

Calidad de vida y problemas asociados. Retos en la psicología actual

Raquel García Flores
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Diana Mejía Cruz
Christian Oswaldo Acosta Quiroz



Calidad de vida y problemas asociados. Retos en la psicología actual

Raquel García Flores
Santa Magdalena Mercado Ibarra
Diana Mejía Cruz
Christian Oswaldo Acosta Quiroz



CONACYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
Registro: 2016/17732

Calidad de vida y problemas asociados. Retos en la psicología actual
Publicación financiada con recurso PFCE 2019

© Raquel García Flores
© Santa Magdalena Mercado Ibarra
© Diana Mejía Cruz
© Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Dirección del Proyecto

Carlos Herver Díaz
Esther Castillo Aguilar
José Eduardo Salinas de la Luz

Arte

Paulina Cordero Mote
Vanesa Alejandra Vázquez Fuentes
Livia Rocco Sarmina

Formación de Interiores

Paulina Cordero Mote

1a. edición

© 2019 Fernando de Haro y Omar Fuentes

ISBN 978-607-437-510-7

D.R. © CLAVE Editorial
Paseo de Tamarindos 400 B, Suite 109.
Col. Bosques de las Lomas, Ciudad de México, México. C.P. 05120
Tel. 52 (55) 5258 0279/80/81
ame@ameditores.mx
ecastillo@ameditores.mx
www.ameditores.com

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma alguna o mediante algún sistema, ya sea electrónico, mecánico o de fotorreproducción, sin la previa autorización de los editores.

Los textos que conforman la obra fueron sometidos a dos dictámenes de pares ciegos. Se omiten los nombres de los dictaminadores por consideraciones de ética profesional y de procedimiento de arbitraje. Su contenido es responsabilidad de quienes lo firman y no refleja necesariamente la postura institucional.

Elaborado en México.

Comité editorial

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Liliana García Reyes
Universidad Autónoma de Campeche

Dr. José Concepción Gaxiola Romero
Universidad de Sonora

Dr. Manuel Jorge González Montesinos
Investigador Independiente

Dra. María de las Mercedes Morales Briseño
Universidad Anáhuac Querétaro

Dra. Silvia Morales Chainé
Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Luz Virginia Pacheco Quijano
Universidad Autónoma de Campeche

Dra. Gabriela Isabel Pérez Aranda
Universidad Autónoma de Campeche

Dr. Pablo Pérez Castillo
Universidad Autónoma de Querétaro

Dr. José Esael Pineda Sánchez
Facultad de Psicología, UNAM

Dr. Edgar Antonio Tena Suck
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Dr. José Angel Vera Noriega
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

Dr. Luis Villalobos Gallegos
Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz

Índice

SECCIÓN I. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES

- Uso de drogas en ambientes marginados y violentos** 17
*Jorge Ignacio Acosta Verdugo, Raúl Alejandro Fierro Jiménez,
Diana Mejía Cruz*
- Conductas sexuales de riesgo en jóvenes estudiantes con consumo de sustancias** 27
*Laura Lizeth Hernández Piña, José Oswaldo Leyva Vizcarra,
Diana Mejía Cruz*
- Atención plena compasiva: prevención para el consumo de sustancias en adolescentes** 41
*Erick Alvarez Ortiz, José Luis Barrera Gutiérrez, Ana Beatriz
Moreno Coutiño*

SECCIÓN II. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS

- Calidad de vida y ansiedad en estudiantes universitarios del sur de Sonora** 55
*Leonardo Agramón Rodríguez, Santa Magdalena Mercado Ibarra,
Carlos Alberto Mirón Juárez, María Teresa Fernández Nistal*
- Autoconcepto, victimización entre pares y la relación con el bienestar personal de universitarios** 67
*Dayanne Alejandra Quintana Chávez, Jesús Tánori Quintana,
Heloisa Bruna Grubits Freire, Christian Oswaldo Acosta Quiroz*
- Calidad de vida en estudiantes de medicina: un estudio de género** 75
*Moisés Omar Ayala Burboa, Raquel García Flores,
Jesús Tánori Quintana, Christian Oswaldo Acosta Quiroz*

Desgaste profesional y síntomas físicos en médicos residentes 85
*Gabriel Vidal Ochoa López, Raquel García Flores,
Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Edgar Landa Ramírez*

Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores 95
*Kitzia Yanira Gutiérrez Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz,
Carlos Alberto Mirón Juárez, Raquel García Flores*

SECCIÓN III. EVALUACIÓN EN GRUPOS VULNERABLES

Validez del test de matrices progresivas escala coloreada en niños con discapacidad intelectual 111
*Jhara Ivonne Espinoza Félix, María Teresa Fernández Nistal,
Claudia García Hernández, Guadalupe de la Paz Ross Argüelles*

Validez del dibujo de la figura humana en niños con discapacidad intelectual 121
*María Fernanda Barba Gómez, María Teresa Fernández Nistal,
Santa Magdalena Mercado Ibarra, Eneida Ochoa Ávila*

Adaptación y pilotaje de un instrumento para medir actitudes hacia la eutanasia 133
*Abel Domínguez Morán, Santa Magdalena Mercado Ibarra,
María Teresa Fernández Nistal, Carlos Alberto Mirón Juárez*

Propiedades psicométricas de la escala de violencia en el noviazgo 147
*Teresa Iveth Sotelo Quiñonez, Oralia Anahyd Pérez Osuna,
Manuel Jorge González-Montesinos M., Nora Hemi Rivera Campos*

Significado psicológico de la apariencia física de sonorenses de tres grupos etarios 161
*Alicia Guadalupe Zepeda Carrizosa, Nora Hemi Rivera Campos,
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez*

Adherencia al tratamiento sustitutivo por hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica 175
*María Trinidad Contreras Apodaca, Guadalupe de la Paz Ross Argüelles,
Magnolia Alejandra Valerio Ruiz*

Prólogo

La presente obra comprende un conjunto selecto de trabajos de investigación de un grupo de entusiastas y talentosos estudiantes de la Maestría en Investigación Psicológica del Instituto Tecnológico de Sonora, Campus Ciudad Obregón (ITSON), Sonora. Bajo la supervisión de sus no menos talentosos e innovadores tutores. La cual está dirigida a estudiantes, académicos e investigadores profesionales de la salud. Desde una perspectiva Psicológica considerando un panorama contemporáneo, multifactorial y multicausal del fenómeno denominado Calidad de Vida, así como sus consecuencias, implicaciones y costos.

Por tanto, se dan a la tarea en explorar de manera sistemática las diversas condiciones y circunstancias, físicas, psicológicas y sociales asociadas a dicho fenómeno en diversas poblaciones y condiciones ambientales.

En resumen, los contenidos de la presente obra, brindan una óptica de la psicología moderna y posibilitan prestar atención a este fenómeno en los diversos aspectos que aquejan al comportamiento humano.

Dr. Ariel Vite Sierra
Facultad de Psicología
UNAM

Sección I.
**Factores asociados a la calidad
de vida en adolescentes**

Uso de drogas en ambientes marginados y violentos

Jorge Ignacio Acosta Verdugo, Raúl Alejandro Fierro Jiménez, Diana Mejía Cruz
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

La presente investigación correlacional transversal tuvo como objetivo evaluar el consumo de sustancias, violencia y las negligencias en adolescente que se encuentran en escenarios de tratamientos por comportamiento delictivo y adolescentes en ambientes escolarizados. Se trabajó con 1009 adolescentes, constituidos por 483 adolescentes comunitarios de sexo masculino entre 11 y 18 años, 427 adolescentes comunitarios del sexo femenino las edades oscilaron entre 11 a 18 años, 99 adolescentes clínicos de sexo masculino con edades de 12 a 18. Se seleccionaron 51 reactivos Cedula de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes para evaluar consumo de sustancias, violencia y las negligencias. En adolescentes clínicos los factores que predecían mejor el consumo de sustancias fueron los factores de tolerancia social, violencia paternal emocional, ambiente y economía familiar. La interacción familiar es un factor de riesgo que se asocia a la exploración y mantenimiento de consumo de sustancias.

Palabras clave: Consumo de sustancias, tolerancia social, violencia, negligencia.

Introducción

La encuesta nacional de niños, niñas y mujeres en México (UNICEF) (2015), encontró que el 63% de los niños de 1 a 14 años fueron sometidos a una forma de castigo emocional y físico. Los estudios han reportado que personas que viven en ambientes desfavorecidos, tienen problemas con beber en exceso en comparación con personas que viven en ambientes con un mayor ingreso económico, el estrés de vivir en estas condiciones es caracterizado por consumo de drogas, delincuencia, embarazos a temprana edad, casas abandonadas y policías que no responden el llamado en situaciones de infracción (Hill y Ronald, 2005). Los niños que provienen de familias con bajos recursos experimentan un mayor riesgo de sufrir maltrato físico y emocional por parte de los padres o solamente maltrato emocional (Claussen & Patricia, 1991). En contraste, se ha encontrado que adolescentes de bajos recursos que perciben un estatus social alto dentro en su comunidad tienen un mayor consumo de sustancias que los que perciben una posición social baja (Ritterman, Fernald, Ozer, Adler, Gutiérrez & Syme, 2009).

El rol de los cuidadores es un factor vital para el consumo de sustancias en adolescentes, se ha encontrado que el monitoreo y la cercanía de los padres se relacionan con índices bajos de consumo de alcohol. Mientras, la violencia, conflictos, actitudes liberales hacia las sustancias y antecedentes de uso de drogas por parte de familiares se relacionan con conductas de consumo de sustancias (Moore, Rothwell y Segrott, 2010). En otro estudio se demostró que padres que presentaron un hábito de consumo de tabaco, tolerancia, consumo frecuente y dependencia asumieron mayor riesgo que sus hijos adolescentes presenten el hábito de fumar (Chassin, Presson, Dong-Chul, Macy, Wirth y Curran, 2008).

A su vez se ha reportado que padres que maltratan emocional y físicamente a sus hijos presentan niveles altos de afecto negativo, depresión agresión verbal y enojo. Se ha comprobado que el maltrato parental aumenta la posibilidad de consumir sustancias en hombres y mujeres (Caballero, Ramos, Gonzáles, Saltijeral, 2010). Un estudio demostró que las mujeres que reportaron maltrato emocional presentaban mayores conductas sexuales de riesgo, mientras que hombres efectúan conductas delictivas y consumo de drogas (English, Thomposon, Roller White, & Wilson, 2015).

El contexto social en cual se involucran los jóvenes tiene influencia en el consumo de sustancias, cuando el mejor amigo consume sustancia aumenta la posibilidad que los jóvenes inicien a consumir; si el mejor amigo consume y el círculo de amigos no consumen sustancias, además de contar otras actividades, se reduce que el joven inicie a consumir sustancias. Por lo que la relación con pares es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Hussong 2002).

Es por ello que es de importancia la identificación del maltrato emocional dentro de los proyectos políticos y sociales para detectar el maltrato emocional infantil, debido que solamente se insertan en programas a los padres que han ejercido maltrato físico a sus hijos, sin embargo, es de importancia que se incluya esos programas en familias donde se presente el maltrato emocional tendría un impacto a futuro debido que ésta también promueve conductas de riesgo a futuro (Barlow & Shcrader-MacMillan 2009, Claussen & Patricia, 1991, Guterma, 1999). Programas de intervención deben de considerar en modelos de crianza entrenamiento a padres en regulación emocional, manejo de contingencias, además de prácticas parentales, debido a que el trabajo solamente en niños y/o adolescente, pudiera resultar ineficaz por el contexto ambiental en donde se presentan las conductas problemáticas.

Método

El presente trabajo es una investigación de enfoque cuantitativo, tipo correlacional con un diseño transversal. El objetivo del estudio fue evaluar el consumo

de sustancias, violencia y las negligencias en adolescente que se encuentran en escenarios de tratamientos por comportamiento delictivo y adolescentes en ambientes escolarizados.

Participantes

La muestra se conformó por 1009 adolescentes, constituidos por 483 adolescentes comunitarios de sexo masculino entre 11 y 18 años (M=14.9) (DE=1.81), 427 adolescentes comunitarios del sexo femenino las edades oscilaron entre 11 a 18 años (M=14.53) (DE=1.72), 99 adolescentes clínicos de sexo masculino con edades de 12 a 18 (M= 16.32) (DE= 2.11) (ver tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de participantes (N= 1009)

	Comunitarios Hombres M(DE) O % (N)	Comunitarios Mujeres Hombres M(DE) O % (N)	Clínicos Hombres Hombres M(DE) O % (N)
N	483	427	99
Edad	14.91 (1.81)	14.53 (1.72)	16.32 (2.11)
Nivel educativo			
Sexto de primaria	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (3%)
1ro secundaria	71 (14.7%)	68 (15.9%)	21 (21.2%)
2do secundaria	56 (11.6%)	60 (14.1%)	9 (9.1%)
3ro secundaria	75 (15.5%)	84 (19.7%)	28 (28.3%)
1ro preparatoria	94 (19.5%)	86 (20.1%)	23 (23.2%)
2do preparatoria	81 (16.8%)	81 (19%)	6 (6.1%)
3ro preparatoria	104 (21.5%)	48 (11.2%)	2 (2%)

Instrumento

Se seleccionaron 51 reactivos Cedula de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE (Villatoro, 2014), los cuales midieron uso de sustancias en 9 reactivos; violencia emocional, física maternal violencia emocional paternal y física paternal en 48 preguntas; y seis preguntas de negligencias paternal (monitoreo y cuidado).

Procedimiento

Se seleccionó once escuelas aleatoriamente del sur de Sonora en escenarios de tratamientos por comportamiento delictivo. Se realizó la gestión de aplicación, donde se autorizó la aplicación de la ENCODE. Obtenida la autorización por parte de los directivos se programó la aplicación del instrumento. La aplicación tuvo duración de una hora. Al finalizar la aplicación se dio una plática de prevención del uso de drogas.

Análisis de resultados

La batería estadística que se utilizó fue el paquete estadístico SPSS v.23, donde se utilizó la prueba t de student para muestras independientes, se comparó las medias de grupo clínico y grupo comunitario, se tomó en cuenta las variables con una significancia menor $< .005$. Después, se realizó una correlación por consumo de sustancias de grupo comunitario y clínico, se tomó en consideración las variables Economía Familiar (EF), Ambiente Familiar (AF), Tolerancia Social (TS) Consumo de Sustancia (CS), Violencia Paternal Emocional (VPE), Negligencia (NE) y Consumo de Sustancias (CS), se tomó en consideración los puntajes arriba de 0.330. Se realizó el mismo análisis estadístico para comprar las variables entre hombres y mujeres. Por consiguiente se llevó a cabo un análisis de regresión binomial para predecir factores que hace que los jóvenes lleguen a pertenecer a un grupo clínico.

Teniendo estos resultados se llevó a cabo una regresión lineal binaria para buscar las variables que predicen el involucramiento de jóvenes en el grupo clínico. Para finalizar, con el fin de obtener un modelo que explique el consumo de drogas, realizamos una regresión logística jerárquica con las variables EF, AF, TS, CS, VPE y NE.

Resultados

Se realizaron t test para muestras independientes, para comparar a los sujetos clínicos y comunitarios. Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para las siguientes variables: Economía Familiar (EF) [$t(580) = 5.746, p = 0.000$]; Ambiente Familiar (AF) [$t(580) = -2.354, p = 0.029$], TS [$t(580) = 3.957, p = 0.000$], Consumo de Sustancia (CS) [$t(580) = 3.957, p = .0000$], Violencia Paternal Emocional (VPE) [$t(555) = -3.072, p = 0.000$], NE [$t(580) = -1,396, p = 0.005$].

La tabla 2 muestra la correlación moderada entre TS y CS, las demás variables indican una correlación baja.

En el análisis anterior no se consideró a las mujeres dentro del grupo comunitario, al realizarse una t test para muestras independientes, para comparar hombres y mujeres del grupo comunitario se presentaron los siguientes resultados. Se encontraron diferencias significativas entre las siguientes variables: TS [$t(908) = -5.414, p = 0.000$], VME [$t(580) = 3.957, p = .0000$], NE [$t(908) = 4.008, p = 0.000$].

Tabla 2. Matriz de correlación por consumo de sustancias de grupo comunitario y clínico

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CS	1								
ECO	-.191**	1							
AF	.234**	-.282**	1						
TS	-.400**	.114**	-.197**	1					
VME	.233**	-.185**	.233**	-.188**	1				
VMF	.193**	-.124**	.148**	-.217**	.733**	1			
VPE	.240**	-.149**	.109**	-.215**	.601**	.554**	1		
VPF	.237**	-0.059	.085**	-.277**	.525**	.698**	.716**	1	
NE	.163**	-.231**	.227**	.229**	.174**	.128**	.167**	.233**	1

Economía Familiar (EF), Ambiente Familiar (AF), Tolerancia Social (TS) Consumo de Sustancia (CS), Violencia Paternal Emocional (VPE), Negligencia (NE)

*p < .05 **p < .01

La tabla 3 muestra la correlación moderada entre TS y CS, las demás variables mostraron una correlación baja.

Tabla 3. Matriz de correlación por consumo de sustancias de grupo comunitario de hombres y mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CS	1								
EF	-.109**	1							
AF	.221**	-.319**	1						
TS	-.366**	0.061	-.094**	1					
VME	.250**	-.159**	.296**	-.149**	1				
VMF	.242**	-.174**	.245**	-.189**	.744**	1			
VPE	.240**	-.149**	.109**	-.215**	.554**	.589**	1		
VPF	.237**	-0.017	.126**	-.219**	.477**	.631**	.687**	1	
NE	.147**	-.200**	.226**	-.191**	.214**	.179**	.175**	.199**	1

Economía Familiar (EF), Ambiente Familiar (AF), Tolerancia Social (TS) Consumo de Sustancia (CS), Violencia Paternal Emocional (VPE), Negligencia (NE), Consumo de Sustancias (CS)

*p < .05 **p < .01

El análisis de regresión binomial mostro que los principales predictores significativos para que los jóvenes pertenezcan al grupo clínico fueron las variables CS (p=0.000), EF (p=0.000), VME (p=0.011) y VPE (p=0.039) (ver tabla 4).

Se identificaron 4 factores que predicen que los jóvenes lleguen a pertenecer al grupo clínico, los cuales son: Economía familiar (EF), Consumo de sustancia (CS), Violencia paterna emocional (VPE) y Violencia paterna emocional (VPE) (ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión Binaria predictiva de consumo de sustancias

	B	Error estándar	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)		Wald	p
				Inferior	Superior		
Consumo de sustancia	0.608	0.077	1.838	1.579	2.139	61.728	0
Tolerancia social	0.021	0.044	1.022	0.937	1.114	0.235	0.628
Violencia paterna emocional	0.081	0.039	1.084	1.004	1.171	4.27	0.039
Violencia paterna físico	-0.051	0.048	0.95	0.866	1.043	1.155	0.283
Ambiente Familiar	-0.012	0.032	0.988	0.927	1.052	0.145	0.703
Violencia materna emocional	-0.078	0.031	0.925	0.872	0.982	6.454	0.011
Economía Familiar	-0.111	0.03	0.895	0.844	0.949	13.921	0
Negligencia	0.051	0.036	1.052	0.98	1.129	1.945	0.163

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple jerárquico en el grupo comunitario y clínico; donde se encontró que los mejores predictores para el consumo de sustancia fueron tolerancia social, violencia paterna emocional, ambiente familiar y economía familiar. Sin embargo, no fueron significativos (ver tabla 5).

Tabla 5. Regresión Múltiple Jerárquico predictores de consumo de sustancia en grupo comunitario y clínico

Paso jerárquico	Variable predictora	Total R ²	Incrementar R ²
1	Tolerancia Social	0.208	
2	Violencia paterna emocional	0.24	.32 ^{***}
3	Ambiente Familiar	0.254	.14 ^{**}
4	Economía Familiar	0.261	.7 [*]

*p < .05 **p < .01

En el análisis anterior no se consideró a las mujeres dentro del grupo comunitario al realizarse análisis de regresión lineal múltiple jerárquico. Se encontró que los mejores predictores para el consumo de sustancia fueron tolerancia social, violencia paternal emocional, ambiente familiar y violencia maternal física. Sin embargo, no fueron significativos (ver tabla 6).

Tabla 6. Regresión Múltiple Jerárquico predictores de consumo de sustancia en grupo comunitario hombres y mujeres

Paso jerárquico	Variable predictora	Total R ²	Incrementar R ²
1	Tolerancia Social	0.145	
2	Violencia paternal emocional	0.18	.35**
3	Ambiente Familiar	0.194	.14**
4	Violencia maternal física	0.198	.4*

*p < .05 **p < .01

Discusión

La presente investigación confirma como en otros estudios que han examinado la violencia familiar y el ambiente marginado para el consumo de drogas el papel que exime la relación padres-hijos, no se encontró una diferencia significativa en el consumo de drogas y la negligencias por parte de los padres es decir la falta de monitoreo y cuidado por parte de los padres mientras que Moore *et al.*, (2010) encontraron que el monitoreo y la cercanía por parte de los padres se relaciona con bajos índices de consumo de alcohol. La correlación por consumo de drogas y tolerancia social una correlación moderada por lo que coincide con lo que menciona (Chassin *et al.*, 2008), que asume que padres que presentan un hábito de consumo de sustancias, presentando tolerancia y dependencia de la sustancia existe un riesgo en que sus hijos adolescentes presente hábito de consumo.

El presente estudio examino la predicción del consumo de drogas obteniendo con baja predicción los factores de tolerancia social, violencia paternal emocional, ambiente familiar y economía familiar. Estos hallazgos no son indiscutibles pero

investigaciones previas confirman la fuerte asociación de entre el consumo de drogas, interacción familiar violenta y la economía familiar (Ritterman, Fernald, Ozer, Adler, Gutiérrez & Syme, 2009; Claussen & Patricia, 1991; Hickox & Furnell, 1989; Caballero, Ramos, Gonzáles, Saltijeral, 2010; English, Thomposon, Roller White, & Wilson, 2015).

Para futuras investigaciones se recomienda un estudio de corte longitudinal evaluar diferentes factores de riesgo con el fin de desarrollar un modelo predictivo que permita establecer el impacto de estas interacciones familiares para el desarrollo de una dependencia por consumo de sustancias, comorbilidad con trastornos de control de impulsos y de personalidad del clúster b, especialmente en ambientes de riesgos.

Referencias

- Barlow, J., Schrader, A. (2009). Safeguarding children from emotional abuse – What works?. Research Brief. Recuperado de: file:///C:/Users/Admin/Desktop/Capitulo%20de%20libro/Negligencia/Safeguarding_Children_from_Emotional_Abuse_What_Wo.pdf
- Caballero, M., Ramos, L., Gonzáles, C. & Saltijeral, M. (2010). Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse & Neglect*, (34) 576 – 584.
- Claussen, A. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, (15), 5-18.
- Chassin, L., Presson, C., Dong-Chul, S., Macy, J., Wirth, R. & Curran, P. (2008). Multiple trajectories of cigarette smoking and the intergenerational transmission of smoking: A multigenerational, longitudinal study of Midwestern community sample. *Health Psychology*, (06) 819 – 828.
- English, D., Thompson, R., Roller, C. & Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *ELSEVIER*, (50) 53-63.
- Guterman, N. (1999). Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the “Universal versus targeted” Debate: A meta – analysis of population-based and screening based programs. *Child Abuse & Neglect*, (23) 863 – 890.
- Hickox, A. & Furnell, J. (1988). Psychosocial and background factors in emotional abuse of children. *Child: care, health and development*, (15) 227 – 240.
- Hill, T. y Ronald, A. (2005). Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *ELSERVIER*, (61) 965-975.
- Hussong, A. (2002). Differentiating peer context and risk. *Journal of Youth and adolescence*, (31) 207-220.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaria de Salud, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Villatoro-Velázquez, JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañaz-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, Me., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, I., Ciudad de México: INPRFM;2017.
- Moore, G., Rothwell, H. & Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behavior and young people’s consumption of alcohol. *BioMedCentral*, 5-6.

Ritterman, M., Fernald, L., Ozer, E., Adler, N., Gutiérrez, J. y Syme, L. (2009). Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. ELSEVIER, 1-9.

Conductas sexuales de riesgo en jóvenes estudiantes con consumo de sustancias

Laura Lizeth Hernández Piña, José Oswaldo Leyva Vizcarra, Diana Mejía Cruz
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

La conducta sexual de riesgo se considera como la exposición a una situación que pone en riesgo la salud del individuo o de otra persona, especialmente a través de enfermedades de transmisión sexual, el problema de salud pública más prevalente alrededor del mundo entre jóvenes de 15 a 25 años. Un factor de riesgo asociado es el consumo de sustancias, ya que por sus propiedades desinhibitorias, favorece el riesgo, aumentando el número de parejas, la frecuencia de las relaciones sexuales inadecuadas, incluso la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Es por ello que, el objetivo del presente estudio fue comparar la conducta sexual de riesgo en jóvenes con y sin consumo de sustancias. La muestra estuvo conformada por 910 jóvenes con edades entre los 11 y 24 años ($\mu=14.73$) de secundaria y preparatoria, de los cuales 427 eran mujeres y 483 hombres. Se utilizaron 26 reactivos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE). En los resultados se encontró que la mayoría de los estudiantes ya habían tenido al menos una vez una relación sexual, con un promedio de 4 parejas sexuales, donde la edad de inicio fue a los 15 años en promedio. Poco más de un tercio no emplea preservativos, argumentando el hecho de que no les gusta. En general, se encuentra que los usuarios de drogas tienden a iniciar relaciones sexuales a más temprana edad. Las mujeres han iniciado en mayor medida su vida sexual activa y con hombres de mayor edad. Parece ser que la percepción negativa del desempeño escolar está asociada con una mayor cantidad de conductas sexuales de riesgo y consumo de sustancias.

Palabras clave: consumo de sustancias, estudiantes, conductas sexuales de riesgo

Introducción

La sexualidad forma parte del ciclo vital del ser humano. Esta conducta muestra características diferenciales, esto es particularmente notorio en la adolescencia. En la evolución sexual del adolescente entran en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones

sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo ello mientras están sometidos a la presión ejercida por su grupo de iguales, a situarse en el mundo como chico o chica y/o a las reacciones de los padres ante su evolución sexual (García, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012).

Al hablar de conducta sexual nos referimos al conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Así, se considera la conducta sexual de riesgo como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (Espada, Quiles & Méndez, 2003). Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluido el alcohol) concomitante a estas prácticas (García *et al.*, 2012).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son el problema de salud más prevalente en la población mundial. Se estima que la población en edad fértil se infectará en algún momento de su vida, con una prevalencia más alta entre los jóvenes de 15 a 25 años (Palacios & Álvarez, 2018). Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (2016), refieren que cada día en todo el mundo, más de un millón de personas contraen una ETS, lo que representa un grave problema de salud pública.

En cuanto al sexo, existen algunas diferencias para la realización de conductas de riesgo. Parece ser que los chicos cometen más conductas de riesgo en su afán de buscar sensaciones sexuales y por presión de los iguales. Lo que puede hacer necesario el incluir en los programas de prevención con estrategias para que los adolescentes aprendan a satisfacer sus sensaciones sexuales, a través de comportamientos que impliquen un riesgo mínimo (Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva & Buela-Casal, 2007). Por otro lado, si bien es posible que sean ellos quienes realicen un mayor número de conductas de riesgo, las consecuencias de éstas parecen sufrirlas más las mujeres; dado que se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH; Ministerio español de sanidad y política social e igualdad, 2010; OnuSida, 2008).

Norris *et al.*, (2019) realizaron un estudio con 531 mujeres en donde se encontró que más de la mitad con edades entre los 18 a 44 años beben alcohol, y las mujeres jóvenes de 18 a 24 años tienen las tasas más altas de "consumo excesivo de alcohol" (≥ 4 bebidas durante un episodio de consumo de alcohol) en relación con otros cohortes de edad. Una de cada cinco mujeres sexualmente activas en la escuela secundaria informó haber consumido alcohol durante su último encuentro sexual, y el consumo excesivo de alcohol en particular está asociado con tener relaciones sexuales.

Un factor que se asocia a la conducta sexual de riesgo, es el consumo de sustancias. La relación entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales es que incrementan el riesgo de infección por VIH en adolescentes y jóvenes aunque los resultados no son concluyentes (Rodríguez, Hernán, Cabrera, Romo, García, & Gutiérrez, 2006). Hay investigaciones que asocian el consumo de alcohol (Friedman *et al.*, 2001; Zablotska *et al.*, 2006) u otras sustancias psicoactivas con el no uso de preservativos (McNall & Remafedi, 1999).

El consumo de sustancias adictivas se propone como uno de los factores conductuales vinculado al comportamiento sexual de riesgo (Castaño, Arango, Morales, Rodríguez & Montoya, 2012). Debido a las propiedades desinhibitorias de algunas drogas (Becoña, Juan, Calafat & Ros, 2008), aumenta la frecuencia de sus relaciones sexuales, el número de parejas con que se relacionan y el consumo de alcohol y drogas (Calafat, Juan, Becoña & Mantecón, 2008).

Sin embargo, hay jóvenes que opinan lo contrario, ya que en un estudio realizado por Rodríguez *et al.*, (2006) se encuentra que los jóvenes consideran que un consumo abusivo de alcohol o un policonsumo excesivo de drogas recreativas impide o dificulta las relaciones sexuales con penetración y, por tanto, disminuye el riesgo de infección por VIH u otras ETS.

Respecto al efecto combinado del consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo, Palacios, Bravo & Andrade (2007) reportan que en México el 30.5% de los adolescentes ha iniciado su actividad sexual. En promedio los adolescentes inician su vida sexual a los 15.33 años, mantienen una actividad sexual de una o dos veces cada mes, con una pareja sexual, el 8.7% de los jóvenes reportó que nunca había usado condón y sólo el 42.3% informó que siempre ha usado condón en sus relaciones sexuales. Además, encuentran que la edad de la primera relación sexual se asoció positivamente con la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas e inversamente con la frecuencia del consumo de alcohol y el consumo excesivo.

El estudio de Antón & Espada (2009) demuestra que el 50% de los jóvenes han practicado relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. Un 16.2% bajo los efectos del cannabis y un 6.7% han practicado relaciones sexuales bajo los efectos de otras drogas, entre las que predomina la cocaína (71.4%), los inhalantes (23.8%) y los alucinógenos (4.8%).

Por último, Pulido, Ávalos, Fernández, García, Hernández & Ruíz (2013) mostraron que una cifra cercana a 80% de los estudiantes había tenido actividad sexual y que ésta se manifiesta frecuentemente en condiciones riesgosas. Los resultados llaman la atención por la elevada frecuencia de conducta sexual sin el uso del preservativo (65% a 79%). Un porcentaje importante (40.06% al 60.58%) de la actividad sexual de los estudiantes ocurre bajo la influencia del alcohol o las drogas; tienen sexo casual (38% a 41%) y han tenido al menos una ETS (3.9% al 6.8%).

Paasche-Orlow, Clarke, Herbert, Ray y Stein (2005) por su parte encontraron que tener un nivel educativo bajo y problemas con el consumo de alcohol, fueron cada uno asociados con el riesgo conductual de adquirir VIH. Por último, agregan que muchas de las razones por las cuales las personas presentan un abandono escolar temprano, se relacionan con la conducta sexual de riesgo o con el consumo de drogas, es decir, la adicción y una actividad sexual desprotegida o no planeada en el caso de las mujeres, son causas de abandono de la escuela a una edad más temprana. En el caso de mujeres jóvenes, la salida de la escuela favorece el contacto y las interacciones sociales con hombres mayores.

En otras investigaciones se ha visto el buen aprovechamiento escolar como factor de protección, ya que, en un estudio realizado por Chewning *et al.*, (2001) encontraron que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales reportan mayor orientación escolar y mejor desempeño académico. El uso de anticonceptivos, incluyendo el uso del condón, no se relacionó con el logro académico; sin embargo, un logro académico alto fue un factor protector.

En definitiva, las cantidades consumidas de determinadas drogas, según las características personales de los sujetos, el tipo de relación que mantienen, así como las actitudes previas producto del contexto sociocultural y la educación sexual recibida, pueden influir en la realización de prácticas sexuales que incrementan el riesgo de problemáticas potenciales como el VIH (Rodríguez, *et al.*, 2006).

Por ello, resulta de suma importancia identificar las conductas sexuales de riesgo que presentan las personas desde edades tempranas y saber en qué grado se relacionan con el consumo de sustancias. Por esta razón, el presente estudio tiene el objetivo de comparar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes con y sin consumo de drogas.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 910 estudiantes: 416 de secundaria y 494 de preparatoria. De los cuales, 427 eran mujeres (46.9%) y 483 hombres (53.1%). Con edades entre los 11 y 24 años ($\mu = 14.73$; D.E. = 1.785).

Instrumentos

Se seleccionaron 26 reactivos de la Cédula de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE). De éstos, nueve corresponden al uso de sustancias (consumo alguna vez de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalables, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos), 12 a las conductas sexuales de riesgo (si ha tenido relaciones sexuales, edad en la primera relación, edad de la perso-

na con la que se tuvo la primera relación sexual, cantidad de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual y en la posteriores, frecuencia de utilización del preservativo, razón por la cual no utilizan el preservativo, haber tenido algún embarazo y/o aborto y relaciones sexuales bajo efectos del alcohol y drogas), y tres sobre datos sociodemográficos (sexo, edad y grado escolar) y dos sobre desempeño académico (calificación y cómo lo consideran).

Procedimiento

Se realizó una búsqueda de las escuelas secundarias y preparatorias en el sur del estado de Sonora, México. Posteriormente, se seleccionaron 11 de manera aleatoria. Se estableció contacto con las autoridades de cada escuela. Una vez que se obtuvo la autorización de las entidades académicas, se realizó una plática con los padres de familia con el objetivo de informar sobre la aplicación y conseguir la firma del consentimiento informado. A continuación, se seleccionaron aleatoriamente 3 grupos de cada escuela y se les aplicó el instrumento, el cual duró una hora.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante el programa SPSS versión 23 para Windows. Para las variables nominales se calculó la Chi-cuadrada. Mientras que para las ordinales la U de Mann Whitney y la H de Kruskal Wallis. Esto con el objetivo de identificar posibles diferencias significativas entre un grupo y otro. Además, se calcularon frecuencias y porcentajes.

