). The development of a measure of dark triad traits in a corporate sample. En K. Fritzon, N. Brooks y S. Croom (Eds.): *Corporate psychopathy: Investigating destructive personalities in the workplace* (pp. 255-298). Palgrave Macmillan. Doi: 10.1007/978-3-030-27188-6
- 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. 139-166). CRC Press. Doi: 10.1201/9781315317045
- Goldberg, L.R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229. Doi: 10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Goldberg, L.R (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34. Doi: 10.1037//0003-066x.48.1.26
- Goodman, L.A. (1961). Snowball sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1). 148-170. Doi: 10.1214/aoms/1177705148
- Graziano, W.G. y Tobin, R.M. (2002). Agreeableness: Dimension of personality or social desirability artifact? *Journal of Personality*, 70(5), 695-728. Doi: 10.1111/1467-6494.05021
- Grieve, R. y Panebianco, L. (2013). Assessing the role of aggression, empathy, and self-serving cognitive distortions in trait emotional manipulation. *Australian Journal of Psychology*, 65(2), 79-88. Doi: 10.1111/j.1742-9536.2012.00059.x
- Hare, R.D. (1999). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. Guilford.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the revised psychopathy checklist* (2nd Ed.). Toronto: Multi-Health Systems.

- Hare, R. y Neumann, C.S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 2017-2046. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
- Jasqui, E. y Villarreal, M.J. (2015). *Traducción de la Heartland Forgiveness Scale (HFS) al español de México*. Recuperado de <http://heartlandforgiveness.com/translations/>
- John, O.P., Donahue, E.M. y Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory* (Versions 4 and 54). Institute of Personality and Social, University of California at Berkeley Research. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t07550-000>
- John, O.P., Naumann, L.P. y Soto, C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. P. John, R. W. Robins y L. A. Pervin (Eds.): *Handbook of personality: Theory and research* (3rd Ed.) (pp. 114-158). The Guilford Press.
- Jonason, P.K. y Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 532-537. Doi: 10.1016/j.paid.2013.04.027
- Jones, D. y Paulhus, D. (2009). Machiavellianism. En M. R. Leary y R. H. Hoyle (Eds.): *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 93-108). The Guilford Press.
- Jourard, S.M. (1971). *Transparent self* (Rev. ed.). Van Nostrand Reinhold.
- Kaufman, S.B., Jaden, D.B., Hyde, E. y Tsukayama, E. (2019). The light vs. dark triad of personality: Contrasting two very different profiles of human nature. *Frontiers in Psychology*, 10, 467. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00467
- Kealy, D. y Ogrodniczuk, J.S. (2011). Narcissistic interpersonal problems in clinical practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(6), 290-301. Doi: 10.3109/10673229.2011.632604
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. Doi: 10.2307/3090197
- Kim, M.J., Bonn, M., Lee, C-K. y Hahn, S.S. (2018). Effects of personality traits on visitors attending an exposition: the moderating role of anxiety attachment. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 23(5), 502-519. Doi: 10.1080/10941665.2018.1468346
- Lehman, D., O'Connor, K., Kovacs, B. y Newman, G. (2019). Authenticity. *Academy of Management Annals*, 13(1), 1-42. Doi: 10.5465/annals.2017.0047
- Matthews, G., Deary, I.J. y Whiteman, M.C. (2003). *Personality traits*. Cambridge University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511812736
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence?". En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.): *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mullins-Sweatt, S.N., Glover, N.G., Derefinko, K.J., Miller, J.D. y Widiger, T.A. (2010). The search for the successful psychopath. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 554-558. Doi: 10.1016/j.jrp.2010.05.010
- Musek, J. y Kopal Grum, D. (2021). The bright side of personality. *Heliyon*, 7(3), e06370. Doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06370
- Nagler, U.K.J., Reiter, K.J., Furtner, M.R. y Rauthmann, J.F. (2014). Is there a "dark intelligence"? Emotional intelligence is used by dark personalities to emotionally manipulate others. *Personality and Individual Differences*, 65, 47-52. Doi: 10.1016/j.paid.2014.01.025
- Paulhus, D.L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self enhancement: A mixed blessing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1197-1208. Doi: 10.1037/0022-3514.74.5.1197
- Paulhus, D.L. (2014). Toward a taxonomy of dark personality. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 421-426. Doi: 10.1177/0963721414547737
- Paulhus, D.L. y John, O.P. (1998). Egoistic and moralistic biases in self-perception: The interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives. *Journal of Personality*, 66(6), 1025-1060. Doi: 10.1111/1467-6494.00041
- 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
- Pozueco, J.M., Moreno, J.M., Blázquez, M. y García B., M.E. (2013). Psicópatas integrados/subclínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 32-48.
- Raskin, R., Novacek, J. y Hogan, R. (1991). Narcissism, self-esteem, and defensive self-enhancement. *Journal of Personality*, 59(1), 19-38. Doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00766.x
- Rivera, A., Montero, M. y Zavala, S. (2013). Espiritualidad, psicología y salud. *Psicología y Salud*, 24(1), 139-152.
- Ruvalcaba, N., Fernández, P. y Salazar, J.G. (2014). Análisis de las relaciones entre la inteligencia emocional y factores asociados a la calidad de vida. *Psicología y Salud*, 24(2), 245-253.
- Shamay-Tsoory, S.G., Aharon-Peretz, J. y Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627. Doi: 10.1093/brain/awn279

- Thompson, L.Y. y Snyder, C.R. (2003). Measuring forgiveness. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.): *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 301-312). American Psychological Association. Doi: 10.1037/1076-898X.10.1.301
- Thompson, L.Y., Snyder, Y. y Hoffman, C.R. (2005a). *Heartland Forgiveness Scale*. Faculty Publications, Department of Psychology. Paper 452. Recuperado de <http://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/452>
- Thompson, L., Snyder, C.R., Hoffman, L., Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., Heinze, L., Neufeld, J., Shorey, H.S., Roberts, J.C. y Roberts, D.E. (2005b). Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313-360. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x
- Triandis, H.C. (1983, March). *Allocentric vs. Idiocentric social behavior: A major cultural difference between Hispanics and the mainstream*. Technical Report No. ONR-16. University of Illinois. Recuperado de <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA126200.pdf>
- Triandis, H.C., Bontempo, R. y Villareal, M.J. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives of self-in-group relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 323-338. Doi: 10.1037/0022-3514.54.2.323
- Triandis, H.C., Leung, K., Villareal, M.J. y Clark, F. (1985). Allocentric vs. idiocentric tendencies: convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality*, 19(4), 395-415. Doi: 10.1016/0092-6566(85)90008-X
- Trilling, L. (1972). *Sincerity and authenticity*. Harvard University Press. Doi: 10.2307/j.ctvjhzrpd
- Villarreal M., J., Gutiérrez L., A., Parboni, E., Martínez, S. y Arrubarrena, 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(33-42). Recuperado de <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/22078>
- Villarreal M., J., Legorreta, M., Martínez B., Y., Jiménez, J., Schievenini, R. y Camarena, M. (2025). Rasgos oscuros de personalidad en estudiantes de derecho y medicina en universidades mexicanas. *Psicología y Salud*, 35(2), 245-256. Doi: 10.25009/pys.v35i2.2986
- Villarreal M., J., Quesada L., D., Hulsz, R., Chiu, A., Jiménez J., C., Avayou, D. y Martínez, J. (2021). *Validación del CPI-R en español para la medición de la tríada oscura en México* [Manuscrito inédito]. Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México Norte.
- Wai, M. y Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794-799. Doi: 10.1016/j.paid.2012.01.008
- Wertag, A. (2023). Empathy and dark personalities. En S. Ventura (Ed.): *Empathy – Advanced research and applications* (pp. 79-91). IntechOpen. Doi: 10.5772/intechopen.107446
- Williams, K.M., Paulhus, D.L. y Hare, R.D. (2007). Capturing the four-factor structure of psychopathy in college students via self-report. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 205-219. Doi: 10.1080/00223890701268074

Una revisión narrativa del concepto “comer emocional”

A narrative review of “emotional eating” concept

*Vanessa Monserrat Vázquez-Vázquez¹, Karina Franco-Paredes¹,
Felipe de Jesús Díaz-Reséndiz¹ y Lilián Elizabeth Bosques-Brugada²*

*Universidad de Guadalajara¹
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo²*

Autor para correspondencia: Vanessa M. Vázquez V., vanessa.vazquez4619@alumnos.udg.mx.

RESUMEN

El comer emocional (CE) se aborda en el estudio de las emociones y su interacción con la conducta alimentaria, y se le ha asociado con problemas de salud física y mental. No obstante, desde la década de los ochenta el estudio de este constructo ha enfrentado dilemas en cuanto a su evaluación y delimitación conceptual. El objetivo del presente estudio fue llevar a cabo una revisión narrativa sobre la evolución conceptual de dicho concepto, así como los desafíos y perspectivas futuras respecto a su investigación. Las investigaciones futuras deberán contribuir a clarificar y definir conceptualmente dicho constructo.

Palabras clave: Emotional eating; Historia; Revisión bibliométrica; Definición; Dilema.

ABSTRACT

Research on emotional eating (EE) focuses on the study of emotions and their interaction with eating behavior; and has been associated to physical and mental health problems. However, since the 1980s, the study of this construct has faced dilemmas regarding its evaluation and conceptual delimitation. The present study presents a narrative review of the conceptual evolution of EE, as well as the challenges and future perspectives in researching it. Future research should contribute to clarify and conceptually define this construct.

Key words: Emotional eating; History; Bibliometric review; Definition; Dilemma.

Recibido: 21/01/2025

Aceptado: 27/10/2025

¹ Centro Universitario del Sur (CUSUG), Av. Enrique Arreola Silva 883, Colón, 49000 Cd. Guzmán, Jal., México, tel. 52(341)575-22-22, ext. 46168, correos electrónicos: vanessa.vazquez4619@alumnos.udg.mx, <https://orcid.org/0000-0003-2357-4157>; karina.franco@cusur.udg.mx, <https://orcid.org/0000-0002-5899-3071>; felipe.resendiz@cusur.udg.mx, <https://orcid.org/0000-0003-2278-876X>

² Carretera Pachuca-Actopan, camino a Tilcuautla s/n, 42160 San Juan Tilcuautla, Hgo., México, tel. (771)71-720-00, exts. 4325, 4344, correo electrónico: lilian_bosques@uaeh.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0002-3969-683X>



El interés por la interacción entre las emociones y la conducta alimentaria se remonta a la década de 1950, con un enfoque inicial sobre la relación entre las emociones desagradables y la sobreingesta en personas con exceso de peso. Un estudio pionero es el de Hamburger (1951), en el que se realizaron 18 entrevistas psiquiátricas a 14 mujeres y cuatro varones de entre 16 y 48 años de edad que sufrían obesidad. Se identificaron cuatro formas de sobreingesta: 1) como respuesta a las tensiones emocionales (por ejemplo, en respuesta a la ansiedad o el aburrimiento); 2) como sustituto de la gratificación en estados crónicos de tensión; 3) como síntoma de trastornos mentales como depresión e histeria, y 4) como deseo por la comida, similar al observado en las adicciones.

En la década de 1970, algunos estudios comenzaron a utilizar el término *sobreingesta emocional* para describir un patrón alimentario que vinculaba las experiencias emocionales con la obesidad, sugiriendo que tal fenómeno debía ser considerado en los tratamientos destinados a la pérdida de peso (Stunkard, 1972; Wollersheim, 1970).

El término *comer emocional* (CE en lo sucesivo) apareció por primera vez en los artículos científicos en la década de 1980. En efecto, Hoi-berg *et al.* (1980) desarrollaron un instrumento para evaluar algunos aspectos de la conducta alimentaria y de la dieta en adultos inscritos en programas de pérdida de peso, incorporando para ello

la dimensión CE. Pese a ello, además de la historia de sobrepeso, la obsesión por la comida y ciertas actividades, tal concepto no fue definido de forma específica.

Las primeras definiciones explícitas del CE surgieron ya en el presente siglo. En un primer momento, dicho constructo fue descrito como un patrón de conducta alimentaria caracterizado por el aumento del consumo habitual en respuesta a experiencias emocionales desagradables y estrés (Macht, 2008; van Strien, 2010). Sin embargo, las definiciones más recientes también incluyen las emociones agradables, destacando la necesidad de profundizar el conocimiento sobre su efecto en el consumo de alimentos (Arexis *et al.*, 2023). Por otra parte, Meule *et al.* (2018) sugieren que el CE no sólo implica un aumento en el consumo habitual de alimentos, sino que también incluye la disminución de tal conducta ante ciertas experiencias emocionales.

Si bien no existe una definición única del CE, es común conceptualizar este tipo de ingesta como un patrón de aumento del consumo de alimentos con un elevado contenido de grasas y azúcares –particularmente en personas con exceso de peso– ante experiencias emocionales desagradables (Fuente *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2023; Vasilieiou y Abott, 2023). En la Tabla 1 se muestran las diferentes definiciones identificadas en la literatura del término “comedores emocionales” y propiamente del concepto de CE.

Tabla 1. Tabla de definiciones del término “comedor emocional” y CE.

Autor/es(año)	Definición
Macht (2008)	Los comedores emocionales de manera habitual consumen alimentos con la finalidad de lidiar con sus emociones y frecuentemente restringen alimentos.
van Strien (2010)	Los comedores emocionales son quienes tienen una ingesta igual o mayor que la habitual ante experiencias de estrés, respuesta contraria a la esperada de disminuir el consumo de alimentos ante dichas situaciones.
Macht y Simons (2011)	El CE es el fenómeno de comer como una forma de afrontar las emociones (p. 281).
van Strien <i>et al.</i> (2016)	El CE es un tipo de respuesta ante las emociones desagradables.
Rojas <i>et al.</i> (2017)	El CE es “comer por apetencia, pero sin hambre fisiológica, en respuesta a acontecimientos tanto positivos como negativos, con la finalidad de evitar, regular, enfrentar o mejorar la experiencia emocional (p.90)”
Meule <i>et al.</i> (2018)	El CE incluye todas las posibles combinaciones entre emociones y las alteraciones en el consumo de alimentos (comer más y comer menos de lo habitual ante emociones agradables y desagradables).

Evaluación del comer emocional

La medición del CE se ha efectuado a través de diferentes métodos, incluyendo autorreportes, experimentos y evaluaciones ecológicas momentáneas (Reichenberger *et al.*, 2020), siendo los autorreportes los más utilizados. Vázquez *et al.* (2024) emprendieron una revisión sistemática con la finalidad de analizar la calidad psicométrica de los autorreportes de CE en su versión original y validada en población adulta en todo el mundo, e identificaron nueve autorreportes: *Emotional Eating Scale* (EES-A) (Arnold *et al.*, 1995); *Emotional Appetite Questionnaire* (EMAQ) (Geliebter y Aversa, 2003); *Emotional Overeating Questionnaire* (EOQ) (Masheb y Grilo, 2006); *Emotional Eating Scale* (EES-D) (Doğan *et al.*, 2011); *Cuestionario de Comedor Emocional* (CCE) (Garaulet *et al.*, 2012); *Escala de Alimentación Emocional* (EAE) (Rojas y García, 2017); *Positive-Negative Emotional Eating Scale* (PNEES) (Sultson *et al.*, 2017); *Salzburg Emotional Eating Scale* (SEES) (Meule *et al.*, 2018), y *Florence Emotional Eating Drive* (FEED) Cassioli *et al.* (2021).

Se ha hallado que Estados Unidos es el país que ha desarrollado el mayor número de autorreportes de CE (tres): la EES-A (Arnold *et al.*, 1995), el EMAQ (Geliebter y Aversa, 2003) y el EOQ (Masheb y Grilo, 2006). Respecto a la estructura de los nueve instrumentos, siete de ellos son multidimensionales: la EES-A, el EMAQ, el CCE, la EAE, la PNEES, la SEES y el FEED; cinco (EES-A, SEES, FEED, EMAQ y PNEES) permiten evaluar el CE a través de dimensiones emocionales, ya sea de manera diferenciada (p. ej. enojo, ansiedad, etc.) o en función de su valencia (p. ej., CE negativa, CE positivo, etc.). Cabe mencionar que la EES-A (Arnold *et al.*, 1995) y el FEED (Cassioli *et al.*, 2021) consideran solamente emociones desagradables, integradas en tres dimensiones: depresión, enojo y ansiedad, mientras que en los demás instrumentos también se incluyen emociones agradables (Vázquez *et al.*, 2024).

Las escalas y los cuestionarios que evalúan el CE mediante dimensiones emocionales muestran discrepancias en la información específica que muestran sobre la conducta alimentaria. La

EES-A y el FEED se centran en el apetito, mientras que el EMAQ, la PNEES y la SEES lo hacen sobre el consumo de alimentos. Según los *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) (Prinsen *et al.*, 2018), se identificó que la PNEES y la SEES satisficieron un mayor número de criterios de calidad psicométrica para su uso en la investigación en salud que los demás instrumentos analizados, especialmente en términos de su validez estructural y de constructo (Vázquez *et al.*, 2024).

Si bien los autorreportes facilitan las evaluaciones prácticas y con respaldo psicométrico, se han hallado discrepancias importantes entre los resultados al evaluar el CE con estas herramientas y los obtenidos mediante estudios experimentales o evaluaciones ecológicas momentáneas, lo que refleja la complejidad del constructo de CE, por lo que se recomienda complementar esas mediciones con otras más directas (Bongers y Jansen, 2016).

Investigaciones sobre el CE

La investigación sobre el CE ha experimentado un aumento significativo al abarcar una gran diversidad de enfoques y perspectivas. De acuerdo con una búsqueda llevada a cabo para el presente estudio en la base de datos PubMed con el término “*emotional eating*”, y sin la aplicación de filtros adicionales, se encontró un total de 1,714 publicaciones de 1983 a junio de 2024.

El análisis bibliométrico realizado con el paquete Bibliometrix en Rstudio encontró que dichas publicaciones provienen de 433 fuentes distintas, incluida una amplia variedad de revistas y libros, entre muchas otras. Las revistas con el mayor número de publicaciones sobre el CE son *Appetite* (274), *Nutrients* (98) y *Eating and Weight Disorders* (86). Además, los artículos han sido escritos en doce idiomas diferentes, como chino, inglés, francés, alemán, japonés, coreano y español, entre otros.

La tasa anual de crecimiento de las publicaciones sobre CE fue de 6.46% hasta el 19 de junio de 2024, aunque fue en el año 2022 cuando se generó la mayor productividad, con un total de 223 documentos. Se identificó además que un total de

6,072 investigadores han publicado investigaciones sobre el CE. Destaca la prolífica producción de la doctora Tatjana van Strien, investigadora adscrita a la Universidad de Radboud, de Países Bajos, con 55 publicaciones. De acuerdo con información obtenida de *Research Gate*, dicha autora contaba, hasta el 20 de septiembre de 2024, con un índice H de 61, un total de 15,981 citas y una puntuación de interés de investigación de 8,284, aunque de acuerdo con el *Scientific Index 2025*, esta investigadora contaba con un índice H total de 70 (44 en los últimos seis años), un índice I total de 120 (99 en los últimos seis años) y un total de 19,796 citas.

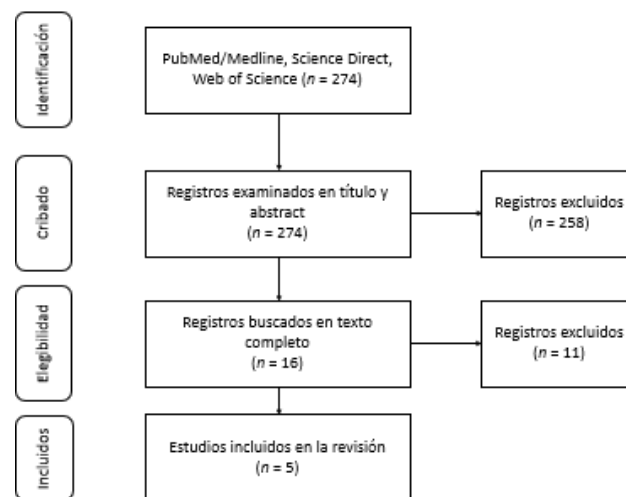
En lo concerniente al país con el mayor número de publicaciones sobre el CE, Estados Unidos tiene la mayor cantidad, con un total de 2,008 documentos. En los estudios publicados las mujeres son las participantes predominantes ($n = 1,447$) en comparación con los varones ($n = 813$). En cuanto a la etapa del desarrollo de los participantes, la mayoría eran adultos ($n = 815$). El primer artículo identificado en el análisis bibliométrico corresponde al estudio realizado por Lowe y Fisher (1983), el cual tuvo como objetivo evaluar en un entorno naturalista el papel de la reactividad emocional y el CE en personas con obesidad, estudio éste en el que participaron 47 estudiantes universitarias de pregrado identificadas con normopeso u obesidad, según su índice de masa corporal (IMC). Los participantes registraron durante doce días sus estados de ánimo y consumo de alimentos. En este estudio no se reportó que el IMC tuviera injerencia en la cantidad de alimentos consumidos por los participantes; sin embargo, se encontró que quienes sufrían obesidad mostraron antes del consumo de bocadillos una excitación emocional más intensa que las participantes con normopeso ($F[1.39] = 12.67$, $p < 0.001$). Cabe señalar que ello ocurrió con las emociones desagradables, no así en las agradables ($F[1.39] = 0.83$, ns). Si bien se consideró con CE a quienes mostraron una mayor propensión a comer en respuesta a emociones desagradables, no se definió explícitamente este término.

En el campo de la investigación sobre el CE se han publicado metaanálisis, revisiones sistemáticas y revisiones narrativas que buscan sintetizar

los conocimientos emergentes sobre este tipo de ingesta. En el presente estudio se emprendió una búsqueda de las revisiones de la literatura sobre este tópico publicadas entre los años 2020 y 2024 a fin de identificar aquellas que abordaran la interacción del CE con otras variables psicológicas. La búsqueda se llevó a cabo en tres bases de datos electrónicas: *PubMed*, *Web of Science* y *Science Direct*, para lo cual se utilizó la palabra clave “*emotional eating*” como único término para filtrar los resultados en títulos y resúmenes. Los criterios de inclusión consideraron solamente los artículos científicos de revisión de la literatura, con muestras conformadas por personas adultas y centrados en aspectos psicológicos asociados al CE. Sólo se aceptaron las revisiones en inglés o español.

En la búsqueda inicial se identificaron 274 artículos. Tras revisar títulos y resúmenes, se excluyeron 258 por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 16 artículos restantes, 11 fueron descartados por no encontrarse los textos completos, resultando en un total de cinco artículos incluidos para el análisis detallado (ver Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección e identificación de revisiones sobre la TC.



De los cinco artículos identificados, el año en el que se publicó la mayor cantidad fue 2023 ($n = 4$). Las principales variables psicológicas estudiadas fueron la ansiedad, la depresión y el estrés, a la vez que los estudios transversales fueron los que predominaron en dichas revisiones.

Pickett *et al.* (2020) revisaron quince artículos hallados en cinco bases de datos (*PubMed*, *Cochrane*, *Embase*, *Psychinfo* y *CINAHL*), siendo únicamente dos de ellos estudios longitudinales. Estos autores identificaron que el CE es un factor importante que contribuye al aumento de peso con el paso del tiempo entre las mujeres no hispanas y de raza negra. A su vez, este tipo de comportamiento alimentario se ve favorecido por el malestar emocional, particularmente el estrés percibido; sin embargo, los citados autores subrayan la necesidad de emprender estudios más rigurosos para explorar los efectos de diversas emociones negativas sobre el CE y el aumento de peso en este grupo demográfico.

En la revisión de Arexis *et al.* (2023) se incluyeron 32 estudios, identificándose una relación entre el CE y el trastorno por atracón, reconociéndose en ambos casos una desregulación emocional; sin embargo, no se señaló la existencia de un continuo entre ambas conductas alimentarias, resaltando la ausencia de estudios que comparasen tales constructos en las mismas investigaciones. Asimismo, los citados autores apuntan la necesidad de analizar de manera específica el CE en relación con emociones específicas, como la ansiedad y su interacción con la desregulación emocional. Por otro lado, dado que aún no existe consenso sobre la interacción del CE ante emociones agradables y la desregulación emocional, se sugiere que en futuros estudios se continúe analizando esta interacción, lo que permitirá identificar las posibles diferencias del CE ante las emociones agradables y desagradables. Dakanalis *et al.* (2023) analizaron la evidencia basada en muestras clínicas entre los años 2013 y 2023, para lo cual consultaron las bases de datos *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science* y el buscador *Google Académico*. El examen de doce estudios mostró asociaciones entre CE, exceso de peso, conductas alimentarias no saludables, síntomas depresivos y distrés psicológico. Sin embargo, los autores encontraron como limitaciones de esos estudios la heterogeneidad de los diseños y de los instrumentos utilizados, la falta de distribución homogénea entre hombres y mujeres y la utilización de distintas poblaciones, discrepancias que dificultan la generalización de los hallazgos.

McAtamney *et al.* (2023), en una revisión sistemática, incluyeron nueve artículos transversales publicados entre 2003 y 2021, encontrando una asociación positiva entre la alexitimia y el CE autoreportada, lo que sugiere que las personas con niveles más altos de alexitimia pueden participar más en conductas alimentarias emocionales. De hecho, esos autores identificaron cinco medidas diferentes de CE en los estudios, aunque con una evidencia consistente pero limitada que respalda la relación entre la alexitimia y el CE, por lo que concluyen que se necesita más investigación para explorar los mecanismos subyacentes a la relación entre la alexitimia y el CE para el diseño de intervenciones sobre este comportamiento.

Zerón-Rugiero *et al.* (2023) analizaron quince artículos (81% transversales y 19% longitudinales). Los hallazgos muestran que el CE y la desinhibición influyen significativamente en la relación entre el sueño inadecuado y la obesidad, particularmente en las mujeres. El único estudio experimental incluido mostró que el consumo de alimentos ante el estrés fue mayor en quienes gozaban de un sueño normal; no obstante, los autores concluyen que los resultados no son determinantes dada la heterogeneidad de las poblaciones.

Las limitaciones reportadas con mayor frecuencia en las revisiones sistemáticas analizadas son, a saber: la heterogeneidad metodológica entre los estudios, tanto en las muestras consideradas como en los diseños e instrumentos, así como una predominancia de los diseños transversales. Las limitaciones relacionadas con el uso de diferentes autoinformes de CE podrían derivarse de la falta de consenso en la definición conceptual del CE. Bongers y Jansen (2016), tras una revisión de diversos estudios experimentales y naturalistas, indican que la medición del comer emocional mediante autorreportes puede reflejar, más que una medición precisa del consumo de alimentos en respuesta a la experiencia emocional, preocupaciones por la comida, una alimentación incontrolada, la tendencia a atribuir la sobrealimentación a un afecto negativo o una alimentación reactiva a las señales, todo lo cual puede indicar la complejidad del estudio de las emociones y la conducta alimentaria.

Las limitaciones derivadas de la falta de consenso conceptual en el estudio del CE se han reflejado también en estudios experimentales en los que inducir estados de ánimo negativos no corresponde a un aumento en el consumo de alimentos en personas que han reportado CE. Altheimer y Urry (2019) sugieren posibles explicaciones como las siguientes: 1) las emociones en sí mismas no son la causa directa de esta conducta, sino la asociación que algunas personas establecen a través

de condicionamiento clásico e instrumental; 2) el CE ocurre sólo con emociones discretas específicas, como tristeza o ansiedad, por lo que evaluarlo con un puntaje general no permite identificar la influencia de emociones específicas, y 3) el CE puede estar influida por el contexto social, de modo que las normas sociales y el modelado de conducta en el laboratorio difiere de la condiciones de la vida cotidiana, ya sea para inhibir o aumentar el CE.

Tabla 2. Revisiones de la literatura sobre el comer emocional en los últimos cinco años (2020-2024).

Autores (año)	Objetivo	N° de estudios (tipo)	Muestra	Resultado principal
Pickett <i>et al.</i> (2020)	Analizar la literatura sobre el estrés percibido, la ansiedad, la depresión y la discriminación; y su impacto en la respuesta conductual del CE entre mujeres negras no hispanas	15 (12 TS, 2 LN y 1 CL)	Mujeres negras no hispanas M = 19.4 años (DE = 1.8)	Cinco de los 11 estudios mostraron una relación significativa entre la depresión y el CE y siete entre el estrés y del CE. Solo en los estudios longitudinales se asoció del CE y el IMC.
Zerón-Rugerio <i>et al.</i> (2022)	Analizar el posible papel del CE y otras conductas alimentarias en la relación entre el sueño inadecuado y la obesidad.	16 (3LN, 12 TS, 1 EXP)	Adultos ≥ 18	Se identificó que del CE desempeña un papel importante en la relación entre el sueño inadecuado y la obesidad.
Arexis <i>et al.</i> (2023)	Explorar en la literatura la idea de un continuo entre el CE y el trastorno por atracón y observar si los déficits en la regulación e inhibición de las emociones siguen este continuo en términos de gravedad	32 (NE)	Adultos ≥ 18 años con trastorno por atracón/EE/sobrealimentación	Los estudios muestran evidencia sobre las dificultades de regulación emocional como predictores del CE, así como asociado con dificultades de inhibición e impulsividad. Con respecto a las emociones positivas se encontraron resultados mixtos con las dificultades de regulación emocional y/o inhibición.
Dakanalis <i>et al.</i> (2023)	Analizar la relación entre el CE y el exceso de peso, la depresión, la ansiedad/estrés y los patrones dietarios.	12 (8 TS, 1 cc, 3 LN)	Personas caucásicas	El CE está relacionado con la depresión, la ansiedad, el estrés, el sobrepeso/obesidad y los patrones dietéticos poco saludables. La angustia psicológica es la emoción discreta mayormente examinada.
McAtamney <i>et al.</i> (2023)	Analizar la relación entre la alexitimia y el CE.	9 (NE)	Población adulta (clínica o no clínica)	Los estudios que evaluaron del CE con el DEBQ-EE encontraron una relación positiva con la alexitimia. Mientras que aquellas investigaciones que utilizaron el otras escalas tuvieron resultados mixtos.

Nota: TS = transversales, LN = longitudinales, CL = cualitativo, NE = no específica, cc = caso control, EXP = experimental.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La mayor parte de la evidencia disponible sobre el CE proviene de trabajos que han utilizados autorreportes, mediante los cuales se ha identificado ambigüedad y la falta de consenso respecto a los límites conceptuales del constructo, lo que ha generado vacíos importantes en la literatura. En algunos casos, tales instrumentos captan aspectos relacionados con la alimentación más que con la conducta de comer en respuesta a emociones, como preocupación por la comida o conciencia del vínculo entre las emociones y la alimentación, lo que contribuye a la inconsistencia de los hallazgos. Por ello, se debate la amplitud del concepto y si el CE debe centrarse exclusivamente en la sobreingesta o incluir cualquier alteración percibida en el consumo, lo que abarca tanto el aumento como la disminución de la ingesta ante experiencias emocionales. Además, diversos estudios experimentales y de evaluación ecológica momentánea han mostrado resultados que no coinciden completamente con los obtenidos mediante autorreportes, lo que sugiere que estos últimos podrían capturar percepciones o actitudes hacia la comida, mas que la conducta alimentaria en sí (Bongers y Jansen, 2016; Reichenberger *et al.*, 2020). Esta discrepancia subraya la necesidad de revisar la validez de las medidas autorreportadas y de diversificar los métodos de evaluación alternativos (e.g. experimentos y evaluaciones ecológicas momentáneas). Otro aspecto por discutir es si el CE se refiere sólo al consumo de alimentos con bajo valor nutricional o si se extiende al consumo general de alimentos en respuesta a experiencias emocionales. Finalmente, hay interrogantes sobre si se deben considerar todas las emociones (agradables y desagradables) o únicamente algunas específicas (Vázquez-Vázquez *et al.*, 2019). Se ha documentado que la motivación por el consumo de alimentos varía en función de la naturaleza de la emoción experimentada. En el caso de las emociones agradables, el consumo busca mantener la experiencia placentera, mientras que ante las emociones desagradables el objetivo es reducir el malestar psicológico (Manchón *et al.*, 2021).

Asimismo, se ha subrayado la importancia de distinguir el CE según el tipo de emoción involu-

crada. En necesario profundizar en las características de las emociones y su influencia en la alimentación, considerando que cada emoción puede asociarse de manera distinta con la conducta alimentaria (Arexis *et al.*, 2023; Macht y Simons 2000). Por ejemplo, se han encontrado emociones como la ansiedad, el enojo y la depresión tanto con la disminución como el aumento del consumo (Serin y Şanlıer, 2018). Sin embargo, los estudios que abordan el CE de manera diferenciada son escasos y no han logrado un consenso definitivo (Arexis *et al.*, 2023). Por lo tanto, es crucial que futuros estudios analicen el CE de manera diferenciada, considerando emociones específicas (como la alegría, la tristeza, el enojo, la ansiedad) y ambas direcciones del cambio en el consumo de alimentos (aumento o disminución).

Este artículo expone el origen del constructo CE y destaca los desafíos actuales para comprenderlo, haciendo hincapié en la compleja interacción entre emociones y alimentación. Las investigaciones futuras deberán contribuir a aclarar y delimitar conceptualmente este constructo y superar las limitaciones metodológicas derivadas de dichas discrepancias. Para ello, se recomienda incorporar métodos alternativos de evaluación, como los diseños experimentales o las evaluaciones ecológicas momentáneas, y considerar enfoques mixtos que permitan aportar evidencias más precisas sobre las emociones y el consumo de alimentos. Además, se sugiere examinar ciertas características específicas de las emociones (p. e., intensidad), así como las características personales de quienes muestran una mayor tendencia a modificar su consumo ante las experiencias emocionales (Fuente *et al.*, 2022).

De igual manera, es importante reconocer los avances alcanzados en el estudio del CE. Inicialmente se destacó la relevancia de las emociones en la conducta alimentaria, y más recientemente se ha explorado el CE diferenciando entre los tipos de emociones y los cambios en el consumo de alimentos, aunque los resultados no son concluyentes. Las revisiones sistemáticas han permitido identificar la necesidad de unificar las definiciones y metodologías para fortalecer la comparabilidad de los hallazgos y consolidar el conocimiento sobre la influencia de las emociones en la alimentación.

Por último, los estudios experimentales de intervención han identificado estrategias terapéuticas eficaces en personas con CE. Aunque la mayoría se han destinado a muestras clínicas, se ha señalado la importancia de desarrollar intervenciones

preventivas. Este tipo de estudios proporciona una sólida base para avanzar en la comprensión de la CE y los desafíos que implica, tanto teóricos como aplicados.

AGRADECIMIENTOS

La primera autora de este trabajo agradece el apoyo al Programa de Becas de Posgrado del CONAHcyT la Beca No. 920841. Asimismo, los autores agradecen el apoyo de Chatgpt, un modelo de lenguaje desarrollado por OpenAI, por su apoyo en la revisión ortográfica y gramatical del manuscrito. Cabe subrayar que el contenido del artículo y las interpretaciones son responsabilidad exclusiva de los autores.

Citación: Vázquez-Vázquez, V.M., Franco-Paredes, K., Díaz-Reséndiz, F.J. y Bosques-Brugada, L.E. (2026). Una revisión narrativa del concepto “comer emocional”. *Psicología y Salud*, 36(1), 133-141. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3038>

REFERENCIAS

- Altheimer, G. y Urry, H.L. (2019). Do emotions cause eating? The role of previous experiences and social context in emotional eating. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 234-240. Doi: 10.1177/0963721419837685
- Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M.C., Billot, P.É. y Chambaron, S. (2023). A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: what about a continuum? *Journal of Eating Disorders*, 11(197), 1-29. Doi: 10.1186/s40337-023-00916-7
- Arnow, B., Kenardy, J. y Agras, W.S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Bongers, P. y Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*, 7(1932). Doi: 10.3389/fpsyg.2016.01932
- Cassoli, E., Calderani, E., Fioravanti, G., Lazzarotti, L., Rotella, C.M., Rossi, E., Ricca, V., Mannucci, E. y Rotella, F. (2021). The Florence Emotional Eating Drive (FEED): a validation study of a self-report questionnaire for emotional eating. *Eating and Weight Disorders*, 27, 751-759. Doi: 10.1007/s40519-021-01216-2
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S.K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G.K., Pavlidou, E., Mantzorou, M. y Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1-18. Doi: 10.3390/nu15051173
- Doğan, T., Tekin, E.G. y Katrancıoğlu, A. (2011). Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 15, 2074-2077. Doi: 10.1016/j.sbspro.2011.04.056.
- Fuente C., E., Chávez S., J., De la Torre C., K., Ronquillo, D., Aguilera M., A.M. y Ojeda, L. R. (2022). Relationship between emotional eating, consumption of hyperpalatable energy-dense foods, and indicators of nutritional status: a systematic review. *Journal of Obesity*, 22(1). Doi: 10.1155/2022/4243868
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López G., G., Sánchez C., D. y Corbalán T., M.D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in case of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651. Doi:10.3305/nh.2012.27.2.5659
- Geliebter, A. y Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347. Doi: 10.1016/S1471-0153(02)00100-9
- Hamburger, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *The Medical Clinics of North America*, 35(2), 483-499. Doi: 10.1016/s0025-7125(16)35305-6
- Hoiberg, A., Berard, S.P. y Watten, R.H. (1980). Correlates of obesity. *Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 983-991.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. Doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
- Macht, M. y Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71. Doi: 10.1006/appe.2000.0325
- Macht, M. y Simons, G. (2011). Emotional eating. En I. Nyklicek, A. Vingerhoets y M. Zeelenberg (Eds.): *Emotion regulation and well-being* (pp. 281-295). Springer Science + Business Media. Doi: 10.1007/978-1-4419-6953-8_17