En cambio, para las variables numéricas, se realizaron pruebas de normalidad. Con el objetivo de elegir qué tipo de correlación realizar y cuáles pruebas de comparación entre grupos llevar a cabo. Cabe mencionar que, para obtener la variable *cantidad de drogas consumidas* se sumaron las respuestas afirmativas al consumo de drogas al menos una vez en la vida de las diferentes sustancias. De igual manera, para calcular la variable *cantidad de conductas sexuales de riesgo*, se sumaron las respuestas correspondientes a comportamientos riesgosos, sin hacer distinción en la gravedad o frecuencia.

En todos los casos, los valores de p menores a 0.05 y los coeficientes de correlación mayores a 0.5 se consideraron significativos.

Tabla 1. Conductas sexuales de riesgo y consumo de sustancias por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
RS previas*	426 (88.9%)	395 (93.4%)	821 (91%)
Número de parejas sexuales**	4.16 (DE=5.40)	3.10 (DE=8.71)	3.77 (DE=6.79)
Edad en la primera RS*	14.40 (DE=1.60)	15.03 (DE=1.24)	14.64 (DE=1.51)
Edad de la persona con la que se tuvo la primera RS**	15.37 (DE=2.38)	17.77 (DE=4.08)	16.25 (DE=3.31)
No usaron MA en la primera RS	58 (40.3%)	28(6.6%)	86 (38.9%)
No utilizan MA	34 (21.3%)	20 (24.4%)	54 (22.3%)
Frecuencia del uso de P			
0-24%	38 (22.2%)	47 (11%)	73 (27.5%)
25-49%	4 (2.3%)	1 (0.2%)	5 (1.9%)
50-74%	43 (25.1%)	11 (11.7%)	54 (20.4%)
75-100%	86 (50.3%)	47 (50%)	133 (50.2%)
Motivos para no utilizar el P			
No me gusta	45 (37.2%)	27 (46.6%)	72 (40.2%)
No sé cómo usarlos	11 (9.1%)	9 (15.5%)	20 (11.2%)
Va contra mi religión	6 (5%)	2 (3.4%)	8 (4.5%)
Es malo para la salud	5 (4.1%)	2 (3.4%)	7 (3.9%)
No se siente lo mismo	33 (27.3%)	7 (12.1%)	40 (22.3%)

Me da pena comprarlos	21 (17.4%)	11 (19%)	32 (17.9%)
Tener RS bajo el efecto del alcohol	43 (26.7%)	13 (15.7%)	56 (23%)
Tener RS bajo el efecto de las drogas	20 (12.7%)	5 (6%)	25 (10.3%)
Embarazos no planeados	19 (10.9%)	9 (10.2%)	28 (10.6%)
Abortos	10 (5.9%)	6 (7%)	16 (6.3%)
Cantidad de CSR	5.35 (DE=2.08)	5.54 (DE=2.53)	5.42 (DE=2.25)
Consumo de sustancias	244 (50.5%)	230 (53.9%)	474 (52.1%)
Tabaco	146 (30.2%)	113 (26.5%)	259 (28.5%)
Alcohol	226 (46.8%)	210 (49.2%)	436 (47.9%)
Marihuana	93 (19.3%)	57 (13.3%)	150 (16.5%)
Cocaína	28 (5.8%)	11 (2.6%)	39 (4.3%)
Anfetaminas	17 (3.5%)	6 (1.4%)	23 (2.5%)
Inhalables	23 (4.8%)	15 (3.5%)	38 (4.2%)
Tranquilizantes	34 (7%)	55 (12.9%)	89 (9.8%)
Alucinógenos	16 (3.3%)	7 (1.6%)	23 (2.5%)
Opiáceos	12 (2.5%)	3 (0.7%)	15 (1.6%)
Cantidad de sustancias consumidas	1.23 (DE=1.75)	1.12 (DE=1.48)	1.18 (DE=1.63)

RS=Relación(es) sexual(es); MA= Método Anticonceptivo; P=Preservativo;
CSR=Conducta Sexual de Riesgo

*p<0.05; **p<0.001

Resultados

Se encontró que la mayoría de los estudiantes ya han tenido al menos una relación sexual; con un promedio de 4 parejas sexuales. En lo que respecta al primer contacto sexual, la media de edad fue de 14.64 años (DE=1.51); mientras la edad de la persona con la que se tuvo fue de 16.25 años (DE=3.31) (tabla 1).

En lo que concierne al uso de métodos anticonceptivos, poco más de un tercio no emplea ninguno en el primer encuentro sexual. Proporción que disminuye en las relaciones posteriores. Sin embargo, cerca de un tercio casi no utiliza el preservativo. Exponiendo como principal motivo el hecho de que no les gusta (tabla 1).

Asimismo, es mayor la proporción de estudiantes que tienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol que bajo los de otras sustancias. Lo cual concuerda con el hecho de que ésta fue la sustancia que con mayor frecuencia han consumido. Además, que la cantidad de drogas utilizadas solo varía en promedio entre una y dos. Cabe mencionar que, de los que resultaron en embarazos ($n=28$, 10.6%), poco más de la mitad consintieron el aborto ($n=16$, 6.3%).

Correlaciones

Se realizaron pruebas de normalidad con las variables número de parejas sexuales, edad en la primera relación sexual, edad de la persona con la que se tuvo la primera relación sexual, cantidad de sustancias consumidas y cantidad de conductas sexuales de riesgo. Solo la segunda tuvo una distribución normal (asimetría=0.22 y curtosis= 0.53). Por ello, se optó por calcular el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados no arrojaron resultados significativos.

Diferencias entre hombres y mujeres

Fue mayor la incidencia de mujeres que ya habían iniciado su vida sexual ($X^2(1) = 5.43$, $p<0.05$), en gran medida con personas mayores a ellas ($Z=-6.07$, $p=0.000$). Aunque, los hombres iniciaron a una edad más temprana ($Z=-2.95$, $p=0.003$) y suelen tener mayor cantidad de parejas sexuales ($Z=-4.72$, $p=0.000$). En el resto de las variables no hubo diferencias significativas.

Diferencias entre consumidores y no consumidores de sustancias

Al comparar las conductas sexuales en función del consumo de drogas, se encontró que los jóvenes que no habían consumido ninguna droga eran los que en mayor proporción ya habían tenido alguna experiencia sexual. Asimismo, fueron los que más refirieron no utilizar métodos anticonceptivos en sus encuentros sexuales. Entre los motivos que resaltaron en comparación con los consumidores fueron los siguientes: no les gusta ($n=38$, 46% *vs.* $n=34$, 34.7%), va en contra de su religión ($n=8$, 9.9% *vs.* $n=0$), creen que es malo para la salud ($n=6$, 7.4% *vs.* $n=1$, 1%) y les da vergüenza comprarlos ($n=16$, 19.8% *vs.* $n=16$, 16.3%) (tabla 2).

En lo que concierne a la práctica de riesgo de los consumidores, ellos comenzaron a edades más tempranas ($Z=-2.00$, $p=0.045$) y destaca el hecho de que suelen tenerlas estando alcoholizados. Además, la razón por la cual no utilizan los métodos anticonceptivos es porque se siente diferente ($n=36$, 36.7% *vs.* $n=4$, 4.9%) (tabla 2).

Tabla 2. Conductas sexuales de riesgo llevadas a cabo por los consumidores y los no consumidores

	Si		No		X ²	gl	Recuento mínimo esperado
	n	%	n	%			
Relaciones sexuales previas	411	87.6	410	94.7	13.710**	1	38.88
No utilizaron método anticonceptivo en la primera relación sexual	72	38.5	14	41.2	0.087	1	13.23
No utilizan método anticonceptivo durante las relaciones sexuales	36	18.6	18	37.5	7.966**	1	10.71
Frecuencia del uso de preservativo	-	-	-	-	-0.917 ^a	-	-
Motivos para no utilizar el preservativo	-	-	-	-	36.307**	5	3.17
Embarazos no planeados	24	11.7	4	6.9	1.1	1	6.17
Abortos	14	6.8	2	4	0.547	1	3.14
Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol	53	26.6	3	6.7	8.274**	1	10.33
Tener relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas	20	10.1	5	11.4	0.062	1	4.55

a=Valor de la Z obtenida con el cálculo de la U de Mann-Whitney

**= p<0.01

Diferencias entre los que tienen calificaciones reprobatorias y aprobatorias

En los jóvenes que tienen calificaciones aprobadas, este grupo se caracterizó por ser el que en mayor medida ya había tenido relaciones sexuales al menos una vez (n=805, 91% vs. n=10, 63.6%; X²(1) =10.24, p<0.05). El resto de los análisis estadísticos no fueron significativos.

Diferencias en torno a la percepción del desempeño académico

Cabe mencionar que, el grupo con desempeño muy bueno se caracterizó por presentar la mayor cantidad de embarazos no planeados ($n=10$, 24.4%; $X^2(3) = 11.13$, $p < 0.05$).

En cambio, los que perciben su desempeño como malo y regular son los que mayor cantidad de sustancias han consumido ($X^2(3) = 25.27$, $p = 0.000$). Además, los de percepción mala, fueron los que presentaron mayor práctica sexual bajo el efecto de drogas distintas al alcohol ($n=3$, 33.33%; $X^2(3) = 11.24$, $p < 0.05$), alta incidencia de embarazos no planeados ($n=2$, 20%; $X^2(3) = 11.26$, $p < 0.05$) y mayor cantidad de abortos ($n=3$, 27.3%; $X^2(3) = 9.906$, $p < 0.05$).

Conclusiones

La proporción de adolescentes que ya han tenido al menos una relación sexual es más elevada que en otros estudios (Palacios *et al.*, 2007; Pulido *et al.*, 2013). Aunque, la edad de inicio es aproximadamente la misma (Palacios *et al.*, 2007).

Respecto al uso del preservativo, pareciera estar en un punto intermedio de lo hallado en otras investigaciones. Aunque, es difícil saberlo con certeza debido a que en el presente estudio se codificó por intervalos, mientras en los otros se toma por separado los que siempre lo utilizan y los que nunca lo hacen (Palacios *et al.*, 2007; Pulido *et al.*, 2013).

En cuanto al incremento de la incidencia de conductas sexuales de riesgo en función del consumo de sustancias; a diferencia del estudio de Calafat *et al.*, (2008), aquí no se encontró correlación significativa. A pesar de que, coincide el hecho de que la droga bajo la cual se suelen tener relaciones sexuales con mayor frecuencia es el alcohol (Antón & Espada, 2009; Pulido *et al.*, 2013). Además, los usuarios de sustancias tienden a iniciar los encuentros sexuales a edades más tempranas. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en los motivos por los cuales no utilizan los preservativos, siendo el hecho de que no sienten lo mismo que cuando lo usan.

En lo que concierne a las diferencias por sexo, aquí no se encontraron diferencias significativas en la cantidad de conductas sexuales de riesgo (Gutierrez-Martínez *et al.*, 2007). Sin embargo, si se halló que las mujeres habían iniciado en mayor medida su vida sexual activa y con hombres mayores a ellas. Mientras, los hombres habían iniciado más jóvenes y habían tenido mayor cantidad de parejas sexuales.

Finalmente, parece ser que la percepción negativa del desempeño escolar está asociada con una mayor cantidad de conductas sexuales de riesgo y consumo de sustancias. Lo cual coincide con el estudio de Chewing *et al.*, (2001) sobre un buen desempeño académico como factor protector. Aunque, los de desempeño muy bueno, presentaron significativamente más cantidad de embarazos no planeados.

Referencias

- Andrade, P. (2002). Factores protectores y de riesgo en conductas problemáticas de los Adolescentes. Reporte de proyecto IN301399 a la DGAPA, UNAM
- Antón, F. & Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Apostolopoulos, Y., Sonmez, S. & Yu, CH. (2002). HIV-risk behaviours of American spring break vacationers: a case of situational disinhibition? *Int J STD AIDS*, 13, 733-43. doi.org/10.1258/095646202320753673
- Ary, D., Duncan, T., Biglan, A., Metzler, C., Noell, J. & Smolkowski, K. (1999). "Development of adolescent problem behavior". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 141-150. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021963531607>
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(1), 58 -70. doi.org/10.1080/13625180701617621
- Becoña, E; Juan, M; Calafat, A. & Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Adicciones*, 20 (4), 357-364.
- Bradford, J., (2001). The Neurobiology, Neuropharmacology, and Pharmacological Treatment of the Paraphilias and Compulsive Sexual Behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 26-34. doi.org/10.1177/070674370104600104
- Calafat, A; Juan, M; Becoña, E. & Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-47.
- Castaño, G; Arango, E; Morales, S; Rodríguez, A. & Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24(4), 347-363.
- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P., La Court, J., Clair, D., Spec, M. & Wilson, D. (2001). "Protective factors associated with American Indian Adolescents' safer sexual patterns". *Maternal and Child Health Journal*, 5, 273- 280. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1013037007288>
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad de riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós;
- Espada, J.P., Quiles, M.J. & Méndez, F.J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 85, 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808504.pdf>
- Fleiz, B., Villatoro, V., Medina-Mora, I. M., Alcanzar, M. E., Navarro, G. C. & Blanco, J. J. (1999). "Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México". *Salud Mental*, 22, 4, 14-19.

- Friedman SR, Flom PL, Kottiri BJ, Neaigus A, Sandoval M, Curtis R. (2001). Consistent condom use in the heterosexual relationships of young adults who live in a high-HIV-risk neighbourhood and do not use “hard drugs”. *AIDS Care*; 13, 285-96. doi.org/10.1080/09540120120043937
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva, I. & BuelaCasal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 19(4), 661-666. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72719419.pdf>
- Informe durex (2006). *Informe durex sobre bienestar sexual*. Recuperado de <http://www.durex.com/es-es/flashrepository/documents/>
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788- 800. doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.788
- McNall, M., & Remafedi, G. (1999). Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 1130-5. doi: 10.1001 / archpedi.153.11.1130
- Ministerio español de sanidad, política social e igualdad (2010). *Interrupciones voluntarias de embarazo*. Recuperado de www.mspes.es/profesionales/salud-Publica/prevPromocion/embarazo/home.htm
- Norris, A. L., Rich, C., F, Krieger, N., Guthrie, K. M., Kaplan, C., Carey, K. B. & Carey, M. P. (2019). Conductas sexuales de riesgo y el uso de sustancias entre mujeres jóvenes que buscan atención en una clínica de salud reproductiva. *BMC women's Health*, 19, 15. doi: 10.1186/s12905-019-0709-2.
- Organización de las Naciones Unidas Sida (2008). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Recuperado de www.unaids.org/es/dataanalysis/epidemiology/2008reportontheglobalaidsepidemic/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Nota descriptiva N°110, Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.
- Palacios, D. J., Andrade, P. P. & Betancourt, O. D. (2006). “Intento de suicidio y consumo de alcohol en adolescentes”. En: Sánchez, A. R., Díaz-Loving, R. y Rivera, A. S. (Eds.). *La Psicología Social en México* (pp. 174- 180), vol. 11, México: AMEPSO.
- Palacios, D. J., Bravo, F. M. & Andrade, P. P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18 (4), 1-13.
- Paasche-Orlow, M., Clarke, J. G., Herbert, M. R. Ray, M. K. & Stein, M. (2005). “Educational attainment but not literacy is associated with HIV risk behavior

- among incarcerated woman”. *Journal of Women’s Health*, 14, 852-859. doi.org/10.1089/jwh.2005.14.852
- Pulido, M., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L. & Ruíz, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., Romo, N., García, J. M. & Gutiérrez, J. L. (2006). ¿Tienen adolescentes y jóvenes que consumen drogas no inyectadas mayor probabilidad de transmisión sexual del VIH? *Adicciones*, 18, 61-72. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/356/356>
- Romo, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis: género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia: Gakoa Liburnak.
- Schonfield, P., Pattison, P. E., Hill, D. J. & Borland, R. (2003). Youth culture and smoking: Integrating social group processes and individual cognitive processes in a model of health-related behaviours. *Journal of Health Psychology*, 8, 291-306. doi.org/10.1177/13591053030083001
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G. & Sewankambo, N. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 20: 1191-1196. doi: 10.1097 / 01.aids.0000226960.25589.72

Atención plena compasiva: prevención para el consumo de sustancias en adolescentes

Erick Alvarez Ortiz, José Luis Barrera Gutiérrez, Ana Beatriz Moreno Coutiño
Facultad de Psicología, UNAM

Resumen

La calidad de vida de los adolescentes mexicanos se ha visto cada vez más comprometida debido al incremento en el consumo de drogas en adolescentes. El inicio del consumo a edades cada vez más tempranas, indica la necesidad de generar estrategias de prevención más efectivas, considerando factores etiológicos del consumo como la sintomatología ansiosa y depresiva. Las intervenciones basadas en Atención Plena Compasiva han demostrado ser efectivas en la reducción de dichos síntomas. El objetivo de este estudio fue evaluar una intervención basada en atención plena compasiva y determinar su efecto sobre la sintomatología ansiosa y depresiva y niveles de atención plena, en adolescentes con riesgo para el consumo de drogas. Se utilizó un diseño experimental pretest-postest con dos grupos experimentales (Atención Plena Compasiva y Habilidades para la Vida) y un grupo control, sin intervención. Participaron 45 estudiantes de secundaria con una edad media de 11.7 años. Se utilizaron los instrumentos POSIT, AAA, CES-D-R y FFMQ. Los resultados intra-sujetos arrojaron que el grupo APC mostró disminución significativa en sintomatología ansiosa ($t(14)=3.667, p<0.01$) y depresiva ($t(14)=2.698, p<0.05$), e incremento en atención plena ($t(14)=-6.678, p<0.001$). Los resultados inter-grupos, revelaron diferencias significativas en favor del grupo APC en el POSIT ($F(2,42)=3.834, p<0.05$), sintomatología ansiosa ($F(2,42)=6,108, p<0.05$), depresiva ($F(2,42)=5.820, p<0.05$), y atención plena ($F(2,42)=55.295, p<0.001$). Los resultados sugieren que la Atención Plena Compasiva puede ser una estrategia efectiva de prevención selectiva para el consumo de drogas en adolescentes.

Palabras clave: Atención Plena Compasiva, Prevención selectiva, Adolescencia, estado de ánimo y consumo de sustancias.

Introducción

Al comparar los datos en adolescentes mexicanos de 12 a 17 años, de la ENCODAT (2016) con los de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), se observa un incremento en el consumo de hasta el 200% en sustancias como la marihuana. Por su lado, la ENCODE (2014), señala que el consumo experimental se inicia desde

los 10 años. La prevención puede definirse como la acción y el efecto de las estrategias, programas e intervenciones, cuyo objetivo es cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales que promueven el uso de drogas. (Salvador *et al.*, 2010).

De acuerdo con la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes Mexicanos (Benjet, Borjes, Medina, Zambrano & Aguilar, 2009), realizada en la Ciudad de México en adolescentes de 12 a 17 años, la prevalencia anual de síntomas de ansiedad fue de 29.8% (DE = 28.2 – 31.5), resaltando que la ansiedad fue el problema de salud mental con mayor prevalencia entre los adolescentes mexicanos. Respecto a la prevalencia de sintomatología depresiva, Jiménez, Wagner, Rivera y González (2015), realizaron un estudio con adolescentes de 13 a 15 años, de la Ciudad de México y Michoacán, en donde el 12.4% presentaron síntomas de un episodio depresivo mayor y el 27.3% se ubicó en la categoría de depresión subclínica.

En diversas investigaciones, se ha señalado la relación entre la presencia de problemas emocionales y afectivos, con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Entre estos, se pueden destacar los siguientes. Patton, Carlon, Coffey, Wolf, Hobert y Bows (1998), reportaron que aquellos con un alto puntaje en síntomas de ansiedad y depresión, tenían una mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco, HR=3.5 (DE = 2.0 – 6.0). Becoña y Miguez (2004) encontraron que existen diferencias significativas en ansiedad entre aquellos que nunca fumaron y fumadores ocasionales y fumadores diarios, tanto en educación primaria ($F(2,1444) = 14.07$, $p < .001$) como en secundaria ($F(2,2787) = 16.33$, $p < .001$), presentándose la menor puntuación de ansiedad en aquellos que nunca fumaron. En otro estudio con estudiantes, Rodríguez, Dallos, González, Sánchez, Díaz, Rueda y Campo (2005), observaron una asociación entre el consumo abusivo de alcohol y presencia de síntomas depresivos con importancia clínica (RP = 3.97, $p < 0.05$).

La Atención Plena en el tratamiento de las sintomatologías ansiosa y depresiva

La atención plena se inscribe dentro de las denominadas Terapias de Tercera Generación, las cuales se caracterizan por abandonar los cambios de primer orden como única forma de intervención; adoptar un enfoque contextualista; ampliar de forma considerable el centro del cambio; y la utilización de habilidades de aceptación y atención plena o mindfulness (Hayes, 2004). Bishop *et al.*, (2004) establecen dos componentes esenciales en este tipo de terapias: la autorregulación de la atención y la conciencia no elaborativa de la experiencia; y adoptar una postura de curiosidad, apertura y aceptación. En cuanto a su mecanismo de acción, Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan (2006), consideran que el entrenamiento en atención plena actúa a través de la exposición no reforzada a emociones, sensaciones y pensamientos, inscribiéndose en un modelo de exposición interoceptiva.

Dos aspectos principales de la Atención Plena Compasiva son la meditación y la compasión. Las prácticas de meditación ayudan a examinar la naturaleza última de la realidad (Gyatso, 2004). El concepto de compasión se define como la habilidad para conectarse emocionalmente con las personas y con uno mismo, ante el sufrimiento propio y el de los demás, sin producir con ello una sobrecarga o cansancio, así como el deseo de aliviar ese sufrimiento o prevenirlo (Gilbert, 2005, 2009).

En años recientes, la investigación sobre la atención plena y su relación con problemas emocionales ha incrementado de forma considerable. En un estudio realizado por O'Brian, Lumberto, Kraemer y McLeish (2018), encontraron que altos niveles de actuar con consciencia ($\beta = .15$, $t = 2.48$, $p = .014$), no juzgar ($\beta = .27$, $t = 4.14$, $p < .001$), y no reaccionar ($\beta = .29$, $t = 4.81$, $p < .001$), predicen altos niveles de tolerancia a la angustia. Asimismo, se encontró una correlación negativa entre los niveles de observación y los niveles de tolerancia a la angustia ($\beta = -.10$, $t = -1.73$, $p = .085$). También se encontró que no reaccionar tiene una asociación negativa con la sensibilidad a la ansiedad ($\beta = -.15$, $t = -1.92$, $p = .056$). En otro estudio (Tubbs, Savage, Adkins, Amstadter & Dick, 2018), encontraron que tener niveles bajos en atención plena es un predictor significativo tanto para depresión ($\beta = -1.09$, $p < 0.001$) como para ansiedad ($\beta = -0.67$, $p < 0.001$).

Considerando la información aquí reseñada, resulta relevante implementar acciones que disminuyan la presencia de factores de riesgo, tales como la sintomatología ansiosa y depresiva, las cuales de acuerdo con la literatura se consideran importantes factores de riesgo en el inicio del consumo de drogas en adolescentes; por tal motivo, el objetivo de la presente investigación fue evaluar, en adolescentes con riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, una intervención basada en atención plena compasiva para determinar su efecto sobre el estado de ánimo y el nivel de atención plena.

Método

Participantes

Estudiantes de primer grado de una secundaria pública de Nezahualcóyotl, Estado de México. Se realizó un tamizaje inicial a 204 adolescentes, con una media de edad de 11.7 años, de los cuales el 56.4% eran mujeres y 43.6% hombres. El tipo de selección de la muestra fue intencional no probabilística. 81 adolescentes cumplieron con los criterios de sintomatología ansiosa o depresiva, siendo excluidos 23 debido a que tuvieron al menos un punto en la subescala Uso/abuso de drogas del POSIT. De esta forma, fueron seleccionados 45, siendo distribuidos de forma aleatoria, 15 estudiantes para cada uno de los grupos experimentales, (G_1 – Atención Plena, G_2 – Habilidades para la vida) y un grupo control (G_3 – Sin intervención).

Diseño

Se utilizó un diseño experimental pretest – postest con dos grupos experimentales y un grupo control. La V.I. fue la modalidad de intervención y como V.D. se tuvo los puntajes en los instrumentos POSIT, sintomatología de ansiedad y depresión, y atención plena.

Instrumentos

POSIT, validado en adolescentes mexicanos por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Mariño, González, Andrade & Medina, 1998) $\alpha = 0.905$; Escala de Depresión CES-D-R, validación en adolescentes mexicanos por González, Jiménez, Ramos, y Wagner (2008) $\alpha = 0.93$; Autorreporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA), validación en adolescentes mexicanos por Sánchez (2002) $\alpha = 0.90$; Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness FFMQ, validado en población mexicana por Meda, Herrero, Blanco, Moreno y Palomera (2015), $\alpha = 0.70$.

Procedimiento

Se realizó un tamizaje inicial en estudiantes de primer grado de secundaria, aplicando el POSIT y las escalas de síntomas de ansiedad y depresión. En los tres grupos se realizaron evaluaciones pre y post con las escalas AAA, CESD-R, FFMQ y POSIT. El primer grupo recibió la intervención en Atención Plena y Compasión (APC), diseñado por Sánchez- Paquini y Moreno-Coutiño (2017), que consistió en 9 sesiones semanales de 90 minutos. El segundo grupo recibió el taller tradicional impartido por el CAPA de Habilidades para la vida (HV), el cual se impartió en 6 sesiones semanales de 90 minutos. El tercer grupo no recibió intervención alguna durante el tiempo de aplicación de los talleres APC y HV.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis intra-sujetos mediante pruebas t de muestras relacionadas y análisis inter-grupos mediante ANOVA de un factor sucedido por la prueba post hoc Bonferroni. Se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson entre las cinco facetas del FFMQ y las escalas AAA, CESD-R y la sub-escala Salud Mental del POSIT.

Resultados

Intra-sujetos

El grupo control presentó aumento significativo en dos áreas de riesgo del POSIT, uso/abuso de drogas ($t(14)=-2.168, p<0.05$) y relaciones familiares ($t(14)=-2.628, p<0.05$).

En el grupo HV, se registró un incremento en el puntaje total del POSIT ($t(14) = -3.149, p < 0.01$), así como en las subescalas uso/abuso ($t(14)=-2.358,$

$p < 0.05$), relaciones familiares ($t(14) = -2.751$, $p < 0.05$), relaciones con amigos ($t(14) = -3.898$, $p < 0.01$) y conducta agresiva ($t(14) = -3.9$, $p < 0.01$).

En el grupo de Atención Plena Compasiva, disminuyeron los puntajes en las variables POSIT ($t(14) = 3.642$, $p < 0.01$), en las subescalas salud mental ($t(14) = 5.196$, $p < 0.001$), relaciones con amigos ($t(14) = 2.323$, $p < 0.05$) e interés laboral ($t(14) = 2.476$, $p < 0.05$), así como en ansiedad ($t(14) = 3.667$, $p < 0.01$) y depresión ($t(14) = 2.698$, $p < 0.05$); e incrementó el puntaje total del FFMQ ($t(14) = -6.678$, $p < 0.001$) y cada una de las facetas de atención plena. También se observó un cambio en la subescala uso/abuso ($t(14) = -3.055$, $p < 0.05$) en donde el puntaje aumentó.

Inter-grupos

En el análisis ANOVA realizado para todas las variables en la fase pre-tratamiento, indicó que los grupos fueron homogéneos al inicio del estudio. En el instrumento POSIT, al finalizar el estudio, se encontraron diferencias significativas para el puntaje total ($F(2,42) = 3.834$, $p < 0.05$) y para las subescalas de relaciones con amigos ($F(2,42) = 6.262$, $p < 0.05$) y agresión ($F(2,42) = 7.698$, $p < 0.05$). El análisis post-hoc Bonferroni ($\alpha < 0.05$), indicó que para el puntaje total del POSIT, el grupo APC tuvo un puntaje menor ($M = 19$, $DE = 7.01$) en comparación con ambos grupos, HV ($M = 28.93$, $DE = 9.55$) y control ($M = 27.47$, $DE = 14.04$). En la subescala relaciones con amigos, la diferencia estuvo entre el grupo APC ($M = 1.07$, $DE = 0.884$) y el grupo HV ($M = 2.73$, $DE = 1.33$); y para la subescala agresión el grupo HV obtuvo puntuaciones significativamente mayores ($M = 5.87$, $DE = 1.59$) en comparación con los grupos APC ($M = 2.80$, $DE = 2.11$) y control ($M = 3.53$, $DE = 2.82$).

Para la escala de ansiedad (AAA), al finalizar las intervenciones se encontraron diferencias significativas ($F(2, 42) = 6,108$, $p < 0.05$). El análisis post hoc reveló que la diferencia se encontró entre el grupo APC, el cual tuvo un puntaje menor ($M = 24.13$, $DE = 6.66$) que el grupo control ($M = 36.6$, $DE = 11.55$). También registró un puntaje menor que el grupo HV ($M = 33.13$, $DE = 11.27$), sin embargo esta diferencia no fue significativa. La comparación de los cambios registrados por fase entre los tres grupos puede observarse en la figura 1. En el caso de sintomatología depresiva (figura 2), se presentaron cambios entre las fases de tamizaje y pretest, incrementado los puntajes para los tres grupos. En la evaluación post el grupo APC obtuvo una media de puntaje igual a 29.0 ($DE = 11.26$), la cual fue significativamente menor ($F(2,42) = 5.820$, $p < 0.05$) en comparación con ambos grupos, HV ($M = 55.07$, $DE = 30.62$) y Control ($M = 51.40$, $DE = 21.79$).

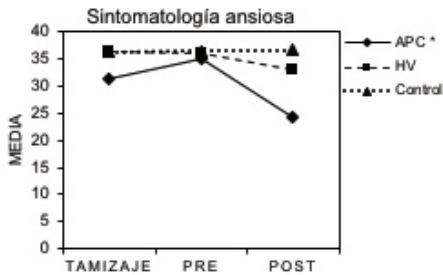


Figura 1. Cambios observados por fase en la escala AAA en los tres grupos. * $p < 0.05$

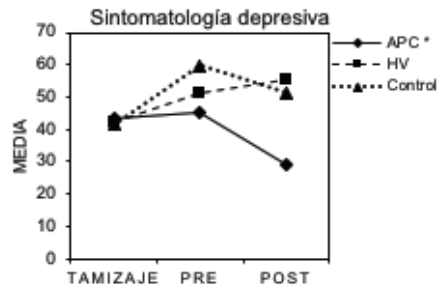


Figura 2. Cambios observados por fase en la escala CESD-R en los tres grupos. * $p < 0.05$

Para la escala FFMQ, también se encontraron diferencias significativas ($F(2,42) = 55.295, p < 0.001$), indicando el análisis post hoc que el grupo APC tuvo puntuaciones significativamente mayores ($M = 142.87, DE = 8.114$) en comparación con los grupos HV ($M = 118.2, DE = 9.26$) y Control ($M = 113.67, DE = 7.02$).

En el análisis de correlación de Pearson para sintomatología ansiosa y los puntajes de las cinco facetas de atención plena, se encontraron asociaciones moderadas, lineales e inversamente proporcionales con las facetas Actuar con consciencia ($r = -0.548, p < 0.01$) y No Juzgar ($r = -0.617, p < 0.01$). En cuanto a sintomatología depresiva, se encontró una asociación débil, lineal e inversamente proporcional con la faceta Describir ($r = -0.329, p < 0.05$), y moderadas para Actuar con consciencia ($r = -0.522, p < 0.01$) y No juzgar ($r = -0.571, p < 0.01$).

Discusión y Conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue aplicar y evaluar una intervención basada en atención plena compasiva, en adolescentes que se encontraban en riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas, determinando el efecto de la intervención tanto en la sintomatología ansiosa y depresiva como en el nivel de atención plena. El estudio se llevó a cabo mediante un diseño experimental con tres grupos de comparación. Se realizaron evaluaciones antes y después de las intervenciones. Los grupos fueron homogéneos en los puntajes de todas las variables de interés al inicio del estudio, para controlar así las fuentes de invalidación interna, aumentando la probabilidad de atribuir los cambios observados a la intervención y no a factores externos.

En el tamizaje inicial, se encontró que 81 de 204 estudiantes, es decir, el 39.7% de la población, presentaron prevalencia de sintomatología de ansiedad o depre-

sión, específicamente, 30.8% para ansiedad y 35.7% para depresión. Prevalencias similares a las obtenidas por Benjet *et al.*, (2009) y Jiménez *et al.*, (2015), quienes reportaron 29.8% y 39.7% respectivamente.

En los análisis intra-sujetos, tanto en el grupo control como el grupo HV se registraron incrementos en las variables de riesgo, en contraste con la intervención ACP, en el cual se registró una reducción en las mimas. De igual manera, en este grupo se registró un aumento significativo en las cinco facetas o habilidades de la atención plena. Derivado de los análisis de los grupos comparados contra sí mismos, se puede considerar la estabilidad de las variables de riesgo y su tendencia al incremento si no se realiza alguna intervención preventiva.

El aumento en el puntaje de riesgo registrado en los tres grupos, en el área de uso/abuso, resulta de gran relevancia ya que evidencia la necesidad de prevención desde edades tempranas. Coincidiendo con los datos de la ENCODE 2014, el consumo experimental puede iniciarse desde los 10 años. A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que las variables que hasta el momento se han considerado como de riesgo, resultan ser indicadores efectivos para predecir el inicio en el consumo, y que una vez detectadas, es más probable que aquellos que reciban una estrategia preventiva logren retrasar o evitar la progresión en el consumo.

En los análisis posteriores a la intervención, comparando los resultados de los tres grupos, en el nivel de riesgo general de acuerdo al POSIT, la intervención en APC demostró tener mayor efectividad, siendo la única que logró reducir el nivel de riesgo de forma significativa. El efecto principal de la intervención APC pudo observarse en los niveles de sintomatología depresiva, los cuales al final fueron significativamente inferiores en comparación con los otros grupos. En cuanto al nivel de ansiedad es importante resaltar que la media del grupo APC ($M=24.13$) fue la única que se ubicó por debajo del punto de corte para la escala AAA, el cual es 25 puntos. De igual forma, el nivel de desarrollo de atención plena resultó ser significativamente mayor en el grupo APC. Se pudo observar que las habilidades No juzgar y Actuar con conciencia tuvieron una asociación con las principales variables de estudio, ansiedad y depresión, lo cual coincide con lo reportado en estudios anteriores (Spinhoven *et al.*, 2017; O'Brian *et al.*, 2018) en donde estas habilidades se correlacionaron de forma negativa con estos síntomas, es decir, a mayor nivel de dominio de las mismas, menor nivel de dichas sintomatologías.