- McAtamney, K., Mantzios, M., Egan, H. y Wallis, D.J. (2021). Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation. *Appetite*, 161. Doi: 10.1016/j.appet.2021.105120
- Manchón, J., Quiles, M.J., Quiles, Y. y López R., S. (2021). Positive and negative emotional eating are not the same: the Spanish version of the Positive-Negative Emotional Eating Scale (PNEES). *Frontiers in Psychology*, 12, 1-6. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.709570
- Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146. Doi: 10.1002/eat.20221
- Meule, A., Reichenberger, J. y Blechert, J. (2018). Development and preliminary validation of the Salzburg Emotional Eating Scale. *Frontiers in Psychology*, 9(88). Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00088
- Pickett, S., McCoy, T.P. y Odetola, L. (2020). The influence of chronic stress and emotions on eating behavior patterns and weight among young african american women. *Western Journal of Nursing Research*, 42(11), 894-902. Doi: 10.1177/0193945919897541
- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W. y Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 27, 1147-1157. Doi: 10.1007/s11136-018-1798-3
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A.K. y Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79, 290-299. Doi: 10.1017/S0029665120007004
- Rojas A., T. y García M., M. (2017). Construcción de una escala de alimentación emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 3(45), 85-95.
- Serin, Y. y Şanlıer, N. (2018). Emotional eating, the factors which affect food intake and basic approaches of nursing care. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 135-146. Doi: 10.14744/phd.2018.23600
- Smith, J., Ang, X.Q., Giles, E.L. y Traviss-Turner, G. (2023). Emotional eating interventions for adults living with overweight or obesity: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). Doi: 10.3390/ijerph20032722
- Stunkard, A. (1972). New therapies for the eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 26(5), 391. Doi: 10.1001/archpsyc.1972.01750230001001
- Sultson, H., Kuk, K. y Akkermann, K. (2017). Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: Construction and validation of the Positive-Negative Emotional Eating Scale. *Appetite*, 116, 423-430. Doi: 10.1016/j.appet.2017.05.035
- van Strien, T. (2010). Predicting distress-induced eating with self-reports: Mission impossible or a piece of cake? *Health Psychology*, 29(4), 343. Doi: 10.1037/a0020329
- van Strien, T., Kontinen, H., Homberg, J.R., Engels, R.C.M.E. y Winkens, L.H.H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224. Doi: 10.1016/j.appet.2016.02.034
- Vasileiou, V. y Abbott, S. (2023). Emotional eating among adults with healthy weight, overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36(5), 1922-1930. Doi: 10.1111/jhn.13176
- Vázquez V., V.M., Boques B., L.E., Guzmán S., R.M.E., Romero P., A., Reyes J., K. y Franco P., K. (2019). Revisión del constructo y fundamentos teóricos de la alimentación emocional. Educación y Salud. *Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA*, 8(15), 255-263. Doi: 10.29057/icsa.v8i15.4802
- Vázquez V., V.M., Franco P., K., Díaz R., D.J., Bosques B., L.E. y Tovar, E. (2024). Propiedades psicométricas de los autoreportes de ingesta emocional: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14(2), 128-141. Doi: 10.22201/fesi.20071523e.2024.2.795
- Wollersheim, J.P. (1970). Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *Journal of Abnormal Psychology*, 76(3), 462-474. Doi: 10.1037/h0030272
- Zerón R., M.F., Doblas F., S., Diez H., M. e Izquierdo P., M. (2023). Are emotional eating and other eating behaviors the missing link in the relationship between inadequate sleep and obesity? A systematic review. *Nutrients*, 15(10). Doi: 10.3390/nu15102286
- Zerón R., M.F., Hernández, Á., Cambras, T. e Izquierdo P., M. (2022). Emotional eating and cognitive restraint mediate the association between sleep quality and BMI in young adults. *Appetite*, 170. Doi: 10.1016/j.appet.2021.1058

Consecuencias del aislamiento social sobre la interacción social y la emoción en niños escolares mexicanos

Consequences of social isolation on social interaction and emotion in Mexican children

Carlos Alberto Serrano-Juárez^{1, 2}, Miguel Ángel De León-Miranda¹,
José Enrique Cervantes-Cervantes¹, Diana Lorena García-Reyes¹,
Mariana Santos-Delgado¹ y Lesly Mariana Contreras-Salinas¹

*Iskalti Atención y Educación Psicológica, S.C.¹
Universidad Nacional Autónoma de México²*

Autor para correspondencia: Carlos A. Serrano J., serranojcarlosa@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

Introducción. El aislamiento durante la pandemia de covid-19 (2020-2022) desencadenó una situación antinatural que tuvo efectos importantes en la conducta social y emocional de la población. **Objetivo.** Analizar el impacto del aislamiento sobre la interacción social y el estado emocional en una muestra mexicana de 6 a 9 años de edad. **Método.** Se trató de un estudio no experimental en el que participaron niños mexicanos y sus padres, quienes respondieron dos cuestionarios socioemocionales adaptados en línea durante los meses de mayo y junio de 2022. **Resultados.** Se encontró que los niños que durante el aislamiento eran hijos únicos tenían puntuaciones más altas de ansiedad y aislamiento que los que tenían hermanos. Asimismo, aquellos que únicamente convivieron con su madre obtuvieron una puntuación menor que los que interactuaron socialmente con ambos padres; además, los que acudían a colegios privados mostraron más comportamientos agresivos y mayor riesgo de acoso escolar. **Discusión.** La presencia de un hermano o de otro menor y la convivencia con ambos padres durante el encierro pueden ser factores de protección para disminuir la ansiedad y tener mejores habilidades sociales; además, el acoso escolar fue mayor en los colegios privados. Otros autores han encontrado que tener un hermano sirve como modelo o catalizador de la ansiedad. A la vez, el apego seguro con ambos padres beneficia la interacción social de los menores.

Palabras clave: Aislamiento social; Ansiedad; Interacción social; Apego paterno; Covid-19; Acoso escolar.

ABSTRACT

The covid-19 lockdown triggered a natural situation of isolation, which could affect children social and emotional behavior. Objective. Analyze the impact of social isolation on social interaction and emotion in Mexican participants aged 6 to 9 years. Method. This was a non-experimental study in which 44 Mexican parents and children participated and answered two socio-emotional surveys

¹ Av. Clavería 81, Col. Clavería, Azcapotzalco, tel. (55)53-42-22-03, 02080 Ciudad de México, México, correos electrónicos: miguelangel@iskalti.com, ecervantes@iskalti.com, diana@iskalti.com, santos.delg.m@gmail.com, lesly@iskalti.com.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios 1, Los Reyes Ixtacala, 54090 Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México, tel. (56)56-23-13-33, ext. 39729.



adapted online during May and June 2022. Results. The main findings showed that only children during the lockdown had higher scores of anxiety and isolation, compared to those who had siblings. Those who only lived with their mother obtained lower scores, than those who interacted with both parents in social interaction. Children who attended private schools presented more aggressive behaviors and risk of bullying. Discussion. These findings indicate that the presence of a sibling or peer and living with both parents during a period of confinement could be protective factors to reduce anxiety and have better social skills. Additionally, during the pandemic, bullying probably increased in private schools. Other authors have found that having a sibling serves as a model and catalyst for anxiety, while secure attachment with both parents benefits social interaction.

Key words: Social isolation; Anxiety; Social interaction; Parents attachment; Covid-19; Bullying.

Recibido: 25/01/2024

Aceptado: 09/01/2025

A fines del año 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó al mundo sobre los casos de neumonía vírica surgidos en la ciudad de Wuhan, China, que provocaba un cuadro gripal de gravedad moderada. Para enero del 2020 las mismas autoridades declararon que los casos crecientes eran resultado de un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2, lo que provocaba la enfermedad de covid-19 que, por su extrema capacidad de contagio y sus graves consecuencias fuera declarada como pandemia (Cruz *et al.*, 2020). El primer caso en suelo mexicano se registró en febrero de 2020, y en la última semana de marzo se decretó la suspensión de todas las actividades económicas, la necesidad ineludible de permanecer en casa y el cese total de toda actividad escolar (Suárez *et al.*, 2020), lo que provocó, entre muchas otras consecuencias, la privación del contacto social entre los niños y adolescentes hasta mediados de 2022.

Tal aislamiento social demostró tener efectos considerables sobre la actividad cerebral, la conducta social y la salud mental (Meade, 2021;

Orben *et al.*, 2020), lo que supone que el escaso contacto social durante ese tiempo pudo tener consecuencias sobre la interacción social y la salud mental de los escolares y adolescentes (Panda *et al.*, 2021; Tang *et al.*, 2021), ya que dicho aislamiento es un estresor que influye en el desarrollo de la red hipotálamo-pituitaria-adrenal y desencadena síntomas de ansiedad, depresión, hiperactividad e inatención (Lacunza y Contini, 2011; Loades *et al.*, 2020; Orben *et al.*, 2020; Panda *et al.*, 2021).

Se considera que la interacción social implica una serie de habilidades y conductas complejas que son ejecutadas de manera recíproca por dos o más individuos, y son básicas para el desarrollo psicológico de las personas ya que inciden en la autoestima, la personalidad, el rendimiento laboral y académico y otras variables del desarrollo (Lacunza y Contini, 2011). Por lo general, los dos contextos sociales donde los niños adquieren un mayor aprendizaje de estas habilidades son la familia y el colegio, por lo que la privación completa de uno de estos se ha relacionado con la prevalencia de diferentes trastornos mentales (Loades *et al.*, 2020; Orben *et al.*, 2020).

Isumi *et al.* (2020) encontraron que el contacto con familiares servía como factor de protección contra la aparición de trastornos mentales al inicio de la pandemia; sin embargo, infirieron que la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad podría aumentar a lo largo del encierro como consecuencia del aplazamiento del regreso a clases y el incremento concomitante del aislamiento social (Fancourt *et al.*, 2021; Isumi *et al.*, 2020; Loades *et al.*, 2020).

La interacción social durante la pandemia se vio afectada por el miedo a contagiarse y otros factores que fueron afectando de manera indirecta la capacidad de los escolares para crear relaciones sociales (Fancourt *et al.*, 2021; Tang *et al.*, 2021). Si bien la privación social ha revelado que tiene efectos adversos en muestras animales, el encierro y las clases en línea durante la pandemia provocaron un contexto natural de aislamiento social con pares que podría ayudar a identificar ciertos predictores que influyen en la interacción social y otras variables emocionales durante el cierre de las clases presenciales de la población infantil.

Por consiguiente, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar el efecto del aislamiento social en la interacción social y el estado emocional de niños escolares posterior a la pandemia de covid-19. La hipótesis es que los niños que hayan tenido menos recursos de interacción social en el hogar, como hermanos y otros factores, podrían tener más problemas de interacción social y presencia de síntomas internalizados y externalizados.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve entre padres de colegios y redes sociales (Facebook, Twitter, WhatsApp e Instagram). La muestra estuvo conformada por padres de familia de niños de 6 a 9 años de entre primero y cuarto año de primaria. Se excluyeron a niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo o mental o que hubiesen tenido un padecimiento médico grave en los últimos tres años.

En la Tabla 1 se encuentran los datos socio-demográficos de los padres y niños que participaron en el estudio. Ninguno tenía antecedentes de los citados trastornos. Los cuestionarios fueron respondidos por 43 madres y un padre de familia con una edad promedio de 37.85 (D.E. = 6.74) y 27 niñas y 17 niños, con una edad media de 8.04 (D.E. = 1.25) y escolaridad desde preescolar a cuarto año de primaria.

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra.

Variables		
Sexo	n	%
Femenino	27	61
Masculino	17	39
Grado académico		
Preescolar	2	5
Primaria		
Primero	11	25
Segundo	8	18
Tercero	16	36
Cuarto	7	16

Continúa...

Variables		
Tipo de colegio	n	%
Privado	19	43
Público	25	57
¿Hijo único?		
Sí	13	30
Número de hermanos		
Ninguno	13	30
Uno	23	52
Dos o más	8	18
Cuidado durante el aislamiento		
Madre	16	36
Ambos padres	25	57
Actividad extraescolar		
Sí	25	57
Estado civil de los padres		
Casados	23	52
Unión libre	12	27
Divorciados		
Solteros	63	147
Escolaridad de los padres		
Básica	16	36
Licenciatura	18	41
Posgrado	10	23

Instrumentos

Cuestionario digital. Se aplicó un cuestionario digital elaborado por los autores que recopilaba información sociodemográfica, antecedentes personales patológicos y no patológicos, antecedentes académicos, actividades escolares y extraescolares llevadas a cabo durante el cierre de las clases presenciales.

Sistema de evaluación de niños y adolescentes (SENA) (Fernández-Pinto *et al.*, 2015).

Este inventario conductual permite valorar la presencia de trastornos emocionales y habilidades sociales en niños de 3 a 18 años, y sus baremos pueden utilizarse en población mexicana. Del mismo, se utilizaron las escalas de ansiedad, agresión, depresión, aislamiento, interacción social, ansiedad social, somatización y acoso.

Cuestionario de Interacción Social para Niños (CISO-N) (Caballo *et al.*, 2007).

Es éste un cuestionario conformado por 82 ítems que valoran la ansiedad social a través de seis factores (interactuar con desconocidos o superiores, expresar o recibir muestras de cariño hacia o de los padres, ser el centro de atención de los demás, hablar o actuar en público, recibir críticas de los demás e interactuar con los amigos o amigas). En este trabajo se usaron las escalas de recibir críticas e interacción social, por lo que puntuaciones altas indican una mayor probabilidad de presentar acoso escolar. Tiene validez en niños escolares, se utilizó una escala que se puede responder a “nada”, “pocas veces” o “algunas veces” y “siempre”, y sus puntuaciones van en un rango de 13 a 52.

Procedimiento

Se adaptaron los instrumentos en un cuestionario en línea a través de *Google Forms*, ya que durante ese periodo algunas escuelas aún no retomaban las actividades presenciales. Luego, se invitó a los padres de familia de colegios públicos y privados a participar en la investigación. En caso de aceptar, se les envió el enlace con el formulario digital. Todos los participantes firmaron la carta de consentimiento informado que cubre las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki.

Para el análisis de datos se usó estadística descriptiva, estadística inferencial univariada y análisis de regresión lineal mediante el paquete estadístico SPSS, v. 29.

RESULTADOS

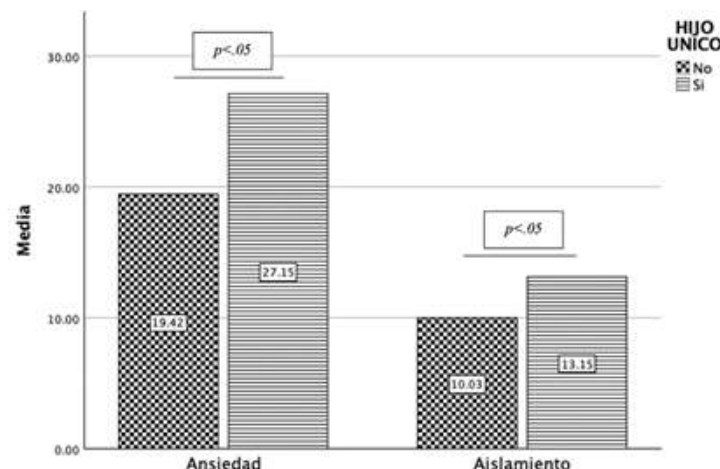
En la Tabla 2 se encuentran los resultados descriptivos de las escalas de ansiedad, agresión, depresión, aislamiento, interacción social, ansiedad social, somatización y acoso del SENA y del CISO-N.

Tabla 2. Análisis descriptivo de las diferentes escalas.

Variable	M	D.E.	Rango
<i>SENA</i>			
Ansiedad	21.70	8.18	11-40
Agresión	9.43	2.67	8-21
Depresión	14.65	5.31	10-31
Aislamiento	10.95	4.57	7-28
Interacción social	31.72	6.41	9-40
Ansiedad social	13.93	5.48	7-28
Somatización	10.93	4.41	7-29
Acoso	2.65	1.25	2-8
<i>CISO-N</i>			
Acoso	18	5.21	13-38

En las escalas de ansiedad ($p = .003$) y aislamiento ($p = .03$), el análisis obtenido mediante la *t* de Student identificó diferencias significativas entre los niños que eran hijos únicos ($n = 31$) y los que tenían hermanos ($n = 13$). Los hijos únicos obtuvieron puntuaciones más altas en ansiedad y aislamiento que los que convivieron con hermanos durante la reclusión (Figura 1).

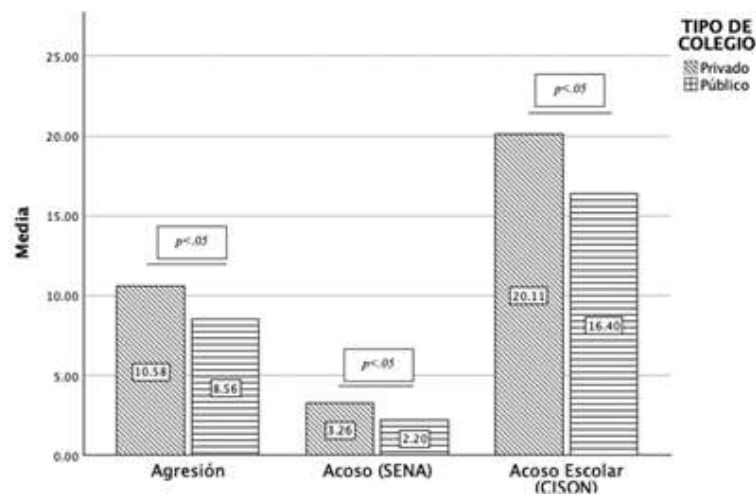
Figura 1. Comparación de la ansiedad y el aislamiento entre niños con hermanos e hijos únicos.



Se encontró que las habilidades de interacción social ($p = .04$) fueron mejores en los niños que tuvieron contacto con ambos padres (33.44) que los que estuvieron solamente con su madre (28.81). En la muestra no hubo niños que solamente convivieran con el padre.

Finalmente, el análisis por el tipo de colegio al que asistían reveló diferencias significativas en la conducta agresiva ($p = .02$) y en el riesgo de acoso escolar percibido por los padres ($p = .01$) y los mismos niños ($p = .03$) (Figura 3).

Figura 3. Comparación de agresión y acoso entre niños de escuela privada y pública.



No se encontraron diferencias significativas en otras escalas y factores (Tabla 3). Se realizaron análisis de varianza para comparar los resultados en las escalas entre el estado civil y la escolaridad de los, así como el grado escolar actual de los niños; sin embargo, tampoco hubo diferencias significativas ($p > .05$).

Además, en los modelos de regresión lineal se halló que el ser hijo único explicaba 17% de la varianza de la ansiedad (R^2 ajustado = .17, $F[1, 42] = 9.86$, $p = .003$, β estandarizado = 2.46, $p = .003$), 12% de la varianza de la agresión (R^2 ajus-

tado = .12, $F[1, 42] = 7.03$; $p = .01$, β estandarizado = .76, $p = .01$); 16% de la varianza del riesgo de acoso percibido por padres (R^2 ajustado = .16, $F[1, 42] = 9.2$; $p = .004$, β estandarizado = .35, $p = .004$) y 10% de la varianza de riesgo de acoso percibida por los niños (R^2 ajustado = .10, $F[1, 42] = 6.09$; $p = .01$, β estandarizado = 1.5, $p = .01$) al tipo de colegio. Finalmente, 10% de la varianza de la interacción social (R^2 ajustado = .10, $F[1, 39] = 5.49$; $p = .02$, β estandarizado = .98, $p = .02$) al haber estado en contacto con ambos padres.

Tabla 3. Comparación entre sexo, número de hermanos, presencia o no de ambos padres y tipo de colegio.

Variable	Sexo		P	Hermanos		P	Ambos padres		P	Tipo de colegio		P
	Niños	Niñas		Con	Sin		Solamente con madre	Si		Privado	Público	
N	17	27		31	13		19	25		19	25	
SENA												
Ansiedad	21.41 (8.49)	21.88 (8.14)	0.81	19.41 (7.01)	27.15 (8.46)	0.003	20.42 (7.19)	22.68 (8.88)	0.37	23.26 (8.98)	20.52 (7.48)	0.27
Agresión	9.76 (2.68)	9.22 (2.69)	0.63	9.09 (1.95)	10.23 (3.87)	0.33	9.68 (3.38)	9.24 (2.02)	0.59	10.57 (3.54)	8.56 (1.22)	0.02

Continúa...

Variable	Sexo		<i>p</i>	Hermanos		<i>p</i>	Ambos padres		<i>p</i>	Tipo de colegio		<i>p</i>
	Niños	Niñas		Con	Sin		Solamente con madre	Si		Privado	Público	
Depresión	14.41 (4.33)	14.81 (5.92)	0.53	14.06 (4.47)	16.07 (6.92)	0.34	14.15 (5.18)	15.04 (5.48)	0.58	16.05 (6.21)	13.6 (4.35)	0.15
Aislamiento	11 (4.41)	10.92 (4.76)	0.79	10.03 (3.79)	13.15 (5.62)	0.03	10.63 (3.48)	11.2 (5.32)	0.68	12.11 (5.55)	10.08 (3.54)	0.14
Interacción social	32.94 (6.44)	30.96 (6.39)	0.23	30.9 (7.01)	33.69 (4.32)	0.08	29.47 (7.83)	33.44 (4.53)	0.04	32.36 (5.66)	31.24 (7.00)	0.56
Ansiedad social	13.64 (5.01)	14.11 (5.85)	0.87	13.25 (5.52)	15.53 (2.88)	0.21	13.68 (6.01)	14.12 (5.16)	0.79	14.05 (5.36)	13.84 (5.68)	0.9
Somatización	9.7 (5.08)	11.7 (2.8)	0.22	9.87 (2.88)	13.46 (6.26)	0.06	10.26 (3.85)	11.44 (4.81)	0.38	12.36 (5.56)	9.84 (2.96)	0.08
Acoso	2.35 (1.51)	2.85 (0.6)	0.49	2.58 (1.33)	2.84 (1.06)	0.52	2.47 (1.07)	2.8 (1.38)	0.4	3.26 (1.66)	2.2 (0.5)	0.01
CISO-N												
Acoso	16.11 (2.82)	19.18 (6.00)	0.07	17.12 (5.12)	20.07 (5.01)	0.08	16.78 (4.1)	18.92 (5.83)	0.18	20.10 (6.86)	16.4 (2.69)	0.03

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue describir y analizar el impacto que tuvo el aislamiento social por covid-19 en la interacción social y el estado emocional en niños escolares de 6 a 9 años. Los resultados que se obtuvieron confirmaron que aquellos que no tenían un hermano o faltaban ambos padres durante el aislamiento social mostraron más conductas de aislamiento, más problemas de interacción social y más ansiedad.

Desde el inicio del covid-19, algunas revisiones (Almeida *et al.*, 2021; Cabrales *et al.*, 2023; de Figuereido *et al.*, 2021; Loades *et al.*, 2020; Orben *et al.*, 2020) y ciertos estudios (Fancourt *et al.*, 2021; Wu *et al.*, 2021) revelaron una mayor incidencia de ansiedad y depresión en las personas como consecuencia del aislamiento social y del encierro provocados por el virus SARS-COV-2.

Una hipótesis de por qué el aislamiento social podría influir en la ansiedad, depresión y conducta social tiene su fundamento en las neurociencias, ya que se ha encontrado que el encierro social en animales de edades muy tempranas influye en el desarrollo de las redes hipotálamo-hipofisario-adrenal para el control del estrés (Almeida *et al.*, 2021; Brandt *et al.*, 2022; Musardo *et al.*, 2022; Orben *et al.*, 2020), y que en los seres humanos este

efecto es un factor de riesgo para la manifestación de síntomas psicóticos, consumo de sustancias y trastornos afectivo-emocionales, como los hallados en este trabajo, que asimismo revela que el aislamiento y el no tener un par cercano o a ambos padres aumenta la ansiedad y los problemas de interacción social, pues probablemente las redes señaladas no están siendo estimuladas para seguir un desarrollo normotípico.

Otros autores (Camacho *et al.*, 2022; Fancourt *et al.*, 2021) hallaron que, en los adultos, a ansiedad posterior al covid-19 se asociaba con la cantidad de información recibida sobre el SARS-COV-2, el encierro y el sexo. Sin embargo, el presente estudio identificó algunos factores que influyen en los niños escolares de 6 a 9 años para la manifestación de rasgos de ansiedad, problemas sociales y acoso escolar. Principalmente, se discuten tres hallazgos: 1) el beneficio de tener un par, lo que para disminuye la ansiedad y promueve la conducta social; 2) el efecto de que ambos padres convivan con el niño para así manifestar un mejor comportamiento social, y 3) el hecho de que en las escuelas privada hay más riesgo de acoso escolar.

Un hallazgo importante de este trabajo, que no se había reportado en otros estudios, es la importancia de que los niños tengan un par con el cual convivir, ya que los que permanecieron en el

aislamiento en la compañía de hermanos manifestaron menos rasgos de ansiedad, menos conductas de retraimiento y menos riesgo de acoso escolar. Esto podría asociarse a que los que tenían pares con los cuales convivir aprendían más habilidades sociales, importantes para la conducta diaria con los demás.

La presencia de hermanos para el desarrollo socioemocional ya ha sido estudiada por Merino y Martínez-Pampliega (2020), quienes encontraron que la relación filial ayuda a moderar el funcionamiento familiar y a disminuir el estrés del hermano mayor en su adaptación social. Además, Aranda y Chávez (2017) y García López *et al.* (2023) encontraron que tener hermanos ayuda a alcanzar un mejor autoconcepto y autoconocimiento y a lograr más habilidades sociales, toda vez que son modelos de empatía y comprensión social.

Por otro lado, Meléndez y Felipe (2024) encontraron que, en España, los niños de 3 a 7 años también manifestaban más trastornos de ansiedad después del encierro, lo que concuerda con los hallazgos del presente análisis en cuanto a que la relación con hermanos disminuye la aparición de síntomas internalizados ante eventos traumáticos y estresantes.

Por lo tanto, es de suponerse que un hermano sirve como un modelo para entrenar y mejorar el comportamiento social, así como para poner a prueba el manejo emocional ante situaciones de estrés, logrando con ello ser un factor de protección para los trastornos de ansiedad y los problemas sociales.

El segundo hallazgo reveló que los hijos que conviven con ambos padres tienen más habilidades de interacción social en comparación con los que sólo lo hacen con la madre, por lo que parece que la intervención del padre en el desarrollo del niño podría ser importante para una mejor adquisición de habilidades sociales.

A inicios de los años 40, John Bowlby analizó la importancia del apego entre padres y niños en edades tempranas y su efecto decisivo en las relaciones interpersonales de los menores, lo que después fue comprobado por Stevenson y Crnic (2012) en niños de 4 a 6 años con retraso en el desarrollo, ya que identificaron que la presencia del padre ayudaba a un mejor desarrollo de las

mencionadas habilidades sociales. Recientemente, Fernandes *et al.*, (2020) y Martín *et al.* (2019) encontraron asimismo que el apego seguro de niños con ambos padres influye en su competencia social, mientras que cuando únicamente son las madres las que llevan a cabo esa función no hay diferencia en el funcionamiento social de los menores.

Finalmente, los resultados indican que los niños en escuelas privadas manifiestan más conductas de agresión y mayores riesgos de ser víctimas de acoso escolar que los que acuden a instituciones públicas. En 2014, Santoyo y Frías emprendieron un estudio con datos de diferentes variables que influyen en el acoso escolar en población mexicana, encontrando que el tipo de colegio (privado o público) no influye en el papel de agresor, víctima o víctima-agresor como sí lo hacen otras variables, como vivir en un barrio o acudir a un colegio conflictivo, el turno (matutino o vespertino), el grado escolar y estar expuestos a la violencia en su hogar. Una hipótesis de por qué se encontraron diferencias en este estudio es que los datos obtenidos parecen indicar que el aislamiento social por el covid-19 pudo haber afectado las formas adecuadas de interacción, pero además hay que considerar que el empleo de los dispositivos móviles y el ciberacoso aumentaron durante la pandemia de manera considerable (Ancana, *et al.*, 2022), por lo que estos pueden ser dos posibles factores que podrían influir sobre conductas de agresión y acoso en instituciones privadas.

Este estudio padece diferentes limitantes; por ejemplo, los resultados obtenidos no indican la presencia o ausencia de un trastorno emocional y conductual ya que no se contaba con una estandarización que pudiera indicar los datos normativos para esta población. Otra limitante es la falta de control que tiene la aplicación de cuestionarios en línea; no obstante, debido a que este estudio se realizó cuando aún había algunas restricciones para el regreso a clases presenciales, fue la única manera en la que se pudieron obtener los datos. Otro es que no se puede concluir realmente si los niños presentaban acoso y factores extras que pueden influir para la diferencia entre tipo de colegio. Finalmente, si bien este trabajo identifica algunas variables sociodemográficas que pueden influir en la agresión, la ansiedad y el acoso en población

infantil, no se pudieron controlar otras más, cómo el nivel cognitivo de los niños.

Si bien este trabajo tiene estas dificultades metodológicas, revela información importante sobre los probables efectos que puede tener el aislamiento social sobre síntomas internalizados y externalizados en niños de 6 a 9 años.

Los resultados obtenidos en este trabajo hicieron posible identificar que la convivencia con ambos padres y con hermanos y son factores de protección ante la ansiedad y otros problemas sociales.

Citación: Serrano-Juárez, C.A., De León-Miranda, M.Á., Cervantes-Cervantes, J.E., García-Reyes, D.L., Santos-Delgado, M. y Contreras-Salinas, L.M. (2026). Consecuencias del aislamiento social sobre la interacción social y la emoción en niños escolares mexicanos. *Psicología y Salud*, 36(1), 143-151. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3039>

REFERENCIAS

- Almeida I., L.L., Rego, J.F., Teixeira, A.C.G. y Moreira, M.R. (2021). Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020385. Doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2020385
- Anccana Ll., L P., Copaja A., F.H. y Mandarachi F., R.P. (2022). Ciberbullying en tiempos de pandemia. *Ciencia Latina*, 6(4), 1274-1286.
- Aranda V., C.D. y Chávez M., L.E. (2017). Autoconcepto y habilidades sociales en niños como hijos únicos y niños con hermanos. *PsicoEducativa: Reflexiones y Propuestas*, 3(5), 38-44.
- Brandt, L., Liu, S., Heim, C y Heinz, A. (2022). The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*, 12(1), 398. Doi: 10.1038/s41398-022-02178-4
- Caballo, V.E., González, S., Alonso, V. e Iruña, M.J. (2007). El cuestionario de interacción social para niños (CISO-N): un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 1, 77-93.
- Cabral A., J., Morales C., E. y Hernández G., C. (2022). Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional. *Psicología y Salud*, 1-10. Doi: 10.25009/pys.v32i3.2797
- Camacho, E., Hernández, M., Martínez L., J.M., Alcalá, I. y Sanz, A. (2022). Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 55-67. Doi: 10.25009/pys.v32i3.2792
- Cruz P., G., Bustamante C., J.F., Caputo, J.G., Jiménez C., M.E y Ponce de León R., S. (2020). Dispersion of a new coronavirus SARS-coV-2 by airlines in 2020: Temporal estimates of the outbreak in Mexico. *Revista de Investigación Clínica*, 72(3), 138-143. Doi: 10.24875/RIC.20000113
- Fancourt, D., Steptoe, A. y Bu, F. (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: A longitudinal observational study. *The Lancet. Psychiatry*, 8(2), 141-149. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30482-x
- Fernandes, C., Monteiro, L., Santos, A.J., Fernandes, M., Antunes, M., Vaughn, B.E y Veríssimo, M. (2020). Early father-child and mother-child attachment relationships: contributions to preschoolers' social competence. *Attachment & Human Development*, 22(6), 687-704. Doi: 10.1080/14616734.2019.1692045
- Fernández P., I., Santamaría, P., Sánchez S., F., Carrasco, M. y Del Barrio, V. (2015). *Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes*. SENA. Madrid: TEA Ediciones.
- de Figueiredo, C.S., Sandre P., C., Portugal L., C.L., Mázala O., T., Da Silva C., L., Raony, Í., Ferreira E., S., Giestal A., E., Dos Santos A., A. y Bomfim P., O. (2021). Covid-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 106, 110171. Doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110171
- García L., G.I., Orozco V., A.E., Aguilera R., U. y Meza D., G.M. (2023). Desarrollo de habilidades sociales y cognitivas dependiendo del orden de nacimiento y número de hermanos. *Alternativas en Psicología*, 27(50).
- Isumi, A., Doi, S., Yamaoka, Y., Takahashi, K. y Fujiwara, T. (2020). Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse & Neglect*, 110. Doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104680
- Lacunza A., B. y Contini de G., N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182.

- Loades, M.E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M.N., Borwick, C. y Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of covid-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. Doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Martín O., N., Saldaña L., E. y Morales S., A. (2019). Relación entre apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentalidad y exclusión social. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 44-48.
- Meade, J. (2021). Mental health effects of the covid-19 pandemic on children and adolescents: a review of the current research. *Pediatric Clinics of North America*, 68(5), 945-959. Doi: 10.1016/j.pcl.2021.05.003
- Meléndez P., B. y Felipe C., E. (2024). Ansiedad en la infancia durante el confinamiento por covid-19: factores de riesgo y protección. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 11(2), 2.
- Merino, L y Martínez P., A. (2020). La relación entre hermanos/as y su adaptación en contextos de alto estrés familiar. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 27-32. Doi: 10.1016/j.anyes.2020.01.001
- Musardo, S., Contestabile, A., Knoop, M., Baud, O. y Bellone, C. (2022). Oxytocin neurons mediate the effect of social isolation via the VTA circuits. *eLife*, 11, e73421. Doi: 10.7554/
- Orben, A., Tomova, L. y Blakemore, S.-J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640. Doi: 10.1016/s2352-4642(20)30186-3
- Panda, P.K., Gupta, J., Chowdhury, S.R., Kumar, R., Meena, A.K., Madaan, P., Sharawat, I.K. y Gulati, S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for covid-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Tropical Pediatrics*, 67(1), fmaa122. Doi: 10.1093/tropej/fmaa122
- Santoyo C., D. y Frías, S.M. (2014). Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 44(4), 13-41.
- Stevenson, M. y Crnic, K. (2013). Intrusive fathering, children's self-regulation and social skills: a mediation analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(6), 500-512. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01549.x
- Suárez, V., Suárez Q., M., Oros R., S. y Ronquillo J., E. (2020). Epidemiología de covid-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471. Doi: 10.1016/j.rce.2020.05.007
- Tang, S., Xiang, M., Cheung, T. y Xiangy, T. (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during covid-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 353-360. Doi: 10.1016/j.jad.2020.10.016
- Wu, S., Yao, M., Deng, C., Marsiglia, F. F. y Duan, W. (2021). Social isolation and anxiety disorder during the covid-19 pandemic and lockdown in China. *Journal of Affective Disorders*, 294, 10-16. Doi: 10.1016/j.jad.2021.06.067

Regulación emocional y pérdida de control en la adicción a la pornografía: estudio exploratorio en estudiantes universitarios mexicanos

Emotional regulation and loss of control in pornography addiction: an exploratory study among mexican university students

Shilia Lisset Vargas-Echeverría¹, José Ignacio Nevárez-Martín², Víctor Román Roa-Muñoz³ y Ligia del Carmen Vera-Gamboa⁴

Instituto Mexicano del Seguro Social¹
Universidad Autónoma de Yucatán⁴

Autor para correspondencia: Shilia Vargas Echeverría, shilia.ve@gmail.com.

RESUMEN

Este estudio explora el consumo y adicción a la pornografía en estudiantes universitarios de Mérida, Yucatán, utilizando una muestra de 1,208 estudiantes de cuatro universidades. Se empleó la Escala de Medición para la Adicción a la Pornografía (EMAP), basada en el modelo biopsicosocial de Griffiths. Los resultados muestran que el 72.8% de los estudiantes han consumido pornografía, con prevalencias mayores entre los hombres (85.3%) frente a las mujeres (14.7%). En cuanto a la adicción, el 9.1% presenta adicción leve, 1.4% moderada y 0.2% severa. El análisis de los factores asociados a la adicción revela una fuerte correlación entre el uso de la pornografía para regular emociones y las dificultades para controlarlo, así como con la tolerancia y recaídas; lo que sugiere que la regulación emocional disfuncional es un componente central de la conducta adictiva. Áreas académicas como Ingeniería y Ciencias Biológicas reportaron mayor prevalencia de adicción en comparación con Humanidades y Educación. Además, los estudiantes de nivel socioeconómico alto muestran un mayor consumo, aunque no se observaron diferencias significativas en los niveles de adicción entre grupos socioeconómicos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de diseñar estrategias preventivas y de tratamiento, con énfasis en la gestión emocional, para mitigar los efectos de la adicción a la pornografía en los estudiantes universitarios. El estudio sugiere que las universidades implementen programas de salud mental y apoyo psicoemocional dirigidos a esta población vulnerable, y propone futuras investigaciones que profundicen en el impacto de la pornografía en la salud mental y social de los estudiantes.

Palabras clave: Adicción; Pornografía; Estudiantes universitarios; Salud mental; México.

¹ Hospital General Regional No. 1 Lic. Ignacio García Téllez. Calle 41 x 34 y 30. No. exterior 439. Col. El Fénix. C.P. 97155. Mérida, Yucatán, México, tel.: 9999 22 56 56, correo electrónico: shilia.ve@email.com, <https://orcid.org/0000-0001-8869-071X>

² Investigador independiente en salud mental y adicciones, correo electrónico: jnevarez.3323@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7790-1664>

³ Asesor y consultor independiente en salud mental y adicciones, correo electrónico: victor-roa2011@hotmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-0500-1664>

⁴ Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi, C. 43 s/n, Inalámbrica, C.P. 97225 Mérida, Yucatán, México, tel.: 999 924 9230, correo electrónico: vgamboa.uady@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-6300-3549>



ABSTRACT

The present study explored pornography consumption and addiction among university students in Mérida, Yucatán, using a sample of 1,208 students from four universities. Data were collected through the Pornography Addiction Measurement Scale (EMAP), based on Griffiths' biopsychosocial model. The results showed that 72.8% of students have consumed pornography, with higher prevalence among men (85.3%) compared to women (14.7%). Regarding addiction, 9.1% showed mild addiction, 1.4% moderate, and 0.2% severe. The analysis of factors associated with addiction revealed a strong correlation between the use of pornography to regulate emotions and difficulties in controlling it, as well as with tolerance and relapses. Results suggest that dysfunctional emotional regulation is a core component of this addictive behavior. Academic fields such as Engineering and Biological Sciences showed higher prevalence of addiction compared to Humanities and Education. Additionally, students from higher socioeconomic levels showed higher consumption, although no significant differences were found in addiction levels across socioeconomic levels. These findings highlight the need to design preventive and treatment strategies, with an emphasis on emotional management, to mitigate the effects of pornography addiction in university students. The study recommends that universities implement mental health and emotional support programs aimed at this vulnerable population and suggests further research to delve into the impact of pornography on the mental and social health of students.

Key words: Addiction; Pornography; University students; Mental health; Mexico.

Recibido: 14/02/2025

Aceptado: 28/10/2025

Puede definirse la pornografía como el material sexualmente explícito producido por un novato o un profesional con el principal objetivo de excitar sexualmente al espectador (Peter y Valkenburg, 2010). El avance de la tecnología digital, ha vuelto ampliamente accesible el consumo de estos materiales en razón de cinco características clave: bajo costo, disponibilidad inmediata, anonimato, aceptación social y contenido explícito (Cooper, 1998; Kleponis, 2018). Tales faci-

lidades han generado un aumento significativo de su consumo, especialmente entre los jóvenes.

Estudios recientes demuestran el alcance del consumo de la pornografía en contextos universitarios. En México, por ejemplo, Rodríguez y Santos (2018) hallaron que 86.2% de los estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México reportaron ser usuarios de pornografía, aunque sólo 8.5% dijo no consumirla realmente. Un estudio similar en Ecuador mostró que 44.6% de los 590 estudiantes encuestados la consumía: 58.9% de los hombres y 41.1% de las mujeres (France *et al.*, 2020).

Durante la pandemia de covid-19 ese consumo aumentó debido al aislamiento social. México subió del octavo al sexto lugar mundial en el tráfico de sitios de pornografía, según Pornhub (2021). En cuanto al tráfico, 43% corresponde a mujeres, y el país tiene una alta proporción de usuarios de entre 18 y 24 años (47%), un dato que sugiere una inclinación mayor por parte de la población más joven. En general, 37% de los varones y 25.5% de las mujeres en México reportaron un aumento en el consumo durante la citada pandemia, lo que evidencia un crecimiento notable desde hace una década (A.A, 2020; Ballester *et al.*, 2016a).