El principal hallazgo de este estudio fue el de que la intervención en atención plena compasiva resultó ser efectiva en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes que se encontraban en riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas. De manera paralela, se demostró la validez de contenido y constructo de la intervención, al registrarse un incremento en las habilidades de atención plena, es decir, los contenidos tanto conceptuales como

prácticos implementados en la intervención fueron coherentes con las habilidades en que se buscaba instruir a los adolescentes, mostrando una concordancia entre los postulados teóricos y su implementación de forma práctica.

Este estudio aporta evidencia sobre la eficacia de la atención plena como enfoque terapéutico en el mejoramiento de la salud mental, siendo un estudio pionero en su tipo en el área de la prevención del consumo de sustancias en adolescentes.

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, si bien, mediante la utilización de un diseño experimental y asignación aleatoria se buscó tener una adecuada validez interna, no se consideraron todas las variables relacionadas con la etapa de la adolescencia, que pudiesen tener algún impacto en las variables de estudio, por lo que en futuras investigaciones se recomienda una descripción más amplia de la muestra y los análisis estadísticos que integren posibles covariables. También, el haber trabajado con una muestra relativamente pequeña puede limitar la generalización de los hallazgos a toda la población adolescente, por lo que en futuros estudios resultaría importante considerar una mayor cantidad de grupos de comparación.

Finalmente, en su consideración como estrategia de prevención selectiva, una crítica podría girar en torno al su costo, ya que se requiere de una capacitación completa de los profesionales de la salud mental antes de poder implementar estrategias basadas en el enfoque de atención plena, así como del tiempo invertido en su aplicación; sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos, tanto en esta investigación, el costo-beneficio es muy positivo, por lo que se podría ya prescindir de intervenciones cognitivo-conductuales breves con un bajo efecto, para dar entrada a intervenciones más completas con un mayor efecto.

Referencias

- Becoña, E. y Miguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 1-6. doi: 10.20882/adicciones.407
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M. E., Zambrano, J., & Aguilar, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Gilbert, P. (2005). *Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary approach to social relationships*. En M. Baldwin (Ed), *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Reino Unido: Constable & Robinson.
- González, C., Jiménez, J. A., Ramos, L., y Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299. doi: 10.1590/S0036-36342008000400007
- Gyatso, T. (2004). *Adiestrar la mente*. España: Ediciones Dharma.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. México: INPRFM
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: INPRFM
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016- 2017*. México: INPRFM
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M. E., y González, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán, usando la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n2/v38n2a4.pdf>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo J., & Linehan, M. M. (2006). Mechanism of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 6(4), 459-480.

- Mariño, M. C., González, C., Andrade, P., y Medina, M. A. (1998). Validación de un instrumento para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
- Meda, R. M., Herrero, M., Blanco, L. M., Moreno, B., y Palomera, A. (2015). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de las cinco facetas de la conciencia plena” (Five facet mindfulness questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología Conductual*, 23(3), 467-487.
- O’Brian, E. M., Lumberto, C. M., Kraemer K. M., & McLeish, A. C. (2018). An examination of mindfulness skills in terms of affect tolerance among individuals with elevated levels of health anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(6), 702-713. doi: 10.1080/10615806.2018.1521515
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522. doi: 10.2105/AJPH.88.10.1518
- Rodríguez, D. C., Dallos, C. M., González, S. J., Sánchez, Z. M., Díaz, L. A., Rueda, J. E. y Campo, A. (2005). Asociación entre síntomas depresivos y abuso de alcohol n estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1402-1407. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500012
- Salvador, T., De Silva, A., Puerta, C., Jiménez, J., Alcaráz, A., Villar, A. B., y Cascales, I. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la región autónoma de la comunidad de Murcia*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Sánchez, S. (2002). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta*. (Tesis de especialidad en Psiquiatría infantil). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Sánchez-Paquini, E. y Moreno-Coutiño, A. B. (2017). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre la ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2), 167-178.
- Tubbs, J. D., Savage, J. E., Adkins, A. E., Amstadter A. B., & Dick, D. M. (2018). Mindfulness Moderates the Relation Between Trauma and Anxiety Symptoms in College Students. *Journal of American College Health*, 6, 1-11. doi: 10.1080/07448481.2018.1477782

Sección II.
**Factores asociados a la calidad
de vida en adultos**

Calidad de vida y ansiedad en estudiantes universitarios del sur de Sonora

*Leonardo Agramón Rodríguez, Santa Magdalena Mercado Ibarra,
Carlos Alberto Mirón Juárez, María Teresa Fernández Nistal*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

El conocimiento de la calidad de vida es fundamental para identificar las percepciones de las condiciones de vida de las personas. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida y la ansiedad en estudiantes universitarios. Se realizó un estudio no experimental transversal donde participaron 180 estudiantes de universidad, se utilizó el inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Los resultados muestran que los participantes tienen un nivel de calidad de vida medio, además de que la mayoría se ubica en un nivel de ansiedad severo. En prueba t-Student no se encontraron diferencias significativas en la comparación de las medias de ansiedad y calidad de vida con la variable sexo. En el análisis factorial, se obtuvieron siete factores con un ajuste débil al modelo. Se concluye para este estudio que los niveles de ansiedad y la calidad de vida no tienen diferencias entre hombres y mujeres.

Palabras clave: Calidad de vida, Ansiedad, Estudiantes

Introducción

La Calidad de Vida (CV) es un concepto que abarca diferentes áreas de la vida cotidiana de las personas y su definición se puede abordar por enfoques relacionados a evaluaciones personales de la salud física, de bienes materiales, economía, bienestar subjetivo, bienestar en general mediante el valor asignado y la satisfacción con la vida (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define la CV como la percepción que los individuos tienen del ambiente en el que se desenvuelven y que valor le asignan, en función del criterio personal y sus propósitos. Además de la influencia del estado de salud física, psicológica, relaciones sociales, creencias y factores externos.

Por ello, se deriva otro concepto que abarca la importancia de la salud como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), el cual ha sido utilizado en las ciencias

sociales debido a los estudios de variables como el grado de felicidad, satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo, derivado de las percepciones de las personas (Urzúa, 2010).

Las definiciones de la CVRS coinciden en que los aspectos de la CV parten de la influencia de las condiciones de salud en la que se encuentran las personas, aunque sus enfoques se diferencian en cómo los sujetos perciben su funcionamiento y cómo se sienten ante ello, además, la CV es integrada solo en factores que afecten la salud específica a situaciones de enfermedad, tratamiento y la valorización de la salud (Karimi & Brazier, 2016).

Se realizó un estudio que mostró como algunos factores afectan a la CV de los jóvenes estudiantes de primaria y secundaria. En los resultados se encontró que los hombres tienen valores más elevados en CVRS, con diferencias significativas en el bienestar físico y autoestima, en contraste con el bienestar emocional en el que predominaron las mujeres. En el caso de la relación entre las variables de actividad física con la CVRS, no se encontraron resultados significativos (Sánchez-Alcaraz, Calabuig, Gómez-Mármol, Valero & Asencio, 2018).

En otro estudio con jóvenes de nivel educativo universitario no se encontró diferencias en la calidad de vida entre hombres y mujeres, no obstante, la actividad física y el dolor músculo esquelético fueron los factores que más se destacaron en los niveles bajos de CV (Camargo, Orozco-Vargas & Niño, 2014).

En un estudio con el propósito de analizar los niveles de actividad física y CVRS para determinar si existía alguna relación entre los mismos. Los resultados indican que no había relación entre las variables, además de que los niveles de actividad física y CVRS se ubicaron en un rango medio alto, también comprobaron que en las dimensiones de bienestar físico, autoestima y variables sociales como la familia y amigos, los hombres obtuvieron mayores puntajes que las mujeres (Sánchez-Alcaraz, *et al.*, 2018).

Por otra parte, en una investigación con el objetivo de evaluar la CV en estudiantes universitarios, además de medir la influencia de los factores que afectan la percepción de la CV, encontraron que los hombres presentaron mayor nivel de CV que las mujeres, también destacó que los factores que afectan la percepción de la CV es la edad, la autoimagen y el sedentarismo (Wanden-Berghe, *et al.*, 2015).

En un estudio realizado con una muestra de 77 médicos residentes, donde el 15% presentó niveles de ansiedad y depresión, encontraron que la ansiedad y la depresión afecta la CV de los médicos debido a las situaciones que experimentan como la incertidumbre hacia su futuro, pocas horas de sueño o sobrecarga de trabajo (Vázquez-Ramírez & González-Pedraza, 2014).

También se ha reconocido que la mala CV se puede presentar si existe algún antecedente familiar de trastornos de ansiedad. Mediante la herencia las personas pueden presentar problemas de ansiedad, de tal manera que se convierte en un factor riesgo que predice niveles bajos de CV (López, Mendieta, Muñoz, Díaz & Cortés, 2014).

Experimentar sentimientos desagradables puede considerarse como ansiedad, la cual ha sido definida como un estado en el que las personas se encuentran alertas ante diferentes señales en las que podrían percibirse en peligro o amenazados por situaciones que desconocen (Virgen, Lara, Morales & Villaseñor, 2005).

Es importante considerar la prevalencia de los trastornos de ansiedad debido a que es una problemática que afecta al 28% de la población mundial y en México el 18% de la población que radica en el contexto urbano sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o algún tipo de fobia (INCyTU, 2018).

Se reconoce la importancia del estudio de las condiciones de salud asociadas a la calidad de vida, con el fin de identificar áreas de oportunidad para la mejora de las condiciones de la población y, asimismo, cumple la función de informar a la población la situación en la que se encuentra la sociedad mundial (Forouzanfar, 2017).

De la misma forma se requiere poner atención a los jóvenes universitarios debido a las exigencias en las que se encuentran, es necesario conocer cómo perciben su estado de salud psicológica, física y social, debido que a la ansiedad que puede estar asociada a sus actividades académicas (Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez & Reyes, 2015).

Realizar evaluaciones en los jóvenes estudiantes acerca de los estados emocionales como la ansiedad aporta información que puede ser utilizada de manera preventiva para evitar consecuencias que puedan afectar su CV (Arrieta, Diaz, González, 2014). De la misma forma es posible conocer los factores que afectan el bienestar de los estudiantes mediante la evaluación de la CV, en función de crear estrategias para mejorar la salud física, psicológica y social de los estudiantes (Camargo, Orozco-Vargas & Niño, 2014).

El objetivo del presente estudio es evaluar la ansiedad y calidad de vida de jóvenes estudiantes universitarios con el propósito de conocer si existen diferencias entre los niveles de ansiedad y CV en hombres y mujeres.

Método

La presente investigación es cuantitativa no experimental, comparativa de corte transversal, debido a que la información sólo se obtuvo en un solo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Participantes

En el estudio participaron 180 (50% mujeres y 50% hombres) jóvenes estudiantes universitarios mayores de 18 años, los cuales fueron seleccionados mediante el muestreo por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017).

Instrumentos

Para medir la CV se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF, el cual se compone por 26 preguntas; dos preguntas relacionadas con calidad de vida en general y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas que abordan cuatro dimensiones: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y ambiente. El instrumento WHOQOL-BREF ha sido utilizado en poblaciones enfermas y sanas en diferentes países como Turquía, Reino Unido, Brasil, Estados Unidos, China, Australia, India, Tailandia, Irán, Sudán y Nigeria (Cardona-Arias, Higueta-Gutiérrez, 2014). El instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de .87 en la mayoría de las dimensiones y un alfa total de .88 (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco & Bunout, 2011).

En el caso de la ansiedad se evaluará mediante el inventario de ansiedad de Beck, versión mexicana adaptada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001). El inventario consta de 21 ítems calificados en una escala de cuatro puntos (de 0 a 3) y cuanta con un alfa de Cronbach de .84 para estudiantes universitarios y de .83 para la población en general.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fue en una escuela pública de Ciudad Obregón, Sonora donde la participación de los sujetos fue de manera voluntaria y no recibieron alguna remuneración económica. Se les mencionó que no era obligatoria su participación, en caso de no querer participar solo era necesario comentarlo antes de la aplicación. Además, se les comunicó que la información recolectada sería confidencial. La evaluación fue de manera grupal con una duración de 10 a 15 minutos.

Análisis de datos

Para el presente estudio se realizaron análisis de consistencia interna para determinar la confiabilidad de las escalas, análisis para conocer la distribución de respuestas, se obtuvo la media y desviación estándar del instrumento de ansiedad y de las dimensiones del instrumento de CV. Se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para ver el ajuste de los reactivos en las dimensiones de CV. Para la comparación de la variable sexo con las medias de ansiedad y las dimensiones de CV se realizó la prueba t-Student para muestras independientes.

Resultados

En el análisis de consistencia interna del instrumento de ansiedad se obtuvo un alfa de Cronbach de .901, el cual se considera en un rango alto. En el caso del

instrumento de CV se obtuvo un alfa de Cronbach de .874 considerado favorable, esto indica que los resultados son fiables.

Para determinar la curtosis y asimetría de los datos del instrumento de ansiedad, se realizó un análisis descriptivo. Los resultados de ambas medidas mostraron que los datos son normales debido a que se encuentran dentro de los rangos establecidos. Por otra parte, se puede observar el valor de la media de 1.60 con una desviación estándar de .482 (tabla 1).

Tabla 1. Análisis de normalidad del instrumento de ansiedad

	Estadísticos descriptivos						
	N	Media	Desv. Desviación	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
Ansiedad	176	1.6	0.482	1.254	0.183	1.543	0.364
N válido (por lista)	176						

Los resultados obtenidos muestran una menor media en la dimensión de salud con 2.88 y una desviación estándar de .545, y el mayor valor fue en la dimensión de relaciones sociales con 3.67 y una desviación estándar de .789. En los resultados de asimetría y curtosis se observó que existe normalidad en las cuatro dimensiones, dado que están dentro de los rangos establecidos (tabla 2).

Tabla 2. Análisis de normalidad del instrumento de CV

	N	Media	DE	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
Salud física	177	2.88	0.545	-0.028	0.183	-0.526	0.363
Salud psicológica	177	3.54	0.496	-0.345	0.183	-0.322	0.363
Relaciones sociales	176	3.67	0.789	-0.26	0.183	-0.201	0.364
Ambiente	178	3.31	0.594	0.131	0.182	-0.259	0.362
N válido (por lista)	169						

En el análisis de distribución de frecuencias se encontró que el 75% de los participantes tuvo una edad de 18 a 21 años, el 95.5% contestó estar soltero, mientras la mayoría de los participantes con 59.6% respondió obtener un ingreso mensual de \$500 a \$2500. El 38.9% contestó no realizar actividad física, mientras que el 15.6% reportaron realizar actividad física una o dos veces por semana, además de que el 42.5% realiza 30 minutos de actividad física y el 36.8% invierte de 1 a 2 horas de actividad física, finalmente el 91.1% respondió no padecer alguna enfermedad en

general, no obstante, el 8.9% respondió padecer alguna enfermedad, en el caso del nivel de ansiedad el 51.4% se ubicó en un nivel severo, mientras que el 48.6% se encontró en un rango moderado (tabla 3).

Tabla 3. Análisis de frecuencias de las variables sociodemográficas

	Rangos	Frecuencias	Porcentaje
Edad	18-21	134	75.30%
	22-25	39	21.90%
	26-38	5	2.80%
Estado civil	Soltero	171	95.50%
	Casado	4	2.20%
	Otro	4	2.20%
Ingreso mensual	\$500-\$2500	93	59.60%
	\$2500-\$4500	32	20.50%
	Mayor a 4500	31	19.90%
Realiza actividad física	No realiza	70	38.90%
	Una o dos veces a la semana	28	15.60%
	tres o más de tres veces por semana	19	10.60%
Tiempo de actividad física	30 minutos	37	42.50%
	1 a 2 horas	32	36.80%
	Más de 2 horas	18	20.70%
Sufre alguna enfermedad en general	Sí	16	8.90%
	No	163	91.10%
Nivel de ansiedad	Moderado	86	48.60%
	Severo	91	51.40%

Transformación de puntuaciones CV a rangos

Las puntuaciones de los datos obtenidos de CV se obtuvieron mediante la fórmula que señala en el manual (OMS, 2012): $\text{Puntuación} = (\text{media de la dimensión} - 4) * (100/16)$, en este sentido se tienen que convertir las puntuaciones de

las medias en cada dimensión en un rango del 0-100 donde el puntaje que se acerque más a 100 indica un mayor nivel de CV. Los resultados de las cuatro dimensiones oscilan de 57.68 a 66.75, observándose que las puntuaciones se encuentran en un rango medio (tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de CV

Dimensión	Media	DE	Puntuación de CV
Salud física	14.16	2.327	63.5
Salud psicológica	14.37	2.701	64.81
Social	14.68	3.155	66.75
Ambiente	13.23	2.375	57.68

En el análisis factorial con rotación varimax, se detectaron siete factores, el primero está compuesto por cinco ítems de salud psicológica, el segundo incluye tres reactivos de aspectos sociales, el tercero se compone por tres reactivos de salud física, el cuarto obtuvo tres ítems de satisfacción personal, en el quinto resultaron tres en relación a disponibilidad, los demás incluyen dos ítems (tabla 5).

Tabla 5. Análisis factorial con rotación varimax de CV

	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
Ítem 5	0.855						
Ítem 6	0.704						
Ítem 1	0.632						
Ítem 2	0.49						
Ítem 26	-0.446						
Ítem 20							
Ítem 21							
Ítem 24		0.773					
Ítem 25		0.668					
Ítem 23		0.565					
Ítem 22		0.496					
Ítem 16							
Ítem 9							
Ítem 12			0.545				
Ítem 10			0.471				
Ítem 11			0.434				
Ítem 18				0.864			
Ítem 19				0.461			

Ítem 17				0.436		
Ítem 13					0.523	
Ítem 14					0.478	
Ítem 15					0.449	
Ítem 8						0.618
Ítem 7						0.53
Ítem 3						0.739
Ítem 4						0.588

Los resultados de la prueba t-Student en ansiedad y la variable sexo, muestran una media de 34.71 en las mujeres mientras que en los hombres resultó una media de 32.12, en el caso de las medias de CV, se observó poca variabilidad en los valores entre los hombres y las mujeres de cada dimensión. Se puede observar que no existen diferencias significativas entre las dimensiones de CV con la variable sexo, no obstante, en la variable “ansiedad” se obtuvo un valor cercano a la significancia ($p > 0.05$) (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de medias de las dimensiones de CV y ansiedad con la variable sexo y prueba t de Student

	Sexo	N	Media	DE	t	Sig.
Ansiedad	Mujer	88	34.71	10.89	1.741	0.083
	Hombre	88	32.12	8.96		
Salud Física	Mujer	89	14.15	2.49	-0.07	0.945
	Hombre	88	14.18	2.16		
Salud Psicológica	Mujer	88	14.39	2.74	0.103	0.918
	Hombre	89	14.34	2.67		
Relaciones Sociales	Mujer	88	14.95	3.27	1.148	0.253
	Hombre	88	14.41	3.02		
Ambiente	Mujer	89	13.11	2.5	-0.646	0.519
	Hombre	89	13.34	2.25		

Discusión y conclusiones

Los resultados de fiabilidad del inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de CV WHOQOL-BREF mostraron que los datos confiables para este estudio.

A través del análisis de frecuencias se encontró que los participantes tienen un nivel de ansiedad moderado y severo. En el caso de hombres y mujeres se encontró que ambos sexos presentan un nivel de ansiedad severo, debido a que sus puntuaciones superan los 31 puntos obtenidos.

En cuanto a la CV, las puntuaciones de los participantes se encontraban en un nivel medio en el rango del cero al cien. Por otra parte, se rechazó la hipótesis de que la CV fuera diferente entre hombres y mujeres debido a que en las

medias de las dimensiones no existe varianza entre ellas además de que no hubo diferencias significativas. Estos resultados se contrastan con lo que encontraron Wanden-Berghe, *et al.*, (2015) en una muestra de estudiantes en España, donde los hombres reflejaron mayor nivel de CV que las mujeres. Al mismo tiempo contrasta con el estudio de Sánchez-Alcaraz, *et al.*, (2018) donde encontraron que la CV era mayor en hombres en cuanto al bienestar físico y autoestima, en cambio las mujeres se destacaron por tener mayor nivel de CV en estados emocionales. En comparación con los resultados del estudio de Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez & Reyes, (2015), coinciden con los obtenidos en el presente estudio donde no se encontraron variaciones entre los niveles de ansiedad en hombres y mujeres, además de que no hubo diferencias significativas.

En el caso de la validez de constructo de los cuatro factores que propone la OMS, cuatro reactivos no se encuentran dentro de alguno de los siete factores, en este sentido, las dimensiones no concuerdan con las propuestas con el autor a excepción del primer factor que reúne la mayoría de los reactivos para la dimensión de salud psicológica. Lo anterior coincide con Urzúa y Caqueo-Úrizar (2013), quienes en su estudio con muestra chilena encontraron discrepancias con la estructura factorial.

El presente estudio cumplió con el objetivo de evaluar la ansiedad y la CV de los estudiantes universitarios. El conocimiento de los estados emocionales como la ansiedad que podrían afectar la CV de los estudiantes es de gran importancia, por ello, la realización de investigaciones de dichas variables aporta información que podría funcionar de manera preventiva o bien para fomentar investigaciones de corte experimental que abarquen de manera específica a los factores que influyen en los estudiantes para padecer problemas de ansiedad y una baja CV. El mantener hábitos poco saludables como la mala alimentación, el sedentarismo, el consumo excesivo de sustancias, el poco control emocional, pueden ser percibidos con bajo riesgo por las poblaciones más jóvenes, sin embargo, es una realidad que las enfermedades que antes afectaban a personas de mayor edad se presentan a edades más tempranas.

Las limitaciones del estudio fue la selección de la muestra al ser por conveniencia los datos no pueden ser representativos. Otra posible limitación fueron los datos perdidos en las variables atributivas. Se recomienda que para futuros estudios se utilicen muestras aleatorias para poder generalizar los resultados, de tal manera que se pueda contribuir al conocimiento que existe de CV y ansiedad.

Referencias

- Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (2014) Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Rev. Clín. Med. Fam*, 7(1), 14-22.
- Cardona-Arias, J., & Higueta-Gutiérrez, L. (2014) Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., & Reyes, A. (2015) Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios Diversitas. *Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
- Camargo, D., Orozco-Vargas, L., & Niño, G. (2014) Calidad de vida en estudiantes universitarios: evaluación de factores asociados. *Rev. Cstarr. Salud Pública*, 23, 119-125. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277323374_Calidad_De_Vida_En_Estudiantes_Universitarios_Evaluacion_De_Factores_Asociados
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011) Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Forouzanfar, M., Afshin, A., Alexander, L., Anderson, H., Bhutta, Z., Biryukov, S., & Charlson, F. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659–1724. doi:10.1016/s0140-6736(16)31679-8
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación*. D.F., México, McGRAW-HILL.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. Doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- López, M., Mendieta, D., Muñoz, M., Díaz, A., & Cortés, J. (2014) Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Ment*, 37(6), 509-516. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a9.pdf>
- Oficina de Información Científica y Tecnología para el Congreso de la Unión (2018) Salud mental en México. Ciudad de México, 7. Recuperado de https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

- Organización Mundial de la Salud (1996) La gente y la salud: ¿Qué es calidad de vida? Foro mundial de la salud, 17. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población de estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232.
- Sánchez-Alcaraz, B., Calabuig, B., Gómez-Mármol, A., Valero, A., & Asencio, M. (2018) Nivel de actividad física y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes. *Acciómotriz*, 21, 7-14. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6597289>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012) Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Urzúa, A. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev. Med. Chile*, 138, 358-365. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2013) Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev. méd. Chile*, 141(12). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>
- Vázquez-Ramírez, L., & González-Pedraza, A. (2014) Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la Ciudad de México. *Atención familiar*, 21(4), 109-112. Doi:10.1016/s1405-8871(16)30030-x
- Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005) Los trastornos de ansiedad. *Revista digital universitaria*, 6(11). Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wanden-Berghe, C., Martín-Rodero, H., Rodríguez-Martín, A., Novalbos-Ruiz, J., Emilio Martínez, E., Sanz-Valero, J., García, A., Vila, A., Victoria, M., Tur, A., Márquez, S., García, P., & Irlas, J. (2015) Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud. *Nutr Hosp*, 31, 952-958. Doi:10.3305/nh.2015.31.2.8509
- World Health Organization (2012) Programme on mental health: WHOQOL user manual. WHO/MNH/MHP. 1. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Autoconcepto, victimización entre pares y la relación con el bienestar personal de universitarios

*Dayanne Alejandra Quintana Chávez,¹ Jesús Tánori Quintana,¹
Heloisa Bruna Grubits Freire,² Christian Oswaldo Acosta Quiroz¹*

¹ Instituto Tecnológico de Sonora

² Universidade Católica Dom Bosco

Resumen

Se ha encontrado que el bienestar de sujetos de 21 a 35 años de edad está relacionado con factores de desarrollo personal y el ambiente social (Palomar, 2000). El objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de explicación que tienen el autoconcepto y la victimización con el bienestar. Participaron 304 estudiantes universitarios de 18 a 35 años de edad, y se aplicaron las siguientes escalas, Índice de Satisfacción Personal y Local de Cummins (2002), Autoconcepto Forma 5, escala adaptada a estudiantes universitarios por Bustos, Oliver, Galiana (2015) y la escala de Victimización (Ortega-Ruiz, Del Rey y Casas, 2016). Se llevaron a cabo análisis descriptivos, y correlaciones previo al modelo de regresión lineal. Entre los hallazgos de la investigación se observa la existencia de correlaciones significativas entre cada una de las variables predictores con respecto a la variable criterio, la que se quiere explicar. Por otra parte, los resultados indican que esas variables explican el 33% de la varianza del bienestar personal, siendo esta una dimensión de calidad de vida subjetiva.

Palabras clave: autoconcepto, bienestar personal, acoso tradicional, estudiantes universitarios.

Introducción

En la actualidad, el acoso entre pares es considerado como un problema de salud a escala mundial (Craig, Harel-Fisch, Fogel-Grinvald, Dostaler *et al.*, 2009; Herrera-López, Romera, Ortega-Ruiz, 2018), y ha sido definido como una dinámica de maltrato intencional, ejercida por pares de manera persistente (Musalem y Castro, 2015), que conlleva consecuencias negativas en el desarrollo integral, el bienestar y la salud mental de quien lo padece (Tippett y Wolke, 2014).

La victimización entre pares afecta de manera negativa la salud de las víctimas, los cuales continuamente manifiestan síntomas depresivos, ansiedad, sentimientos de soledad, baja autoestima, quejas somáticas, imagen negativa de sí mismos y baja satis-

facción con la vida. Se ha encontrado también que la victimización afecta la imagen personal y autoconcepto de la víctima (Cava y Buelga, 2018; Mehari y Farrell 2015).

Debido a su ocurrencia se ha vuelto un problema prevalente, que además se relaciona con una gran diversidad de aspectos tanto de la vida actual como de la vida futura de quienes son víctimas de acoso (Finkelhor y Ormrod, 2001; Wolke y Lereya, 2015). Las causas del fenómeno del acoso se consideran variadas, y el caso particular del acoso escolar no es la excepción, ya que también se le considera un fenómeno multicausal en el que se conjugan una variedad de factores (Ortega y Córdoba, 2010), ya que contribuyen tanto los factores del individuo, como de la familia, de la escuela y la comunidad en general.

Como consecuencia de lo anterior y en congruencia al hecho de ser un fenómeno multifactorial se ha propuesto evaluar el fenómeno desde una perspectiva más amplia que permita obtener una visión más amplia del fenómeno. Contribuyendo así a conseguir una mejor comprensión de dicha conducta (Sweaters y Hymel, 2015).

En México un poco más de 4 millones de jóvenes, se encuentra matriculados en instituciones de educación superior (Mendoza, 2018). Sin embargo, las relaciones conflictivas dentro del contexto escolar se han convertido en una de las mayores preocupaciones de la sociedad (Caballero, 2010), dentro del fenómeno se ven involucradas variables personales, familiares, escolares y ambientales (Pelegrín y Garcés, 2008).

Además, se ha encontrado que algunas de las variables personales y de contexto, que influyen en la percepción de la violencia que tienen los individuos son el autoconcepto y el bienestar subjetivo, estos inciden en cómo se vive y como se manifiesta, pero también el impacto que tiene en la satisfacción con la vida de los individuos (Del Tronco, 2013; Iglesias, 2012).

Es por ello por lo que algunos autores han señalado la necesidad de que las instituciones de educación superior evalúen y den seguimiento a la salud mental de los estudiantes. En aras de propiciar el bienestar subjetivo de los mismos, dándole la misma importancia que le otorgan al éxito profesional (Beiter *et al.*, 2015, Hurst, Baranik y Daniel, 2012).

El bienestar subjetivo por su parte es la apreciación de la vida del individuo. Siendo en términos generales; qué tan satisfecho está con su vida, qué tan feliz es, y también se puede explorar sobre el estado afectivo e incluso el nivel de satisfacción experimentado en diferentes ámbitos de su vida (Cummins, 1997). Por su parte, el autoconcepto se define como el concepto que un individuo tiene de sí mismo (García y Musitu, 2014). Además, se ha encontrado que el autoconcepto se ve relacionado con la satisfacción con la vida (Goñi, Esnaola, Rodríguez y Camino, 2015).

Puesto que se han identificado diferentes riesgos sociales y de salud, que los jóvenes enfrentan a través de la interacción social dentro y fuera de los ambientes educativos (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2013; INEGI, 2010;

Instituto Nacional de la Juventud, 2012). Al ser expuestos a padecer diversos factores de riesgo, se convierten en una población vulnerable (Castro y Llanes, 2006; Lara, Saldaña, Fernández y Delgadillo, 2015). Este trabajo busca integrar estos recursos psicológicos y variables de contexto, que han sido estudiados de manera separada. Por lo tanto, el objetivo del estudio de determinar el grado de explicación que tienen el autoconcepto y la victimización sobre el bienestar.

Método

La presente investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental ya que sólo se medirá el fenómeno sin modificar o manipular los factores que intervienen; transversal porque la medición se da en un solo momento, y de alcance correlacional. Para la selección de participantes se utilizó un muestreo no probabilístico y se seleccionaron 304 estudiantes de 18 a 37 años con una media de 19.95 de edad, pertenecientes a una institución de Educación Superior del sur de Sonora. De los cuales el 22.4% fueron hombres y el 77.6 % mujeres.

Instrumentos

Índice de Satisfacción Personal y Local de Cummins (2002), por una parte, se integra por las 13 aseveraciones originalmente planteadas que indagan sobre la situación económica, de salud, logros, para todas a nivel personal y sobre la localidad de pertenencia a la localidad con 7 reactivos referentes las relaciones interpersonales. La escala queda constituida por tres factores: el primero se refiere a la satisfacción por la localidad (alfa= .89), seguido por satisfacción personal (alfa= .82) y satisfacción por el apoyo social (alfa= .74), y en conjunto explican el 54.9% de la varianza.

Autoconcepto Forma 5, escala adaptada a estudiantes universitarios por Bustos, Oliver, Galiana (2015), del instrumento original Escala Autoconcepto Forma 5 (García & Musitu, 2014). Este instrumento evalúa cinco dimensiones del autoconcepto: académica, social, emocional, familiar y física, con seis ítems cada una, con alfas de Cronbach (que oscilaron entre .73 y .82). Para este estudio solo se utilizaron los ítems relacionados con el autoconcepto social, autoconcepto académico y autoconcepto emocional.

Victimización (Ortega-Ruiz, Del Rey y Casas, 2016), que está compuesto por 14 ítems, 7 que describen aspectos que se relacionan con la victimización y 7 que corresponden a la agresión. Todos los ítems tienen un diseño tipo Likert, con puntuaciones que van de 0 a 4, donde 0 significa nunca y 4 siempre, con un alfa de Cronbach de .80.

Procedimiento

Para la recolección de los datos se acudió con las autoridades académicas correspondientes de las instituciones que participarían en la investigación; al obtenerse los permisos se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes y se les explicó la información contenida en el consentimiento informado y los objetivos del estudio. Para los análisis de datos se llevaron a cabo análisis descriptivos, y correlaciones previo al modelo de regresión lineal.

Resultados

En esta sección se presentarán los resultados, primero las correlaciones de las variables involucradas para determinar si no presentan un efecto de colinealidad, evitar que dos variables tengan una correlación mayor o igual de .85, además de descartar aquellas variables que no se relacionen con el bienestar personal. Por lo que, primero se constató la existencia de correlaciones significativas entre cada una de las variables predictores con respecto a la variable criterio, la que se quiere explicar. En este caso, se pretende explicar el bienestar personal, a través del autoconcepto y la victimización.

Se observa que las variables independientes presentan una correlación estadísticamente significativa con la variable dependiente, siendo la que correlaciona menos la victimización y la que se relaciona más es el autoconcepto social. Ver tabla 1.

Tabla 1. Medias y desviación estándar, y correlaciones entre las variables

Variables	Media	DE	1	2	3	4	5
1. Índice de bienestar personal (PWI)	3.92	0.61	-				
2. Autoconcepto social	3.93	0.73	.463**	-			
3. Autoconcepto académico	4.03	0.67	.450**	.439**	-		
4. Autoconcepto emocional	2.7	0.71	-.281**	-.172**	-0.098	-	
5. Victimización	1.7	0.64	-.250**	-.226**	-.224**	0.1	-

Nota. Todos los coeficientes son significativos al ** $p < .01$

Para cumplir con el objetivo de determinar el grado de explicación que tienen el autoconcepto y la victimización se llevó a cabo una regresión lineal. El modelo de regresión que se ha obtenido para explicar el bienestar personal de los jóvenes a partir de los tres tipos de autoconcepto y la percepción de victimización, tuvo en

cuenta la magnitud de la correlación entre estas variables (ver tabla 1). Por ello, en el modelo calculado se introdujeron las variables de que habían presentado mayores correlaciones. Se agregaron las variables una por una en el siguiente orden: autoconcepto personal, social, emocional y victimización. Los resultados indican que esas variables explican el 33% de la varianza del bienestar personal, siendo esta una dimensión de calidad de vida subjetiva (ver tabla 2).