Algunos autores señalan que el uso moderado de pornografía puede traer ciertos beneficios, especialmente en la salud sexual de las mujeres al mejorar ciertos aspectos de su sexualidad, como la excitación y la intensidad del clímax (McNabney *et al.*, 2020a). Sin embargo, su uso excesivo implica ciertos riesgos; por ejemplo, entre 0.8 y 8% de los usuarios exhiben patrones de consumo problemático, caracterizados por la pérdida de control, negligencia de responsabilidades y persistencia a pesar de sus consecuencias negativas (*cf.* Ballester *et al.*, 2016b), lo que puede acarrear problemas en la salud emocional, mental y sexual y actitudes y comportamientos que afectan la percepción de la sexualidad y las relaciones (Efrati, 2020a, 2020b; Wéry y Billieux, 2017a, 2017b).

La pornografía también se ha asociado con actitudes sexistas, prácticas sexuales de riesgo y expectativas sexuales poco realistas, lo que ha afectado algunos valores tradicionales, como la monogamia (Braithwaite *et al.*, 2015; Stanley *et al.*, 2018). Algunos expertos consideran tales com-

portamientos como síntomas de una adicción conductual, por lo que proponen indicadores como la tolerancia, abstinencia y cambio de humor, de un modo semejante a los empleados en las adicciones a sustancias (Allen *et al.*, 2017; Griffiths, 2005).

Para evaluar la adicción a la pornografía se han desarrollado instrumentos como la Escala de Medición para la Adicción a la Pornografía (EMAP), adaptada en México por Vargas y Nevarez (2022), que se fundamenta en el modelo biopsicosocial de Griffiths (2005), que plantea que toda adicción conductual se compone de seis elementos clave: saliencia, modificación del humor, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída, que hacen posible diferenciar un uso problemático de una adicción propiamente dicha.

En la versión adaptada de la EMAP, se incorporaron siete dimensiones: Emoción, Dificultades para el control, Impulso sexual, Tolerancia, Abstinencia, Saliencia y Recaída, con el fin de captar de manera más precisa los aspectos afectivos y autorregulatorios implicados en el comportamiento adictivo. La dimensión “Emoción” amplía el componente original de “modificación del humor” propuesto por Griffiths, integrando así el uso de la pornografía como estrategia de afrontamiento emocional (*coping*) ante el estrés o las emociones negativas y asimismo las positivas, como la “alegría”. Tal adaptación permite explorar con mayor profundidad la función reguladora de las emociones en el desarrollo y mantenimiento de la adicción.

Dado el impacto de la pornografía entre jóvenes de 18 a 24 años (un rango etario en el que predominan los estudiantes universitarios), resulta crucial desarrollar programas de apoyo desde las instituciones de educación superior. Contar con información precisa sobre el consumo y la adicción entre universitarios en la ciudad de Mérida (México) permitiría poner en práctica estrategias de salud mental que aborden esta problemática y brinden apoyo psicoemocional a los estudiantes, atendiendo sus necesidades y ayudándolos a gestionar posibles dependencias de su consumo (Pornhub, 2021).

Bajo este panorama, el objetivo de la investigación fue establecer la frecuencia de uso y la adicción al material pornográfico entre los estu-

diantes universitarios de la referida ciudad. Para ello, se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1) Identificar el nivel de adicción a la pornografía en los estudiantes de nivel superior; 2) Determinar la prevalencia de la adicción a la pornografía en los estudiantes de nivel superior, y 3) Comparar la prevalencia del uso de pornografía desagregado por sexo, universidad, edad, área de estudio y nivel socioeconómico.

MÉTODO

Sujetos

Se empleó un diseño correlacional, no experimental y de corte transversal, llevándose a cabo el estudio a lo largo de siete meses en los alumnos de cuatro universidades de Mérida.

La población objetivo incluyó a 1,208 estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), Universidad Modelo (UM), Universidad Tecnológica Metropolitana (UTM) e Instituto Universitario del Sureste (IUNIS). Con un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada de 50% y un margen de error de 3%, la muestra calculada se distribuyó proporcionalmente entre las universidades seleccionadas.

Los criterios de inclusión fueron ser estudiante de entre 18 y 46 años de cualquier carrera en las universidades elegidas que aceptaran participar y firmaran una carta de consentimiento informado.

Instrumento

Escala de Medición para la Adicción a la Pornografía (EMAP).

Diseñado por Vargas y Nevarez (2022), este instrumento se actualizó y mejoró, quedando compuesto por 35 ítems distribuidos en siete factores principales: Emoción, Dificultades para el control, Impulso sexual, Tolerancia, Abstinencia, Saliencia y Recaída. En cuanto a la correspondencia teórica, la dimensión “Emoción” amplía los componentes “modificación del humor” y “saliencia” del modelo de adicción conductual de Griffiths (2005). Mientras que el modelo original define

la modificación del humor como los cambios afectivos derivados del comportamiento adictivo (placer, alivio, escape del malestar), y la saliencia (relevancia que el comportamiento adquiere en la vida del individuo), la EMAP integra ambos aspectos bajo el constructo “Emoción”, evaluando el uso de la pornografía como un mecanismo de regulación afectiva, afrontamiento (*coping*) e incluso como un recurso para prolongar la emoción, como por ejemplo la alegría. Esta adaptación permite identificar no únicamente los cambios emocionales asociados al consumo, sino también la centralidad del estímulo pornográfico en la vida cotidiana, fortaleciendo así la dimensión afectiva del modelo biopsicosocial de la adicción.

Para su evaluación se empleó un sistema de respuesta tipo Likert de cinco puntos, de 1 (“Nunca”) a 5 (“Muy frecuentemente”), valorando así la frecuencia con que los participantes presentan pensamientos, emociones y conductas asociadas al consumo de pornografía. Respecto al sistema de puntuación, se alcanza un puntaje total posible de entre 34 y 170 puntos. Los niveles de clasificación son los siguientes: de 34 a 68 puntos: “No presenta problemas”; de 69 a 102 puntos: “Adicción mínima o leve”; de 103 a 136 puntos: “Adicción moderada”, y de 137 a 170 puntos: “Adicción severa”.

Estos puntos de corte fueron determinados empíricamente por Vargas y Nevárez (2022) y validados mediante el estudio piloto de la presente investigación, manteniendo una consistencia interna elevada ($\alpha = 0.943$). Los valores se derivaron del análisis de percentiles 25, 50 y 75 del puntaje total, asegurando una adecuada discriminación entre los niveles de severidad adictiva.

Procedimiento

Paso 1: Se desarrolló una primera versión de la EMAP, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach (α) global de 95%. Esta versión fue revisada y mejorada por expertos en adicciones y comportamiento social, incorporando para ello las siete dimensiones del modelo original para su validación.

Paso 2: Se llevó a cabo un estudio piloto con la nueva versión de la EMAP, en formato *online*, en el Centro de Estudios Superiores CTM Justo Sierra O'Reilly, con una muestra de 323 estudiantes. La

consistencia interna de la EMAP fue evaluada mediante el coeficiente α . El análisis global arrojó un valor de 0.943, lo que indica una excelente confiabilidad interna. Luego se efectuó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para examinar la estructura interna del instrumento. La adecuación muestral fue asimismo excelente ($KMO = 0.960$) y la prueba de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 883$, $gl = 344$, $p < 0.001$), justificando el análisis factorial. El modelo de siete factores explicó 49.1% de la varianza total, con índices de ajuste adecuados ($RMSEA = 0.0397$; $TLI = 0.941$). Las cargas factoriales fueron superiores a 0.40 en la mayoría de los ítems, lo que permitió identificar siete dimensiones teóricamente interpretables relacionadas con adaptación emocional, metas personales, apoyo social y sentido de vida, entre otros. Dichos resultados apoyan la validez estructural de la escala y su utilidad para evaluar factores psicosociales en la población adolescente.

Paso 3: Una vez contando con la nueva versión validada de la EMAP, se invitó a los alumnos de las universidades seleccionadas a participar en el estudio mediante convocatorias y carteles con códigos QR (*Quick Response*) o enlaces a las encuestas, previa autorización de las autoridades educativas.

Paso 4: Los estudiantes interesados se registraban en la plataforma, en la que proporcionaron sus datos y accedieron a la carta de consentimiento informado.

Paso 5: Al finalizar el cuestionario, los estudiantes recibieron en tiempo real el resultado sobre su nivel de adicción en su caso. Aquellos con un diagnóstico positivo podían contactar a los investigadores para recibir apoyo y, en su caso, ser canalizados a tratamiento. Finalmente, los resultados fueron reportados a las instituciones educativas omitiendo los nombres de los participantes.

Consideraciones éticas

El estudio se efectuó conforme a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación, asegurando el cumplimiento de los lineamientos éticos mínimos, como el consentimiento informado por escrito de los participantes. De acuerdo con el artículo 17 de dicha ley, el estudio fue clasifica-

do como de riesgo mínimo ya que abordó aspectos sensibles de la conducta, como el consumo de pornografía. Además de conformidad con el artículo 16, se garantizó la confidencialidad de los datos y la privacidad de los participantes, protegiendo su identidad y asegurando que los resultados no se utilizarían en su perjuicio. Asimismo, conforme al artículo 120, se informó a los participantes que los resultados se publicarían únicamente con fines educativos y científicos, manteniendo su confidencialidad. El estudio siguió los principios éticos internacionales, como los establecidos por la *Asamblea Médica Mundial de Helsinki*, el *Código Internacional de Ética Médica* y la *Comisión Nacional de Bioética*, basados en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Esta investigación fue producto del proyecto “Pornografía: Prevalencia del uso y/o adicción en estudiantes de educación superior en Mérida, Yucatán, México”, evaluado por el Comité de Ética en Investigación, con folio CEI-06-2023.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Del total de estudiantes universitarios encuestados, 619 fueron mujeres (51.2%) y 589 hombres (48.8%), y provenían de las citadas universidades y áreas de estudio, destacando las distribuciones que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los estudiantes por sexo y universidad.

Universidad	Mujeres	Hombres	Total
Instituto Universitario del Sureste	72.1% (75)	27.9% (29)	100% (104)
Universidad Modelo	49.7% (152)	50.3% (154)	100% (306)
Universidad Autónoma de Yucatán	48.4% (318)	51.6% (339)	100% (657)
Universidad Tecnológica Metropolitana	52.5% (74)	47.5% (67)	100% (141)
Total	619	589	1,208

La UADY concentró a la mayoría de los participantes, con 657 estudiantes (54.4%), lo que refleja su predominio en la matrícula universitaria local al ser de carácter público. Le siguió la UM, que aportó 306 alumnos (25.3%), y la UTM, con 141 participantes (11.7%). El IUNIS registró la menor representación, con 104 estudiantes (8.6%), destacando por su marcada mayoría femenina. En conjunto, participaron 1,208 estudiantes (619 mujeres y 589 hombres), con una distribución general ligeramente superior del sexo femenino (51.2%), lo que evidencia una muestra diversa en términos de procedencia institucional y equilibrio de género, así como la representatividad de la muestra de manera indirecta.

Respecto a las áreas de estudio de los estudiantes, la mayor cantidad pertenecía al área de Ciencias Biológicas (22.4%), seguido de las áreas de Ingeniería (19.3%) y Humanidades (18.6%). Asimismo, se halló una mayor representación de mujeres en Humanidades y Ciencias Sociales,

mientras que en áreas como Ingenierías y Ciencias Físico-Matemáticas, predominaron los varones; globalmente, esta última área y la de Educación y Ciencias Físico-Matemáticas tuvieron la menor cantidad de estudiantes de forma, con 3.0% y 2.2%, respectivamente.

Con relación al nivel socioeconómico de los estudiantes, la mayoría de ellos, de forma global, se ubicaban en el nivel socioeconómico medio, como fue el caso de la UADY (53.1%) y la UTM (65.1%). Los estudiantes del nivel socioeconómico alto fueron más numerosos en la UADY (26.8%) y la Modelo (38.1%). La UADY contó con la mayor proporción de estudiantes en niveles socioeconómicos medio y alto, lo que sugiere una mayor diversidad en comparación con otras universidades. La UM mostró un equilibrio en la distribución de niveles socioeconómicos medio y alto, con una menor proporción en el nivel bajo, en tanto que la UTM tuvo la mayor proporción de estudiantes del nivel medio (65.1%).

Del total de estudiantes encuestados, 72.8% (879) reportó haber consumido material pornográfico en algún momento de su vida. De este porcentaje, 64.5% (568) indicó consumirla al menos una vez al mes, mientras que 38.7% (341) lo hacía semanalmente y un 12.3% (108), diariamente.

Utilizando la EMAP, se determinó que 9.1% (110) de los estudiantes mostraba niveles que sugerían una adicción leve, 1.4% (17), una adicción

moderada y 0.2% (3) un nivel severo de adicción a la pornografía.

Análisis de asociación

Para analizar la relación entre las variables categóricas y los niveles de adicción a la pornografía se realizaron pruebas de independencia mediante el estadístico χ^2 (Chi-cuadrado) y se calculó el V de Cramer (Vc) como medida del tamaño del efecto.

Tabla 2. Distribución de los estudiantes que presentaron niveles de adicción a la pornografía por sexo.

Nivel de adicción	Mujer	Hombre	Total
No presenta problemas	49.8% (602)	39.4% (476)	89.2% (1078)
Leve	1.2% (15)	7.9% (95)	9.1% (110)
Moderado	0.2% (2)	1.2% (15)	1.4% (17)
Severo	0.0%	0.2% (3)	0.2% (3)
Total	51.2% (619)	48.8% (589)	100% (1208)

$$\chi^2(3) = 115.04, p < .001, Vc = 0.308$$

Nota: Se utilizó la prueba χ^2 de independencia con cuatro niveles de adicción. La asociación fue estadísticamente significativa y de magnitud moderada.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de adicción a la pornografía entre hombres y mujeres ($\chi^2=115.04$, $gl=3$, $p<.001$), con un coeficiente V de Cramer de 0.308, lo que indica una asociación moderada.

La mayoría de las mujeres se concentraron en el nivel "sin problemas" (49.8%), mientras que los hombres presentaron mayores proporciones en los niveles leve (7.9%), moderado (1.2%) y severo (0.2%).

Tabla 3. Distribución de los estudiantes con niveles de adicción a la pornografía por rangos de edad.

Rangos de edad	Nivel de adicción	%(Frecuencia)
18-22 años	No presenta problemas	77.1% (931)
	Leve	7.1% (86)
	Moderado	1.4% (17)
	Severo	0.2% (3)
23-27 años	No presenta problemas	10.7% (129)
	Leve	1.9% (23)
	Moderado	0.00%
	Severo	0.00%
28-32 años	No presenta problemas	0.8% (10)
	Leve	0.1% (1)
	Moderado	0.00%
	Severo	0.00%
33-46 años	No presenta problemas	0.7% (8)
	Leve	0.00%
	Moderado	0.00%
	Severo	0.00%
Total	100% (1,208)	

$$\chi^2(9) = 28.36, p < .001, Vc = 0.152$$

Nota: Se aplicó la prueba de independencia chi-cuadrado. La asociación entre los niveles de adicción y la edad fue estadísticamente significativa, aunque de magnitud baja ($Vc = 0.152$).

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los rangos de edad en relación con los niveles de adicción a la pornografía ($\chi^2 = 28.36$, $gl = 9$, $p < .001$), con una asociación de baja magnitud ($V_c = 0.152$). Los niveles leves, moderados y severos se concentraron principalmente en el grupo de 18 a 22 años (8.7%),

mientras que en los grupos de mayor edad la prevalencia fue muy baja o nula.

Por universidad, también se identificaron diferencias significativas ($\chi^2 = 28.36$, $p < 0.001$, $V_c = 0.152$), con mayor prevalencia de casos leves y moderados en la UADY y la UM (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los estudiantes que presentaron adicción a la pornografía, por universidad.

Universidad	Nivel de adicción	% (Frec.)
Universidad Autónoma de Yucatán	No presenta problemas	52.8% (569)
	Leve	6.4% (73)
	Moderado	1.0% (12)
	Severo	0.3% (3)
Universidad Tecnológica Metropolitana	No presenta problemas	11.8% (127)
	Leve	1.1% (13)
	Moderado	0.1% (1)
	Severo	0.0% (0)
Universidad Modelo	No presenta problemas	21.1% (281)
	Leve	1.8% (22)
	Moderado	0.3% (3)
	Severo	0.0% (0)
Instituto Universitario del Sureste	No presenta problemas	9.4% (101)
	Leve	0.2% (2)
	Moderado	0.1% (1)
	Severo	0.0% (0)
Total		100% (1208)
$\chi^2(9) = 28.36$, $p < .001$, $V_c = 0.152$		

Nota: Se utilizó la prueba de chi cuadrada para analizar la asociación entre el nivel de adicción (cuatro categorías) y la universidad de procedencia. La asociación fue estadísticamente significativa, aunque de magnitud baja.

En relación con la universidad de procedencia, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de adicción a la pornografía ($\chi^2 = 28.36$, $gl = 9$, $p < .001$), con una asociación de magnitud baja ($V_c = 0.152$). Se observó una mayor proporción de casos leves y moderados en estas dos instituciones, en comparación con las otras.

La mayoría de los estudiantes, en todas las áreas de estudio no manifestaron problemas con la pornografía. Las áreas con mayores porcentajes de estudiantes sin problemas fueron Ciencias Biológicas y Humanidades (20.86 y 17.47%, respectivamente). La adicción leve fue más común en las Ingenierías (3.23%), Ciencias Biológicas (1.16%) y Ciencias Sociales (1.57%). Estas áreas

tienen más estudiantes con niveles leves de adicción en comparación con las otras. El área de Ingenierías fue la que tuvo la mayor proporción de estudiantes con adicción moderada (0.33%) y severa (0.17%), lo que podría sugerir que esta área es más vulnerable a las formas más graves de adicción. Por último, Arquitectura, Urbanismo y Diseño fue el único grupo que presentó casos de adicción severa, aunque en proporciones pequeñas (0.74, 0.08 y 0.08%, respectivamente). En general, los problemas más graves de adicción se concentraron en áreas como Ingeniería y Arquitectura, mientras que áreas como Educación y Humanidades tuvieron una menor prevalencia, especialmente los niveles más severos.

Con relación a los síntomas asociados a la adicción a la pornografía, los estudiantes que exhibieron algún nivel de adicción informaron experimentar los siguientes síntomas con mayor frecuencia: 1) Dificultad para controlar el impulso: 65.3% de los estudiantes que mostraron algún tipo de adicción indicó que sentía una fuerte necesidad de consumir pornografía, incluso cuando no lo deseaba. 2) Saliencia: 54.2% de los estudiantes con algún nivel de adicción reportó que la pornografía ocupaba un lugar central en sus pensamientos y en su vida cotidiana. 3) Síntomas de abstinencia: 41.8% de los estudiantes con alguna adicción manifestó irritabilidad, ansiedad o malestar cuando intentaban reducir o dejar de consumir pornografía.

Estos resultados permiten observar una prevalencia significativa del uso de pornografía y la presencia de síntomas de adicción en el sector de la población analizada.

Análisis de correlación

Finalmente, se realizó un análisis de correlación de Pearson para identificar la fuerza y dirección de la relación entre los factores de la EMAP. La Tabla 5 muestra que todas las correlaciones fueron positivas y significativas, salvo la relación entre Emoción y Abstinencia, que no alcanzó significancia estadística.

Tabla 5. Correlaciones entre los factores de la EMAP.

Factores	Emoción	Dificultades para el control	Tolerancia	Abstinencia	Recaída
Emoción	1	0.972**	0.771*	0.597	0.648**
Dificultades (para el control)	0.972**	1	0.769**	0.718**	0.710**
Tolerancia	0.771*	0.769**	1	0.684**	0.699**
Abstinencia	0.597	0.718**	0.684**	1	0.684**
Recaída	0.648**	0.710**	0.699**	0.684**	1

N = 1,208; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

Se observó una muy alta correlación entre Emoción y Dificultades para el control ($r = 0.972$, $p < 0.01$), lo que indica una fuerte dependencia conceptual entre ambas dimensiones, posiblemente relacionada con la autorregulación emocional y el control de impulsos. Las correlaciones entre Tolerancia, Recaída y Dificultades para el control oscilaron entre 0.68 y 0.77 ($p < 0.01$), lo que sugiere una interacción consistente entre estos componentes del modelo.

El factor Emoción correlacionó significativamente con tres factores distintos. En primer lugar, mostró una correlación muy alta con *Dificultades para el control* ($r = 0.972$, $p < 0.01$), que indica una estrecha relación entre la regulación emocional y la capacidad de autocontrol frente al consumo de pornografía. Si bien ambos factores están conceptualmente vinculados en virtud de que las emociones negativas suelen detonar el impulso de consumo, se consideran constructos diferenciados: *Emoción* evalúa el uso de la pornografía como

estrategia de afrontamiento o regulación afectiva, mientras que *Dificultades para el control* alude a la incapacidad percibida para detener o moderar la conducta una vez iniciada. Por tanto, la alta correlación sugiere una interdependencia funcional más que una colinealidad estadística, y refleja asimismo la interacción natural entre ambos mecanismos en el ciclo adictivo. En segundo lugar, Emoción correlacionó con Tolerancia ($r = 0.771$, $p < 0.01$), lo que indica que los estudiantes que recurren a la pornografía para satisfacer necesidades emocionales tienden a requerir con el tiempo estímulos más intensos para alcanzar el mismo nivel de excitación. Finalmente, se observó una correlación positiva con Recaída ($r = 0.648$, $p < 0.01$), lo que muestra que quienes utilizan la pornografía para regular su estado emocional son más propensos a volver al consumo tras intentos fallidos de abstinencia.

Otro factor que presentó correlaciones positivas con tres factores distintos fue *Dificultades*

para el control. En primer lugar, correlacionó con *Tolerancia* ($r = 0.769$, $p = 0.01$), lo que puede indicar que los universitarios que más dificultades tuvieron para controlar el uso de pornografía, también fueron los que desarrollaron una mayor tolerancia. En segundo lugar, correlacionó con *Abstinencia* ($r = 0.718$, $p = 0.01$), lo que sugiere que los estudiantes con más dificultades para controlar el uso de pornografía experimentaron en mayor medida síntomas de abstinencia cuando intentaron detenerse. En tercer lugar, correlacionó con *Recaída* ($r = 0.710$, $p = 0.01$), lo que se puede interpretar como que aquellos participantes que tuvieron más dificultades para controlar su comportamiento con la pornografía, más frecuentemente tendían a recaer.

De manera paralela, se encontró una correlación positiva y significativa entre los factores *Tolerancia* y *Recaída* ($r = 0.699$, $p = 0.01$), lo que parece indicar que quienes desarrollaron mayor tolerancia a la pornografía, es decir, que necesitan contenidos más extremos para sentirse excitados, son más propensos a recaer cuando intentan dejar de usarla.

Finalmente, los factores *Abstinencia* y *Recaída* se correlacionaron significativamente ($r = 0.684$, $p = 0.01$), lo que sugiere que aquellos que experimentaron síntomas de abstinencia (como dificultades para dormir o malestar emocional) fueron los más propensos a recaer.

DISCUSIÓN

El presente estudio sobre la adicción a la pornografía entre estudiantes universitarios de la ciudad de Mérida (México) reveló una prevalencia considerable del consumo de este material, con diferencias notables según el sexo, edad, nivel socioeconómico y área de estudio. Los resultados obtenidos confirman patrones observados en otras investigaciones y entrañan la necesidad de contar con estrategias de intervención adecuadas para reducir el impacto de esta conducta en la salud mental y el bienestar de los jóvenes.

El consumo de pornografía es una conducta común en la muestra estudiada, pues 72.8% de la

misma reportó haber consumido este tipo de material en algún momento de su vida. Tales resultados coinciden con los de estudios que muestran altas tasas de consumo de pornografía entre los estudiantes universitarios. En México, Rodríguez y Santos (2018) encontraron que 86.2% de los mismos consumían pornografía, lo que es congruente con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($\chi^2 = 115.04$, $p < 0.001$, $V_c = 0.308$), con una mayor prevalencia de consumo y adicción entre los varones (85.3%) que entre mujeres (61.4%), resultado que concuerda con lo reportado por Ballester *et al.* (2016a), y confirma la vulnerabilidad diferencial de los varones frente a conductas adictivas de tipo sexual. Los hombres también presentaron mayores niveles de adicción leve, moderada y severa (9.3% en total), mientras que la mayoría de las mujeres se ubicaron en el grupo sin problemas (98.6%). Esta diferencia sugiere que los hombres podrían emplear la pornografía como una estrategia de afrontamiento emocional desadaptativa o mecanismo de regulación del estrés, lo que coincide con modelos que vinculan las adicciones conductuales con la búsqueda de alivio emocional inmediato (Kor *et al.*, 2014).

En cuanto al nivel socioeconómico, aunque el análisis no mostró diferencias significativas ($\chi^2 = 4.62$, $p = 0.329$, $V_c = 0.062$), se identificó una tendencia interesante: los estudiantes de nivel alto reportaron mayor consumo de pornografía (80.2%), posiblemente debido a mayor acceso a internet y dispositivos electrónicos, mientras que los de nivel bajo mostraron menor exposición (65.3%). Sin embargo, la ausencia de diferencias en los niveles de adicción sugiere que el riesgo de dependencia no depende exclusivamente del acceso, sino de factores psicológicos asociados a la regulación emocional. Es posible que los estudiantes de nivel socioeconómico alto dispongan de mejores recursos de afrontamiento o acceso a servicios de salud mental, lo que amortigua la progresión hacia la adicción, aunque esto requiere confirmarse en estudios futuros con medidas específicas de *coping* y apoyo emocional.

Respecto al área de estudio, la asociación fue débil pero significativa ($\chi^2 = 17.89$, $p = 0.038$,

$V_c = 0.118$), con mayor prevalencia de consumo y adicción leve en Ingenierías y Ciencias Biológicas, lo que podría vincularse con patrones de estrés académico, aislamiento social y exposición tecnológica.

Las correlaciones entre los factores de la EMAP revelaron un patrón consistente con el modelo biopsicosocial de Griffiths (2005). En particular, el factor *Emoción* mostró una correlación extremadamente alta con *Dificultades para el control* ($r = 0.972, p < 0.01$), lo que evidencia que la dependencia emocional hacia la pornografía constituye un eje central de la pérdida de control. Este hallazgo puede interpretarse como la manifestación de un mecanismo de *coping* desadaptativo, en el cual la pornografía se utiliza para modular estados afectivos negativos (estrés, ansiedad, tristeza), generando un refuerzo inmediato que perpetúa el ciclo adictivo. Desde una perspectiva clínica, esto tiene implicaciones directas para las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y las terapias de aceptación y compromiso (ACT), ya que sugiere que trabajar la regulación emocional y la tolerancia a la incomodidad afectiva debería ser un componente clave del tratamiento.

La correlación con *Tolerancia* ($r = 0.771, p < 0.01$) respalda la noción de escalada progresiva: el uso reiterado para regular emociones lleva a requerir estímulos cada vez más intensos, tal como ocurre en otras adicciones comportamentales (Doidge, 2007). Asimismo, la asociación con *Recaída* ($r = 0.648, p < 0.01$) refuerza que la regulación emocional ineficaz es un predictor de recaídas, lo que coincide con estudios que destacan el papel del estrés y la ansiedad como detonantes del retorno al consumo (Sinha, 2001).

Debe señalarse una limitación conceptual derivada de la alta correlación entre *Emoción* y *Dificultades para el control*, que podría implicar una cierta superposición de constructos. No obstante, ambos factores fueron mantenidos como dimensiones teóricamente independientes, de acuerdo con el modelo de Griffiths (2005), que distingue entre la modificación del humor (reacción emocional) y la pérdida de control conductual como procesos complementarios dentro del ciclo adictivo. En este contexto, la alta correlación se interpreta como una interdependencia funcional, no como

una redundancia teórica, coherente con la naturaleza multidimensional del modelo biopsicosocial de la adicción.

La relación significativa entre *Dificultades para el control* y *Tolerancia* ($r = 0.769, p = 0.01$) subraya el hecho de que aquellos individuos que no pueden controlar su comportamiento tienden con el tiempo a desarrollar tolerancia. Ello implica que la pérdida de control no sólo aumenta el uso, sino que conduce a una mayor exposición a contenidos más extremos, lo que refuerza la adicción. Es interesante notar cómo la incapacidad para ejercer el autocontrol puede retroalimentar la escalada del uso de pornografía, creando así un ciclo de dependencia que difícilmente se rompe.

La correlación significativa entre las dificultades para el *Control* y las *Recaídas* ($r = 0.710, p = 0.01$) indica que la falta de control es un predictor directo de las recaídas. Tal resultado es coherente con ciertos modelos teóricos que vinculan la incapacidad de controlarse con la recurrencia de comportamientos adictivos (Grant *et al.*, 2006). Los individuos que intentan dejar la pornografía pero que experimentan dificultades para controlarse tienen muchas más probabilidades de recaer, lo que destaca la importancia de llevar a cabo intervenciones que refuercen el control inhibitorio y el autocontrol como componentes clave en los tratamientos para la adicción.

El fuerte vínculo entre *Tolerancia* y *Recaída* ($r = 0.699, p < 0.01$) implica que a medida que aumenta la tolerancia, también crece la probabilidad de recaer, señalando que los alumnos que desarrollaron una mayor tolerancia a la pornografía —es decir, que necesitan contenido más extremo para sentirse excitados— son más propensos a recaer cuando intentan dejar de usarla, lo que refleja que la tolerancia aumenta la dificultad para mantener la abstinencia. Este hallazgo apoya la hipótesis de que el consumo más extremo de pornografía está asociado con una mayor dificultad para mantener la abstinencia. A medida que los individuos se exponen a contenidos más fuertes para lograr los mismos efectos, se vuelve más difícil dejarlos, lo que contribuye a una mayor frecuencia de recaídas. Tal fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura sobre adicciones, donde el aumento de la tolerancia es una señal de una

adicción más profunda y difícil de tratar (*cf.* Koob y Volkow, 2010).

Finalmente, la relación entre *Abstinencia* y *Recaída* ($r = 0.684, p = 0.01$) muestra que los síntomas de abstinencia, como dificultades para dormir, malestar emocional y deseo irresistible, están directamente relacionados con la probabilidad de recaer, lo que significa que el malestar asociado con la abstinencia refuerza el comportamiento adictivo, haciendo que las personas recurran nuevamente a la pornografía. Este hallazgo es crucial, pues subraya que la adicción a la pornografía no solamente involucra el uso compulsivo del contenido, sino también una respuesta fisiológica y emocional que dificulta el mantenimiento de la abstinencia, cuyos síntomas observados son comparables a los experimentados en las adicciones químicas, lo que indica la gravedad de la dependencia que puede desarrollarse en algunos individuos (Brand *et al.*, 2019).

Debe señalarse una limitación conceptual derivada de la alta correlación entre *Emoción* y *Dificultades para el control*, que podría implicar una cierta superposición de constructos. No obstante, ambos factores fueron mantenidos como dimensiones teóricamente independientes (*cf.* Griffiths, 2005). En este contexto, la alta correlación se interpreta como una interdependencia funcional, no como una redundancia teórica, coherente con la naturaleza multidimensional del modelo biopsicosocial de la adicción.

La sobrerrepresentación de estudiantes provenientes de la Universidad Autónoma de Yucatán (54.4%) constituye una limitación metodológica que podría restringir la generalización de los hallazgos. Aunque esta distribución refleja la realidad de la matrícula universitaria en Mérida, futuras investigaciones deberían de incluir diseños mues-

trales más equilibrados en cuanto a la institución de procedencia, género y área de formación; hacerlo así permitiría mejorar la representatividad de la muestra y, por ende, aumentar la validez externa de los resultados obtenidos.

En conclusión, este estudio resalta la importancia del componente emocional en la adicción a la pornografía, indicando que el consumo problemático actúa como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo frente al malestar emocional. Así, las intervenciones universitarias deberían centrarse en el entrenamiento en regulación emocional, manejo del estrés y fortalecimiento del autocontrol, integrando estrategias basadas en la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso. En el contexto universitario, lo anterior puede traducirse en la implementación de talleres psicoeducativos y programas de prevención que incluyan técnicas de *mindfulness* para manejar el antojo (*craving*) o los impulsos de consumo, así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para emociones consideradas negativas (como ansiedad, frustración o soledad). Asimismo, se sugiere incorporar módulos sobre sexualidad, responsabilidad psicoafectiva, salud mental digital y relaciones interpersonales dentro de los currículos o en actividades extracurriculares. Dichas acciones pueden fortalecer los recursos psicoemocionales de los jóvenes, reducir la dependencia emocional hacia la pornografía y fomentar un uso más consciente y saludable de los entornos digitales. La adicción a la pornografía, al implicar mecanismos emocionales y conductuales complejos, exige un abordaje preventivo, psicoeducativo y terapéutico integral, sustentado en evidencia científica y adaptado al contexto universitario mexicano.

Citación: Vargas-Echeverría, S.L., Nevárez-Martín, J.I., Roa-Muñoz, V.R. y Vera-Gamboa, L.C. (2026). Regulación emocional y pérdida de control en la adicción a la pornografía: estudio exploratorio en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 36(1), 153-164. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3040>

REFERENCIAS

- A.A. (2020). *Global No.1 business data platform: Datos e indicadores de 170 sectores de más de 150 países*. Recuperado de <https://es.statista.com/>
- Allen, A., Kannis-Dymand, L. y Katsikitis, M. (2017). Problematic internet pornography use: The role of craving, desire thinking, and metacognition. *Addictive Behaviors*, 70, 65-71. Doi: 10.1016/j.addbeh.2017.02.001
- Ballester A., R., Castro C., J., Gil L., M.D. y Gil J., B. (2016a). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 567-584. Doi: 10.1080/0092623X.2016.1176606
- Ballester A., R., Castro C., J., Gil L., M.D. y Gil J., B. (2016b). Problematic internet pornography use in young adults: Its relationship with attachment, emotional intelligence, and family functionality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(4), 315-329. Doi: 10.1080/0092623X.2015.1113583
- Braithwaite, S.R., Coulson, G., Keddington, K. y Fincham, F.D. (2015). The influence of pornography on sexual scripts and hooking up among emerging adults in college. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 111-123. Doi: 10.1007/s10508-014-0351-x
- Brand, M., Young, K.S., Laier, C., Wölfling, K. y Potenza, M.N. (2019). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific internet-use disorders: An interaction of person-affect-cognition-execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 252-266. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.033
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(2), 187-193. Doi: 10.1089/cpb.1998.1.187.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself: Stories of personal triumph from the frontiers of brain science*. Viking Press.
- Efrati, Y. (2020a). God, I can't stop watching porn: The relationship between compulsive sexual behavior and religious moral disapproval. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(3), 206-221. Doi: 10.1080/0092623X.2019.1690495
- Efrati, Y. (2020b). Problematic and non-problematic pornography use and compulsive sexual behaviors among understudied populations: Children and adolescents. *Current Addiction Reports*, 7(1), 68-75. Doi: 10.1007/s40429-020-00296-0
- France, Y., Romero, M. y Ortega, J. (2020). El consumo de pornografía en jóvenes universitarios de Quito, Ecuador. *Psicología y Salud*, 14(2), 121-134.
- Grant, J.E., Brewer, J.A. y Potenza, M.N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS Spectrums*, 11(12), 924-930. Doi: 10.1017/S109285290001511X
- Griffiths, M. (2005). A components model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. Doi: 10.1080/14659890500114359
- Kleponis, P. (2018). *Pornografía: Comprender y afrontar el problema*. Madrid: Voz de Papel.
- Koob, G.F. y Volkow, N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238. Doi: 10.1038/npp.2009.110
- Kor, A., Fogel, Y., Reid, R.C. y Potenza, M.N. (2014). Should hypersexual disorder be classified as an addiction? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1-2), 27-47. Doi: 10.1080/10720162.2013.768132
- McNabney, S.M., Hevesi, K. y Rowland, D.L. (2020a). The impact of pornography consumption on sexual satisfaction and experiences in women. *Journal of Sex Research*, 57(2), 205-213. Doi: 10.1080/00224499.2019.1612830
- McNabney, S.M., Hevesi, K. y Rowland, D.L. (2020b). Effects of pornography use and demographic parameters on sexual response during masturbation and partnered sex in women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3130. Doi: 10.3390/ijerph17093130
- Peter, J. y Valkenburg, P.M. (2010). Processes underlying the effects of adolescents' use of sexually explicit internet material: The role of perceived realism. *Communication Research*, 37(3), 375-399. Doi: 10.1177/0093650210362464
- Pornhub (2021). *Pornhub 2021 year in review*. Recuperado de <https://www.pornhub.com/insights/2021-year-in-review>
- Rodríguez, C. y Santos, F. (2018). Uso y consumo de pornografía en estudiantes universitarios de México. *Salud Pública de México*, 20(4), 45-58.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359. Doi: 10.1007/s002130100917
- Stanley, N., Barter, C., Wood, M., Aghtaie, N., Larkins, C., Lanau, A. y Øverlien, C. (2018). Pornography, sexual coercion and abuse and sexting in young people's intimate relationships: A European study. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(19), 2919-2944. Doi: 10.1177/0886260516633204
- Vargas E., S.L. y Nevárez M., J.I. (2022). Propuesta de instrumento para medir de forma preliminar la adicción a la pornografía en población mexicana. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 8(1), 40-50. Doi: 10.28931/riiad.2022.1.04
- Wéry, A. y Billieux, J. (2017a). Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addictive Behaviors*, 64, 238-246. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.007
- Wéry, A. y Billieux, J. (2017b). Online sexual activities: An exploratory study of problematic and non-problematic usage patterns in a sample of men. *Computers in Human Behavior*, 75, 197-205. Doi: 10.1016/j.chb.2017.05.038

Adicción a redes sociales en estudiantes de licenciatura de Xalapa, Veracruz

Addiction to social networks in high school students from Xalapa, Veracruz

Yaridel Silva Guzmán¹, Érika Cortés Flores²
y Sergio Francisco Juárez Cerrillo³

Instituto Universitario Veracruzano¹
Universidad Veracruzana^{2,3}

Autor para correspondencia: Erika Cortés Flores, ecortes@uv.mx.

RESUMEN

Las redes sociales han adquirido un papel primordial en las interacciones de los jóvenes, lo que ha provocado un considerable efecto en sus motivaciones, bienestar, socialización y demás esferas. El presente trabajo tuvo como objetivo describir la frecuencia del uso de las redes sociales y una posible adicción en estudiantes de licenciatura. La metodología de la investigación tuvo un diseño no experimental, transeccional y *ex post facto*. Tras aplicar en línea a 170 jóvenes el instrumento denominado Adicción a las Redes Sociales (ARS), de Ecurra y Salas (2014), los datos obtenidos permiten apreciar que los estudiantes de licenciatura son vulnerables al uso de las redes a pesar de que “falsean la información” y, en consecuencia, se desconectan de su vida cotidiana por el uso intensivo que hacen de éstas. Ante tal situación, se considera necesario generar acciones para prevenir el uso adictivo de las redes sociales en los hogares y las escuelas, así como cambiar los hábitos que se transforman en adicción, a fin de emplear estas herramientas como un útil acompañante social, personal y profesional.