Tabla 2. Regresión para bienestar personal como variable criterio y las dimensiones del autoconcepto y victimización

Variable	<i>B</i>	<i>ETB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoconcepto social	0.236	0.045	0.28	5.25	0
Autoconcepto académico	0.262	0.049	0.28	5.37	0
Autoconcepto emocional	-0.17	0.041	-0.19	-4.11	0
Victimización	-0.102	0.047	-0.11	-2.19	0.029

Nota. $R^2 = .33$ ($N = 303$, $p < .001$)

Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos de esta investigación indican que el bienestar personal, si puede variar a través del autoconcepto y la victimización del estudiante. Lo cual coincide con diversas investigaciones donde se indica que la violencia escolar debilita la calidad de vida de quien lo padece y que, además, está relacionado con problemas de salud (Álvarez-García, Rodríguez, González-Castro, Nuñez y Álvarez, 2010; Srabstein, Berman, y Pyntikova, 2008).

Finalmente, este estudio permite confirmar que el bienestar personal es un constructo que debe valorarse de manera multidimensional, que se encuentra asociado con variables personales y de contexto, y estas pueden tener un efecto positivo o negativo en la percepción de bienestar, puesto que se produce una alteración que afecta sentimientos, emociones y percepciones, y pueden ser predictores de la satisfacción con la vida (Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla, 2015; Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Escalante, 2012; Watanabe, 2006).

Referencias

- Álvarez-García, D., Rodríguez, C., González-Castro, P., Núñez, J. C., y Álvarez, L. (2010). La formación de los futuros docentes frente a la violencia escolar. *Revista de Psicodidáctica*, 15(1), 35-56.
- Barrantes-Brais, K., y Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17 (1), 101-123.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., y Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. Doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054
- Bustos, V., Oliver, A., y Galiana, L. (2015). Validación del Autoconcepto Forma 5 en Universitarios Peruanos: Una Herramienta para la Psicología Positiva. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 28 (4), 690-697
- Castro M. y Llanes J. (2006). El coeficiente de riesgo psicosocial como medida compleja para el monitoreo y seguimiento de la vulnerabilidad psicosocial de poblaciones estudiantiles. *Liberaddictus Cuadernos de Prevención*; 91: 1-7.
- Cava, M. J., y Buelga, S. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Victimización Escolar entre Iguales (VE-I). *Revista Evaluar*, 18(1), 40-53.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población de México 2010-2050. <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>, julio de 2013.
- Craig, W.; Harel-Fisch, Y.; Fogel-Grinvald, H.; Dostaler, S.; Hetland, J.; Simons-Morton, B.; Molcho, M.; de Mato, M.; Overpeck, M., Due, P. y Pickett, W. (2009). "A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries", *International Journal of Public Health*, vol. 54, suppl. 2, pp. 216-224.
- Cummins, R. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale-Adult*. Fifth edition. Manual. Australia, Deakin University
- Cummins, R. (2002). *International Wellbeing Index*. Documento electrónico disponible en línea en [http://acqol.deakin.edu.au/inter_wellbeing/ Index_Spanish.doc](http://acqol.deakin.edu.au/inter_wellbeing/Index_Spanish.doc)
- Del Tronco, J. (2013). Violencia escolar: una exploración de sus dimensiones. En Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) y Observatorio de Violencia en los Establecimientos Educativos (Presidencia), V Congreso Iberoamericano de Violencia Escolar: conversar la cultura escolar para construir violencia. Congreso llevado a cabo en Santiago de Chile, Chile.
- Finkelhor, D.; Ormrod, R. Homicides of children and youth. EUA: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin. U.S. Department of Justice, 2001.
- García, J. F., y Musitu, G. (2014). *AF5: Autoconcepto forma 5*. Madrid, España: TEA.

- Goñi, E., Esnaola, I., Rodríguez, A. y Camino, I. (2015). Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. *Psicothema*, 27(1), 52-58. doi: 10.7334/psicothema2014.105
- Herrera-López, M.; Romera, E. y Ortega-Ruiz, R. (2018). Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico. *Revista mexicana de investigación educativa*, 23(76), 125-155.
- Hurst, C. S., Baranik, L., y Daniel, F. (2012). College Student Stressors: A Review of the Qualitative Research. *Stress and Health*, n/a–n/a. doi:10.1002/smi.2465
- Iglesias, J. (2012). La violencia en la Historia. Análisis del pasado y perspectiva sobre el mundo actual. Huelva, Universidad de Huelva, 332.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y vivienda 2010. México, un país de jóvenes. Informativo Conociendo...nos Todos [sitio en Internet]. México; marzo 2011.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2012). *Encuesta Nacional de la Juventud*. Disponible en línea: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/5._ENJ_2010_-_DF_VF_Mzo_29_MAC.pdf
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N., y Delgadillo, H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista hacia la promoción de la salud*, 20(2). DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.8
- Mehari, K., y Farrell, A. (2015). The relation between peer victimization and adolescents' well-being: The moderating role of ethnicity within context. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 118-134. doi: 10.1111/jora.12095
- Mendoza, J. (2018). "Sistemas de Educación Superior. Estadística básica 2006-2017", DGEI-UNAM, Ciudad de México.
- Musalem, R., y Castro, P. (2015). *Qué se sabe de bullying*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 14–23. DOI:10.1016/j.rmcl.2014.12.002
- Ortega, R. & Córdova, F. (2010). Construir la convivencia para prevenir la violencia: Un modelo ecológico. En R. Ortega (Ed.), *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar*. 299-320. España: Alianza Editorial.
- Ortega-Ruiz, R., Del Rey, R., y Casas, J. (2016). Evaluar el bullying y el cyberbullying validación española del EBIP-Q y del ECIP-Q. *Psicología Educativa*, 22(1), 71-79.
- Palomar, J. (2000). The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City. *Social Indicators Research*, 50, 187-208.
- Páramo, M., Straniero, C., García, C., Torrecilla, N., y Escalante, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10 (1), 7-21.
- Pelegrín, A., y Garcés, E. (2008). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. *European Journal of Education and Psychology*, 1 (1), 5-20.

- Srabstein, J., Berman, B., y Pyntikova, E. (2008). Antibullying legislation: A public health perspective. *Journal of Adolescent Health*, 42, 11-20. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.10.007
- Swearer, S., & Hymel, S. (2015). "Understanding the Psychology of Bullying: Moving Toward a Social-Ecological Diathesis–Stress Model". *American Psychologist*, 70(4), 344-353. doi: 10.1037/a0038929
- Tippett, N., & Wolke, D. (2014). Socioeconomic Status and Bullying: A Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 104(6), e48–e59. doi:10.2105/ajph.2014.301960
- Watanabe, B. (2006). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Hologramática*, 5(2), 35-46.
- Wolke, D. y Lereya, S. (2015). Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child*, 100, 879- 885. doi: 10.1136/archdischild-2014-306667

Calidad de vida en estudiantes de medicina: un estudio de género

*Moisés Omar Ayala Burboa, Raquel García Flores,
Jesús Tánori Quintana, Christian Oswaldo Acosta Quiroz*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

La calidad de vida está integrada por diferentes componentes, dos de estos son la satisfacción con la vida y el bienestar personal. Los estudiantes de Medicina son propensos a sufrir diferentes situaciones negativas que pueden afectar estas dos áreas de su vida. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la diferencia entre hombres y mujeres estudiantes de medicina respecto a la percepción de satisfacción con la vida y bienestar personal. Se empleó un diseño no experimental, transversal, cuantitativo. Los principales resultados resaltan diferencias significativas en las variables estudiadas en cuanto al sexo donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en las dos variables estudiadas.

Palabras clave: satisfacción con la vida, bienestar personal, estudiantes, calidad de vida.

Introducción

El estudio de la calidad de vida, dada su complejidad y características, ha propiciado que sea abordado por diferentes disciplinas, como las Ciencias Sociales, Medicina y la Economía. Gracias a estas disciplinas se ha logrado entender que la calidad de vida es multidimensional y en esta influyen factores ambientales y personales, los componentes que forman parte de ella son objetivos y subjetivos y es complementada por la autodeterminación, los recursos y el sentido de bienestar (Cummins, 2005). El hablar de calidad de vida implica explorar en la percepción de vida de las personas, considerando sus valores culturales, sus expectativas personales y preocupaciones, aspectos de salud psicológica y física, autonomía, creencias personales y la relación del individuo con su entorno (WHO, 2012; WHOQOL, 1995).

La calidad de vida, entonces, integra tanto variables subjetivas como objetivas; sin embargo, los aspectos subjetivos no han sido explorados exhaustivamente, ni los que tienen que ver con el contexto, lo social, cultural y ambiental (Arita, 2010).

Se considera que dichas variables contribuyen a modificar la calidad de vida, por ejemplo: lo contextual, es decir, lo relacionado con la región o comunidad donde se desarrollan los individuos, lo dotan de una serie de características determinantes para su desarrollo en sociedad. Adicionalmente, Palomar (2010) menciona que estos atributos pueden influir en las condiciones de vida de las personas porque contribuyen a modificarlas.

El comenzar una nueva etapa en la universidad representa una serie de cambios educativos, sociales, familiares, alimentarios y emocionales. Esto viene a modificar la dinámica habitual de las personas, convirtiéndose en una población vulnerable para diferentes situaciones que pueden afectar su homeostasis, por lo que el estudio de la calidad de vida en estudiantes universitarios resulta ser de suma importancia (Durán, Castillo, & Vio, 2009). Banda y Morales (2012) resaltan la importancia de la calidad de vida en estudiantes universitarios, ya que es en esta etapa de la vida en la que el potencial profesional se encuentra en proceso de formación y organización de lo que será su plan de vida. Esto se verá reflejado en los procesos de transformación que realizará en los ambientes sociales, políticos, económicos y tecnológicos.

Es bien conocido que la ansiedad, la depresión, entre otros trastornos psicológicos, son predictores del estrés, lo que podría ocasionar cambios en el sistema inmune del ser humano; esto viene a repercutir tanto en la salud física y psicológica de las personas (Abdulghani, AlKanhah, Mahmoud, Ponnampereuma, & Alfari, 2011). Aunado a esto, la carrera de Medicina demanda del estudiante un fuerte compromiso académico y, al tratarse de una profesión donde vidas de seres humanos están en juego, los programas de formación suelen ser rigurosos y estrictos; el programa de medicina conlleva a la realización de prácticas hospitalarias regularmente desde el sexto semestre de estudio, estos ambientes de trabajo se caracterizan como rutinarios, hostiles y rígidos (Consejo & Viesca, 2005).

Diferentes estudios han documentado como la prevalencia de problemas psicológicos y físicos son más frecuentes en estudiantes de Medicina que en otras carreras y en población en general (Sosa-Azcorra, González-Losa, & Salazar-Ceballos, 2014; Resino, Gonzáles, Montero, & Broncano, 2013; Hidalgo-Rasmussen, Martín, Rasmussen-Cruz, & Montaña-Espinoza, 2011; Henning, Chen, & Krägeloh, 2019). Por ejemplo, una investigación que se propuso determinar el nivel de calidad de vida en estudiantes universitarios de áreas de la salud y evaluar factores asociados donde participaron estudiantes de pregrado de Fisioterapia, Medicina, Nutrición, Enfermería y Microbiología, encontró que la calidad de vida en esta población osciló entre 33% y 75%, los factores asociados en forma negativa con la calidad de vida fueron las horas semanales de jornada académica presencial y la presencia de dolor tanto agudo como crónico; sólo

la práctica de actividad física vigorosa se asoció en forma positiva (Camargo, Orozco-Vargas, & Niño, 2014).

Otro estudio realizado en población sonorense, buscó identificar las variables que brindan calidad de vida subjetiva a estudiantes universitarios; esta se encuentra influenciada por variables que registraron la satisfacción en áreas tales como familia, ámbito laboral, bienestar económico, desarrollo personal, autoimagen y actividades recreativas (Banda & Morales, 2012).

Específicamente en estudiantes de Medicina se ha encontrado que las migrañas causadas por largas jornadas académicas tienen un efecto negativo en la calidad de vida, específicamente en el rendimiento laboral y la energía vital (Sosa-Azcorra, del Refugio González-Losa, & Salazar-Ceballos, 2014). Con relación a estos datos, otro estudio que evaluó la calidad de vida autopercebida en esta misma población, encontró que la percepción de las áreas más afectadas fueron el funcionamiento físico, la actividad física y el dolor corporal (Barrios & Torales, 2017). Pineda, Arismedy y Donado (2014) reportan resultados similares donde la vitalidad y el rol emocional fueron percibidos como más afectados dentro de la calidad de vida, en cuanto al sexo, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, donde ellas reportaron menor calidad de vida que los hombres.

En un estudio donde se diferenció la percepción de calidad de vida de estudiantes de Medicina por semestres, se identificó una mejor percepción en la vida sexual, pareja y bienestar en estudiantes de los primeros dos semestres de la carrera que en estudiantes de tercer y más semestres (Duran, Castillo, & Vio del Río, 2009). Otra investigación que evaluó a médicos internos mexicanos muestra como la dimensión “sentimientos” fue la reportada como más afectada y la del dolor como menos afectada (Vázquez-Ramírez & González-Pedraza, 2014).

La satisfacción con la vida incluye una valoración por parte del individuo de los aspectos que componen su vida, donde se incorpora una medición positiva la cual sobrepasa la ausencia de aspectos negativos. Esta valoración incluye la presencia de emociones como alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño y éxtasis (Diener, 1994; Diener *et al.*, 1999). La satisfacción con la vida normalmente se ha correlacionado con otras variables con el objetivo de observar su grado de relación, los elementos más comúnmente relacionados son edad, sexo y educación (Vera, Burna, López, & García, 2010). Respecto a esto, un estudio identificó que las mujeres estuvieron menos satisfechas con su vida y con su alimentación, reportaron más problemas de salud y una mayor restricción de alimentos por motivos de salud (Schnettler, *et al.*, 2017).

Datos de otro estudio donde se examinó la relación entre actividad física y satisfacción con la vida en estudiantes universitarios en Croacia, encontró una asociación entre altos niveles de satisfacción con la vida y el sexo femenino (Pedišić, Greblo, Phongsavan, Milton, & Bauman, 2015). En estudiantes de Medicina, se

ha encontrado que, en comparación con los estudiantes hombres, las mujeres tienen un nivel significativamente más alto de satisfacción con la vida, por otro lado, se ha identificado que en este tipo de estudiantes la tendencia a una vida espiritual funge como predictor de una mayor satisfacción con la vida (Salmani, Biderafsh, & Aliakbarzadeh, 2019; Shi, Wang, Bian, & Wang, 2015).

Por otra parte, el bienestar personal según Cummins (1997) se refiere a la apreciación que el individuo hace de su vida; explicado en términos generales, trata sobre qué tan satisfecho está con su vida respecto a calidad de vida, salud, logros vitales, relaciones personales, seguridad personal, seguridad futura y comunidad. Asimismo, se puede explorar sobre el estado afectivo de dicho individuo.

Referente al bienestar personal, estudios realizados en población universitaria muestran buenos niveles de bienestar percibidos en esta población; específicamente en áreas como autoaceptación, crecimiento personal y propósito en la vida (Martínez, Bresó, Lloren, & Grau, 2005). En un estudio con jóvenes universitarios mexicanos donde se evaluó la relación entre la imagen corporal y bienestar subjetivo, no encontró diferencias estadísticamente significativas por sexos, lo cual muestra que tanto hombres como mujeres evalúan su bienestar positivamente (Pérez, Gerónimo, & Inmaculada, 2019).

En contraste, un estudio donde se buscó conocer la relación entre el bienestar subjetivo y las aspiraciones de vida en estudiantes de Medicina encontró que los hombres muestran una puntuación promedio más elevada que las mujeres en satisfacción con la vida, bienestar global, mientras que, las mujeres tienen una puntuación promedio más alta que los varones en afecto negativo y aspiraciones intrínsecas (Franco, 2017).

Con base en la literatura revisada, se puede identificar como las diferentes esferas que engloban la calidad de vida en los estudiantes de Medicina se afectan por distintos factores a los que estos están expuestos. Aunque, existen estudios que evalúan la calidad de vida en médicos, no hay suficiente evidencia científica que se centre específicamente en estudiantes de Medicina mexicanos, que sirvan como una base científica sólida para implementar programas de intervención basados en las áreas específicas donde es necesario intervenir, he ahí la relevancia de estudios que aborden este tema en la población mexicana que se encuentra en posición de vulnerabilidad. Por lo que el presente estudio tiene como objetivo conocer la diferencia entre hombres y mujeres estudiantes de medicina respecto a la percepción de satisfacción con la vida y bienestar personal.

Método

Para el presente estudio se utilizó un diseño no experimental, observacional, descriptivo, y transversal (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Participantes

Se seleccionaron de manera no probabilística intencional un total de 83 estudiantes de Medicina, 45 hombres y 37 mujeres, de sexto y octavo semestre de una universidad del Noroeste de México que estuvieran realizando prácticas hospitalarias. Se eliminaron a los participantes que entregaron los instrumentos en blanco.

Instrumentos

Se utilizaron dos de las escalas del conjunto utilizadas por Arita (2005) en su estudio sobre calidad de vida en Sinaloa. La primera de ellas fue la escala de Satisfacción con la Vida (por sus siglas en inglés, SWLS) de Diener, Emmons, Larsen & Smith (1985) evalúa la satisfacción global de ésta, se compone de un sólo factor con 5 reactivos y presenta un alfa de .74.

Y la segunda, el índice de Bienestar Personal (PWI) y Nacional (Local), de Cummins, Eckersley, Pallant, Vugt y Misajon (2003), por una parte se integra por las aseveraciones originalmente planteadas que indagan sobre la situación económica, de salud, logros, para todas a nivel personal y sobre la noción de pertenencia a la localidad (Ciudad Obregón) con reactivos referentes a las relaciones interpersonales, al apoyo que reciben las familias y a la forma en que cambia la vida en la localidad. La escala está constituida por tres factores: el primero se refiere a la satisfacción por la localidad ($\alpha = .89$), seguido por satisfacción personal ($\alpha = .82$) y satisfacción por el apoyo social ($\alpha = .74$). A cada participante se le aplicó el instrumento de calidad de vida y una ficha con datos sociodemográficos, el análisis estadístico descriptivo y analítico de las variables se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics 25.

Resultados

El instrumento de calidad de vida se aplicó a un total de 83 estudiantes de Medicina de 6° (55%) y 8° (45%) semestre con edades comprendidas entre los 19 y 26 años con un media de 21.7; el 55% de la población son hombres y el 45% son mujeres y el 96% solteros, la media en horas trabajadas diarias en el hospital fue de 2.13; 26.5% eran estudiantes foráneos y 7 participantes reportaron asistir a terapia psicológica.

Respecto al índice de bienestar personal, la prueba t de Student para muestras independientes indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres estudiantes de Medicina ($t= 3.29$; $p=.001$), los hombres presentaron una mejor percepción de bienestar que las mujeres (tabla 1).

Tabla 1. Resultados de t de Student para sexo y las dimensiones de la calidad de vida

Variables	Mujer		Hombre		t(81)	p	d de Cohen
	Media	DE	Media	DE			
Índice de bienestar personal	4.7	1.26	5.58	1.17	3.29	0.001	0.73
Satisfacción con la Vida	4.05	1.35	4.87	1.42	2.65	0.01	0.58

En cuanto a satisfacción con la vida, se encontraron resultados similares, identificándose diferencias significativas en la percepción de satisfacción con la vida entre hombres y mujeres ($t= 2.65$; $p=.010$), donde los hombres se perciben más satisfechos con su vida que las mujeres (tabla 1). Por lo tanto, en las variables de calidad de vida subjetiva se identificó diferencias entre hombres y mujeres, siendo estas diferencias verdaderas, ya que se obtuvo un tamaño del efecto (d de Cohen), tendiente a ser alto, y con ello cumpliendo con el criterio para afirmar que las diferencias encontradas entre las medias de hombres y mujeres no son falsas (Cárdenas y Arancibia, 2014) (ver tabla 1).

Discusión y Conclusiones

Ser hombre o mujer es una construcción social basada en las ideas, creencias, representaciones y atributos sociales, culturales, económicos y políticos que generan las culturas en un momento histórico determinado, a partir de las diferencias sexuales se fincan y establecen los papeles de lo masculino y lo femenino (Chávez, 2004). Los resultados encontrados por este estudio muestran que existen diferencias significativas entre los hombres y mujeres estudiantes de Medicina respecto a las variables satisfacción con la vida y bienestar personal.

En cuanto a satisfacción con la vida, nuestros datos difieren de lo encontrado por Kjeldstadli, *et al.*, (2016) donde reportan no haber encontrado diferencias significativas respecto a esta variable en estudiantes universitarios. Por otro lado, Shi, Wang, Bian, & Wang, (2015) reportan una mayor satisfacción con la vida en las mujeres estudiantes de Medicina. Nuestros resultados concuerdan con lo reportado por Schnettler, *et al.*, (2017) donde se menciona una menor satisfacción con la vida en sus participantes del sexo femenino.

En lo que concierne al bienestar personal, en el estudio realizado por Pérez, Gerónimo, & Inmaculada (2019) muestran que no hay diferencias en cuanto a esta variable de acuerdo al sexo, datos que difieren por lo encontrado en este estudio; esta diferencia entre resultados podría deberse a que el estudio con el que com-

ramos resultados se realizó en población universitaria en general. En contraste, los resultados de Franco (2017) muestran como los hombres estudiantes de Medicina refieren tener mejor bienestar personal que las mujeres, lo que coincide con los datos obtenidos en esta investigación.

Es importante mencionar que una de las limitaciones de este estudio es la falta de control de otras variables que pudieran afectar los resultados, como por ejemplo, el posible apoyo social recibido por los(as) participantes (amistades, pareja, familia) que afectan la percepción de la calidad de vida, otro aspecto a resaltar es que siete participantes reportaron asistir a terapia psicológica por problemas de depresión, ansiedad y estrés; lo que potencialmente pudo producir sesgo en los resultados del estudio.

Con los resultados de esta investigación se da un acercamiento a futuras investigaciones que tengan como objetivo el crear intervenciones en estudiantes de Medicina. Mediante este estudio se logra entender mejor las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción con la vida y se hace evidente la necesidad de la creación e implementación de programas de intervención psicológica que busquen el mejorar la calidad de vida de esta población, especialmente dirigidos a mujeres, que ha sido foco de atención para la ciencia dada su alta tasa de incidencia de problemas psicológicos. Se recomienda incluir variables como depresión, ansiedad y acoso escolar y laboral. De igual forma, debido a que la muestra del presente estudio fue homogénea, se sugiere para ampliar la muestra de participantes incluyendo a otras carreras relacionadas con la salud.

Referencias

- Abdulghani, H., AlKanhah, A., Mahmoud, E., Ponnampereuma, G., & Alfaris, E. (2011). Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(5), 516.
- Arita, B. (2010). Avances en el estudio de la calidad de vida en Sinaloa: una década de investigación. *La Psicología Social en México*, 25-30.
- Atunes, R., Silva, M., & Lins, L. (2019). Quality of life of medical students in Brazil. A comparative study. *Revista Médica de Chile*, 107-113.
- Banda, A., & Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 29-43.
- Banda, A., & Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 29-43.
- Barrios, I., & Torales, J. (2017). Self-perceived mental health and quality of life in medical students of Paraguay. *Revista de Ciencias Médicas*, 20(1), 5-10.
- Bigal, M., & Lipton, R. (2006). Modifiable risk factors for migraine progression. Headache: *The Journal of Head and Face Pain*, 46(9), 1334-1343.
- Camargo, D., Orozco-Vargas, L., & Niño, G. (2014). Quality Of Life In College Students. Evaluation Of Associated Factors. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 117-123.
- Cárdenas, C., & Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5, 210-224.
- Chávez, C.J. (2004) Perspectiva de género. México, Plaza y Valdés.
- Consejo, C., & Viesca, C. (2005). El internado de pregrado y la residencia médica como espacio de formación. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1-3.
- Cummins, R. (1997). Comprehensive Quality of Life Scale-Adult. Fifth edition. Manual. Australia, Deakin University
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 699-706.
- Diener, Ed. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, Ed.; Suh, E.; Lucas, R. y Smith, H. (1999). El bienestar subjetivo, tres décadas de progreso. *Boletín Psicológico*. 125, 271-301.
- Durán, S., Castillo, A., & Vio Del Río, F. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del Campus Antumapu. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(3), 200-209.
- Franco, I. (2017). Relación entre el bienestar subjetivo y las aspiraciones de vida en estudiantes de medicina de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

- Henning, M., Chen, J., & Krägeloh, C. (2019). A Comparative, Multi-national Analysis of the Quality of Life and Learning Factors of Medical and Non-medical Undergraduate Students. *Medicine Scientific Education*, 1-13.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Metodología de la investigación. México D.F: McGraw-Hill.
- Hernández-Vargas, C., Dickinson, M., & Fernández, A. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 51(1), 11-4.
- Hidalgo-Rasmussen, C., Martín, H., Rasmussen-Cruz, B., & Montaña-Espinoza, R. (2011). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 67-77.
- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N., Vaglum, P. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6(1), 48.
- Martínez, I., Bresó, E., Lloren, S., & Grau, R. (2005). Psychological Well-being among university students: facilitators and obstacles of academic performance. *Anales De Psicología*, 21(1), 170-180.
- Palomar, J., & Victorio, A. (2010). Recursos personales relacionados con el bienestar subjetivo en grupos marginales. *AL Banda, J. Palomar & A. Velia (Comps.), Calidad de vida: un enfoque psicológico*. México: Universidad de Sonora.
- Pedišić, Ž., Greblo, Z., Phongsavan, P., Milton, K., & Bauman, A. (2015). Are total, intensity-and domain-specific physical activity levels associated with life satisfaction among university students? *PloS One*, 10(2), 118-137.
- Pedraza, I., Torres, F., Chávez, E., & Shaikh, J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes psicológicos*, 17(1), 87-105.
- Pérez, M., Gerónimo, E., & Inmaculada, C. (2019). La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. *European Journal of Investigation in Health*, 9(1), 19-29.
- Pineda, L., Arismedy, M., & Donado, J. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, 2013. *Medicina UPB*, 33(2), 117-123.
- Resino, J., Gonzáles, J., Montero, E., & Broncano, S. (2013). Quality of college life: identifying the key indicators of student satisfaction. *Revista de Educación*, 362, 458-484.
- Salmani, S., Biderafsh, A., & Aliakbarzadeh, Z. (2019). The Relationship Between Spiritual Development and Life. *Journal of Religion and Health*. doi:https://doi.org/10.1007/s10943-018-00749-

- Schnettler, B., Grunert, G., Orellana, L., Sepúlveda, J., Miranda, H., Lobos, G., . . . Etchebarne, S. (2017). Dietary restraint, life satisfaction and self-discrepancy by gender in university students. *Suma Psicológica*, 24(1), 25-33.
- Shi, M., Wang, X., Bian, Y., & Wang, L. (2015). The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 15(1), 16. Doi: 10.1186/s12909-015-0297-2
- Sosa-Azcorra, J., del Refugio González-Losa, M., & Salazar-Ceballos, J. (2014). Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos de Pregrado en Mérida, México. *Revista Biomédica*, 25(2), 68-73.
- Sosa-Azcorra, J., González-Losa, M., & Salazar-Ceballos, J. (2014). Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos. *Revista Biomédica*, 25(2), 68-73.
- Vázquez-Ramírez, L., & González-Pedraza, A. (2014). Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Atención Familiar*, 21(4), 109-112.
- Vera, J., Bruna, H., López, P., & García, D. (2010). Satisfacción con la Vida y Afectos Positivos en Jovenes Universitarios. *Revista Psicología e Saúde*, 24-41. doi:10.20435/pssa.v2i1.33
- World Health Organization (1998). Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision. Consultado en <http://www.who.int/iris/handle/10665/77932>
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-9.

Desgaste profesional y síntomas físicos en médicos residentes

*Gabriel Vidal Ochoa López,¹ Raquel García Flores,¹
Christian Oswaldo Acosta Quiroz,¹ Edgar Landa Ramírez²*

¹ Instituto Tecnológico de Sonora

² Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Resumen

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), el Desgaste Profesional es un síndrome ocasionado por los factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Se divide en 3 dimensiones, los cuales son: 1) Agotamiento Emocional y Físico; 2) Cinismo o despersonalización hacia las personas con las que se mantiene contacto en el trabajo y; 3) Reducción en la eficacia profesional o baja realización personal.

Durante la residencia médica, el profesional médico vive períodos muy estresantes relacionados con las cargas excesivas de trabajo, por lo que el objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre el desgaste profesional y la sintomatología física en los médicos residentes, además, de una comparación entre y hombres y mujeres.

Se realizó un estudio descriptivo-transversal correlacional, en el cual participaron 243 médicos residentes que cursaban entre 1ro y 4to año de residencia, de 16 especialidades. Se utilizó la Escala de Desgaste Profesional (Uribe-Prado, 2010).

Se llevaron a cabo las pruebas de asimetría y curtosis donde los datos no mostraron normalidad, posteriormente se realizó el análisis de correlación de Spearman para la relación entre el desgaste y las repercusiones físicas y U Mann de Whitney para la comparación entre hombres y mujeres, ambas pruebas fueron para datos no paramétricos. Hubo una correlación positiva con las dimensiones del desgaste profesional y las repercusiones físicas en los médicos residentes, sobre todo con la de agotamiento. En cuanto a la prueba U Mann de Whitney, los resultados indican que las mujeres sufren más debido a las repercusiones físicas que desencadena el desgaste profesional en comparación con los hombres.

Palabras clave: Desgaste Profesional, Médicos Residentes, Síntomas Físicos, Estrés, Salud.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), el Desgaste Profesional es un síndrome ocasionado por los factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Se divide en 3 dimensiones, los cuales son: 1) Agotamiento Emocional

y Físico; 2) Cinismo o despersonalización hacia las personas y; 3) Reducción en la eficacia profesional y baja realización personal.

Para desarrollar el desgaste profesional existen una serie de criterios, estos son: 1) sobrecarga laboral; 2) falta de control sobre la tarea; 3) insuficiente reconocimiento en la labor; 4) sensación de injusticia; 5) Fallas en la comunidad de trabajo; 6) conflictos entre valores personales y de la organización (Maslach & Leiter, 1997).

Los trabajadores de la salud se encuentran sometidos a un constante trato interpersonal, en relación con pacientes, familiares y amigos de los pacientes, además, relación con compañeros de trabajo. Estos vínculos representan una carga emocional que genera tensión, ansiedad y desconcierto (Maslach & Jackson, 1982).

Muchas disciplinas clínicas reportan tasas de desgaste, lo que lleva a una atención de baja calidad (Kamal *et al.*, 2016). En los médicos el desgaste disminuye la satisfacción laboral y la atención médico-paciente (Masiero, Cutica, Russo, Mazzocco, & Pravettoni, 2018). Este problema genera consecuencias que están presentes en los errores médicos, tales como fallas en el profesionalismo, impedimentos en el aprendizaje, consumo problemático de alcohol e ideación suicida (Dyrbye *et al.*, 2018).

De acuerdo con Shanafelt *et al.*, (2010), los errores médicos abarcan diversos eventos, estos incluyen los errores en la medicación. De una encuesta a 7905 médicos cirujanos en Estados Unidos los resultados muestran las principales causas de los errores médicos, siendo identificados 1) el lapso en el juicio (31.8%); 2) los errores en el sistema (15.1%) y; 3) el grado de estrés o desgaste profesional (13%).

Elen *et al.*, (2014) evaluaron el desgaste profesional en profesionales de la salud. Incluyeron a un equipo de oncología, 45 médicos oncólogos, 21 radiólogos, y 11 de otras especialidades, el estudio mostró una alta prevalencia de desgaste (38.9%) en los médicos de oncología, (13.8%) para psicólogos y (20.9%) en los trabajadores sociales.

La residencia médica es un período caracterizado por el trabajo excesivo, papel de trabajador y aprendiz, falta de sueño, bastante competitividad y quejas por parte de familiares, pacientes y de la organización lo que provoca el continuo desgaste en estos profesionales (Prieto, Rodríguez, Jiménez & Guerrero, 2013). Además, el desgaste profesional también se encuentra asociado dentro de la profesión médica a distintas variables sociodemográficas, entre ellas el sexo, la edad, estado civil, la antigüedad laboral y factores extra-organizacionales (Díaz & Gómez, 2016).

Por una parte, el sistema de residencia médica constituye la base del posgrado y es la etapa donde un médico graduado puede convertirse en un médico especialista por medio del procedimiento idóneo (Silberman, 2010), esto es producto de la necesidad e interés de un médico general de profundizar sus conocimientos. El médico residente decide que especialidad va a realizar con base en la utilidad que proporcionará a pacientes y sociedad (Rodríguez & Ramírez, 2016).

Por lo tanto, el desgaste profesional se presenta en la residencia y otras etapas del desarrollo profesional médico con distintas manifestaciones o repercusiones clínicas, estas manifestaciones pueden ser (1) psiquiátricas, tales como ansiedad y depresión (2) somáticas, como en el caso de dolores crónicos y 3) organizacionales, como relaciones disfuncionales (Carrillo, Gómez & Monteros, 2012).

Existe evidencia empírica de la prevalencia del desgaste profesional en la residencia médica y que lo caracteriza como un problema de salud público en estos profesionales. Por ejemplo, Akturk (2015) evaluó en Turquía a 45 médicos residentes de radio-oncología, donde los resultados se mostraron altos en la baja realización personal (68.9%). Un estudio llevado a cabo por Al-Ma'Mari (2016) en Canadá determinó que en 143 residentes de obstetricia y ginecología presentan altos niveles de despersonalización (64.3%). Por otra parte, Elmore (2016) con una muestra de 664 residentes de cirugía general, encontró alta prevalencia en el agotamiento (56.8%). De igual forma, los resultados encontrados por Sajjadi (2017) con residentes de medicina interna demostró mayores niveles en el agotamiento (48.8%) en los residentes médicos.

En el estudio realizado por Lobo *et al.*, (2018) evaluó a un grupo de cardiólogos para buscar la prevalencia de sueño de los médicos y las repercusiones que tiene sobre los mismos, se encontró que el 90% de los evaluados no duerme un promedio de 7 noches por mes lo que provoca desórdenes de sueño (21%) y el uso de sustancias y medicamentos para dormir (23%). Estos problemas de sueño se relacionaron con las dificultades para concentrarse (59%) y baja motivación (55%).