Palabras clave: Redes sociales; Adicciones; Adolescencia; Prevención.

ABSTRACT

Social media has taken on a key role in young people's interactions, which has had a considerable effect on their motivations, well-being, socialization, and other areas. The aim of the present study was to describe the frequency of social media use and possible addiction among undergraduate students. The research methodology was non-experimental, cross-sectional, and ex post facto. After administering the Social Media Addiction (SMA) instrument developed by Ecurra and Salas (2014) to 170 young people online, the data obtained show that undergraduate students are vulnerable to social media use despite the fact that they “falsify” their personal identity information. Among other findings data showed that participants disconnect from their daily lives due to their intensive use of social media. Given this situation, it is considered necessary to prevent addictive

¹ KM. 148+090, Carr. Xalapa-Perote, Centro, 91300 Banderilla, Ver., México, correo electrónico: yaridel.silva@iuv.edu.mx, <https://orcid.org/0009-0006-7372-4562>

² Instituto de Investigaciones Psicológicas, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: ecortes@uv.mx, <https://orcid.org/0000-0001-6434-8215>

³ Facultad de Estadística e Informática, Av. Xalapa, Col. Obrero Campesina, 91020 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: sejuarez@uv.mx, <http://orcid.org/0000-0002-5713-7644>



use of social networks, as well as change addictive habits, so as to use social media as a useful social, personal, and professional companion.

Key words: Social networks; Addictions; Adolescence; Prevention.

Recibido: 26/09/2024

Aceptado: 25/08/2025

Desde hace unos años, el uso de las redes sociales, que es un fenómeno que ha alterado diferentes áreas de la vida del ser humano (Flores *et al.*, 2017), se ha vuelto una cuestión de investigación frecuente debido al auge e incremento que han tenido tales herramientas. Si bien pueden permitir el aprendizaje y facilitar la comunicación con otras personas, también se ha visto que generan adicciones debidas a su uso incontrolado, lo que trae consigo diversos problemas psicológicos y conductuales (Peris *et al.*, 2018).

Para entender el fenómeno de las “redes sociales”, es importante tener presente dos aspectos que han ido en aumento, uno de los cuales se refiere al uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el otro al uso de la internet, lo que ha traído consigo el aumento del uso de internet, los dispositivos electrónicos y los juegos en línea (Primo, 2017). Un estudio que el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) realizó en 2023 muestra que los usuarios de internet y de teléfonos móviles registraron un aumento considerable entre los años 2015 y 2022, mientras que los usuarios de computadoras disminuyeron 14% en el mismo periodo.

De acuerdo con los datos obtenidos por la Asociación de Internet MX, en 2023 se registró un incremento de 9.3% de usuarios consumidores de internet, en comparación con el estudio realizado por la misma entidad en 2022, cuando el acceso a las redes sociales fue la actividad que más llevaban a cabo los internautas, con 88%. A diferencia del citado estudio, la actividad que más realizaban entonces era el uso de aplicaciones de mensajería. Este mismo estudio muestra que los usuarios tienden a utilizarlas para mantenerse informados, mantenerse en contacto con amigos y familia y consumir contenidos para el entretenimiento.

Se sabe que la población que más las utiliza es la de adolescentes y adultos jóvenes. En efecto, según el INEGI (2023), las edades de los sujetos que más utilizan internet se encuentran entre los 18 y 24 años, seguidos por los de 25 a 34 años y de 12 a 17 años, edades parecidas a las registradas en la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares 2020 (INEGI, 2021), donde las edades de los principales usuarios oscilaban entre los 12 y 23 años, siendo el grupo de edad de 55 años y más los que hacían menos uso de internet. Un dato a destacar de este rango de edad juvenil es el mencionado por Hassan (2020), quien identificó, que los estudiantes más jóvenes (de entre 16 y 20 años) mostraban niveles mayores de adicción a internet que los de más edad.

Otro de los datos importantes que se han tomado en cuenta en estos estudios es el referente a la escolaridad, la cual influye en el uso de las TIC, es decir, que a mayor nivel de escolaridad, mayor tendencia a su uso (INEGI, 2022). Gómez y Martínez (2022) señalan una diferencia respecto al número de horas y el nivel de escolaridad de los sujetos: “Los estudiantes de secundaria pasan seis horas al día en el ciberespacio, mientras que los de nivel superior dedican más de ocho horas a esta actividad” (p. 7). Respecto al género, Lemus-Pool *et al.* (2020) reportaron que los hombres dedican más tiempo que las mujeres a “navegar”, pero en distintos campos: los hombres en las redes sociales e información política, y las mujeres en redes familiares y relaciones de amistad. Valencia *et al.* (2020) reafirman esta postura al apuntar que los hombres usan las redes sociales más para cuestiones relacionados con el entretenimiento y el ocio, mientras que las mujeres las usan con mayor frecuencia para la comunicación.

Estrada, Zuloaga *et al.* (2021) documentó que en el año 2020, debido a la pandemia de covid-19, “se observó un cambio significativo en la población en general debido al aislamiento social obligatorio y a la migración a la virtualidad del ámbito educativo”, pues en el año anterior se había observado un incremento en la popularidad del uso de dispositivos y de las redes sociales. A raíz del confinamiento, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), hubo un

incremento aún mayor en el uso de dispositivos y herramientas como teléfonos, tabletas, televisores y computadoras, lo que también fue apreciado en las redes sociales (*cf.* Gutiérrez, 2020).

Los cambios en la vida de las personas debidos al uso de los dispositivos y la virtualidad se han visto claramente reflejados en el uso de las redes sociales, pero ahora no solamente en el entretenimiento sino en las actividades escolares, es decir, en las distintas formas de interacción y socialización virtual, e incluso en las compras y las formas de comunicación (Gómez y Martínez, 2022; Ochoa y Barragán, 2022; UNICEF, 2020). El incremento en el uso de dichas redes sociales ha obligado a los docentes a incluir dentro de su trabajo el uso de plataformas como Facebook, YouTube y WhatsApp (González *et al.*, 2020). También se observa que, en el caso de niños y adolescentes, se emprendieron quehaceres similares en cuanto al uso del tiempo en internet, pues éste aumentó en virtud de actividades como estudiar, jugar en línea, realizar compras, ver películas, usar redes sociales y platicar (Dong *et al.*, 2020), o bien para reducir la frustración y el aburrimiento (Brooks *et al.*, 2020).

Según González (2020), se incrementó notablemente el uso de redes como Facebook e Instagram. Otros estudios, como los citados por SimilarWeb y Comscore (2020), páginas revisadas durante noviembre del 2020, destacan el uso de WhatsApp, Google, Facebook, YouTube, Instagram, Twitter, TikTok, Spotify, Netflix y Disney+, como las aplicaciones más utilizadas durante ese mes. Además de lo anterior, Cervantes y Chaparro (2021) identificaron en México un incremento en el uso de las redes sociales durante la citada pandemia, lo que influyó en la forma de socialización en niños, jóvenes y adultos.

Como se ha hallado, la edad, el género y la escolaridad son variables que de alguna manera determinan el tiempo dedicado al uso excesivo de internet y redes sociales, esto es, la adicción a los mismos. El término *adicción* es definido por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) (2021), como el desarrollo de una conducta repetitiva en su uso que brinda placer y que se convierte en un hábito al apreciarse como una necesidad descon-

trolada que se encuentra asociada con elevados niveles de ansiedad, lo que provoca dificultades en las relaciones interpersonales, laborales y académicas.

Según Kumar (2018), las señales que podrían indicar que una persona padece adicción a internet serían, a saber: conexión a lo largo de muchas horas; esfuerzos infructuosos para reducir el tiempo de acceso; inquietud, mal humor, depresión o irritabilidad al no poder conectarse a internet; dedicación a internet durante más tiempo del planeado, e incumplimiento de las responsabilidades personales, familiares o académicas por esa causa.

Debido a las consecuencias negativas del uso excesivo del internet, es que algunos autores lo han caracterizado también como “uso problemático de internet” o “trastorno del control de impulsos”, por el que las personas experimentan un aumento de tensión o excitación antes de conectarse a internet, y una vez completado este comportamiento, perciben una sensación de alivio o placer, siendo los más jóvenes la población de riesgo mayor (Aksoy, 2018; Shapira, 2003).

Vale mencionar que existen diferentes factores que pueden llevar a que el uso de las redes sociales se convierta en una adicción; sin embargo, hay otros implicados, como la personalidad del sujeto, la disforia, la intolerancia a ciertos estímulos físicos y psíquicos displacenteros (Echeburúa, 2012).

El uso excesivo de las redes sociales provoca problemas de salud física, mental y alteraciones de comportamiento. Entre los principales problemas de índole física asociados a la adicción a internet se encuentran el síndrome del túnel carpiano, los ojos secos o visión tensa, dolores de espalda y de cuello, cefaleas y trastornos del sueño (Kumar, 2018). Y relacionados al comportamiento, el bajo rendimiento académico, según estudios de Dzib y Durán (2020) y Vera y López (2021).

Desde 2018, Kumar señalaba que los estudiantes cuyo rendimiento académico era regular o deficiente exhibían niveles ligeramente superiores de adicción a internet, en comparación con aquéllos otros que tenían un buen rendimiento académico. En 2021, en un estudio con población universitaria realizado por Estrada, Paricahua *et al.*, se observaron problemas en el rendimiento

académico; de hecho, los jóvenes mostraban niveles moderados de adicción a las redes sociales y predisposición a conectarse de manera regular a internet desde un dispositivo, lo que provocaba disfunciones en su conducta y efectos negativos en la realización de sus responsabilidades.

Más allá del rendimiento académico, se han identificado otros efectos adversos de la adicción a las redes sociales, como por ejemplo problemas en las emociones, las relaciones y la salud (Araujo, 2022), evidenciándose una relación con la procrastinación y otras dimensiones.

Reforzando la idea en cuanto al deterioro de la salud mental, la UNICEF (2020) advierte que el uso excesivo de las redes tiene como posibles consecuencias no sólo la afectación de la salud mental, sino también un deterioro biológico, psicológico y social de las personas.

Como se sabe, entre las consecuencias identificadas del confinamiento durante la pandemia de covid-19 fueron los episodios de ansiedad, la histeria colectiva debida a las noticias falsas, las dificultades técnicas para acceder a clases virtuales y diversos problemas familiares (Pimienta, 2020); asimismo, se identificaron síntomas como el insomnio a causa del estrés (Medina *et al.*, 2020). De hecho, la pandemia trajo consigo cuadros ansiosos y depresivos, sobre todo en la población adolescente que estuvo en contacto con noticias sobre lo que sucedía a través de la virtualidad (Huarca-ya, 2020). En un estudio del uso excesivo de las redes sociales asociado a algunos problemas de salud mental, realizado por Vera y López (2021), se enlista también la incidencia de la ansiedad y la depresión, las que provocan un déficit en las habilidades sociales. En estudios efectuados sobre el confinamiento se identificó una mayor prevalencia del uso excesivo de internet en la población adulta joven, acompañado de síntomas de ansiedad y depresión (Gecait, 2021; Islam, 2020). De igual modo, se observó que las personas tendían a percibir las redes sociales como medios a través los cuales se disminuían el estrés y los sentimientos de soledad, lo que entraña su posible uso riesgoso, principalmente a causa del aislamiento llevado a cabo (Araujo, 2016; Kashif, 2020).

Zewde (2022) resume atinadamente que “entre los impactos negativos que puede llegar a tener la

adicción a Internet son, a saber: problemas cognitivos, soledad, problemas familiares y relaciones interpersonales pobres, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, falta de cuidado personal, depresión, ansiedad, estrés y obesidad”. También otros estudios han encontrado una correlación entre la dependencia a las redes sociales y la impulsividad, donde los sujetos con niveles altos de impulsividad son más propensos a generar una dependencia a la red social (*cf.* también Castillo *et al.*, 2021).

En esa línea, los objetivos del siguiente trabajo fueron los siguientes: identificar el acceso que los estudiantes de licenciatura tuvieron a internet durante la pandemia de covid-19; describir el uso que le dieron a las redes sociales a fin de poder determinar posibles adicciones, y comparar el uso de internet de los participantes en función de su ocupación (estudiar, o estudiar y trabajar).

MÉTODO

Diseño

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transeccional, *ex post facto* y correlacional con seis grupos de comparación.

Participantes

Participaron de manera voluntaria 170 estudiantes de licenciatura de diversos programas educativos, semestres y modalidades (escolarizado o de enseñanza abierta), de una universidad pública del estado de Veracruz en la región de Xalapa, su capital.

Como criterio de inclusión se consideró que estuvieran matriculados en el periodo de febrero-julio 2021 y que contaran con un dispositivo con acceso a internet al momento de contestar los instrumentos.

El rango de edad de los participantes estuvo entre los 18 y 42 años, con una media de 23.7 y una desviación estándar de 4.772. De ellos, 64% fueron mujeres, 34% hombres y 2% se identificó como no binario. Los participantes pertenecían a carreras del área de la salud, ciencias exactas, artes y humanidades. De ellos, 40% fueron de Pe-

dagología, 11% de Teatro, 6% de Relaciones Industriales, 5% de Psicología y el resto de las siguientes carreras: Física, Derecho, Cirujano Dentista, Biología, Contaduría, Ingeniería Civil, Lengua Inglesa, Ingeniería en Instrumentación Electrónica, Publicidad, Danza Contemporánea, Matemáticas, Música, Estadística, Medicina, Negocios Internacionales y Nutrición. La mayor participación fue de estudiantes del octavo semestre (28%) y sexto (21%), y segundo (13%), cuarto (12%) y séptimo (11%); el 15% restante estuvo constituido por estudiantes de semestres más avanzados (noveno, décimo, onceavo y doceavo). 54% trabajaba y estudiaba a la vez; 89% de los participantes tenía hijos.

Instrumento

A través de un formulario de Google Forms se creó una encuesta en línea con diferentes secciones. En la primera, se especificaba el objetivo del proyecto de investigación y un consentimiento informado de participación; si accedían, podían comenzar con las siguientes secciones. La segunda sección permitía recopilar datos como edad, sexo, semestre que se estaba cursando, ocupación e hijos. Además, preguntas sobre el lugar de conexión, frecuencia de conexión, cantidad de contactos agregados a la red, veracidad de sus datos y la siguiente pregunta abierta: “¿Qué es lo que más te gusta de las redes sociales?”. En la tercera sección se presentaba el Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS), diseñado por Escurra y Salas (2014), para evaluar la adicción a las redes sociales en estudiantes universitarios.

En 2017, este instrumento fue adaptado y utilizado en población mexicana por Jasso *et al.* Consta de 24 ítems agrupados en tres factores, de acuerdo con Salas (2019), con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (de 0, “Nunca”, a 4, “Siempre”).

El primer factor está conformado por diez ítems (2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 22 y 23) y se denomina “Obsesión por las redes sociales” este factor corresponde al compromiso mental con las redes sociales, como pensar constantemente y fantasear con ellas, así como la ansiedad y la preocupación causadas por la falta de acceso a las redes.

El segundo factor, “Falta de control personal en el uso de las redes sociales” se conforma por seis ítems (4, 11, 12, 14, 20 y 24), y corresponde a la preocupación por la falta de control o interrupción en el uso de las redes sociales, con descuido de las tareas y del estudio.

El tercer factor, denominado “Uso excesivo de las redes sociales”, está constituido por ocho ítems: 1, 8, 9, 10, 16, 17, 18 y 21, que hacen referencia a las dificultades para controlar el uso de las redes sociales, indicando exceso del tiempo, el hecho de no poder controlarse cuando se usan las redes sociales y no poder disminuir su uso.

Procedimiento

Respetando las medidas de distanciamiento social dadas por la pandemia de COVID-19, y con la finalidad de proteger la salud de todos los involucrados en estudio, se estableció contacto de forma virtual tanto con los consejeros estudiantiles de las diferentes facultades como enlace con sus compañeros, así como con los posibles participantes a través de las aplicaciones de WhatsApp y Facebook. Al inicio del formulario se especificó el objetivo del proyecto y se remitió una carta de consentimiento informado por su participación; si un participante accedía a los términos la misma, podía comenzar a responder las preguntas. El levantamiento de la información se llevó a cabo de abril a julio de 2021.

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo bajo los términos la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Análisis estadísticos

Se llevó a cabo el análisis de estadística descriptiva sobre las preguntas sociodemográficas y las variables de interés. Los participantes se agruparon de acuerdo con su sexo y ocupación, obteniéndose así cuatro grupos, encontrándose que 25 varones

solamente estudiaban (a) y 33 estudiaban y trabajaban (b), mientras que 54 mujeres sólo estudiaban (c) y que 55 estudiaban y trabajaban (d). Luego se unieron los grupos en cada dimensión, es decir, obsesión por las redes sociales, falta de control personal y uso excesivo de las redes. El mismo procedimiento se llevó a cabo con los grupos de mujeres. Así, se obtuvieron seis grupos.

Para la comparación entre grupos se sumaron para cada participante los valores obtenidos en cada dimensión, es decir, se sumaron los valores correspondientes a cada pregunta realizada por dimensión.

Así, se creó una nueva variable llamada Total, la cual contiene la suma de todos los valores correspondiente a su factor. Con el auxiliar RStudio se hizo el análisis descriptivo para cada grupo por dimensión. Se prosiguió con una prueba de permutaciones para comparar los grupos de acuerdo con su ocupación y su sexo; es decir, los estudiantes que estudiaban y trabajaban contra aquellos que solamente estudiaban, tanto para hombres como para mujeres. El estadístico de prueba a utilizar, en este caso fue la media para determinar si había diferencias en los grupos a partir del valor obtenido.

Se formularon las siguientes hipótesis: H_0 : No existen diferencias entre los grupos vs. H_a : Los estudiantes que solamente estudian, tanto hombres como mujeres, manifiestan mayor o igual adicción a las redes sociales. Lo anterior se traducen a las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 : media de los que estudian = media de los trabajan y estudian

H_a : media de los que estudian \geq media de los trabajan y estudian

Se obtuvieron las diferencias en las puntuaciones de las medias de los dos grupos, lo cual proporciona información sobre las hipótesis planteadas, y se usó el siguiente estadístico de prueba: $D^* = \text{media de los que estudian} - \text{media de los trabajan y estudian}$. La prueba de permutaciones se realizó en cada dimensión en la comparación de hombres y mujeres respecto a su ocupación. A partir de los p-valores obtenidos, se determinó si se rechazaba la hipótesis nula planteada.

RESULTADOS

Se vio que los espacios en que los jóvenes suelen conectarse son la casa (95%), el trabajo (65%), en cafés de internet (5%) y en las computadoras de la escuela (3%). Y en términos de los dispositivos que utilizan, 92% lo hace a través de su teléfono celular y 10% mediante tabletas.

Respecto a la frecuencia con la que se conectan los estudiantes, 32% refiere que todo el tiempo están conectados, seguido de 41% que mencionan que se encuentran conectados entre siete a doce veces por día, y 1% quienes mencionan conectarse una o dos veces por día.

Tabla 1. Frecuencia de personas en sus redes sociales que conocen personalmente.

	Frec.	%
10% o menos	4	2.3
Entre 11 y 30%	14	8.2
Entre 31 y 50%	20	11.7
Entre 51 y 70%	45	26.4
Más del 70%	87	51.1

Uno de los elementos preocupantes en el uso de las redes sociales es la proporción de datos a las que pueden tener acceso de personas desconocidas, incluyendo el contenido, ubicación, elementos personales o familiares de los usuarios. Asimismo, la mayoría de los estudiantes universitarios comparten sus datos verdaderos dentro de sus redes sociales con 75.2%, en comparación con 24.7% que no lo hace.