Los diversos estudios demuestran la variedad de repercusiones ocasionadas debido al desgaste en los médicos residentes. Así como el desgaste y los dolores musculares (Among, Melamed, Shirom & Shapira, 2010), los dolores de cabeza, infecciones respiratorias y problemas gastrointestinales (Kim, Ji & Kao, 2011). Además, la relación entre el desgaste y las causas de dolores de cabeza crónicos y las deficiencias cognitivas (Van der Doef y Schelvis, 2019). También se presentan otros efectos como el insomnio, síntomas depresivos, uso de psicotrópicos y medicamentos antidepresivos, y desórdenes psicológicos (Salvagioni *et al.*, 2017).

Se ha demostrado que el desgaste profesional se encuentra asociado al género, siendo este un factor fuerte en el desarrollo del desgaste dentro del área médica. Por ejemplo, Granek *et al.*, (2016) identificaron en un estudio en el cual participaron 28 hombres y 52 mujeres de Israel y 50 hombres y 48 mujeres en Canadá, un mayor agotamiento emocional en las mujeres médicos residentes de oncología. Existen estudios que demuestran la sintomatología provocada por el desgaste en médicos y su relación con ser hombre o mujer. Debido a esta evidencia se plantearon las siguientes preguntas ¿Tiene relación el desgaste profesional con la sintomatología física? Y ¿Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres?

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre el desgaste profesional y la sintomatología física en médicos residentes, además de una comparación entre hombres y mujeres.

Método

Se llevó a cabo un estudio transversal correlacional. Para la selección de participantes se utilizó un muestreo no probabilístico donde participaron 243 médicos residentes (52% hombres, 48% mujeres). Las edades variaron de 24 a 37 años con una media de 28 años, el 53% reportó estar soltero. Se encontraban cursando entre 1ro y 4to año de residencia de 16 especialidades pertenecientes al Hospital de IMSS UMAE H. Especialidades Cd. Obregón, Sonora.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) (Uribe-Prado, 2010). Consta de 130 reactivos, 47 reactivos para miden los 3 factores de desgaste ocupacional: (1) desgaste (agotamiento), (2) despersonalización e (3) insatisfacción de logro. Se incluyen 40 reactivos que miden trastornos psicosomáticos, tales como trastornos del sueño, del dolor, sexuales, pseudoneurológicos, gastrointestinales, depresión y ansiedad. La opción de respuesta es una escala tipo Likert de 6 puntos que va del 1 (total desacuerdo) al 6 (total acuerdo). Mostró buenas propiedades psicométricas ya que tiene una consistencia interna de 0.86.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 25, se realizó un análisis descriptivo y se utilizaron las pruebas de asimetría y curtosis para la verificación de la normalidad de la distribución muestral. Para obtener la correlación entre las dimensiones del desgaste profesional y los trastornos psicosomáticos o repercusiones físicas se usó la prueba de correlación de Spearman y posteriormente la prueba U Mann de Whitney para una comparación entre hombres y mujeres, ambas pruebas No Paramétricas.

Resultados

Se aplicaron los estadísticos de asimetría y curtosis para demostrar si existía normalidad o no en los datos recopilados. Las puntuaciones obtenidas mediante estas pruebas estadísticas indican que los datos no fueron normales (véase tabla 1).

Tabla 1. Verificación de normalidad de la muestra

Estadísticos descriptivos

	Asimetría		Curtosis	
	Estadístico	Desviación Error	Estadístico	Desviación Error
Agotamiento	-0.284	0.156	-0.507	0.311
Insatisfacción al Logro	1.076	156	0.741	0.311
Despersonalización	0.717	0.156	0.678	0.311
Sueño	0.581	0.158	-0.003	0.315
Gastrointestinales	1.739	0.156	3.53	0.312
Psiconeuróticos	1.81	0.156	3.65	0.312
Dolor	0.857	0.157	1.7	0.312
Indicador Ansiedad	0.441	0.156	-1.035	0.311
Indicador Depresión	0.477	0.157	-0.653	0.312
Psicosexuales Hombres	2.144	0.217	4.922	0.431
Psicosexuales Mujeres	1.265	0.225	2.415	0.446

Nota: Los rangos para identificar si los datos de una prueba son normales de acuerdo con la prueba de asimetría son entre -.4 y .4, mientras que para la curtosis son entre -.6 y .6.

Se realizó una prueba de correlación de Spearman para pruebas no paramétricas, debido a que los datos no presentaron normalidad. Se observó correlación baja entre la dimensión de Agotamiento y los problemas gastrointestinales ($\rho_{(241)}=.232$, $p=.00$), síntomas psiconeuróticos ($\rho_{(241)}=.394$, $p=.00$); correlación moderada con Ansiedad ($\rho_{(241)}=.407$, $p=.00$), Depresión ($\rho_{(241)}=.514$, $p=.00$), Sueño ($\rho_{(241)}=.501$, $p=.00$) y Dolor ($\rho_{(241)}=.483$, $p=.00$). Por otra parte, se encontró correlación baja entre la dimensión de Insatisfacción al Logro y problemas Gastrointestinales ($\rho_{(241)}=.231$, $p=.00$), Psiconeuróticos ($\rho_{(241)}=.387$, $p=.00$), Ansiedad ($\rho_{(241)}=.385$, $p=.00$), Depresión ($\rho_{(241)}=.375$, $p=.00$), Psicosexuales Hombres ($\rho_{(124)}=.352$, $p=.$), Psicosexuales Mujeres ($\rho_{(117)}=.327$, $p=.00$) y Trastornos Psiconeuróticos ($\rho_{(241)}=.387$, $p=.00$). Estos resultados indican que existe relación significativa entre dimensiones del desgaste profesional y repercusiones físicas (véase tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre las repercusiones físicas con las dimensiones del desgaste profesional

Repercusiones Físicas	Despersonalización	Agotamiento	Insatisfacción al Logro
Gastrointestinales	0.139 *	0.232 **	0.231 **
Psiconeuróticos	0.264 **	0.394 **	0.387 **
Ansiedad	0.229 **	0.407 **	0.385 **
Depresión	0.21 **	0.514 **	0.375 **
Sueño	0.087	0.501 **	0.313 **
Dolor	0.088	0.483 **	0.267 **
Psicosexuales H	0.07	0.323 **	0.352 **
Psicosexuales M	0.223 *	0.238 *	0.327 **

Nota: (*= p=0.05, **=p=0.001) Correlación de Spearman

El desgaste profesional es un desencadenante que propicia las repercusiones físicas en los médicos residentes.

Para la comparación entre los hombres y las mujeres médicos residentes se realizó la prueba U Mann de Whitney (ver Tabla 3). La prueba muestra que las mujeres sufren más las repercusiones físicas debido al desgaste profesional que los hombres; por ejemplo, el Agotamiento se presentó con mayor intensidad en mujeres (Rango = 136.20; p= .003) que en hombres (Rango= 109.03; p=.003), cabe destacar una diferencia muy grande entre el dolor padecido por las mujeres (Rango= 144.21; p= .000) que en los hombres (Rango = 99.46; p= .000). Además, la depresión es un fenómeno desencadenante del desgaste profesional, este fue más elevado en mujeres (Rango= 139.87, p=.000) que en los hombres (Rango= 103.78; p=.000).

Discusión y Conclusiones

Los resultados encontrados en este estudio demuestran la efectiva correlación entre el desgaste y las distintas repercusiones físicas que viven los médicos durante el desarrollo de su residencia médica.

Esto confirma lo descrito por Carrillo, Gómez & Monteros (2012) que señalan que el desgaste profesional está asociado con diferentes repercusiones físicas o somáticas, como por ejemplo, cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso y circulatorio.

Algunos estudios señalan que el dolor musculoesquelético es frecuente debido al agotamiento y la tensión muscular provocada por este. Se muestra que el nivel de

agotamiento correlacionó ($r=2.09$) con un riesgo mayor de dolor musculoesquelético y por medio de estos resultados se concluyó que el agotamiento es un riesgo para el desarrollo de este problema (Among, Melamed, Shirom & Shapira, 2010).

Además, los resultados indican diferencias entre hombres y mujeres, donde la mujer sufre más durante la residencia médica. Como, por ejemplo, Thomas (2004) en una muestra representativa de 6,000 médicos de atención primaria, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad de manifestar signos de desgaste profesional.

La evidencia en este estudio es un acercamiento a la gran problemática que viven los médicos residentes y siendo así ayudará en la búsqueda de alternativas sociales y de salud que promuevan la disminución del desgaste profesional para así evitar las polémicas generadas en el sector salud. Además, promoverá la búsqueda de alternativas y programas de intervención que contribuyan en la solución del desgaste en estos profesionales y el sector salud.

Tabla 3. Comparación entre hombres y mujeres mediante prueba U de Mann Whitney

Variables	Hombres n=127 Rango promedio	Mujeres n=116 Rango promedio	Z	U	p
Despersonalización	124.91	118.81	-.676	6996.500	.499
Agotamiento	109.03	136.20	-3.013	5718.500	.003
Insatisfacción logro	123.54	120.31	-.359	7170.000	.720
Sueño	108.32	130.52	-2.492	5697.500	.013
Gastrointestinales	108.46	135.66	-3.092	5665.000	.002
Psiconeuróticos	111.17	132.72	-2.444	6007.000	.015
Dolor	99.46	144.21	-4.989	4558.000	.000
Ansiedad	113.33	131.49	-2.051	6265.000	.040
Depresión	103.78	139.87	-4.110	5075.500	.000
Psicosexuales	62.50	68.75	-.436	93.50	.663

Referencias

- Akturk, N. (2015) Burnout syndrome and depression levels and related factors in Turkish radiation oncology residents. *Turkish Journal Oncology*, 30 (3),
- Al-Ma`Mari, N. O., Maimi, A. I., & Tulandi, T. (2016) Prevalence and predictors of burnout among obstetrics and gynecology residents in Canada. *Gynecological Surgery*, 13(4), 323-327. Doi: 10.1007/s10397-016-0955-3.
- Among, G., Melamed, S., Shirom, A., & Shapira, I. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 399-408. <https://doi.org/10.1037/a0020726>
- Carrillo, R., Gómez, K. & Monteros, I. (2012) Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*. 28 (6), 579-584.
- Díaz Bambula, F., & Gómez, I. C. (2016). Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin America. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>
- Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., Yeazel, M., ... Ryn, M. van. (2018). Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA*, 320(11), 1114-1130. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12615>
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., & Verzelien, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1415-1422. <https://doi.org/10.1002/pon.3579>
- Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. N., & Turnbull, I. R. (2016) National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(3), 440-451. [org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014)
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Nakash, O., Cohen, M., Ariad, S., Barbera, L., Ben-David, M. (2016). Gender differences in the effect of grief reactions and burnout on emotional distress among clinical oncologists. *Cancer*, 122(23), 3705-3714. <https://doi.org/10.1002/cncr.30236>
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., ... Abernethy, A. P. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 690-696. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020>
- Kim, H., Ji, J., & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work*, 56(3), 258-268.
- Lobo, A., Sandoval, Y., Burke, N., Chavéz, I., Gossi, M., Henry, T., Lips, D., Bradley, S., Mooney, M., Poulouse, A., Sorajja, P., Traverse, J., Wang, Y. & Brilakis,

- E. (2018) Sleep deprivation in cardiology: A multidisciplinary survey. *Journal of the American College of Cardiology*. 71 (11), 15-24.
- Masiero, M., Cutica, I., Russo, S., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2018). Psycho-cognitive predictors of burnout in healthcare professionals working in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2691-2698. <https://doi.org/10.1111/jocn.14376>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982) *Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon*.
- Maslach, C., & Leiter, M. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Prieto, S., Rodríguez, G., Jiménez, C. & Guerrero, L. (2013) Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicanos del Seguro Social*. 51 (5), 574-579.
- Rodríguez Weber, F. L., & Ramírez Arias, J. L. (2016). ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(3), 183-184.
- Sajjadi, S., Norena, M. Wong, H. & Dodek, P. (2017) Moral Distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of critical care*, 31(1), 178-182. Doi: 10.1016/j.jcrc.2015.10.011
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D. & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Silberman, F. (2010) Educación médica de posgrado. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*. 75 (1), 88-96.
- Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *JAMA*, 292(23), 2880-2889. <https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2880>
- Van der Doef, M. P., & Schelvis, R. M. C. (2019). Relations Between Psychosocial Job Characteristics and Work Ability in Employees with Chronic Headaches. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 119-127. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9769-7>
- World Health Organization (2019) International List of Causes of Death (ICD-11): For Mortality and Morbidity Statistics. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>.

Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores

*Kitzia Yanira Gutiérrez Flores, Christian Oswaldo Acosta Quiroz,
Carlos Alberto Mirón Juárez, Raquel García Flores*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

El objetivo de este estudio fue investigar si los factores sociodemográficos se asociaban a la calidad de vida en adultos mayores del sur de Sonora. Participaron 150 adultos mayores habitantes de los municipios de Cajeme, Navojoa, Huatabampo, Álamos y Etchojoa, quienes respondieron la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD instrumento que fue adaptado para esta población de adultos mayores, el tipo de estudio fue transversal de tipo no experimental. Los resultados indican que existen algunos factores sociodemográficos que sí presentan diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida, tal es el caso del estado civil, la escolaridad, las condiciones de salud, la edad y con quién vive actualmente, por otro lado no se encontraron diferencias entre el sexo y la ciudad en donde viven del sur de Sonora; indicando que independientemente ser mujer o ser hombre y vivir en alguna ciudad del sur de Sonora podrían percibir del mismo modo su calidad de vida, sin embargo, en este estudio las mujeres obtuvieron mayores puntajes en calidad de vida que los hombres. Además, algunos factores como condiciones de salud, el tipo de personas con quien vivan, el estado civil y la localidad donde vivan sí podrían influir en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: calidad de vida, adultos mayores, envejecimiento, estado de salud, estado civil.

Introducción

Por primera vez en la historia, hoy en día, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2015). El envejecimiento demográfico es resultado de un proceso de transición caracterizado por un incremento tanto en números porcentuales como absolutos del grupo poblacional de 60 años o más. Producto de la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y con ello, el incremento en la esperanza de vida gracias a los adelantos tecnológicos en medicina y al mayor acceso a los servicios de salud que han implementado los gobiernos desde hace décadas (OMS, 2012). Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años

pasará de 900 millones a 2 000 millones. Representando un aumento del 12% al 22%, la expectativa de vida de las personas superará los setenta años, lo preocupante, es que los sistemas de salud de los países en desarrollo no están preparados ni lo estarán en el corto plazo para atender las necesidades sociales y sanitarias de la población adulta mayor (OMS, 2015).

La Comisión Nacional de la Población [CONAPO] (2015) señala que el envejecimiento demográfico es un proceso que se debe comprender y entender en México, como parte de los países en plena transición demográfica, experimenta un intenso y acelerado proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, éste será desigual en las entidades federativas en cuanto a su magnitud y ritmo, debido a los cambios en la fecundidad, mortalidad y al efecto de la migración. Particularmente, para México, un país donde prevalece la pobreza y crecen las desigualdades e inequidades sociales, se considera que el sistema de salud fragmentado no puede, ni podrá en el futuro, atender las demandas sanitarias y de seguridad social de los adultos mayores (Vivaldo y Martínez, 2013).

En el caso de Sonora, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2013) realizó un estudio con datos del Censo de Población y Vivienda 2010 registrando que en Sonora residían 2 662 480 personas, de éstas 232 874 son adultos mayores (112 175 hombres y 120 699 mujeres) este grupo de edad representa aproximadamente el 8.8% de la población sonorenses.

Ante la situación demográfica, el aumento de la población de personas adultas mayores deriva en la necesidad de desarrollar planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico (González-Celis, 2012). Por ello, el proporcionar calidad de vida a las personas mayores, la cual Watanabe (2014) la define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos, es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, además incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva y como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Por otro lado, Razo, Díaz, Morales & Cerda (2014) realizaron una revisión del concepto de calidad de vida y lo definen como un concepto multidimensional; que incluye cuestiones como situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otros parámetros. Por lo que concluyen que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar, que puede ser experimentada por los individuos y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas que incluyen todos los aspectos de su vida.

En el contexto de la calidad de vida en el adultos mayores, Soria Romero & Montoya Arce (2017) indican que los adultos mayores presentan desventajas como

la mayor exposición a enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas e incapacitantes, muestran también condiciones de dependencia económica y pobreza, pérdida de las capacidades físicas, mentales, disminución en su grado de autonomía y adaptabilidad. Además, de que la calidad de vida puede resultar de la unión de diferentes factores como la vivienda, los bienes, el ingreso, el vestido, la alimentación, la educación, el apoyo social percibido e incluso variables sociodemográficas como la edad y el sexo. Otros autores como Nava & Ham (2014) indican que durante esta etapa disminuyen las capacidades físicas y mentales que limitan el desarrollo de actividades remuneradas y generalmente se deja de percibir un ingreso.

El concepto de calidad de vida surge de la percepción multidimensional que tienen los individuos acerca de su vida, sus expectativas y proyectos de largo plazo e incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el trabajo, así como su situación económica, entre otros (Quintana & Paravic, 2014). Además, está condicionada por factores sociales, individuales, de salud física y material (Osorio, Torrejón & Anisteing 2011). La calidad de vida en la vejez se encuentra asociada con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales (Rubio, Rivera, Borges & González, 2015).

Existen algunas investigaciones que han estudiado la calidad de vida y los factores sociodemográficos en adultos mayores, en contextos de mayores institucionalizados y no institucionalizados Herazo Beltrán *et al.*, (2017) estimaron las diferencias en la calidad de vida, funcionalidad y condición física en mayor de 60 años, 113 adultos mayores que residían en una institución en comparación con 132 adultos mayores que vivían en sus hogares, el 88.5% de los institucionalizados y el 77.1% de los no institucionalizados presentaron bajos niveles de actividad física ($p < 0,05$). La variable de condición física arrojó mejores resultados en los adultos mayores no institucionalizados.

Por su parte, Dos Santos, Mapelli, Diniz & Fernández (2014) compararon las variables socioeconómicas, enfermedades y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica residentes en el área urbana y rural en 1302 adultos mayores del área urbana y 463 del área rural en Brasil. En el área urbana, prevaleció el sexo femenino 66.5% y adultos mayores con 75 años y más 34.3% mientras que en el área rural predominaron los que viven con compañero 65%, los que viven solos (16.2%; y una menor prevalencia de enfermedades como artritis/artrosis, osteoporosis, asma/bronquitis.

En un estudio realizado por Melguizo, Acosta & Castellano (2012) identificaron factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en 514 adultos mayores: 65.8% mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56.6% con estudios de primaria; 58% no trabaja. Se encontró que los que viven en unión libre reportaron mejor bienestar físico, mayor bienestar psicológico, mejor

autocuidado y apoyo comunitario. Ser pensionado o encontrarse trabajando aumenta la oportunidad de tener un mejor bienestar físico. Asimismo, convivir con más de 4 personas en el hogar reduce la probabilidad de tener un buen bienestar físico y los participantes de mayor escolaridad mostraron mayor oportunidad de tener una buena percepción de la plenitud personal.

Con la finalidad de encontrar diferencias entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida, este estudio tiene como objetivo describir si los factores sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil, escolaridad, localidad y el vivir con alguien; se encuentran asociados a la calidad de vida en adultos mayores de 60 años habitantes del sur de Sonora. Esto permitiría comprender la situación sociodemográfica de los mayores, así como identificar diferencias entre las variables sociodemográficas, permitiendo detectar bondades y oportunidades para la mejora de las condiciones de las personas de la tercera edad, así como brindar condiciones que favorezcan sus niveles de calidad de vida y bienestar.

Método

Diseño

En la presente investigación se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia; y se optó por un diseño transversal, descriptivo de tipo no experimental debido a que únicamente se realizó la medición de las variables en un solo momento y sin manipulación de ninguna de ellas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Participantes

Se aplicaron los instrumentos a participantes que contaran con los siguientes criterios de inclusión: tener más de 60 años, no presentar deterioro cognitivo y firmar el consentimiento informado. Participaron 150 adultos mayores con edades de 60 a 94 años, el 48.4% hombres y 51.6% mujeres, 21 son institucionalizados, 132 no institucionalizados, 41 viven en comunidad rural, 68 se encuentran en condiciones sanas de salud, mientras que 85 padecen alguna enfermedad crónica (diabetes e hipertensión, siendo las más abundantes). Todos los participantes son habitantes de los municipios correspondientes al sur de Sonora: Cajeme, Navojoa, Álamos, Etchojoa y Huatabampo.

Instrumento

Para medir la variable de calidad de vida se utilizó el instrumento WHO-QOL-OLD, adaptado y validado para la población mexicana por González Celis y Gómez Benito (2013) y adaptado para la población Sonorense por Acosta, Valles, Echeverría, Serrano y García (2013), consta de 24 reactivos agrupados en seis

dimensiones: capacidad sensorial (reactivos 1, 2, 10, 20), autonomía (reactivos 3, 4, 5, 11), actividades presentes, pasadas y futuras (reactivos 12, 13, 15, 19), participación/aislamiento (reactivos 14, 16, 17, 18), temor a la muerte y agonía (reactivos 6, 7, 8, 9) e intimidad (reactivos 21, 22, 23, 24). El cual tuvo una consistencia interna de .84, sus reactivos cuentan con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Con un valor de 1 a 5 puntos para los reactivos positivos (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Asimismo, de 5 a 1 para los reactivos negativos (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10). La puntuación mínima a obtener por cada factor era de 4 y la máxima de 20 puntos; y de 24 a 120 para el puntaje total de calidad de vida, donde el mejor puntaje indica mayor calidad de vida.

Procedimiento

El procedimiento para la aplicación se inició con la búsqueda de adultos mayores de 60 años ubicados en sus casas, en las plazas, parques, instituciones de salud, hospitales, asilos y comunidades rurales, se les presentó el consentimiento informado donde se les invitó a participar en el estudio, una vez obtenida la autorización se realizó la aplicación del instrumento, hubo algunos casos donde se les apoyó a los mayores leyéndoles el instrumento. Se presentaron algunos casos donde se apoyó a los mayores con la lectura del instrumento. Posteriormente, se realizó el análisis de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 25. Se capturaron las respuestas de los instrumentos contestados por los adultos mayores y se realizaron las pruebas estadísticas U de Mann-Whitney para comparar diferencias entre sexo y estado civil, debido a que la escala de calidad de vida se encuentra en un formato ordinal se utilizó la prueba Kruskal-Wallis para comparar otros datos sociodemográficos como estado de salud, escolaridad, ciudad y con quién vive actualmente.

Resultados

Se identificaron ciertas diferencias significativas entre los factores sociodemográficos y la variable calidad de vida. Por ejemplo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo cual puede indicar que la calidad de vida en la vejez no tiene alguna diferencia entre ser hombre o ser mujer. Sin embargo, en el caso del estado civil, existen diferencias significativas entre la calidad de vida y estar casado o estar soltero. Tal como se puede apreciar a continuación (ver tabla 1).

Tabla 1. Estadístico U de Mann-Whitney de sexo y estado civil sobre la calidad de vida en adultos mayores habitantes del sur de Sonora

		N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Z	P
Sexo	Hombres	72	72.64	2602	-0.766	0.438
	Mujeres	78	78.14			
Estado Civil	Casados(as)	76	99.64	977.5	-6.903	0
	Solteros(as)	74	50.71			

En cuanto a los análisis de la prueba Kruskal-Wallis con la finalidad de buscar diferencias entre la calidad de vida con el estado de salud; la edad, la escolaridad, la ciudad y con quien vive actualmente. En lo que se refiere al estado de salud, se encontraron diferencias sobre la calidad de vida en los adultos que se perciben con un estado de salud bueno y malo.

En el caso de edad y calidad de vida las medianas y significancia demuestran posibles diferencias entre las edades y la calidad de vida de los adultos mayores, se presentó una mayor diferencia entre los adultos mayores de 60 años con los de 90 años, esto posiblemente se deba a que existe una diferencia en la percepción de calidad de vida debido al avance de edad.

Por lo que se refiere a la escolaridad, se encontraron diferencias levemente significativas en lo que refiere a contar con estudios de primaria y estudios de universidad, de acuerdo a con quien viven actualmente se presentan diferencias significativas entre los que viven con familia (esposa e hijos) y entre los que viven institucionalizados, no se presentaron diferencias significativas en el caso de la ciudad del sur de Sonora en la que habitaban los participantes (ver tabla 2).

Tabla 2. Prueba Kruskal-Wallis de los factores sociodemográficos sobre la calidad de vida de adultos mayores habitantes del sur de Sonora

		N	Rango promedio	Mdn	H Kruskal-Wallis	gl	p
Estado de salud	Bueno	71	87.71	45	13.162	2	0
	Regular	65	68.1	25			
	Malo	14	47.93	4			

Edad	60 años	55	90.86	38	17.502	3	0
	70 años	66	74.19	31			
	80 años	20	50.03	4			
	90 años	9	47.83	1			
Escolaridad	Primaria	88	75.99	46	10.475	4	0.03
	Secundaria	23	92.02	15			
	Preparatoria	16	63.16	6			
	Universidad	6	98.58	4			
	Sin estudios	17	54.09	2			
Ciudad	Navojoa	49	71.73	20	8.372	4	0.08
	Cajeme	42	71.3	19			
	Huatabampo	22	72.48	12			
	Álamos	18	70.86	8			
	Etchojoa	19	102.39	15			
Actualmente vive con	Esposo (a)	27	102.35	20	39.817	4	0
	Hijos (as)	40	66.2	14			
	Familia (esposa/o, hijas/os)	47	92.79	35			
	Solo	15	46.47	3			
	Institucionalizado	21	40.74	2			

Discusión y Conclusiones

Los años de vida adicionales y los cambios demográficos que éstos generan tienen profundas repercusiones para cada uno de nosotros y para las sociedades en que vivimos (Beard *et al.* 2012). En relación con el objetivo del estudio, estos resultados indican heterogeneidad del envejecer referente a las variables sociodemográficas, las cuales tuvieron un efecto en la calidad de vida de las personas mayores. En este estudio se encontraron diferencias en la edad de 60 y 90 años, corroborando el estudio realizado por Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García (2013) quienes reportan que la edad es un factor que puede impactar su calidad de vida, sobre todo en las diferencias de ser un adulto mayor joven a un adulto mayor más longevo en el sur de Sonora.

Por otro lado, el factor de estar casado o soltero tiene un efecto. Debido a que pueden existir diferencias entre la persona mayor que vive acompañada con su pareja o familia; a la que vive sola y alguien que vive institucionalizado, en acuerdo con Quintero Echeverri, Villamil Gallego, Henao Villa & Cardona Jiménez (2018) quienes encontraron diferencias significativas en el incremento de soledad en adultos mayores que no tenían pareja y quienes se encontraban institucionalizados.

En cuanto a condiciones de salud, este estudio encontró que el percibir un estado de salud en buenas y malas condiciones era significativo en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores. Tal como lo que reportan Razo, Díaz & López (2018) en su estudio concluyeron que la calidad de vida se ve afectada por la propia percepción de la salud; pero también, por la aparición de enfermedades. Mientras que, Bustamante, Lapo, Torres & Camino (2017) reportan que el padecer una enfermedad se asocia negativamente en la auto calificación de la calidad de vida del individuo y que el padecimiento que perjudique la salud afecta de manera significativa el bienestar.

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, al igual que en el estudio de Gallardo, Córdova, Piña & Urrutia (2018). Sin embargo, la calidad de vida fue mejor puntuada por las mujeres que por los hombres, aunque en lo que respecta al sexo y a diferencia de estos resultados en la literatura se ha reportado que los hombres tienden a tener mayor calidad de vida que las mujeres ya que presentan una mayor independencia (Navarro, Calero, Calero García, 2014) y mejores condiciones de salud (Chaverri & Fallas, 2015 & entre autores), además que en el sur de Sonora en el estudio Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García, (2013) los hombres puntuaron mejores niveles de calidad de vida. Tampoco hubo diferencias en la escolaridad, a diferencia del estudio de Melguizo, Acosta & Castellano (2012) quienes encontraron que en la medida que aumenta el grado de escolaridad se observa una tendencia a reportar mejor autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal y plenitud personal en los adultos mayores.

Para concluir, los hallazgos encontrados en el presente estudio aportan evidencia de la importancia que tienen ciertos aspectos sociodemográficos en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Uno de los principales hallazgos es conocer un poco sobre el efecto de las variables atributivas sobre la calidad de vida de los adultos mayores, indicando que las mujeres tienden a puntuar una mejor calidad de vida, mientras que la edad, la condición de salud, la escolaridad y el vivir acompañado o no de alguien influyen significativamente en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, aportando un conocimiento más específico a la población mayor del sur de Sonora. Del mismo modo, la transición demográfica y el aumento de las personas mayores es un fenómeno que según la evidencia

se pronostica en aumento (OMS, 2015) y por ende, se generará un constante cambio gradual. Para reforzar y profundizar estos hallazgos se puede proponer la creación de intervenciones que permitan comprender más ampliamente éstas variables asociadas a la calidad de vida y el envejecimiento con una caracterización más actualizada sobre la calidad de vida, que fungirá como un importante factor en medida del aumento del envejecimiento. Además, de la creación de espacios que brinden oportunidades de participación social activa del adulto mayor, sumado a esto, los factores que cumplen un papel mediador en ese posible efecto, tales como factores culturales, sociales, contextuales y/o personales que pueden influir en proporcionar calidad de vida al adulto mayor dentro de una sociedad que al paso de los años envejece.

Referencias

- Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D., & García, R. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de Calidad de Vida Whoqol-Old en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.
- Beard J., Biggs S., Bloom D., Fried L., Hogan P & Kalache A. (2012). Global Population Ageing: Perfil or Promise Geneva: *World Economic Forum* 4-13. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf).
- Bustamante, M., Lapo, M., Torres, J., & Camino, S. (2017). Factores socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores de la provincia de Guayas Ecuador. *Información Tecnológica*, 28 (5), 165-176 Doi: 10.4067/S0718 0764 2017000500017
- CONAPO (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. Consejo Nacional de la Población. Disponible en http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2701/1/imagenes/06_envejecimiento.pdf recuperado 11 de mayo de 2019.
- Chaverri, J. & Fallas, J. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(614), 217-224.
- Dos Santos, M., Mapelli, M., Dias, F., Diniz, A., & Fernández, N. (2013). Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 4- 8.
- Gallardo, L., Córdova, I., & Piña, M. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis Revista Latinoamericana*, 49, 143-175.
- González-Celis, A. (2012). La autoeficacia en las actividades cotidianas. En *Envejecimiento y Salud: Una propuesta para el Plan de Acción*. (179-189), México, Instituto Nacional de Geriatria.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herazo, Y., Quintero M., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N., & Suárez, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12 (5), 174-181.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Los adultos mayores en Sonora*. Sonora: INEGI. Obtenido de http://buscador.inegi.org.mx/search?tx=adultos+mayores&q=adultos+mayores&site=sitioINEGI_collection&client=INE-

- GI_Default&proxystylesheet=INEGI_Default&getfields=*&entsp=a__inegi_politica&lr=lang_es%257Clang_en&lr=lang_es%257Clang_en&filter=1
- Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida en adultos mayores. *Salud Uninorte*, 28 (22), 251-263
- Nava, I. & Ham, R. (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. *Papeles de Población*, 20 (81), 59-87
- Navarro, E., Calero, M., & Calero-García, M. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of investigation in health, psychology and education*. 4 (3), 267-277 doi: 10.1989/ejihpe.v4i3.74
- OMS, (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA), Help Age International, Londres y Nueva York.
- OMS, (2015). Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=79565E7601EE7A6099161791D41B-30B2?sequence=1 recuperado el 08 de mayo 2019.
- Osorio, P., M. J. Torrejón, y M. S. Anigstein. (2011), Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad –Universidad de Chile*, 24(1), 61-75.
- Quintana, M., & Paravic, T. (2014) Calidad de vida en el trabajo del equipo de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 302-305. DOI 10.5935/0034-7167.20140041
- Quintero-Echeverri, A., Villamil-Gallego, M., Henao-Villa, E., & Cardona-Jiménez, J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Fac. Nac. Salud Pública*, 36(2):49-57. doi:10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07
- Razo-González A, Díaz-Castillo R, Morales-Rossell R, Cerda-Bareló R. (2014). Meta análisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: sentido de vida. *Rev CONAMED*. 19 (4): 149-156.
- Razo, A., Díaz, R., & López, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev CONAMED*, 23(2): 58-65
- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, 61 (1), 1-7.
- Soria-Romero, Z., & Montoya-Arce, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*. 23 (93) Doi: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Vivaldo, M & Martínez, M. (2013). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En: Gutiérrez, M. & Kershenobich,

D. *Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción*, 1st ed. Mexico: Instituto Nacional de Geriatria INGER, p.27.

Watanabe, B. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.

Sección III.
Evaluación en grupos vulnerables

Validez del test de matrices progresiva escala coloreada en niños con discapacidad intelectual

*Jhara Ivonne Espinoza Félix, María Teresa Fernández Nistal,
Claudia García Hernández, Guadalupe de la Paz Ross Arguelles*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

El objetivo del presente estudio fue obtener datos de evidencia de validez concurrente y analizar la fiabilidad del Test de Matrices Progresiva Escala Coloreada (MPC) en una muestra de 50 alumnos con discapacidad intelectual leve y moderada de los cuales el 58% son hombres y 42% son mujeres, que oscilan entre 7 y 16 años de edad. La evidencia de validez concurrente se obtuvo mediante la comparación de las puntuaciones del MPC con el WISC-IV; mientras que la fiabilidad del MPC se obtuvo a partir del análisis de la consistencia interna obtenida a través de los coeficientes Alfa de Cronbach y Spearman-Brown. Los resultados indicaron correlaciones significativas positivas que oscilan de moderadas a bajas entre las puntuaciones de ambos test, así mismo, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .79 y un Spearman Brown de .78, lo que significa que el MPC es un instrumento de screening útil, fiable y válido para la evaluación de la inteligencia en niños con discapacidad intelectual.

Palabras clave: Matrices progresiva escala coloreada, WISC-IV, discapacidad intelectual, validez, fiabilidad.

Introducción

El Test de Matrices Progresivas de Raven (TMP; Raven, Court y Raven, 1993) fue desarrollado a partir de la teoría bifactorial de la inteligencia de Spearman (1927), en la cual se afirmaba que un factor general g y uno o más factores específicos explicaban el desempeño en los test de inteligencia. Spearman (1927) consideraba al factor g como una energía mental general, y al factor s como el impulsor específico mental, es decir como todas aquellas habilidades o aptitudes específicas, del mismo modo planteó que las actividades mentales más complejas requieren de mayor cantidad de g .

El TMP es un test screening que tiene como objetivo medir la capacidad intelectual no verbal, es decir, la habilidad mental general para el razonamiento analógico y perceptual, independientemente de los conocimientos adquiridos del individuo. Así mismo, este instrumento está conformado por figuras abstractas

donde la persona debe elegir la figura que corresponda a la matriz proporcionada. Puede administrarse de manera individual y colectiva, así como también, puede ser autoadministrable (Raven, Court y Raven, 1993). Debido a esto, autores como Sattler (2010) y Raudzah, Yong, Ameenudeen y Abdul (2018) señalan que este test es útil y eficiente para evaluar la inteligencia no verbal.

El Test de Matrices Progresivas cuenta con 3 escalas diferentes, la escala general que se encarga de medir la capacidad intelectual desde niños a adultos, la escala avanzada que evalúa la capacidad cognitiva de personas con alto nivel intelectual y la escala coloreada que mide la inteligencia general, la cual va dirigida principalmente a niños y ancianos. Sin embargo, también puede ser aplicada satisfactoriamente en personas con alguna discapacidad (Raven, *et al.*, 1993).

Existen múltiples investigaciones que aportan evidencia sobre la validez concurrente del test de Matrices Progresivas Escala Coloreada (MPC; Raven, Court y Raven, 1993) en niños regulares (Evans, 1980; Fernández, Pérez y Ochoa, 2016; James, 1984; Kluever, Smith, Green, Holm y Dimson, 1995; Martin y Wiechers, 1954; Pearce, 1983; Worth, Ellen, DeBurger, y Denny, 1961; Wilkes y Weigel, 1998; Birkmeyer, 1965; Checoslovaquia, Ferjencik *et al.*, 1985; Cathcart, 1974; Orpet *et al.*, 1976; Punfrey y Ward, 1976, como se citó en Raven *et al.*, 1993) donde se encontraron correlaciones significativa de moderadas a altas. Sin embargo, existen pocos estudios en niños con discapacidad intelectual (Stacey y Carleton, 1955, como se citó en Raven *et al.*, 1993) en el cual se observó correlaciones significativas de moderadas a bajas.

Los estudios que han relacionado el MPC con la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet (Terman y Merrill, 1960) han encontrado correlaciones significativas de moderadas a bajas (Worth, Ellen, DeBurger, y Denny, 1961; Stacey y Carleton, 1955, como se citó en Raven *et al.*, 1993). En cuanto, a las investigaciones que han relacionado el MPC con las Escala Wechsler para niños en diferentes versiones (WISC; Wechsler, 1949; WISC-R; Wechsler, 1974; WISC-III; Wechsler, 1991; WISC-IV; Wechsler, 2007) han obtenido correlaciones significativas entre moderadas a altas (Evans, 1980; Fernández, Pérez y Ochoa, 2016; James, 1984; Kluever, Smith, Green, Holm y Dimson, 1995; Martin y Wiechers, 1954; Pearce, 1983; Wilkes y Weigel, 1998; Birkmeyer, 1965; Checoslovaquia, Ferjencik *et al.*, 1985; Cathcart, 1974; Orpet *et al.*, 1976; Punfrey y Ward, 1976; como se citó en Raven *et al.*, 1993).

Para que un test sea considerado una buena herramienta de medición y que pueda ser replicado en distintas poblaciones es necesario que cuente con dos requisitos psicométricos esenciales: fiabilidad y validez (Bernal, 2010; Fernández-Ballesteros, 2011; Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En relación con lo anterior, Anastasi y Urbina (1998) y Cohen y Swerdlik (2010) mencionan que la validez de un instrumento se relaciona con lo que debe medir y con qué exactitud lo hace. Por otro lado, la confiabilidad o fiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones ad-

quiridas por las mismas personas cuando se les examina en distintas ocasiones con un mismo instrumento (Anastasi y Urbina, 1998; Cohen y Swerdlik, 2010).

La American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council On Measurement In Education (2014), señalan que el proceso de validación conlleva la acumulación de evidencia empírica y teórica relevante para proveer una base científica sólida para las interpretaciones de las puntuaciones del test. Por otra parte, la Sociedad Mexicana de Psicología (2013), declara que todo psicólogo que administra, califica e interpreta test de valoración, se asegurará de que estos se basen en datos que comprueben evidencia de validez y fiabilidad en la población que se evaluará.

No obstante, no se han encontrado estudios en México sobre la evidencia de validez del MPC en una muestra de niños con discapacidad intelectual leve y moderada, ya que en la estandarización del MPC en Aguascalientes solo consideraron a niños regulares, excluyendo a niños con algún tipo de discapacidad (Méndez Sánchez y Palacios Salas, 2001).

Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación fue comparar las puntuaciones obtenidas entre el MPC y la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV; Wechsler, 2007) en una muestra de alumnos con discapacidad intelectual leve y moderada para obtener datos sobre la evidencia de validez del MPC en esta población. Así como también, analizar la consistencia interna con los coeficientes Alfa de Cronbach y de Spearman-Brown del MPC en la muestra total de niños con discapacidad intelectual.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 50 alumnos con discapacidad intelectual leve y moderada (58% son hombres y 42% son mujeres), procedentes de tres Centros de Atención Múltiple, ubicados en el sur de Sonora, cuyas edades oscilan entre 7 y 16 años con una media de 12.36 y una desviación estándar de 2.33. Se excluyeron a todos aquellos niños que contarán con alguna discapacidad diferente a la mencionada o con algún trastorno psicológico (trastorno del espectro autismo, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de déficit de atención, síndrome de Asperger, entre otros). El tipo de muestreo que se utilizó en esta investigación fue no probabilístico de tipo intencional por cuota.

Instrumento

Se utilizó el test de Matrices Progresivas Escala Coloreada (MPC; Raven *et al.*, 1993) que tiene como objetivo evaluar con mayor exactitud la madurez intelectual

de niños regulares, niños con discapacidad intelectual y adultos mayores. La prueba está compuesta por 36 problemas los cuales se dividen en tres series A, AB, y B, que, a su vez están compuestas por 12 problemas cada uno. El modo de aplicación que se empleó fue de tipo individual y el test de aplicación fue en forma cuadernillo con ilustraciones impresas que contienen matrices con fondos de colores, esto con el fin de captar y mantener la atención de los niños.

Así mismo, se aplicó la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV; Wechsler, 2007), la cual tiene como objetivo evaluar la capacidad intelectual de niños desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses de edad. Este instrumento está conformado por 15 subpruebas y cuatro puntuaciones compuestas (índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de velocidad de procesamiento e índice de memoria de trabajo) que representan el dominio cognoscitivo en áreas específicas del funcionamiento intelectual del niño, al igual que una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general (CI).

Procedimiento

La presente investigación cumplió con las normas del código ético de la Asociación Americana de Psicología (2017), se prescindió del cometimiento informado de los padres con base a la normativa 8.05 (prescindencia del consentimiento informado para investigación) y de la normativa 9.03 (consentimiento informado en evaluaciones) dado a que el estudio no causó daños o molestias y las evaluaciones realizadas fueron como parte de las actividades de la rutina educativa institucional.

Se contactó con los directivos de los centros de atención múltiple, a quienes se les solicitó la autorización para la aplicación de los instrumentos; una vez obtenido el consentimiento de la institución se pasó a observar a los alumnos participantes dentro de cada aula asignada. Posteriormente, se llenó la ficha de datos personales de los participantes con la trabajadora social y la psicóloga.

La administración de ambos test tuvo lugar en las instalaciones de cada escuela y finalmente se procedió a calificar cada uno de los protocolos y a realizar su respectivo informe, así como también la entrega de los resultados a las autoridades correspondientes de cada escuela participante.

Análisis de datos

El método del presente estudio fue cuantitativo, con alcance correlacional y un diseño transversal. El acuerdo intercalificadores se realizó a partir del coeficiente de correlación intraclase en cinco subpruebas (semejanza, vocabulario, comprensión, información y palabras en contexto) de las 15 que se compone la WISC-IV. Se seleccionaron los primeros 28 protocolos de la WISC-IV que fueron calificados independientemente por una psicóloga y dos estudiantes de psicología. El resul-

tado mostró coeficientes de correlación intraclase muy elevados en semejanzas, $r = .997, p = .000, IC = 95\% [.99, .99]$; vocabulario, $r = .990, p = .000, IC = 95\% [.98, .99]$; comprensión, $r = .991, p = .000, IC = 95\% [.98, .99]$; información, $r = .991, p = .000, IC = 95\% [.98, .99]$; y palabras en contexto (pistas), $r = .999, p = .000, IC = 95\% [.99, .99]$. Por consiguiente, el resto de los protocolos fueron divididos entre los tres evaluadores. Por otra parte, los 50 protocolos del MPC se calificaron siguiendo los criterios de corrección del manual por dos calificadores independientes y las discrepancias se solucionaron con un acuerdo entre ambos calificadores. Se ingresaron las puntuaciones de los protocolos en el programa estadístico SPSS versión 21 y fueron sometidos a un procedimiento de doble comprobación.

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la presente investigación respecto al MPC y la WISC-IV en una muestra de niño con discapacidad intelectual. Se presentan los estadísticos descriptivos de tendencia central, dispersión y distribución de la muestra total del MPC, la correlación entre las puntuaciones de ambas pruebas y finalmente, la consistencia interna del MPC en la muestra total.

En la tabla 1 se presentan las medias, desviaciones estándar, asimetrías y curtosis de la muestra total del MPC. Se observó que a medida que las series van aumentando su dificultad (A, AB, B) la media de aciertos va disminuyendo ($M = 7.44, M = 5.48, M = 3.62$) respectivamente, lo que coincide con lo esperado. En relación con la simetría y curtosis todas las series presenta una distribución normal, excepto en la serie B la cual presenta una distribución asimétrica de 1.17 y una curva anormal de 2.51, ya que los valores se alejan de los intervalos aceptables. Con respecto a la puntuación directa total se muestra una distribución simétrica de 0.42 con una curtosis de 0.66 lo que equivale a una curva normal, por lo tanto, los valores se distribuyen a lo largo de la curva y en ambos lados de la media (ver figura 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos en el MPC (puntuación directa) de la muestra total

MPC	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	Máximo	Mínimo	Asimetría	Curtosis
A	7.44	2.02	7.50	11	3	-0.19	-0.28
AB	5.48	2.50	5	11	1	0.24	-0.58
B	3.62	1.98	3	11	1	1.17	2.51
Puntuación directa total	16.54	5.51	16.50	33	5	0.42	0.66

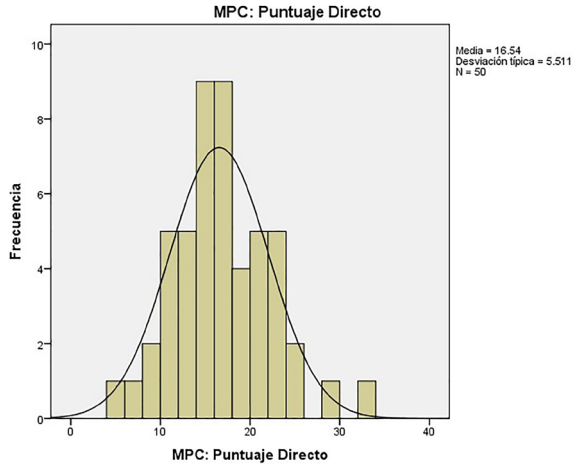


Figura 1. Histograma de la distribución de las puntuaciones directas totales en el MPC

Por otra parte, se presentan las correlaciones de Pearson entre la ejecución de los alumnos en los índices de WISC-IV, las series y la puntuación directa total del MPC. Los resultados mostraron correlaciones significativas y positivas, entre moderadas y bajas en las mayorías de los índices, excepto en el Índice de Memoria de Trabajo (IMT) que no tuvo ninguna correlación significativa con las series (A, AB, B) y el puntaje directo total del MPC (ver tabla 2).

Tabla 2. Correlación de Pearson entre la ejecución de los alumnos en los índices de wisc-iv, las series y el puntaje directo total del MPC

MPC	Índices WISC-IV									
	ICV		IRP		IMT		IVP		CIT	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Serie A	0.36	0.010	0.59	0.000	0.19	0.168	0.36	0.009	0.47	0.000
Serie AB	0.36	0.010	0.62	0.000	0.3	0.043	0.37	0.008	0.6	0.000
Serie B	0.45	0.001	0.41	0.003	0.06	0.660	0.17	0.228	0.43	0.002
Puntuación directa total	0.45	0.001	0.65	0.000	0.22	0.114	0.36	0.009	0.58	0.000

Nota: Índice de comprensión verbal, IRP: índice de razonamiento perceptual, IMT: Índice de memoria de trabajo. IVP: Índice de velocidad de procesamiento. CIT: CI total.

Finalmente, para obtener la fiabilidad del instrumento se aplicó la prueba Alfa de Cronbach y el coeficiente Spearman-Brown. Los resultados mostraron una consistencia interna elevada, con un coeficiente de .79 y un coeficiente de Spearman-Brown de .78, lo que significa que el MPC tienen un nivel aceptable de fiabilidad.

Discusión y Conclusiones

La presente investigación tenía como objetivo obtener datos sobre la evidencia de validez del MPC en una muestra de niños con discapacidad intelectual leve y moderada, así como también conocer la fiabilidad del MPC por medio de la consistencia interna en la muestra total. Los resultados mostraron coeficientes de correlación significativos que oscilaron de moderados a bajos entre las puntuaciones del MPC y las WISC-IV. El coeficiente de correlación entre la puntuación directa total del MPC y la puntuación del CI Total de la WISC-IV fue moderado ($r=.58, p=.000$) lo que significa que el MPC comparte funciones que también evalúa la WISC-IV. Referente a los resultados entre las puntuaciones de los índices de la WISC-IV con la puntuación directa total del MPC, se obtuvo un coeficiente de correlación significativo moderado con el índice de razonamiento perceptual ($r=.65, p=.000$) y con el índice de comprensión verbal ($r=.45, p=.000$), un coeficiente de correlación bajo con el índice de velocidad de procesamiento ($r=.36, p=.009$), y finalmente un coeficiente de correlación no significativo con el índice de memoria de trabajo ($r=.22$ y $p=.114$) lo que significa que el MPC no mide procesamientos que tengan que ver con el almacenamiento de información, la memoria auditiva y la memoria a corto- largo plazo, sino el razonamiento abstracto y analógico, es decir la resolución de problemas de manera lógica en el instante.

Resultados similares obtuvieron Stacey y Carleton (1955, como se citó en Raven *et al.*, 1993) en su estudio que tenía como objetivo comparar las puntuaciones del MPC con el test de Inteligencia Stanford-Binet (Terman y Merrill, 1960) en una muestra de niños americanos con discapacidad intelectual. Los resultados mostraron un coeficiente de correlación significativo moderado ($r=.69$). Así mismo, en los estudios que tenían como objetivo comparar las puntuaciones del MPC con las Escalas Wechsler en sus diferentes versiones se han obtenido resultados similares (Fernández, Pérez y Ochoa, 2016; James, 1984; Evans, 1980; Kluever, Smith, Green, Holm y Dimson, 1995; Martin y Wiechers, 1954; Wechsler, 2007; Wilkes y Weigel, 1998; Birkmeyer, 1965; Checoslovaquia, Ferjencik *et al.*, 1985; Cathcart, 1974; Orpet *et al.*, 1976; Punfrey y Ward, 1976; como se citó en Raven *et al.*, 1993) pero en muestras de niños regulares.

En relación con la fiabilidad, los coeficientes Alfa de Cronbach ($\alpha=.79$) y el de dos mitades de Spearman-Brown ($r=.78$) obtenidos en la muestra total indicaron

una buena consistencia interna del MPC. Estos resultados son semejantes a los que obtuvieron Fernández y Mercado (2014) en niños de la comunidad yaqui de 5 a 11 años de edad ($\alpha = .81$ y $r = .82$), lo que significa que los ítems del MPC son homogéneos, es decir, miden un mismo constructo.

Las limitaciones de esta investigación consisten en que la muestra no es representativa, por tal motivo se recomienda desarrollar más estudios de este tipo con muestras más grandes para conocer con mayor precisión el funcionamiento del MPC y las WISC-IV en esta población. Otra limitación fue que las investigaciones que existen sobre la validez concurrente de las MPC son bastante antiguas, lo que se sugiere realizar más estudios sobre esta índole, la última limitante fue que existen pocos estudios sobre el tema realizados en México, lo cual apunta a nuevas propuestas de investigación.

En conclusión, el análisis de la correlación entre el MPC y la WISC-IV aporta datos aceptables sobre la validez concurrente del MPC con una muestra de niños con discapacidad intelectual leve y moderada en México, lo que significa que el MPC es un test de screening útil y válido para evaluar la inteligencia en niños con discapacidad intelectual. Lo que aporta información y conocimientos en el ámbito clínico y educativo para futuras investigaciones, que permitirá a psicólogos a realizar interpretaciones más correctas y precisas, así como también a la toma de decisiones más idóneas para el desarrollo de intervenciones y estrategias centradas en el individuo de acuerdo con los resultados obtenidos en el test.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a ed.). México: Panamericana.
- American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* [Versión Adobe Acrobat Reader]. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- American Psychological Association, American Educational Research Association, and National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Estados Unidos de America: American Psychological Association.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. (7ed.). México: Prentice Hall.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* (3ed.). Bogotá, Colombia: Pearson Educación.
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2010). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement*. (7ed.). México: McGrawHill.
- Evans, L. (1980). WISC performance scale and coloured progressive matrices with deaf children. *Psychol*, 50, 216-222.
- Fernández, M. & Mercado, S. (2014). Datos normativos de las Matrices Progresivas Coloreadas en niños indígenas yaquis. *Anuario de psicología*, 44(3), 373-385.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudios de casos* (2ed). Madrid, España: Pirámide.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ed.). México: McGraw-Hill.
- James, R. (1984). A correlational analysis between the Raven's Matrices and WISC-R Performance Scales. *Journal*, 86(7), 336-341.
- Kluever, R., Smith, D., Green, K., Holm, C. & Dimson, C. (1995). The WISC-III and Raven Coloured Progressive Matrices Test: A Pilot Study of Relationship. Trabajo presentado en The American Educational Research Association, USA, 1-12.
- Martin, A. & Wiechers, J. (1954). Raven's Colored Progressive Matrices and the Wechsler Intelligence Scale for Children. *Journal of Consulting Psychology*, 18(2), 143-144.
- Méndez, C. & Palacios, P. (2001). Estandarización del test de Matrices Progresivas de Raven Escala Coloreada. Carpeta de evaluación escala coloreada. En Raven, J., Court, J. & Raven, J. *Test de Matrices Progresivas. Manual de aplicación*. México: Paidós.
- Pearce, N. (1983). A comparison of the WISC-R, Raven's Standard Progressive Matrices, and Meeker's SOI-Screening form for Gifted. *Gifted Child Quarterly*, 27(1), 13-19.

- Raudzah, S., Yong, Y., Ameenudeen, M. & Abdul, N. (2018). Validity and reliability of the raven coloured progressive matrices and the test of non-verbal intelligence among Malaysian children. *Journal of Psychiatry*, 19(2), 2231-7805.
- Raven, J., Court, J. & Raven J. (1993). Test de Matrices Progresivas. *Escalas coloreada general y avanzada*. México: Paidós.
- Sattler, J. (2010). *Evaluación infantil: fundamentos cognitivos*. (5ed.). México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2013). *Código Ético del Psicólogo* (5ed.). México: Trillas.
- Spearman, C. (1927), *The abilities of man: their nature and measurement*. Londres, Inglaterra: Macmillan.
- Terman, L. & Merrill, M. (1960). *Stanford-Binet Intelligence Scale*. Boston: Houghton Mifflin, 1960.
- Villareal, A., Ponce, F., Fernández, M., Pérez, R. & Ocho, E. (2016). Comparación entre el rendimiento en el MPC y el WISC-IV de alumnos Yaquis. En Murrieta, M., Echeverría, S., Valdés, Á. & Acosta, C. *Procesos Educativos, Familia y Violencia Escolar Resultados de Investigaciones*. México: Fontamara.
- Wechsler, D. (1949). *Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974) *Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised*. New York: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children- Third Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2007). WISC-IV: Escala Wechsler de inteligencia para Niños-IV: *Manual Técnico*. México: Manual Moderno.
- Wilkes, J. & Weigel, A. (1998). Comparison of WISC-R and Raven's Progressive Matrices test in a Clinical consultation population. *Zeitschrift Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 26(4), 261-5.
- Worth, B., Ellen, M., DeBurger, R. & Denny, C. (1961). Relationships between 1960 Stanford-Binet, 1937 Stanford-Binet, WISC, RAVEN and Draw-a-man. *Journal of Consulting Psychology*, 25(5), 388-391.

Validez del dibujo de la figura humana en niños con discapacidad intelectual

*María Fernanda Barba Gómez, María Teresa Fernández Nistal,
Santa Magdalena Mercado Ibarra, Eneida Ochoa Ávila*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

El objetivo del presente estudio fue comparar las puntuaciones obtenidas entre la Escala Madurativa del Test de Dos Figuras Humana (T2F-M) de Maganto y Garaigordobil (2009) y las puntuaciones de la WISC-IV (Wechsler, 2007) en una muestra de alumnos con discapacidad intelectual leve-moderada para obtener datos sobre la utilidad del T2F-M en esta población. Participaron 50 niños y adolescentes con discapacidad intelectual leve-moderada entre las edades de 7 años a 16 años 11 meses seleccionados de forma intencional de dos Centros de Atención Múltiple (CAM) y un Centro de Atención Múltiple Estatal (CAME) de Cd. Obregón, Sonora. Los resultados mostraron coeficientes de correlación moderados, significativos y positivos entre el CIT de la WISC-IV y el puntaje total en el T2F-M. Se concluye que el T2F-M es un instrumento de screening útil para evaluar a los niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual leve-moderada y generar hipótesis a priori.

Palabras clave: Dibujo de la Figura Humana, Discapacidad Intelectual, Madurez Intelectual, Evaluación, Screening.

Introducción

Inicialmente los estudios psicológicos sobre el Dibujo de la Figura Humana (DFH) se realizaron desde una perspectiva evolutiva con el argumento de que las partes del cuerpo dibujadas se incrementaban a medida en que aumentaba la edad del niño (Luquet, 1927; Sully, 1900). Posteriormente, diversos autores propusieron al DFH como medida psicométrica para evaluar la inteligencia (Goodenough, 1926; Naglieri, 1988; Reynolds y Hickman, 2004), desarrollo cognitivo (Wechsler y Waltz, 2002) y la madurez mental o conceptual (Harris, 1981; Kopitz, 1968; Maganto y Garaigordobil, 2009).

El DFH es una técnica de fácil aplicación que no requiere una conversación estructurada con la persona evaluada. Por este motivo, resulta una medida útil para

trabajar con personas que presentan trastornos del habla, escasas habilidades de lenguaje o Discapacidad Intelectual (DI) (Flanagan y Motta, 2007; Gregory, 2012).

Los estudios que han analizado la validez del DFH en personas con DI han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre bajas a altas con las puntuaciones de pruebas que evalúan el nivel cognoscitivo general (Dykens, 1996; Ramírez, Valencia y Parra, 2014; Rohrs y Haworth, 1962).

Rohrs y Haworth (1962) estudiaron la relación de las puntuaciones del Dibujo del Hombre (DAM; Goodenough, 1926) con las puntuaciones de la Escala Stanford-Binet forma L-M (Terman y Merrill, 1960) y las puntuaciones de la WISC en su primera edición (Wechsler, 1949) en una muestra de niños con DI. Los autores reportaron índices de correlación más altos con la WISC que con la Escala Stanford-Binet forma L-M.

Dykens (1996) relacionó las puntuaciones obtenidas del Test del Dibujo de una Persona (DAP; Naglieri, 1968) con los resultados del Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT; Kaufman & Kaufman, 1990) y del Test de Desarrollo de la Integración Visomotora (VMI; Beery, 1989) obtenidos de una muestra de 108 personas con DI entre las edades de 12 a 51 años. Los resultados referentes al DAP y al K-BIT mostraron correlaciones significativas de débiles a moderadas (rango de 0.34 a 0.41). No obstante, los autores encontraron índices de correlación significativos más altos entre el DAP y el VMI (0.57). A través de un análisis de regresión lineal, los autores encontraron que los puntajes del VMI eran un mejor predictor de los resultados del DAP ya que explicaban un 33% de la varianza.

Ramírez, Valencia y Parra (2014) determinaron la utilidad del DFH de Goodenough-Harris (Harris, 1981) en 132 niños con DI de entre las edades de 3 a 13 años. Los autores relacionaron los puntajes obtenidos en el DFH con el Coeficiente Intelectual Total (CIT) de la WISC-IV. Los resultados mostraron índices de correlación significativos altos para el grupo de niños con DI leve, moderado (0.85) y severo (0.87); sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas con el grupo DI límite.

Uno de los sistemas de calificación más recientes del DFH es el Test de Dos Figuras Humanas (T2F) propuesto en España por Maganto y Garaigordobil (2009). Este sistema tiene como finalidad evaluar el nivel madurativo-mental (T2F-M) y la aparición de indicadores emocionales (T2F-E) en niños de 5 a 12 años de edad a través del dibujo de dos figuras humanas. A fin de valorar el nivel madurativo mental (T2F-M) Maganto y Garaigordobil (2009) proponen un sistema de calificación de 52 ítems para la figura masculina y 49 para figura femenina donde se evalúa la ausencia o presencia de partes de la figura humana. La calificación está basada en una puntuación diferente de acuerdo con el grado de dificultad del ítem considerando un patrón evolutivo que determinaron por

medio de la frecuencia con la que aparecían representados cada uno de ítems. Para establecer este sistema de calificación las autoras consideraron los dibujos de dos figuras humanas elaborados por 1122 estudiantes de 3° a 6° de primaria.

Las investigaciones que han analizado la utilidad del T2F-M han encontrado índices de correlación estadísticamente significativos de bajos a moderados entre las puntuaciones de este test con diferentes instrumentos de inteligencia (Fernández, Tuset y Ochoa, 2014; Fernández, Ponce y Ochoa, 2018; Maganto y Garaigordobil, 2009) y el rendimiento académico (Fernández, Torres, García y Mercado, 2017).

En España, Maganto y Garaigordobil (2009) determinaron la validez del T2F-M a través de la correlación de las puntuaciones del Test de Matrices progresivas (TMP; Raven, 2001) y las puntuaciones del T2F-M obtenidas de la muestra normativa conformada por 1122 estudiantes de primaria de entre los 5 y 12 años de edad. Los resultados mostraron índices de correlación significativos de bajos (0.39) a moderados (0.65). Los índices de correlación significativos más altos fueron obtenidos al considerar la puntuación total de ambas figuras, por lo que las autoras concluyen que es necesario que el niño dibuje las dos figuras humanas.

En lo que respecta a México, Fernández, *et al.*, (2014) analizaron las propiedades métricas del T2F-M (Maganto y Garaigordobil, 2009) en una muestra de 654 niños indígenas yaquis. Las autoras propusieron una adecuación a las normas de puntuación del T2F-M y analizaron la validez de estas puntuaciones a través una correlación con las puntuaciones del Test de Matrices Progresivas Coloreadas (MPC; Raven, 1993). Los resultados mostraron índices de correlación significativos bajos (rango de 0.21 a 0.38). Posteriormente, Fernández *et al.*, (2018) obtuvieron resultados similares al analizar la relación entre las puntuaciones de la WISC-IV (Wechsler, 2007) y del T2F-M de 151 niños indígenas yaquis. Los resultados mostraron índices de correlación significativos bajos (rango de 0.23 a 0.37). Por otro lado, Fernández *et al.*, (2017) estudiaron la relación del T2F-M y el rendimiento académico 151 niños indígenas yaquis. Los resultados mostraron coeficientes de correlación significativos bajos (0.30). Además, por medio de un análisis de regresión lineal múltiple, las autoras encontraron que las puntuaciones del T2F-M eran un predictor significativo del rendimiento académico ($R^2=0.096$). Debido a los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en España y México las autoras han concluido que el T2F-M es una medida de screening apropiada para evaluar la madurez intelectual tanto en niños españoles como en niños mexicanos de la comunidad indígena yaqui.

No obstante, existe controversia sobre la utilidad del DFH como prueba de screening debido a que los, índices de correlación, entre pruebas de inteligencia general y el DFH han resultado de débiles a moderados. Algunos autores consideran que esos coeficientes indican que el DFH no es una herramienta válida

para evaluar la inteligencia (Imuta, Scarf, Pharo y Hayne, 2013; Tronce, 2014; Willcock, Imuta y Hayne, 2011). Por el contrario, otros autores han interpretado estos resultados como evidencia de validez del DFH como una medida de madurez intelectual y no como una valoración de inteligencia unitaria (Knoff, 2003; Wisniewski y Naglieri, 1989).

Considerando la controversia sobre la utilidad del DFH como prueba de screening y el vacío de conocimiento respecto a la validez del T2F-M en niños con Discapacidad Intelectual, el presente estudio tiene como objetivo comparar las puntuaciones del T2F-M y las puntuaciones de la WISC-IV (Wechsler, 2007) para obtener datos respecto a la utilidad de las puntuaciones del T2F-M en una muestra de alumnos con Discapacidad Intelectual leve-moderada.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 50 niños y adolescentes (58% hombres y 42% mujeres) diagnosticados con discapacidad intelectual leve-moderada entre las edades de 7 años a 16 años ($M=12.36$, $SD=2.33$). Todos los participantes eran alumnos de Centros de Atención Múltiple (CAM) o Centros de Atención Múltiple del Estado (CAME) del sur de Sonora. El 52% de los participantes cursaba primaria y el 48% secundaria. Se excluyeron aquellos niños y adolescentes con algún otro tipo de trastorno que incluyera discapacidad intelectual (Autismo, TDAH, específicos del aprendizaje, motores del neurodesarrollo, entre otros).

Instrumentos

Para esta investigación se utilizó la Escala Madurativa del Test de Dos Figuras Humanas (T2F-M; maganto y Garaigordobil, 2009) y la Escala Wechsler de Inteligencia para niños en su cuarta edición (WISC-IV; Wechsler, 2007).

El T2F-M es una prueba no verbal que evalúa la madurez mental y está dirigido a niños de 5 a 12 años de edad. Este test está compuesto por 52 ítems para la Figura Masculina y 49 para Figura Femenina. La tarea consiste en pedir al niño que dibuje una figura humana lo más real posible y posterior a que termine la primera figura se le pide que dibuje otra de sexo opuesto (Maganto y Garaigordobil, 2009).

La WISC-IV está compuesta por 15 subpruebas con las cuales se obtienen dominios independientes de funcionamientos cognoscitivos: los índices de comprensión verbal, razonamiento perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Además la prueba proporciona de un Coeficiente Intelectual total (CIT) para representar la capacidad cognoscitiva general de niños de 6 a 16 años de edad (Wechsler, 2007).

Procedimiento

Para la aplicación de los instrumentos se estableció contacto con las autoridades de cada CAM y CAME con la finalidad de obtener el permiso institucional. Con el apoyo de la psicóloga de cada centro y la revisión de expedientes escolares, se seleccionaron a los participantes considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La administración de los instrumentos se realizó de forma individual siguiendo las pautas de aplicación de cada manual correspondiente. Para el análisis de los dibujos, además de considerar los 52 ítems evolutivos marcados por Maganto y Garaigordobil (2009), se realizó una agrupación de acuerdo con las etapas del dibujo propuestas por Luquet (1927) y las fases del garabato de acuerdo con Burt en 1922 (como se citó en Marín, 2003) debido a que algunos dibujos se situaban en etapas primitivas.

De acuerdo con las normas del Código de Ética de la Asociación Americana de Psicología [APA] (2010), se prescindió del consentimiento informado de los padres con base en las normativas 8.05 (presidencia de consentimiento informado para investigación) y 9.03 (consentimiento informado en evaluaciones) de este código, debido a que la investigación no causó daño o malestar y la evaluación psicológica se realiza rutinariamente como parte de las actividades institucionales.

Procedimiento en el análisis de los datos

Para el análisis cuantitativo de los datos se utilizó el SPSS en su versión 21.0. Para verificar que la calificación y corrección de los datos fuera homogénea, se realizó el acuerdo intercalificador para cada prueba seleccionando los primeros 28 protocolos aplicados. En el caso de T2F-M fueron calificados independientemente por dos estudiantes de psicología siguiendo los criterios de corrección de Maganto y Garaigordobil (2009). A través del coeficiente de correlación intercalase se analizó la Puntuación Directa Madurativa Total del T2F-M. Los resultados mostraron un índice de correlación muy alto y significativo ($r = 0.913, p = 0.000$) lo que indica un alto acuerdo intercalificador. Respecto a la WISC-IV, se llevó a cabo el mismo procedimiento con dos estudiantes de psicología y una licenciada en psicología, para las subpruebas de comprensión verbal las cuales son Semejanzas ($r = 0.997, p = 0.000$), Vocabulario ($r = .990, p = 0.000$), Comprensión ($r = 0.991, p = 0.000$), Información ($r = 0.991, p = 0.000$) y Palabras en Contexto ($r = 0.999, p = 0.000$) donde también se obtuvo una correlación intraclase alta. Teniendo en cuenta los altos niveles de acuerdo intercalificador, el resto de los protocolos se dividió entre las tres evaluadoras y se calificaron de forma individual.

Resultados

De acuerdo con el análisis de frecuencia de los dibujos de los alumnos se encontró que existen dibujos en etapas primitivas; el 4% de los niños dibujaron garabatos

localizados, 4% dibujó garabatos imitativos y el 2% dibujó garabatos con sentido. Por otro lado, la mayoría de los dibujos (40%) se encuentran en la etapa de realismo frustrado, el 32% de los dibujos se encuentran en la etapa de realismo intelectual, el 10% se encuentra en la etapa de realismo visual y 4% no pudo ser analizado debido a que eran “dibujos con palitos”. En las figuras 1 y 2 se presentan ejemplos de dibujos de los alumnos en el T2F.