A partir de la pregunta “¿Qué es lo que más te gusta de las redes sociales?” Se obtuvieron las siguientes categorías de las respuestas proporcionadas, identificándose que el uso más frecuente es la búsqueda de información y la socialización.

Tabla 2. Categorías.

Categoría	Elementos
Obtención de información	Informarme
	Contenido educativo
	Aprendizaje
	Publicidad

Continúa...

Categoría	Elementos
Comunicación	Interacción Socialización Compartir
Entretenimiento	Distracción
Conectividad	Velocidad Practicidad Cercanía Accesibilidad

Debido a la situación sanitaria originada por el covid-19, se anexo una pregunta que hace referencia al aumento en el uso de redes sociales durante este periodo. Los resultados se observan en la siguiente Tabla 3, que denota que los participantes percibían un aumento en el uso de sus redes sociales.

Tabla 3. Porcentaje de la variable Red Social más utilizada durante el confinamiento.

Variable	Frec.	%
Facebook	65	38.2
Instagram	17	10.0
Twitter	7	4.1
Tik Tok	14	8.2
Whatsapp	61	35.8
YouTube	5	2.9
Zoom	1	0.5

En cuanto a las dimensiones presentes en el instrumento: obsesión a redes sociales, falta de control personal de redes sociales y uso excesivo de redes sociales, se obtuvieron los siguientes datos: respecto a la dimensión *Obsesión por las redes sociales*, los resultados obtenidos muestran que 12.3% de los estudiantes se hallaban entre las respuestas “siempre” y “casi siempre”, refiriendo necesitar más tiempo para atender cuestiones relacionadas con las redes sociales. También se observa que 18.2% señala no poder desconectarse de las redes sociales durante varios días. Cabe resaltar que 38.2% se ubicó entre las respuestas “algunas veces” y “siempre” en el ítem “*Cuando me desconecto de las redes sociales me siento aburrido*”.

En lo que atañe a la dimensión *Falta de control personal en el uso de las redes sociales*, 20.6%

de los participantes refirió conectarse siempre a las redes sociales apenas despertaban, y 12.3% dijo pensar siempre en controlar su actividad de conectarse a las redes sociales, y 13.5% se ubicó entre las respuestas “casi siempre” y “siempre” en la pregunta “*Me propongo sin éxito, controlar mis hábitos de uso prolongado e intenso de las redes sociales*”, tomando las mismas opciones de respuesta (“siempre” y “casi siempre”). Un 10.6% dijo descuidar sus tareas y estudios por estar conectados a las redes sociales. Un 18.8% (con respuestas de “casi siempre” y “siempre”) señaló creer que era un problema la intensidad y la frecuencia con la que utilizaban las redes sociales.

Dentro de los datos a resaltar en lo referente a dicho uso, se halló que 10.6% de los participantes indicó que siempre que entraban a las redes sociales perdía el sentido del tiempo. Tomando como referencia las opciones de respuesta “casi siempre” y “siempre” se pudo identificar que 20.5% de los participantes dijo sentir una gran necesidad de permanecer conectados a las redes sociales; 31.1% que generalmente permanecían más tiempo en las redes sociales del que inicialmente había destinado; 27.6% invertía mucho tiempo del día conectándose y desconectándose de las redes sociales; 30.6% permanecía mucho tiempo conectado a las redes, mientras que 27.6% permanecía atendiendo las alertas que se envían desde las redes sociales al teléfono o la computadora, y finalmente 22.4% refirió conectarse a las redes sociales disimulándolo, aun cuando estaba en clase.

Por último, la Tabla 4 muestra los p-valores de la prueba de permutaciones para probar si las diferencias en relación con su ocupación son significativas.

Tabla 4. P-valores de las pruebas de permutaciones.

Sexo	Obsesión por las redes sociales	Falta de control personal en el uso de las redes sociales	Uso excesivo de las redes sociales
Mujeres	0.22	0.005	0.020
Hombres	0.07	0.005	0.004

De acuerdo con la tabla anterior, las mujeres mostraron diferencias significativas con relación a su

ocupación en los factores de falta de control personal en el uso de las redes sociales y uso excesivo de dichas redes. Por otro lado, en la falta de control personal en el uso de las redes sociales y uso excesivo de las redes sociales en el caso de los hombres se pueden apreciar diferencias en aquellos que solamente estudiaban y estudiaban y trabajaban.

DISCUSIÓN

Uno de los propósitos de este trabajo fue identificar la frecuencia del uso de las redes sociales, al igual que su uso excesivo, la falta de control y la obsesión por las mismas; de igual modo, identificar la relación y el uso de dichas redes por jóvenes que estudian y trabajan o que solamente estudian.

En principio, se identificó que las redes sociales más utilizadas fueron WhatsApp, Facebook e Instagram, tal y como lo reportó INEGI en su estudio realizado en 2021-2023. Se registró un incremento en su uso debido a la situación sanitaria provocada por la pandemia de covid-19, datos similares a lo hallado por la Asociación de Internet Mx (2024), respecto a que los usuarios están conectados actualmente más de nueve horas diarias, siendo las redes sociales de mensajería instantánea y Facebook las más utilizadas para mantenerse en contacto con amigos y familiares, entretenerse, informarse y contar con conectividad para realizar compras y socializar.

En cuanto a la hipótesis referente a hombres y mujeres que estudian y trabajan o que solo estudian, se identificaron diferencias significativas, por lo que se puede inferir que existe una mayor propensión a la adicción a redes sociales en quienes únicamente estudian, en comparación con quienes estudian y trabajan. Los resultados apoyan asimismo el estudio de Gómez y Martínez (2022), quienes encontraron que mientras más estudios

tiene la persona, más horas estará conectada a internet. Además, y de acuerdo con los objetivos planteados, se halló que casi todos los jóvenes encuestados dijeron usar las redes sociales, siendo WhatsApp la más utilizada entre las mismas. A partir de los resultados obtenidos, los estudiantes perciben las redes sociales como una forma tal de comunicación y entretenimiento que puede llegar a asociarse con una actividad gratificante que reduce o elimina el estrés, lo que puede verse como una actividad motivacional capaz de generar adicción en el futuro (Kumcagiz, 2016; Li, 2016; Sttley, 2020). Aunado a lo anterior, se encuentra en un porcentaje significativo de los participantes que el tiempo para atender las redes sociales, el no poder desconectarse por varios días, el sentir aburrimiento al llevar a cabo ese propósito, conectarse a las redes apenas despiertan, pensar en controlar dicha actividad o descuidar las tareas y el estudio por el uso y perder el sentido del tiempo son frecuentes debido al uso de las redes. Tales resultados advierten sobre una probable adicción, ya que son criterios que se han identificado como característicos de la adicción (Aksoy, 2018; Echeburua, 2012; Kumar, 2018; Shapira, 2003).

A partir de lo anterior es posible concluir que los participantes en el presente estudio se hallaban en un estado de vulnerabilidad al cumplir algunos de los citados criterios relacionados con las adicciones conductuales, al presentar porcentajes elevados en las dimensiones de falta de control personal en el uso de redes sociales, obsesión por las redes sociales y uso excesivo de las mismas, lo que genera un efecto deletéreo en su vida personal, familiar, académica y laboral. En razón de lo anterior es necesario realizar trabajos de prevención de adicciones en los distintos espacios educativos pues es frecuente que los jóvenes carezcan de la información precisa y oportuna sobre este tipo de problema y de las consecuencias negativas que tiene o puede tener en su salud mental.

Citación: Silva-Guzmán, Y., Cortés-Flores, E. y Juárez-Cerrillo, S.F. (2026). Adicción a redes sociales en estudiantes de licenciatura de Xalapa, Veracruz. *Psicología y Salud*, 36(1), 165-174. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3041>

REFERENCIAS

- Aksoy, M.E. (2018). A qualitative study on the reasons for social media addiction. *European Journal of Educational Research*, 7(4), 861-865.
- Araujo R. (Ed.) (2016). Indicadores de adicción a las redes sociales en universitarios de Lima. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2):48-58.
- Araujo R. (Ed.) (2016). Indicadores de adicción a las redes sociales en universitarios de Lima. *Docencia Universitaria*, 10(2), 48-58. Disponible en <https://revistas.upc.edu.pe/index.php/docencia/article/view/494>.
- Asociación de Internet MX (2017). *13er. estudio sobre los hábitos de los usuarios en internet en México 2017*. Recuperado de <https://www.asociaciondeinternet.mx/es/estudios>.
- Asociación de Internet MX (2023). *17º estudio sobre los hábitos de los usuarios en internet en México 2023*. Recuperado de <https://www.asociaciondeinternet.mx/es/estudios>.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: Revisión rápida de las pruebas. *The Lancet*, 395, 912-920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Castillo G., M.E., Tenezaca S., J.R. y Mazón N., J.P. (2021). Dependencia al dispositivo móvil e impulsividad en estudiantes universitarios de Riobamba (Ecuador). *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 59-68.
- Cervantes, R. y Chaparro, P. (2021). Transformaciones en los hábitos de comunicación y sociabilidad a través del incremento del uso de redes sociodigitales en tiempos de pandemia. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 52, 37-51. Doi: 10.12795/Ambitos.2021.i52.03
- Dong, H., Yang, F., Lu, X. y Hao, W. (2020). Internet addiction and related psychological factors among children and adolescents in China during the coronavirus disease 2019 (Covid19) epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11(751). Doi: 10.3389/fpsyt.2020.00751
- Dzib M., L. y Durán G., R. (2020). Plataformas de medios sociales y uso dado por estudiantes indígenas durante el confinamiento por la pandemia COVID-19. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicada*, 3(3), 260-269. Recuperado de <https://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/336/358>
- Escurre, M. y Salas, E. (2014). Construcción y validación del cuestionario de adicción a redes sociales (ARS). *Liberabit*, 20(1), 73-91. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100007&lng=es&lng=es.
- Estrada, E. (2021). Emotional exhaustion in Peruvian university students during the COVID-19 pandemic. *Tempos e Espaços em Educação*, 14(33), 65-42. Doi: 10.20952/revtee.v14i33.16542
- Estrada, E., Paricahua, J., Velásquez, L. Paredes, Y., Quispe, R., Farfán, M., Lavilla, W., Puma, M. y Zuloaga, M. (2021). Adicción a internet en estudiantes de una universidad privada peruana durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 41(4), 1-8. <http://doi.org/10.5281/zenodo.6944934>
- Estrada, E., Zuloaga, M., Gallegos, N. y Mamani, H. (2021). Adicción a internet y habilidades sociales en adolescentes peruanos de educación secundaria. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40 (1), 73-84.
- Flores L., G.A., Chancusig C., J.C., Cadena M., J.A. y Guaypatin P., O.A. (2017). La influencia de las redes sociales en los estudiantes universitarios. *Boletín Virtual de la Universidad de La Rioja*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=6119348>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016). *Estado mundial de la infancia 2016. Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=yid=psukcZ9bEeUCYoi=indypg=PA1y&q=Estado+mundial+de+la+infancia+2016>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2020). *Se dispara el uso de pantallas en niños y niñas durante el confinamiento*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://ciudadesamigas.org/pantallas-infancia-cuarentena>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2022). *Regreso a clases presenciales ayudará a mitigar afectaciones causadas por la pandemia*. Disponible en <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/unicef-regreso-clases-presenciales-ayudar%C3%A1-mitigar-afectaciones-causadas-por-la>
- Gómez, N., Dulce, A. y Martínez D., M. (2022). Usos del internet por jóvenes estudiantes durante la pandemia de covid-19 en México. *PAAKAT: Revista de Tecnología y Sociedad*, 12(22), e724.
- González Y., M. (2020). El lugar de la creencia en tiempos de pandemia: Jóvenes y redes sociales virtuales. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*, 14, e043. Doi: 10.24215/18524907e043
- Gutiérrez, J. (2020). "Mexicanos están 42% más tiempo en redes sociales en cuarentena". *La Jornada*, miércoles 6 de mayo. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/ultimas/economia/2020/05/06/mexicanos-estan-42-mas-tiempo-en-redes-sociales-en-cuarentena-nielsen-1173.html>

- Hassan, T., Alam, M., Wahab, A. y Hawlader, M. (2020). Prevalence and associated factors of internet addiction among young adults in Bangladesh. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(3). Doi: 10.1186/s42506-019-0032-7
- Huarcaya V., J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 327-334. Doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2021, 19 de junio). *Encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la información en los hogares (ENDUTIH) 2020*. [Comunicado. Encuesta].
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2022, 29 de noviembre). *Encuesta nacional sobre acceso y permanencia en la educación (ENAPE) 2021*. [Comunicado. Encuesta]. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ENAPE/ENAPE2021.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2023, 19 de junio). *Encuesta nacional sobre disponibilidad y uso de tecnologías de la información en los hogares (ENDUTIH) 2022* [Comunicado. Encuesta]. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf
- Islam, M.S., Sujan, M.S.H., Tasnim, R., Ferdous, M.Z., Masud, J.H.B, Kundu, S., Mosaddek, A.S.M., Choudhuri, M.S.K., Kirca-burun, K., y Griffiths, M.D. (2020). Problematic Internet use among young and adult population in Bangladesh: correlates with lifestyle and online activities during the covid-19 pandemic. *Addictive Behavior Reports*, 12, 1-8. Doi: 10.1016/j.abrep.2020.100311
- Kashif, M., Aziz-Ur-Rehman y Javed, M.K. (2020). Social media addiction due to coronavirus. *International Journal of Medical Science in Clinical Research and Review*, 3(4), 331-336.
- Kumar, M. y Mondal, A. (2018). A study on Internet addiction and its relation to psychopathology and self-esteem among college students. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 61-66. Doi: 10.4103/ipj.ipj_61_17
- Lemus P., M.C., Bárcenas C., C. y Barranquero C., A. (2020). Evolución de la navegación de los jóvenes en internet: el caso de los estudiantes de la zona sur de Tamaulipas. *EDMETIC, Revista de Educación Mediática y TIC*, 9(2), 28-50. Doi: 10.21071/edmetic.v9i2.12688
- Ochoa, F. y Barragán, M. (2022). El uso en exceso de las redes sociales en medio de la pandemia. *Academio, Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 9, 85-92. Doi: 10.30545/academio.2022.ene-jun.8
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2022). *Redes sociales [Internet]*. Washington: OMS/OPS. Disponible en <https://www.paho.org/es/tag/redes-sociales>.
- Peris, M., Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2018). Escala de riesgo de adicción adolescente a las redes sociales e internet: Fia-bilidad y validez (ERA-RSI). *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 30-36.
- Pimienta P., X.G. (2020). Cuidando mi salud mental durante el COVID-19. *Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Hospitalaria*, 1, 24. Recuperado de <http://colegioateneaanimas.edu.mx/wp-content/uploads/Cuidados-de-Salud-Mental-en-tiempos-del-COVID-19-1-compressed-1.pdf>
- Primo W., J. (2017). Ocio productivo, entretenimiento e industria cultural: del ocio tradicional al ocio digital. *Management Review*, 2(2). Doi: 10.18583/umr.v2i2.65
- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148yfecha=04/01/2013
- Shapira, N.A., Lessig, M.C., Goldsmith, T.D., Szabo, S.T., Lazoritz, M., Gold, M.S. y Stein, D.J. (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216.
- SimilarWeb (2020). *Ranking de aplicaciones más utilizadas*. Recuperado de SimilarWeb: <https://bit.ly/3lnit91>
- Valencia O., R., Garay, U. y Cabero A., J. (2020). Percepciones de estudiantes y docentes del uso que los estudiantes hacen de internet y su relación con la modalidad de estudio. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, 20(62). Doi: 10.6018/red.411781
- Vera V., D.G. y López C., Q. (2021). La ansiedad y la depresión derivadas del abuso de las redes sociales: un análisis relacional. En *Memorias Científicas del II Congreso en Salud Mental Digital* (p. 97). Barcelona. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Victor-Gil-Vera/publication/350499466_43
- Zewde, E., Tolossa, T., Tiruneh, S., Azanaw, M., Yitbarek, G., Admasu, F., Ayehu, G., Amare, T., Abebe, E., Muche, Z., Fentie, T., Zemene, M. y Melaku, M. (2022). Internet addiction and its associated factors among African high school and university students: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 847274. Doi: 10.3389/fpsyg.2022.847274

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos y reseñas bibliográficas 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 *inter-lineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus correos electrónicos y el Open Researcher and Contributor ID (ORCID).
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. Señalar si el manuscrito fue producto de un proyecto evaluado por algún comité de investigación, de ética en investigación u órgano colegiado.
15. En los trabajos investigación, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
16. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados, y no debe exceder de 250 palabras.
17. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.
18. Incluir al menos dos referencias de artículos aparecidos en la propia revista *Psicología y Salud*.

REFERENCIAS:

19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association (APA) en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.
20. Las referencias anotadas al final deberán corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
21. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

22. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2010 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara, y ordenados con números sucesivos.
23. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales, mapas y fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.



SUMMARY

Evaluation of two treatment conditions for anxious symptomatology in pregnant women: A comparative pilot study
Diana Berenice Suárez-López and Ana Beatriz Moreno-Coutiño

Effectiveness of a cognitive intervention therapy to promote functionality and independence in Down syndrome participants
Nebal Flores-Alonso, Elizabeth Aveleyra-Ojeda and Octavio García

Dialectical behavior therapy for university students with emotional dysregulation
Linda Esmeralda Mendoza-Aguilera, Liliana Mondragón-Barrios, Elia Jazmín Mora-Ríos, Angélica Riveras-Rosas and Juan José Sánchez-Sosa

The invisible care: Profile, role, and challenges for the primary informal caregiver
Verónica María Teresa Martín-Buerba, Aldo Rodrigo Briceño-Santos and Lizzette Gómez-De Regil

Evaluation of the effectiveness of interventions applied to informal health caregivers: a systematic review
Yadira Grau Valdés, Jorge A. Grau Abalo, Carmen Regina Victoria García-Viniegras and Isabel Francisca Márquez García

The Donabedian model in the Psychological Attention of First Orientation and Help (APOYA): structure and process
Maria Cristina Bravo-González, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo, Roberto Miguel-Carona and José Esteban Vaquero-Cázares

Confirmatory factor analysis of the Varieties of Inner Speech Questionnaire in a Mexican sample
Leonardo Daniel Rivera-Valdez, Said Jiménez-Pacheco and Claudia de la Cerdá-Rosales

Development and initial validation of the Effective Communication in Oncology Questionnaire
Dehisy Marisol Juárez-García, Hebert Moncada, Sonia María Flores-Moreno, Arnoldo Téllez-López and Diego Guajardo-Nieto

Comparison of "dark" and "luminous" traits in Mexican university students: validation of a combined instrument
Marcelo José Villarreal-Caindreau, Ximena Altamirano-San Martín, Renata Belio Torres, Andrea María Reynoso-Contreras, Arturo Daniel Olvera-López and Andrea de Lascurain-Rousselon

A narrative review of "emotional eating" concept
Vanessa Monserrat Vázquez-Vázquez, Karina Franco-Paredes, Felipe de Jesús Díaz-Reséndiz and Lilián Elizabeth Bosques-Brugada

Consequences of social isolation on social interaction and emotion in Mexican children
Carlos Alberto Serrano-Juárez, Miguel Ángel De León-Miranda, José Enrique Cervantes-Cervantes, Diana Lorena García-Reyes, Mariana Santos-Delgado and Lesly Mariana Contreras-Salinas

Emotional regulation and loss of control in pornography addiction: an exploratory study among Mexican university students
Shilia Lisset Vargas-Echeverría, José Ignacio Nevárez-Martín, Víctor Román Roa-Muñoz and Ligia del Carmen Vera-Gamboa

Addiction to social networks in high school students from Xalapa, Veracruz
Yaidel Silva Guzmán, Erika Cortés Flores and Sergio Francisco Juárez Cerrillo