Figura 1. Dibujos del T2F situados en la etapa de Garabato con Sentido realizados por un niño de 13 años y 3 meses con un CIT de 40

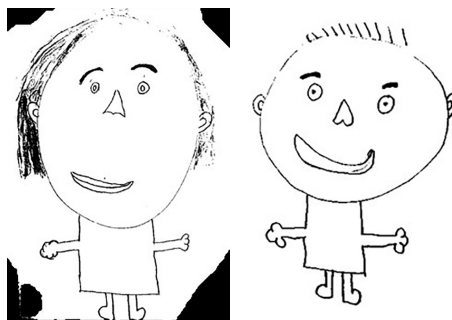


Figura 2. Dibujos del T2F situados en la etapa de Realismo Visual realizados por un adolescente de 16 años y 7 meses con un CIT de 44

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del número de ítems dibujados en el T2F por grupo de edad

T2F	Grupo de edad											
	De 7 a 11 años ($n=18$)				De 12 a 13 años ($n=14$)				De 14 a 16 años ($n=18$)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
T2F-Figura masculina	11.72	6.69	0	25	16.1	8.13	0	29	20	10.23	0	39
T2F-Figura femenina	12.72	6.43	0	23	14.6	8.177	0	31	19	8.99	0	36
T2F-Total	24.44	12.56	0	45	33	18.74	0	71	38	18.52	0	75

Debido al tamaño de la muestra, se conformaron tres grupos de edad para analizar si el número de ítems dibujados aumentaba en función de la edad. El primer grupo estuvo conformado por las edades de 7 a 11 años ($n=18$), el segundo con las edades de 12 a 13 años ($n=14$) y el último con las edades de 14 a 16 años ($n=18$).

Como se muestra en la tabla 1 el promedio de ítems dibujados aumenta con la edad. Se realizó un ANOVA factorial multivariante para analizar si existían diferencias entre las medias del número de ítems dibujados en cada grupo de edad. Los resultados mostraron diferencias significativas con un tamaño del efecto grande en el número de ítems dibujados en la figura masculina, $F(2, 49)=4.155, p=.022; \eta^2=.150$ y en el total de ítems dibujados, $F(2, 49)=3.584, p=.036; \eta^2=.132$. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa en el número de ítems dibujados en la figura femenina, $F(2, 49)=2.676, p=.079; \eta^2=.102$.

En la tabla 2 se presentan los índices de correlación de Pearson entre el T2F-M (puntuación directa) y la WISC-IV (cocientes intelectuales). Como se puede observar, se obtuvieron coeficientes de correlación positivos y estadísticamente significativos de bajos a moderados con los índices de CV, RP, VP y el CIT con la puntuación total del T2F-M. Sin embargo, no se encontraron coeficientes de correlación significativos entre las puntuaciones del T2F-M y el índice de MT. La mayoría de las correlaciones obtuvieron probabilidades inferiores al 1% (0.01) y presentaron intervalos de confianza que fluctúan en índices negativos y positivos de muy débiles a moderados.

Tabla 2. Coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones en el T2F-M y la WISC-IV en la muestra total
T2F-M

Índices	T2F-Figura Masculina			T2F-Figura Femenina			T2F-Total		
	<i>r</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>r</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>r</i>	IC 95%	<i>p</i>
WISC-IV									
CV	0.368	[-.020, .697]	0.008	0.272	[-.059, .568]	0.056	0.399	[.092, .647]	0.004
RP	0.546	[.364, .697]	0.000	0.555	[.387, .706]	0.000	0.524	[.317, .699]	0.000
MT	0.043	[-.190, .379]	0.769	0.110	[-.159, .379]	0.446	0.012	[-.218, .326]	0.933
VP	0.313	[.111, .520]	0.027	0.380	[.125, .592]	0.006	0.354	[.082, .629]	0.012

Nota. CV=Compresión verbal; RP=Razonamiento perceptivo; MT=Memoria de trabajo; VP=Velocidad de procesamiento; CIT=Cociente Intelectual Total

Conclusiones

El objetivo de esta investigación consistió en comparar las puntuaciones del T2F-M y las puntuaciones de la WISC-IV para obtener datos respecto a la utilidad de las puntuaciones del T2F-M en una muestra de alumnos con Discapacidad Intelectual leve-moderada.

La comparación por grupos de edad mostró diferencias significativas en el número de ítems dibujados en la Figura Masculina ($F(2, 49)=4.155, p=.022$;

$\eta p^2=.150$) y en el Total de ítems dibujados ($F(2, 49)=3.584, p=.036; \eta p^2=.132.$). En otros estudios se han encontrado resultados similares (Carreras, Uriel y Fernández, 2013) y los autores han señalado que el aumento de ítems por edad permite establecer ítems esenciales y excepcionales y que la ausencia de ítems esenciales en relación con la edad cronológica podría dar datos sobre una posible dificultad en la madurez mental del niño.

En el análisis de las etapas evolutivas de los dibujos se encontró un desfase entre la etapa y la edad cronológica de los participantes debido a la aparición de dibujos que se pueden situar en etapas primitivas (garabatos). De acuerdo con las etapas de Luquet (1927) retomadas en esta investigación, los dibujos de niños de 7 años de edad deben de situarse en la etapa de realismo intelectual y a partir de los 8 en adelante se presenta la etapa de realismo visual. Sin embargo, sólo el 42% de los participantes (de entre 7 a 16 años de edad) se encontraron entre esas dos etapas.

Los resultados sobre la relación del T2F-M y los índices de la WISC-IV, excepto en el índice MT, mostraron coeficientes de correlación significativos de débiles a moderados que oscilan entre .35 a .52. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Dykens (1996) quien utilizó otro sistema de DFH y el K-BIT (Kaufman & Kaufman, 1990) en personas con DI y los obtenidos otros autores quienes utilizaron otros sistemas del DFH y la WISC-R en niños regulares (Wisniewski y Naglieri, 1989; Von y Wats, 1996) donde se encontraron correlaciones significativas de débiles a moderadas.

Algunos autores han señalado que los coeficientes de correlación de bajos a moderados entre los sistemas del DFH y las escalas Wechsler no son una medida válida para evaluar el funcionamiento intelectual (Imuta, Scarf, Pharo y Hayne, 2013; Tronce, 2014; Willcock, Imuta y Hayne, 2011). Sin embargo, otros autores han concluido que estos resultados pueden indicar que el DFH aporta una perspectiva sobre otros aspectos del funcionamiento intelectual (Knoff, 2003; Wisniewski y Naglieri, 1989).

En esta investigación se considera que los resultados obtenidos aportan evidencia de validez concurrente de las puntuaciones del T2F-M. Los índices de correlación de débiles a moderados con CÍT y los índices de la WISC-IV, excepto el índice MT, indican que el T2F-M aporta una perspectiva del funcionamiento intelectual y otros aspectos específicos de la capacidad cognitiva. En concreto, se considera que este sistema del T2F-M es una medida de madurez intelectual donde se valora la capacidad para formar conceptos abstractos debido a la relación entre el índice RP y CV.

Algunas de las limitaciones de este estudio se encuentran en el número de participantes. Se logró encontrar 50 niños y adolescentes que cumplieran con las características específicas necesarias para la investigación. Por lo tanto, los resultados obtenidos no son generalizables, sino que sirven para realizar inferencias sobre el

funcionamiento de los niños con DI en el T2F-M. Otra limitación ha sido la falta de bibliografía reciente sobre los estudios que han analizado el DFH en población con DI dificultando la comparación de los resultados obtenidos.

Para concluir, se puede afirmar que el Test de Dos Figuras Humanas de Maganto y Garaigordobil (2009) es un instrumento de screening útil para evaluar a los niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual leve-moderada y generar hipótesis a priori. Esto es útil para la comunidad de profesionales de la psicología que trabajen en el ámbito clínico y educativo con poblaciones vulnerables ayudando a tomar decisiones de intervención con un diagnóstico preliminar.

Referencias

- Beery, K. E. (1989). *Developmental test of visual-motor integration*. (3rd. ed.). Cleveland, OH: Modern Curriculum Press
- Carreras, M., Uriel, F. y Fernández, M. (2013). Actualizaciones en el análisis de ítems madurativos del dibujo de la figura humana en niños escolarizados de Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, 30(1), 101-118.
- Dykens, E. (1996). The Draw-a-Person Task in Persons With Mental Retardation: What Does It Measure?. Research in *Developmental Disabilities*, 17(1), 1-13.
- Fernández, N., Ponce, Z. y Ochoa, A. (2018). La validez del dibujo de la figura humana como una medida de la madurez intelectual en niños indígenas yaquis. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 48(3), 41-52. doi:10.216865/RIDEP48.3.04
- Fernández, N., Torres, A., García, H. y Mercado, I. (2017). La relación entre el dibujo de la figura humana como una medida de madurez intelectual y el rendimiento académico en alumnos indígenas yaquis. En Echeverría, C., Fernández, N., Sotelo, C. y Ochoa, Á (Eds.), *Aportaciones sobre educación: contextos, actores y procesos*. México: Pearson.
- Fernández, N., Tuset, B. y Ochoa, A. (2014). Un estudio normativo de los ítems madurativos del test del dibujo de dos figuras humanas en niños indígenas yaquis. *Interdisciplinaria*, 31(2). 297-322.
- Flanagan, R. y Motta, R. (2007). Figure drawings: A popular method. *Psychology in the Schools*, 44(3), 257-270. doi: 10.1002 / pits.20221
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York, United States: Harcourt, Brace and World.
- Gregory, R. (6ed.). (2012). Pruebas psicológicas. *Historia, principios y aplicaciones*. México: Pearson Educación.
- Harris, D. B. (1981). El Test de *Goodenough*, *revisión, ampliación y actualización*. Barcelona, España: Paidós.
- Imuta, K., Scarf, D., Pharo, H. y Hayne, H. (2013). Drawing a close to the use of human figure drawings as a projective measure of intelligence. *PLoS ONE*, 8(3):e58991. doi: 10.1371/journal.pone.005899
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (1990) *Kaufman Brief Intelligence Test—Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Knoff, H. M. (2a ed.) (2003). Evaluation of projective drawings. En C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.). *Psychological and Educational assessment of children* (pág. 91-158). New York, United States: Guilford Press.
- Koppitz, E. M. (12a. ed.). (1968). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires, Argentina: Guadalupe.

- Luquet, G. H. (1927). *Le dessin enfantin*. (Bibliothèque de psychologie de l'enfant et de pédagogie.) [Children's drawing]. Oxford, England: Alcan. Resúmen recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1927-02691-000>
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2009) *Test del dibujo de dos figuras humanas*. Madrid: TEA.
- Marín, R. (2003). *Didáctica de la Educación Artística para Primaria*. Madrid, España: Pearson Education.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP: Draw a person: A quantitative Scoring System Manual*. San Antonio, United States: The Psychological Corporation.
- Ramírez, J., Valencia, D. y Parra, N. (2014). La escala Goodenough–Harris y su utilidad en la detección de discapacidad cognitiva en una población de niños de 3 a 13 años. *Revista Colombiana de Medicina, Fisiología y Rehabilitación*, 24(1), 27-36.
- Raven, J.C. (1993). Test de Matrices Progresivas. Cuaderno de Matrices, Escala Coloreada. Se -ries A, Ab y B[Progressive Matrices Test. Note- book Matrices, Colored Scale. Series A, Aband B]. Buenos Aires: Paidós
- Reynolds CR, Hickman JA. Draw-A-Person Intellectual Ability Test for Children, Adolescents, and Adults (DAP:IQ). Austin:PRO-ED;2004.
- Rohrs, F. y Haworth, M. (1962). The 1960 Stanford-Binet, WISC, and Goodenough Tests with mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 66(6), 853-859. Resúmen recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1963-01704-001>
- Sully, M. (1900). *Studies of childhood*. New York, EUA: D. Appleton and company.
- Terman, L., y Merrill, M. (1960). *Stanford-Binet Intelligence Scale: manual for the Terman. The measurement of intelligence*. Boston: Mifflin Houghton.
- Tronce, A. (2014). Problems of “Draw-A-Person: a quantitative scoring system” (DAP:QSS) as a measure of intelligence. *Psychological Reports: Measures y Statistics*, 115(2), 485-498. doi:10.2466/03.04.PRO.115c25z8
- Von, P y Watz, L. (1996) Intellectual evaluations of children using human figure drawings: an empirical investigation of two methods. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 67-74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8682914>
- Wechsler, D. (1949). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children*. San Antonio, EUA: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2007). *WISC-IV: Escala Wechsler de Inteligencia para Niños -IV: Manual de Aplicación*. México: Manual Moderno.
- Wechsler, S. M. y Waltz, P. (2002). Validade do Desenho da Figura Humana para avaliação cognitiva infantil. *Avaliação Psicológica*, 1(1), 29-38. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000100004&lng=pt&tlng=pt.

- Willcock, E., Imuta, K. y Hayne, H. (2011). Children's humane figure drawings do not measure intellectual ability. *Journal of Experimental Child Psychology*, 110, 444-452. doi: 10.1016/j.jecp.2011.04.013
- Wisniewski, J. y Naglieri, J. (1989). Validity of The Draw a Person: A Quantitative Scoring System with the WISC-R. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 7(1), 346-351. doi: 10.1177/073428298900700408

Adaptación y pilotaje de un instrumento para medir actitudes hacia la eutanasia

*Abel Domínguez Morán, Santa Magdalena Mercado Ibarra,
María Teresa Fernández Nistal, Carlos Alberto Mirón Juárez*
Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

El propósito del presente estudio fue adaptar y validar una escala que permita conocer la actitud que tienen los mexicanos hacia la eutanasia en una población general. Para ello, se realizó la adaptación de dos escalas que miden actitudes hacia la eutanasia. Estas fueron sometidas a un juicio de expertos para su adaptación. Posteriormente, fueron aplicados a una muestra de 175 participantes de ambos sexos con un rango de edad de 35 a 65 años. Se realizó para ambas escalas el análisis de consistencia interna y análisis factorial exploratorio. Ambas escalas presentaron consistencia interna alfa de Cronbach $>.80$. En el análisis factorial exploratorio, en la primera escala se obtuvieron cuatro factores que explicaron 58.71% de la varianza, mientras que en la segunda se obtuvieron dos factores que explicaron 68.01 de la varianza. Ambas escalas obtuvieron un coeficiente $>.80$ en la prueba Kayser-Mayer-Olkin y un valor $<0,001$ en la prueba de esfericidad de Bartlett. La primera escala muestra un número similar de dimensiones al instrumento original, pero con división diferente en cuanto a reactivos. La segunda escala muestra un número menor de dimensiones. Esto posiblemente debido a que la población en su mayoría no contaba con educación referente a la eutanasia o salud en general, a diferencia de las poblaciones donde fueron medidos originalmente. Los resultados de este estudio reportan confiabilidad y validez dentro de un rango aceptable en las escalas para medir actitudes hacia la eutanasia adaptadas a una población mexicana.

Palabras Clave: Actitudes, Eutanasia, Escala, Validación, México

Introducción

La medición de las actitudes ha sido utilizada por las ciencias sociales para evaluar la predisposición del sujeto respecto a un objeto; basándose en su pensar, sentir y comportarse hacia él, enlazando todos estos fenómenos que son de una naturaleza diferente para un acercamiento ecléctico (Sulbaran, 2009).

Las investigaciones en el ámbito de las actitudes hacia la muerte y la eutanasia suelen estar focalizadas hacia personal médico y estudiantes de salud (Tang *et al.*, 2010; Morales *et al.*, 2019), y la población enferma terminal que suelen ser en su mayoría adultos mayores (De Vleminck *et al.*, 2015; Parkinson *et al.*, 2015; del Rosal & Cerro, 2018; Stolz, Mayerl, Gasser-Steiner & Freidl, 2017).

Por ello, los instrumentos para medir actitudes hacia la eutanasia suelen ser solamente evaluados dentro de estos grupos (Holloway *et al.*, 1994; Rogers, 1996; Tang *et al.*, 2010; Tordella & Neutens, 1979; Wasserman, Jeffrey & Ferris, 2005). Lo que podría ser una limitante al buscar aplicarlos en grupos que no compartan estas características.

En el caso de México, se ha mencionado que el conocimiento sobre la eutanasia es poco; incluso, en la población médica, por lo que la recolección de datos empíricos al respecto suele ser difícil. Sin contar la falta de instrumentos adaptados a la población al respecto, siendo usados normalmente cuestionarios de opinión generados solamente para la misma investigación (Morales *et al.*, 2019). Sumando también, que la población tanto médica como general, suele evitar hablar no solamente de la eutanasia sino de la muerte en sí. Reflejando un área de oportunidad para la recolección de información al respecto (García Avendaño, Ochoa Estrada, & Briceño Rodríguez, 2018) de la relación entre las actitudes hacia la muerte en sí y las actitudes hacia la eutanasia.

Los instrumentos más notables para la evaluación de las actitudes hacia la eutanasia son la escala de actitudes de eutanasia de Tordella & Neutens (1979), la escala de actitudes de eutanasia de Holloway (1994) y la escala de actitudes hacia la eutanasia de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005). Si bien hasta cierto punto cada una de las escalas funciona como escalón para la siguiente, cada una de ellas aporta diferencias importantes entre sí.

La primera escala, creada por Tordella & Neutens (1979) fue construida basándose en el método de Thurstone (1928) de intervalos de igual apariencia. La población de este estudio consistió en dos grupos de estudiantes universitarios de una universidad del medio oeste matriculados en cursos de salud de nivel básico y superior. Los grupos representaban una variedad de disciplinas y estatus de clase, así como ambos sexos. Se inició con 74 ítems que fueron sometidos a pruebas de confiabilidad y validez, resultando finalmente en 21 ítems que se consideraron más representativo y con una mayor correlación entre ellos para el objeto de la medición. Se empleó la validez de contenido y el coeficiente de confiabilidad fue de 0.84, que se encuentra por encima del nivel aceptado. Esta escala fue modificada posteriormente por Rogers (1996), para evaluar los valores sociales y el juicio ético de la eutanasia. Agrupando los 21 elementos en 4 dominios: consideraciones éticas, consideraciones prácticas, atesoramiento de la vida y creencias naturalistas.

Posteriormente, Holloway (1994) realizó un estudio para el desarrollo de la Escala de Actitudes de Eutanasia. Una medida para evaluar las actitudes hacia la eutanasia tanto pasiva como activa, basándose en 5 factores: orientación general hacia la eutanasia, problemas de derechos de los pacientes, función de la tecnología de soporte de vida, rol del profesional y valores y ética. Con ello se desarrollaron cuarenta y dos ítems tipo Likert de cinco puntos. Los cuarenta y dos ítems anteriores se administraron a 102 universitarios, obteniendo un alfa de .955.

La escala se modificó a treinta artículos seleccionando los quince elementos afirmativos y los quince elementos no afirmativos cuyas correlaciones totales de artículos fueron más altas. Esta escala de 30 ítems se administró a una muestra separada de 275 personas en edad universitaria. El coeficiente alfa obtenido en este caso fue de .930. Holloway (1994) menciona que su escala puede medir de manera correcta las actitudes hacia la eutanasia. Sin embargo, no siempre estas tendrán relación con el comportamiento que realmente presentaría la persona de ser presentada con las opciones. Así mismo, refiere que las actitudes hacia la eutanasia no son fijas, y pueden ser cambiadas por medio de brindarle educación a los individuos respecto a la muerte y buen morir.

Se encuentra también la escala de actitudes hacia la eutanasia, de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005). Las dimensiones que son manejadas en la escala son: dolor severo, no recuperación, petición del paciente, autoridad del doctor, eutanasia pasiva y eutanasia activa. Las preguntas en la escala representan la variedad de combinaciones posibles de estas dimensiones. Se utilizó la escala de 10 ítems, se realizó una prueba previa con 47 participantes y luego se probó la misma escala en una muestra más grande de 176 participantes, extraída de la misma población, pero sin encuestados de la primera muestra. Para ambos se utilizó una escala Likert con cinco opciones de respuesta que iba desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, dando una opción de “indeciso” como punto medio.

En la prueba preliminar la escala de actitudes hacia la eutanasia de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005) presentó un alfa de Cronbach de .914, mientras que en una muestra más grande de la misma población, la escala tuvo un alfa de Cronbach de .871. Ningún elemento que la componía pudo haberse eliminado para mejorar la confiabilidad interna de la escala en ninguno de los ensayos.

Aun así, los autores de estas escalas mencionan que la escala funciona como base para generar correlaciones con diversos factores para obtener datos de mayor profundidad, sin quedarse solamente con los resultados de la escala. El relacionar los resultados con factores como la edad, sexo, religión, y nivel de estudios es posible, además de su integración con otras escalas de medida, a fin de cubrir otros factores psicológicos con posible relación al proceso actitudinal de la eutanasia. Esto mismo dando pie a la consideración de realizar la combinación de escalas

con el fin de obtener una perspectiva holística de los factores que se relacionan con las actitudes hacia la eutanasia (Holloway *et al.*, 1994; Tordella & Neutens, 1979; Wasserman, Jeffrey & Ferris, 2005).

Si bien estos instrumentos mencionados anteriormente han medido correctamente las actitudes hacia la eutanasia en población norteamericana y con conocimiento relacionado a la salud, no hay un instrumento que permita hacer lo mismo en el caso de México. Por lo tanto, el propósito del presente estudio es traducir, adaptar y pilotear una escala que permita conocer la actitud que tienen los mexicanos hacia la eutanasia en una población general.

Método

El estudio fue de corte transversal no experimental, con el objetivo de corroborar la fiabilidad y validez de un instrumento psicométrico que mida las actitudes hacia la eutanasia en población mexicana.

Participantes

La muestra se conformó por 175 personas en un rango de edad de 35 a 65 años de ambos sexos, de Sonora, México. Estos participantes fueron seleccionados al azar por conveniencia, siendo los criterios para su participación en el momento del estudio que su edad radicara entre los 35 y 65 años, que decidieran participar de manera voluntaria en la aplicación del instrumento.

Instrumento

Se consideraron los instrumentos realizados por Tordella & Neutens (1979), Holloway *et al.*, (1994), y Wasserman, Jeffrey & Ferris, (2005), ya que sus dimensiones e ítems abarcan de una manera más completa la eutanasia y sus variaciones. Se decidió tomar el instrumento de Tordella & Neutens como fue aplicado en el estudio de Tang *et al.* (2010), así como el realizado por Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005). Se realizó una traducción directa con cambios en las afirmaciones para su revisión. El primer instrumento, de Tordella & Neutens (1979) constó de 21 ítems, el segundo de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005) se compuso de 10 ítems. Ambos instrumentos fueron realizadas a manera de escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta, teniendo como estas “Totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo”, y “totalmente en desacuerdo”. Los instrumentos abarcan 10 dimensiones en total, siendo estas: consideraciones éticas, consideraciones prácticas, atesoramiento de la vida, creencias naturalistas, para el de Tordella & Neutens (1979), y dolor severo, no recuperación, petición del paciente, autoridad del doctor, eutanasia activa y eutanasia pasiva para el de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005).

Los instrumentos fueron validados por medio de un juicio de expertos que midió 4 categorías: claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Se realizaron las correcciones mencionadas por los expertos dentro de los documentos para proceder con la aplicación de los instrumentos finales.

Procedimiento

La aplicación se realizó entregando un cuestionario físico a los participantes en diferentes ámbitos, tales como escuela, trabajo y calle. Se les brindó una breve explicación referente al objetivo del estudio y del instrumento, buscando aclarar dudas al respecto. Se solicitó su consentimiento para realizar la evaluación, además se mencionó que en cualquier momento podían abandonar el estudio de así desearlo. De la misma manera, se resolvieron dudas planteadas durante el desarrollo del trabajo. Terminada la aplicación, se procedió a agradecer por tiempo y participación, y se preguntó nuevamente si había dudas sin resolver.

Procedimiento de análisis de resultados

El análisis de los datos obtenidos se realizó por medio del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25. Realizándose el análisis de coeficiente de alfa de Cronbach y el análisis factorial exploratorio; con el fin de identificar la estructura factorial del instrumento y corroborar su coherencia con la teoría propuesta por Tordella & Neutens (1979), Rogers (1996) y Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005).

Resultados

Para determinar la confiabilidad del instrumento de la primera escala (de Tordella & Neutens) se realizó un análisis de consistencia interna, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .826, lo cual indica que la fiabilidad del instrumento es buena. No se encontró la necesidad de eliminar ningún ítem, debido a que la variación fue mínima (tabla 1).

Tabla 1. Estadísticas de elemento de la escala de actitudes de eutanasia de Tordella & Neutens (1979)

	Media	Desviación estándar	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	2.202	1.41	0.806
Ítem 2	2.93	1.4002	0.823

Ítem 3	2.651	1.4285	0.813
Ítem 4	3.404	1.2775	0.832
Ítem 5	2.377	1.4406	0.806
Ítem 6	2.599	1.4006	0.81
Ítem 7	3.408	1.3789	0.834
Ítem 8	2.576	1.4661	0.804
Ítem 9	2.851	1.4063	0.836
Ítem 10	2.549	1.4361	0.806
Ítem 11	2.526	1.4135	0.803
Ítem 12	3.37	1.3903	0.815
Ítem 13	2.838	1.4845	0.81
Ítem 14	2.949	1.3402	0.83
Ítem 15	2.844	1.3578	0.818
Ítem 16	2.468	1.2923	0.812
Ítem 17	2.793	1.3531	0.818
Ítem 18	2.372	1.3775	0.829
Ítem 19	2.086	1.245	0.824
Ítem 20	2.543	1.3074	0.822
Ítem 21	2.38	1.2184	0.825

Al realizar el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, se obtuvo cuatro factores que explicaron el 58.71% de la varianza (ver tabla 2), la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un coeficiente de .831, que indica que se cuenta con una buena adecuación muestral, corroborado a su vez con la prueba de esfericidad de Bartlett dando un valor significativo ($p < 0,001$).

En este caso, el primer factor se compone de 11 ítems, los cuales corresponden a actitudes positivas hacia la eutanasia, el segundo factor tuvo 4 ítems relacionados con actitudes negativas hacia la eutanasia. El tercer factor consto de 4 ítems referentes al no intervenir en el proceso de muerte. Finalmente, el cuarto factor cuenta con 2 ítems que hacen referencia a la ética médica respecto a la vida.

La primera dimensión “Actitudes positivas hacia la eutanasia” muestra una media de 2.65, con una Desviación Estándar (DS) de 1.04. La segunda dimensión “Actitudes negativas hacia la eutanasia” consta de una media de 3.15 con .98 de DS. La tercera dimensión “No intervención al proceso de muerte” presenta una media de 2.58 con DS de .86. Finalmente, la dimensión “La medicina no debe terminar la vida” constó con una media de 2.22 y 1.24 como DS (ver tabla 3).

Tabla 2. Matriz de componente rotado de la escala de actitudes de eutanasia de Tordella & Neutens (1979)

	Componente			
	1	2	3	4
Ítem 11	0.845			
Ítem 10	0.815			
Ítem 8	0.804			
Ítem 1	0.788			
Ítem 5	0.783			
Ítem 6	0.754			
Ítem 3	0.746			
Ítem 13	0.734			
Ítem 12	0.586			
Ítem 15	0.586			
Ítem 17	0.452			
Ítem 7		0.759		
Ítem 4		0.715		
Ítem 9		0.615		
Ítem 2		0.605		
Ítem 20			0.768	
Ítem 21			0.585	
Ítem 16			0.583	
Ítem 14			0.484	
Ítem 19				0.884
Ítem 18				0.849

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la escala de actitudes de eutanasia de Tordella & Neutens (1979)

	Media	DS	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
Actitudes positivas hacia la eutanasia	2.6528	1.04262	0.678	0.192	-0.416	0.381
Actitudes negativas hacia la eutanasia	3.1525	0.98482	-0.148	0.192	-0.367	0.383
No intervención al proceso de muerto	2.5848	0.86249	0.245	0.187	-0.11	0.373
La medicina no debe terminar la vida	2.2267	1.24759	0.759	0.185	-0.553	0.368

Para la segunda escala (de Wasserman, Jeffrey & Ferris, 2005), se realizó de igual manera un análisis de consistencia interna donde el alfa de Cronbach obtenido fue de .877, lo cual indica que la fiabilidad del segundo instrumento también se encuentra en un buen rango. En este caso, tampoco se encontró razón para eliminar ningún ítem, ya que el alfa se mantuvo en valores similares (ver tabla 4).

Tabla 4. Estadísticas de elemento de la escala de actitudes hacia la eutanasia de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005)

	Media	Desviación estándar	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 22	2.994	1.4284	0.867

Ítem 23	3.672	1.2783	0.859
Ítem 24	3.44	1.3836	0.856
Ítem 25	3.429	1.3452	0.853
Ítem 26	3.343	1.3926	0.858
Ítem 27	3.029	1.3955	0.901
Ítem 28	3.291	1.3691	0.856
Ítem 29	3.177	1.4091	0.851
Ítem 30	2.926	1.4183	0.886
Ítem 31	3.017	1.4562	0.85

Al realizar el análisis factorial exploratorio con Rotación varimax, se obtuvieron dos factores que explicaron el 68.01% de la varianza (ver tabla 5), la prueba KMO obtuvo un coeficiente de .872, que indica que, al igual que en el instrumento anterior, se cuenta con una buena adecuación muestral, corroborado nuevamente con la prueba de esfericidad de Bartlett dando un valor significativo ($p < 0,001$).

Tabla 5. Matriz de componente rotado de la escala de actitudes hacia la eutanasia de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005)

	Componente	
	1	2
Ítem 29	0.874	
Ítem 31	0.838	
Ítem 25	0.835	
Ítem 28	0.798	
Ítem 24	0.791	
Ítem 26	0.791	
Ítem 23	0.782	
Ítem 22	0.705	
Ítem 27		0.894
Ítem 30		0.865

En esta escala, el primer factor se compone de 8 ítems referentes a la decisión del médico y del paciente de terminar la vida en diversas circunstancias (sin posibilidad de recuperación, que el paciente presente dolor intenso, entre otros). El

segundo factor está compuesto por 2 ítems que hacen referencia a decisiones de terminar con la vida del paciente si el médico lo considera apropiado.

La primera dimensión “a favor de la eutanasia” consta de una media de 3.30 y una DS de 1.11, la segunda dimensión “en contra de la eutanasia” presenta una media de 2.97 y una DS de 1.24 (ver tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la escala de actitudes hacia la eutanasia de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005)

	Media	Desviación	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Desv. Error	Estadístico	Desv. Error
A favor de la eutanasia	3.3009	1.11613	-0.262	0.185	-0.841	0.368
En contra de la eutanasia	2.9771	1.24316	-0.029	0.184	-0.898	0.365

Discusión y Conclusiones

Este estudio se enfocó en la adaptación de las escalas para medir las actitudes hacia la eutanasia de Tordella & Neutens (1979), y Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005) en una población mexicana. Ambos instrumentos mostraron un buen nivel de fiabilidad teniendo una puntuación mayor a .80 en el coeficiente de alfa de Cronbach.

Se encontraron diferencias en la división de las dimensiones. La escala de Tordella & Neutens constó de cuatro dimensiones creadas en la revisión de Rogers (1996): consideraciones éticas, consideraciones prácticas, atesoramiento de la vida y creencias naturalistas. En la aplicación del instrumento en la población mexicana se encontraron de igual manera 4, pero divididas en actitudes positivas hacia la eutanasia, actitudes negativas hacia la eutanasia, no intervención al proceso de muerte y la medicina no debe terminar con la vida.

Esto posiblemente se debe al hecho de que la aplicación se haya llevado en una población general a diferencia del estudio original y sus siguientes aplicaciones, que fueron realizadas en grupos con conocimiento de salud o médicos (Tang *et al.*, 2010). Por ende, es posible que sus respuestas se basaran más en juicios de valor con el conocimiento propio del concepto ante los enunciados, agrupándolos en los dominios anteriormente mencionados.

La escala de Wasserman, Jeffrey & Ferris (2005) cuenta con 6 dimensiones originalmente: dolor severo, no recuperación, petición del paciente, directriz del doctor, eutanasia pasiva y eutanasia activa. Los autores describían como los reactivos representaban diferentes combinaciones de estas dimensiones en cada ítem

debido a que era sumamente difícil hablar correctamente de la eutanasia sin englobar al menos dos de estos dominios. En la presente evaluación se encontraron dos dimensiones, las cuales se dividieron en que estuvieran a favor de la eutanasia, que consta de ocho ítems, y en contra de la eutanasia, con los 2 ítems restantes. La división queda así debido a que los ítems en la primera dimensión se mencionan de manera afirmativa, a diferencia de los 2 restantes del segundo dominio, que fueron redactados de manera negativa.

En ambas escalas se encuentra una media de respuesta cercana a tres en todas las dimensiones, lo que parece indicar una división equitativa en cuanto a posturas positivas y negativas hacia la eutanasia. Es posible que la división se deba a la diferencia de edad, nivel educativo y religión entre los participantes, factores que en otros estudios han demostrado tener impacto significativo (Aramesh, 2016; Domino, 2003a; Domino 2003b; Espinoza, Luengo & Sanhueza, 2016;).

Los resultados de este estudio reportan confiabilidad y validez dentro de un rango aceptable en las escalas para medir actitudes hacia la eutanasia adaptadas a una población mexicana. El estudio de las actitudes hacia la eutanasia resulta beneficioso conforme se adoptan políticas dentro del país referente a los cuidados paliativos o el concepto de voluntad anticipada presentando en algunos estados. El instrumento cuenta con la posibilidad de ser utilizado como base para futuros estudios o bien, someterse a adaptaciones a poblaciones más específicas dentro del país. De la misma manera, se sugiere realizar la aplicación para su modificación en diversos grupos con variables más específicas de interés, tales como un menor rango de edad, grado de estudios o afinidad religiosa, además de zona del país. O bien, relacionar las actitudes con otros factores como enfermedades, calidad de vida, actitudes hacia la muerte, etc. Esto con la finalidad de obtener una comparativa en cuanto al cambio de la opinión pública respecto a la eutanasia considerando diversos escenarios.

Referencias

- Aramesh, K. (2016). History of attitudes toward death: a comparative study between Persian and western cultures. *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*, 9(20), 1–6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432944/>
- De Vleminck, A., Pardon, K., Houttekier, D., Van den Block, L., Vander Stichele, R., & Deliens, L. (2015). The prevalence in the general population of advance directives on euthanasia and discussion of end-of-life wishes: a nationwide survey. *BMC Palliative Care*, 14(1). doi:10.1186/s12904-015-0068-1
- Del Rosal, R. S. & Cerro, A. H. (2018). Spanish Attitudes Towards Euthanasia and Physician-assisted Suicide. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (161), 103–120. Recuperado de <https://doi-org.itson.idm.oclc.org/10.5477/cis/reis.161.103>
- Domino, G. (2003)a. Attitudes Toward Physician Assisted Suicide: Poland and the United States. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 46(2), 105–115. doi:10.2190/qfxy-q06a-mt87-4ygm
- Domino, G. (2003)b. Community Attitudes Toward Physician Assisted Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 46(3), 199–214. doi:10.2190/chl6-y148-vbbh-22nb
- Espinoza, M., Luengo L., & Sanhueza, O. (2016) Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 430-446. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.3
- García-Avenidaño, D., Ochoa-Estrada, M. C., & Briceño-Rodríguez, I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, Vol 15, Iss 3, Pp 281-293 (2018), (3), 281. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2421/1765>
- Holloway, H., Hayslip, B., Murdock, M., Maloy, R., Servaty, H., Henard, K., Lopez, L., Lysaght, R., Moreno, G., Moroney, T., Smith, D., & White, S. (1994). Measuring attitudes toward euthanasia. *Omega (Westport)* 30(1), 53–65. doi:10.2190/eqp2-kufm-w7th-butl
- Morales, A., Gil, M., Sánchez, B. E., Ramírez, P., Abarca, L., & Núñez, S. (2019). Actitudes en base al nivel de conocimiento hacia la eutanasia en estudiantes de licenciatura de la Facultad de Enfermería no. 2, Universidad Autónoma de Guerrero, México. (Spanish). *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 6(2), 1. Recuperado de https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/_files/200004295-74d79750f4/19.01.70%20Actitudes%20en%20base%20al%20nivel%20de%20conocimiento%20hacia%20la%20eutanasia....pdf

- Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Carter, G., Cavenagh, J., McPhee, J., & Ravenscroft, P. (2005). Cancer Patients' Attitudes Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses. *J. Bioethical Inquiry* 2: 82. doi:10.1007/bf02448847
- Rogers, J. (1996). Assessing right to die attitudes: A conceptually guided measurement model. *Journal of Social Issues*, 52, 63–84 doi:10.1111/j.1540-4560.1996.tb01568.x
- Stolz, E., Mayerl, H., Gasser-Steiner, P., & Freidl, W. (2017). Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: the role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation. *BMC Medical Ethics*, 18(1). doi:10.1186/s12910-017-0233-6
- Sulbaran, D. (2009) Medición de actitudes. Caracas: Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39886844/escalas-de-actitudes.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1558994415&Signature=1TH%2FnBCc0zZKNiulM9s7Kd5DGvc%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEscalas_de_Actitudes_1.pdf
- Tang, W.K., Mak, K.K., Kam, P. M.H., Ho, J. W.K., Chan, D. C.Y., Suen, T.L., Hussain, A. (2010). Reliability and Validity of the Euthanasia Attitude Scale (EAS) for Hong Kong Medical Doctors. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 27(5), 320–324. doi:10.1177/1049909109358407
- Thurstone, L. (1928) "Attitudes Can Be Measured." *American Journal of Sociology* 33, : 529-554. doi:10.1086/214483
- Tordella, M. & Neutens, J. (1979). An instrument to appraise attitudes of college students toward euthanasia. *Journal of School Health*, 49(6), 351–352. doi:10.1111/j.1746-1561.1979.tb07728.x
- Wasserman, J., Jeffrey M., and Ferris J. (2005) A Scale to Assess Attitudes towards Euthanasia. *Omega* 51:229–37. doi:10.2190/fghe-yxhx-qjea-mtm0

Propiedades psicométricas de la escala de violencia en el noviazgo

Teresa Iveth Sotelo Quiñonez,¹ Oralia Anahyd Pérez Osuna,² Manuel Jorge González-Montesinos M.,³ Nora Hemi Rivera Campos³

¹ Universidad de Sonora, ² Instituto Tecnológico de Sonora,

³ Universidad Iberoamericana Campus Puebla

Resumen

La violencia en el noviazgo afecta la calidad de vida de los jóvenes y se expresa en diferentes formas como la física, la psicológica y la sexual. Actualmente, con el uso de la tecnología estas expresiones de violencia han cambiado, es necesario ahora identificarlas de manera temprana para prevenirlas. El objetivo del estudio fue diseñar una escala de violencia en el noviazgo que integre además de las manifestaciones de violencia reportadas tradicionalmente por la literatura, aquellas expresiones de violencia presentes en los noviazgos a través del uso de la tecnología como la violencia digital. En el estudio participaron 366 jóvenes del sur de Sonora, la escala inicialmente estuvo compuesta por 59 reactivos y cuatro dimensiones de violencia (física, psicológica/emocional, sexual y digital). En los resultados se puede observar que la escala es unidimensional, que integra en 59 reactivos de las cuatro dimensiones propuestas. Además, mostró una confiabilidad de .96 y una varianza explicada del 44%. En conclusión, la es escala tuvo propiedades psicométricas adecuadas, sin embargo, es necesario realizar en un futuro un estudio confirmatorio.

Palabras clave: violencia en el noviazgo, jóvenes, escala, violencia digital

Introducción

La violencia en el noviazgo es un factor que afecta actualmente la salud y la calidad de vida de los jóvenes (García, Wlodarczyk, Reyes, San Cristóbal, & Solar, 2014). La calidad de vida es un concepto difícil de unificar y que es explicado en diversas perspectivas (Urzúa, Caqueo-Urizar, 2012), pero según la OMS (1996) es la percepción que tienen las personas sobre su vida en seis esferas: la física, la psicológica, el grado de independencia, las relaciones sociales, el entorno y la espiritual. La violencia en el noviazgo es un factor que afecta la salud física, mental y las relaciones sociales de los jóvenes (Lazarevich, Irigoyen, Sokolova, & Delgadillo, 2013; Ludin, Bottiani, Debman & Orozco, Bradshaw, 2018; Gar-

cía, Wlodarczyk, Reyes, San Cristóbal, & Solar, 2014, Shaffer, Corona, Sullivan, Fuentes, & McDonald, 2017; Rey Anacona, Bolivar, & Martínez, 2017).

Algunas de las consecuencias negativas de la violencia en el noviazgo son, el bajo rendimiento escolar, el abuso de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual, depresión, el suicidio, entre otras (Rubio-Garay, Carrasco, Amor y López-González, 2015; Exner-Cortens, Eckenrode, & Rothman, 2013; González, Muñoz, & Graña, 2003). Debido a estas consecuencias, se considera la violencia de pareja como un problema de prioridad para la salud pública (OMS, 2005), que afecta sin importar la edad, las creencias y la clase social (De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012; Rey-Anaconda, 2008).

La violencia en el noviazgo es definida como “todo acto, omisión, actitud o expresión que genere o tenga el potencial de generar daño emocional, físico o sexual a la pareja afectiva con la que se comparte una relación íntima sin convivencia ni vínculo marital” (Castro & Casique, 2010, p. 22). Existen diferentes formas de expresiones de la violencia en las parejas jóvenes, desde formas sutiles, hasta aquellas más evidentes, pero ninguna se presenta de manera aislada (Torres, 2001). Las clasificaciones de la violencia en el noviazgo más consistentes en la literatura son: la física, caracterizada por jalones y golpes; la emocional, que incluye insultos o humillaciones y la sexual, como juegos sexuales no deseados (López-Cepero, Rodríguez-Franco, & Rodríguez, 2015).

Es importante mencionar que existen nuevas formas de expresar violencia y son a través de la tecnología y la inclusión de esta a la vida cotidiana (Jean-Cortés, Rivera-Aragón, Reidl-Martínez, & García-Méndez, 2017); y generalmente se usa como un medio de control (Durán & Martínez-Pecino, 2015).

La prevalencia de la violencia en el noviazgo a nivel Mundial es de 9 de cada 10 jóvenes, pero sólo 3 la denuncian, el tipo de violencia más frecuente entre los noviazgos es la emocional y psicológica (OMS, 2016). En México a través de la Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo (ENVINOV, 2007), se identificó que el 15% de los jóvenes de entre 15 y 24 años habían padecido al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo. El 61.4% eran mujeres y el 46% hombres. El tipo de violencia con mayor frecuencia fue la emocional (39.38%), seguida por la sexual (8.16%) y por último la física (6.79%).

Identificar la violencia en el noviazgo en relaciones jóvenes, para prevenirla es importante, pues es un predictor de violencia doméstica en la edad adulta (Capaldi y Gorman-Smith, 2003), para lograr este objetivo se requiere de identificarla oportunamente con instrumentos de medida válidos y confiables. En la literatura existen instrumentos para medir el constructo de violencia en el noviazgo en parejas de jóvenes, entre ellos se encuentran, el Cuestionario de Violencia de Novios (CUVINO) con datos de validez en los países de Estados Unidos de América, España,

Argentina y México (Rodríguez-Franco, Antuña, Rodríguez-Díaz, Herrero *et al.*, 2007), el Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) desarrollado y validado en Canadá, España y México (Wolfe, Scott, Reitzel-Jaffe, Wekerle *et al.*, 2001); la Escala Multidimensional de Violencia en el Noviazgo (EMVN) de Sevilla (García-Carpintero, Rodríguez-Santero, & Porcel-Gálvez, 2018). A pesar de que existen en México medidas con datos de validez y confiabilidad, no integran las nuevas expresiones de violencia en las parejas jóvenes que se dan a través del uso de la tecnología. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es diseñar una escala de violencia en el noviazgo que integre entre sus dimensiones el factor de violencia digital o a través de la tecnología.

Método

Diseño

Estudio cuantitativo, transversal, no experimental e instrumental.

Participantes

Mediante una muestra no probabilística y por conveniencia participaron 366 jóvenes (37.1% eran hombres y 62.9% mujeres) del sur de Sonora, de 17 a 27 años ($M_{\text{edad}} = 20.6$, D.E.=1.9). El 98.6 % de los jóvenes se dedicaban a estudiar, 1.4% trabajaba, 96.4% se encontraba en una relación y 3.6% no, pero tenían menos de 3 meses de haberla concluido. La mayoría reportó que su tipo de pareja era heterosexual 90.4% y el 9.6 % homosexual. En cuanto al tiempo de relación el 27.2% de los entrevistados tenían menos de seis meses de haber iniciado el noviazgo, el 28.3% tenía entre siete meses a un año, el 29.8% de un año un mes a tres años y por último el 14.7% más de tres años de relación.

Instrumento

La escala se diseñó exprofeso para el estudio y para medir el constructo de violencia en el noviazgo integrando la dimensión de violencia digital. Se tomaron y adaptaron reactivos del CUVINO (Rodríguez-Franco *et al.*, 2007) y CADRI (Wolfe, *et al.*, 2001) para las dimensiones de violencia psicológica o emocional, física, sexual y para la dimensión de violencia digital del Cyber Dating Abuse Questionnaire de Borrajo, Gámez-Guadix, Pereda y Calvete, (2015). La escala total estaba compuesta por 59 reactivos, con 4 dimensiones de la violencia en el noviazgo: psicológica/emocional, sexual, física y digital. Con cinco opciones de respuestas, en una escala de nunca a siempre (ver tabla 1).

Tabla 1. Especificaciones de la escala de violencia en el noviazgo

Dimensión	Definición	Reactivos
Violencia Psicológica-Emocional	Actitudes que producen daño emocional y dejan vulnerable la integridad psicológica de la víctima (Rodríguez-Franco <i>et al.</i> , 2007)	Tu novio (a)... VN1. Ha tratado de poner a tu familia en tu contra. VN2. Ha criticado tu aspecto físico. VN3. Impone su punto de vista sobre el tuyo de manera constante. VN4. Te ha prohibido amistades. VN5. Te ha amenazado con hacerse daño si no cumples con lo que te pide. VN6. Te ha amenazado con hacerte daño. VN7. Destrozó intencionalmente algo que te pertenecía. VN8. Te dice que eres una mala pareja. VN9. Te hace sentir menos frente a los demás. VN10. Critica todo lo que haces. VN11. Te niega apoyo como una forma de castigarte. VN12. Te humilla. VN13. Te pide que cambies tu apariencia física. VN14. Te pide que cambies tu manera de hablar o de comportarte. VN15. Se ha burlado de ti. VN16. Te amenaza con dejarte. VN17. Se dirige a ti por un apodo que no te gusta. VN18. Cuando pelean te amenaza con suicidarse. VN19. Decide a donde ir, aunque tú no estés de acuerdo.
Violencia sexual	Comportamientos sexistas-sexuales que se llevan a cabo sin el consentimiento de la pareja (Collibee & Furman, 2014)	VN20. Ha intentado tocarte sin tu consentimiento. VN21. Te ha rechazado después del acto sexual. VN22. Te obliga a hacer actos sexuales que no deseas. VN23. Te dice cosas desagradables durante el acto sexual sin tu consentimiento.

		<p>VN24. Crítica tu apariencia física durante el acto sexual.</p> <p>VN25. Te ha lastimado en el acto sexual sin tu consentimiento.</p> <p>VN26. Te presiona a tener relaciones sexuales como prueba de amor.</p> <p>VN27. Ha utilizado instrumentos sexuales que te lastiman sin tu consentimiento.</p> <p>VN28. Cedés a sus peticiones sexuales por temor.</p> <p>VN29. Te impide el uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>VN30. Ha hecho comentarios ofensivos sobre su intimidad con sus amigos (as).</p>
Violencia digital	Un conjunto de comportamientos repetidos que tienen como objetivo controlar, menoscabar o causar un daño al otro miembro de la pareja a través de un medio digital (Borrajo, <i>et al.</i> 2015).	<p>VN31. Ha intentado grabar el acto sexual sin tu consentimiento.</p> <p>VN32. Está pendiente en redes sociales de lo que haces.</p> <p>VN33. Te envía fotos sexuales indeseadas y explícitas.</p> <p>VN34. Te exige que le mandes fotos íntimas.</p> <p>VN35. Te envía mensajes constantemente para saber dónde estás.</p> <p>VN36. Se molesta si no le contestas rápido a los mensajes.</p> <p>VN37. Te etiqueta con palabras crueles en fotos publicadas en redes sociales.</p> <p>VN38. Te dice con quién puedes tener amistad en redes sociales.</p> <p>VN39. Te obliga a rechazar solicitudes de amigos en las redes sociales.</p> <p>VN40. Te prohíbe tener contacto con mis amigos (as) del sexo opuesto, en redes sociales.</p> <p>VN41. Revisa tus cuentas en redes sociales.</p> <p>VN42. Revisa tu teléfono celular sin permiso.</p> <p>VN43. Te exige que le des las contraseñas de los medios electrónicos que utilizas.</p>

		VN44. Revisa tus mensajes de texto. VN45. Te amenaza si no púlicas en redes sociales algo que te pide.
Violencia Física	Todos aquellos actos representados que buscan herir físicamente a la otra persona (Torres, 2001).	VN46. Has sentido que un juego de contacto se ha tornado agresivo. VN47. Te golpea diciendo que son cariños. VN48. Te has sentido amenazado (a) cuando aplica fuerza sobre tu cuerpo. VN49. Ha dejado alguna marca en tu cuerpo sin tu consentimiento. VN50. Te ha lastimado con mordidas sin tu consentimiento. VN51. Te ha empujado intencionalmente. VN52. Te ha aruñado con el fin de hacerte daño. VN53. Te ha intentado golpear con un objeto intencionalmente. VN54. Ha jalado tu cabello con la intención de hacerte daño. VN55. Te ha dado una cachetada por estar enojado(a) VN56. Te ha pegado zapas. VN57. Cuándo discuten, presiona fuertemente alguna parte de tu cuerpo. VN58. Te ha pellizcado alguna parte de tu cuerpo con la intención de lastimarte. VN59. Te ha pateado para lastimarte.

Procedimiento

Se seleccionaron y adaptaron los reactivos para cada dimensión, los reactivos en inglés los tradujo al español un experto. Posteriormente, se realizó la validez de contenido mediante el juicio de expertos en el tema, se verificó la sensibilidad y comprensión de los reactivos con un grupo de estudiantes de la misma edad.

Al termino de la versión preliminar de la escala, se diseñó el consentimiento informado y se entrenó a estudiantes de psicología para aplicar el instrumento. Por último, se procedió a contactar a los participantes que cumplían con los criterios de

inclusión antes mencionado. Para conocer las propiedades psicométricas de la escala se utilizó análisis de Modelamiento de Rasgo Latente (MRL) Rasch con el paquete estadístico Winsteps versión 4.4.5 (Linacre, 2019). También se analizaron tablas de contingencia para describir la relación entre el sexo de los participantes, tipo y tiempo de relación con el nivel de violencia en los noviazgos de los jóvenes del sur de Sonora, estos análisis se realizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 21.

Resultados

Se examinó el instrumento a través del análisis de Modelamiento de Rasgo Latente Rasch (MRL), para conocer y explicar cómo interactúa el rasgo latente o atributo (en este caso la percepción de eventos violencia en el noviazgo) y los ítems en los procesos cognitivos de los entrevistados para emitir un juicio cualitativo y que respondan según el nivel de rasgo o violencia que perciben en sus relaciones (González-Montesinos, 2018).

Se consiguió evidencia sobre la validez de constructo de la Escala de Violencia en el Noviazgo a través del análisis de unidimensionalidad de los ítems, el cual parte del principio de que la escala mide sólo un rasgo latente (Hattie, 1985). También, se realizó un análisis de componentes principales, donde se obtuvo un indicador de auto valor en el primer contraste menor a 3.0, lo que según los parámetros que señala Linacre (2012), indica que se está midiendo un constructo unidimensional con la Escala de Violencia en el Noviazgo (ver tabla 2).

Tabla 2. Varianza estandarizada residual

Fuentes	Autovalor	Empírica (%)	Modelada (%)
Varianza explicada por a medida =	44.62	43.10	44.9
Varianza explicada por las personas =	20.7	19.4	20.2
Varianza explicada por los ítems=	24.5	23.7	24.7
Varianza no explicada (total) =	59.0	56.9	55.1
Var. No explicada en el primer contraste =	4.4	4.3	
Var. No explicada en el segundo contraste =	2.5	2.5	
Var. No explicada en el tercer contraste =	2.3	2.3	
Var. No explicada en el cuarto contraste =	2.2	2.1	
Var, No explicada en el quinto contraste=	1.9	1.9	

N= 366

Los valores de RMSE fueron de .08 y una confiabilidad de .96, indicando que los errores sistemáticos y aleatorios de los datos no son preocupantes, puesto que se espera que entre más baja sea su magnitud, más próximos están los parámetros a los valores verdaderos (González-Montesinos, 2018). Sin embargo, algunos reactivos del instrumento mostraron un desajuste según los parámetros establecidos por Linacre (2012), que remarcan que los índices INFIT y OUTFIT, cuyos valores en medias cuadráticas (MNSQ) deben mantener en el rango de .50 a 1.50 en las escalas de percepción (siendo el valor 1 el indicador de ajuste perfecto entre los datos y el modelo), optándose por dejarlos fuera de la escala y posteriores análisis. En total, la escala obtuvo 56 reactivos, los cuales hacen alusión a la violencia física, psicológica/emocional, sexual y digital (ver tabla 3).

Tabla 3. Estimación de parámetros de los reactivos de la escala violencia en el noviazgo

Reactivo	Medida Lógitos	IN.MSQ	OUT.MSQ	PBSE	DISCRIM
VN1	0.7	0.89	0.91	0.54	1.01
VN2	0.44	0.81	0.83	0.51	1.03
VN3*	-1.15	1.65	1.83	0.63	0.16
VN4	-0.27	1.08	1.00	0.63	1.00
VN5	0.3	0.87	0.88	0.59	1.05
VN6	-0.09	1.02	0.92	0.62	1.00
VN7	0.55	0.99	0.97	0.59	0.99
VN8	-0.26	1.22	1.22	0.63	0.91
VN9	0.15	0.93	0.82	0.58	1.05
VN10	0.23	0.83	0.59	0.57	1.06
VN11	0.11	1.09	1.10	0.60	0.96
VN12	0.3	0.85	0.90	0.58	1.03
VN13	-0.41	1.31	1.20	0.62	0.78
VN14	0.09	1.01	1.35	0.61	0.98
VN15	-1.18	1.43	1.41	0.62	0.46
VN16	-0.17	0.84	0.72	0.63	1.06
VN17	-0.85	1.12	1.02	0.64	0.90
VN18	0.39	0.91	0.93	0.56	1.02
VN19	-0.98	1.30	1.30	0.63	0.65
VN20	-0.08	1.08	1.10	0.62	0.95

VN21*	0.23	0.78	0.47	0.59	1.09
VN22	0.41	0.82	0.65	0.57	1.05
VN23	0.02	1.01	1.12	0.60	1.00
VN24	0.23	0.90	0.61	0.59	1.06
VN25	0.79	0.76	0.53	0.48	1.09
VN26	0.74	0.89	0.76	0.53	1.04
VN27	0.35	0.89	0.65	0.57	1.06
VN28	0.13	0.86	0.73	0.59	1.08
VN29	0.38	0.87	0.73	0.56	1.04
VN30	-0.53	1.18	1.12	0.64	0.89
VN31	0.31	1.14	0.67	0.57	1.02
VN32	0.24	1.04	0.85	0.58	1.01
VN33	0.35	1.06	0.83	0.57	1.00
VN34	-0.44	1.15	0.99	0.652	0.93
VN35	0.11	0.98	0.63	0.60	1.05
VN36	0.03	0.95	0.81	0.60	1.07
VN37	0.15	0.94	0.74	0.60	1.03
VN38	-0.31	0.89	0.88	0.64	1.05
VN39	0.15	0.85	1.13	0.60	1.03
VN40	0.22	0.64	0.51	0.58	1.11
VN41	0	0.86	1.08	0.63	1.01
VN42	0.18	0.79	0.69	0.58	1.09
VN43	-0.49	1.03	0.97	0.64	0.97
VN44	0.19	0.97	0.86	0.60	1.02
VN45	-0.13	1.17	1.27	0.62	0.90
VN46	-0.17	1.02	1.31	0.62	0.94
VN47	0.04	0.98	1.13	0.61	0.98
VN48*	-0.17	1.10	1.61	0.61	0.88
VN49	-0.35	1.05	0.95	0.63	0.95
VN50	-0.04	0.93	0.78	0.62	1.03
VN51	0.18	0.82	0.76	0.60	1.06
VN52	0.04	0.97	1.19	0.61	0.97
VN53	-0.16	0.80	0.60	0.63	1.09
VN54	0.09	0.94	0.72	0.61	1.03

VN55	-0.04	1.04	0.69	0.63	1.02
VN56	-0.33	1.05	1.02	0.63	0.95
VN57	0.07	0.85	0.67	0.61	1.06
VN58	-0.27	1.06	0.84	0.65	1.01
VN59	-0.04	1.18	1.17	0.62	0.98

Nota. *=reactivos fuera de los rangos aceptables de ajuste

De los resultados de las tablas de contingencia se puede decir que el nivel de violencia en el noviazgo está relacionado con las variables de sexo y tipo de pareja, pero no, con el tiempo de relación (ver tabla 4).

Tabla 4. Tablas de contingencias para variables atributivas

Sexo	Nivel de violencia en el noviazgo			Total	Chi ²	Gl	Sig.
	Ausencia	Bajo	Alto				
Hombre	5	84	43	132	17.568	2	0
Mujer	37	144	43	224			
Total	42	228	86	356			
Tipo pareja							
Heterosexual	34	208	69	311	12.054	2	0.002
Homosexual	7	12	14	33			
Total	41	220	83	344			
Tiempo relación							
- de 6 meses	12	68	14	94	6.423	6	0.378
7 meses a 1 año	10	62	26	98			
1 año un mes a 3 años	12	62	29	103			
+ de 3 años	7	30	14	51			
Total	41	222	83	346			

Discusión y Conclusiones

En conclusión, la violencia en el noviazgo es un constructo que debe ser medido, con la finalidad de identificar y tratar de manera temprana la violencia en las

parejas jóvenes. Para lograrlo es conveniente contar con alternativas de evaluación válidas y confiables (López-Cepero, Rodríguez-Franco, & Rodríguez-Díaz, 2015), por lo tanto, el objetivo del estudio fue diseñar una escala de violencia en el noviazgo que integre entre sus dimensiones el factor de violencia digital. En los resultados se observa que la escala propuesta tiene adecuadas propiedades psicométricas tiende a la unidimensionalidad, además obtuvo una confiabilidad de .96 y una varianza explicada del 44%, sin embargo, tiene como limitante el no contar con un estudio confirmatorio.

La escala unidimensional incluye reactivos de las cuatro dimensiones propuestas, a diferencia de las escalas existentes con datos de validación en México como el CU-VINO (Rodríguez-Franco *et al.*, 2007) incluye reactivos de violencia digital. Con lo cual se puede inferir que estas nuevas formas de violencia a través del uso de la tecnología existen en las parejas jóvenes, como lo sugieren Jean-Cortés *et al.*, (2017).

En cuanto a las variables atributivas la violencia en el noviazgo se relaciona con el sexo, dato que se confirma en la literatura (Flores, Juárez, & Vidaña, 2015; Oliva, González, Yedra, Rivera, & León, 2012; Peña, Zamorano, Hernández, Hernández, Vargas, & Parra, 2013; Corral 2009) y también se relaciona con el tipo de pareja, pero no con el tiempo de relación. Se sugiere seguir analizando las propiedades psicométricas de la escala mediante un estudio confirmatorio y estudiar cómo se relacionan las variables atributivas con la violencia en el noviazgo mediante un modelo explicativo.

Referencias

- Borrajo, E., Gámez-Guadix, M., Pereda, N., & Calvete, E. (2015). The development and validation of the cyber dating abuse questionnaire among young couples. *Computers in Human Behavior, 48*, 358-365. doi:10.1016/j.chb.2015.01.063
- Capaldi, D., & Gorman-Smith, D. (2003). The development of aggression in young male/female couples. En P. Florsheim (Ed.), *En adolescent romantic relations and sexual behaviour: Theory, research, and practical implications* (pp. 243-278). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Castro, R., & Casique, I. (2010). *Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos*. Cuernavaca: UNAM.
- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense, 9*(1), 29-48.
- Durán, M., & Martínez-Pecino, R. (2015). Ciberacoso mediante teléfono móvil e internet en las relaciones de noviazgo entre jóvenes. *Revista Comunicar, 44*(1), 156-167. doi:10.3916/C44-2015-17.
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J., & Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics, 131*(1), 71-78.
- García, F., Włodarczyk, A., Reyes, A., San Cristóbal, C., & Solar, C. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu, 12*(2), 246-265.
- García, M. Á., Rodríguez, J., & Porcel, A. M. (2018). Diseño y validación de la escala para la detección de violencia en el noviazgo en jóvenes en la Universidad de Sevilla. *Gac Sanit, 32*(2), 121-128.
- González, M. P., Muñoz, M. J., & Graña, J. L. (2003). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: una revisión. *Psicopatología clínica legal y forense, 3*(3), 23-39.
- González-Montesinos, M. (2018). *El Modelo Métrico de Rasch: Análisis de propiedades en ítems y escalas de medición psicológica*. México: Instituto Tecnológico de Sonora.
- INEGI (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV)*. México: INEGI e IMJUVE.
- Jean-Cortés, C., Rivera-Aragón, S., Reidl-Martínez, L., & García-Méndez, M. (2017). Violencia de pareja a través de medios electrónicos en adolescentes mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica, 29*(1), 1-13. doi:10.1016/j.aip-prr.2017.01.001

- Lazarevich, I., Irigoyen, M., Sokolova, A., & Delgadillo, H. (2013). Violencia en el noviazgo y salud mental en estudiantes universitarios mexicanos. *Global Health Promotion, 20*(3), 94-103.
- Linacre, J. (2012). A user's guide to Winsteps Ministep Rasch-Model Computer Programs. United States of America: Winsteps.
- López-Cepero, J., Rodríguez, L., & Rodríguez, F. (2015). Evaluación de la Violencia de Pareja. Una Revisión de Instrumentos de Evaluación Conductual. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 2*, 37-50.
- Ludin, S., Bottiani, J., Debnam, K., Orozco, M., & Bradshaw, C. (2018). A cross-national comparison of risk factors for teen dating violence in Mexico and the United States. *Journal of youth and adolescence, 47*(3), 547-559.
- OMS. (Septiembre, de 2016). Violencia contra la Mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Oliva, L., González, M. P., Yedra, L. R., Rivera, E. A., & León, D. (2012). Agresión y manifestaciones violentas en el noviazgo en universitarios. *Revista psicología.com, 16*(1), 1-12.
- Peña, F., Zamorano, B., Hernández, G., Hernández, M., Vargas- J., & Parra, V. (2013). Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista costarricense de psicología, 32*(1), 27-40.
- Rey-Anacona, C., Bolívar, Y., & Martínez, J. (2017). Funcionalidad familiar, número de relaciones y maltrato en el noviazgo en estudiantes de secundaria. *Psicología desde el Caribe, 34*(1), 59-74.
- Rey-Anacona, C. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana, 26*(2), 227-241.
- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F.J., Bringas, C., Antuña, A., & Estrada, C. (2010). Validación del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 6*, 45-52.
- Rubio, F., Carrasco, M. Á., Amor, P.J., & López, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de psicología jurídica, 25*(1), 47-56.
- Shaffer, C. M., Corona, R., Sullivan, T. N., Fuentes, V., & McDonald, S. E. (2018). Barriers and supports to dating violence communication between Latina adolescents and their mothers: *A qualitative analysis. Journal of Family Violence, 33*(2), 133-145.
- Torres, M. (2001). La violencia en casa. México: Paidós.

- Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4): 385-387 <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Wolfe, D.A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., Wekerle, C., Grasley, C., & Straatman, A-L. (2001). Development and validation of the conflict in adolescent relationships inventory. *Psychological Assessment*, 13, 277-293.

Significado psicológico de la apariencia física de sonorenses de tres grupos etarios

Alicia Guadalupe Zepeda Carrizosa,¹ Nora Hemi Rivera Campos,²
Teresa Iveth Sotelo Quiñonez³

¹ Instituto Tecnológico de Sonora,² Universidad Iberoamericana Puebla,
³ Universidad de Sonora

Resumen

El objetivo de este estudio fue explorar el significado psicológico de la apariencia física en tres grupos etarios y por género. Así como, explorar y comparar si hay diferencias con el significado de la belleza física. Se trabajó con una muestra no probabilística por cuotas conformada por $N=231$ sujetos con un rango de edad de 15 a 40 años de ambos sexos (El 51.9% mujeres y el 48.1% hombres). Divididos en tres grupos homogéneos de edad: de 15 a 20, de 21 a 30 y de 31 a 40). Se empleó la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes, 1993). Para lo cual se desarrolló un instrumento formado por diez hojas tamaño esquila, con los siguientes estímulos ordenados de manera aleatoria: “La apariencia física es”, “La belleza física es”, “Cuando alguien me dice que no me veo bien me siento” y un distractor como “La homosexualidad es”. La apariencia física fue definida como importante, y a mayor edad está asociada con la salud. Para los hombres la belleza está más enfocada en las mujeres, y finalmente si alguien les menciona que no se ven bien tienden a sentir emociones negativas, principalmente la tristeza, sin importar la edad y el sexo.

Palabras clave: apariencia, significado, edades, sonorenses, belleza.

Introducción

La imagen corporal es un constructo multidimensional que se refiere a las experiencias subjetivas de percepción y actitud sobre el cuerpo, en particular la apariencia física (Cash y Pruzinsky, 2002). El origen de la palabra apariencia, proveniente del latín tardío *apparentia*, que significa aspecto o parecer exterior de alguien o algo. A su vez, la palabra aspecto, que se deriva del latín *aspectus*, que involucra como es percibido algo o alguien a través de la visión (RAE, 2018). Por lo que cuando hablamos de apariencia hacemos referencia al físico visible de un sujeto u objeto. La apariencia física es el conjunto de características físicas y estéticas

que, nos hacen ser percibidos por los demás, como individuos diferentes unos de otros, y es un factor importante en el desarrollo de la personalidad y las relaciones sociales (Fernández, 2004). Para Markus (1997), un auto-esquema es una organización de las representaciones de experiencia con sentido personal, constituido por los supuestos que tiene cada persona respecto del mundo y de sí mismo, tales como la personalidad, el rol sexual, el peso corporal, la apariencia física, el ejercicio físico y la dieta, entre otros. Los esquemas, como la apariencia física, determinan si se otorga o no importancia emocional a determinado atributo.

Las personas que poseen un auto-esquema sobre la apariencia, es porque la consideran como parte esencial de su autoimagen y autoestima (Cash & Labarge, 1996), es por ello que tiene una influencia en la vida de las personas, incluyendo las relaciones personales, el bienestar y las oportunidades de empleo, así como en pacientes con cicatrices después de una cirugía de cáncer (Sobanko, Sarwer, Zvargulis, 2015) y para los fumadores (Flett, Clark-Carter, Grogan & Davey, 2013). De manera contraria, Muñoz (2014) afirma que la sobrevaloración de la apariencia física, la búsqueda de adecuar el cuerpo a los ideales sociales, está provocando numerosas alteraciones sobre la percepción de la imagen corporal, que conllevan en la mayoría de los casos a diferentes alteraciones patológicas como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La preocupación por la apariencia física se ha vinculado con actitudes negativas hacia el peso y la alimentación (Zaragoza, 2015).

La insatisfacción corporal, es un factor de riesgo de los TCA, principalmente en adolescentes, la imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso que se alejan del ideal, sean vulnerables a la insatisfacción con la imagen corporal (Portela, Costa, Mora y Raich, 2012). De acuerdo con el modelo de relación biológico y socio-cultural (medios y pares) con variables para la internalización de los ideales de la apariencia e insatisfacción corporal en mujeres jóvenes (Clark y Tigemann, 2006), se ha encontrado que las normas de apariencia de los compañeros se relacionan con las conversaciones de apariencia, mientras que la insatisfacción percibida del cuerpo de los compañeros se relaciona con la internalización y la insatisfacción corporal. En particular, las conversaciones respecto a la apariencia emergieron como el predictor individual más fuerte de la internalización de los ideales de la apariencia.

Por otro lado, esta preocupación difiere con la edad y el género, por ejemplo, los cambios físicos que vienen con la edad como las arrugas, la pérdida de pelo, dientes, la flacidez, la pérdida del tono muscular, el aumento en la acumulación de grasa en el cuerpo, entre otras características físicas que caracterizan a la vejez son indeseadas y, por ende, evitados de innumerables maneras. La principal razón de este comportamiento deriva en una serie de hechos que tienden a dibujar la imagen de la vejez como deterioro, dependencia y en breve como una carga para todos (Bruno & Acevedo, 2016).

Con respecto al género, la preocupación por la apariencia física se enfoca en la nariz, el peso y los trastornos de la piel, en ambos sexos, para las mujeres su preocupación es por los senos y el abdomen, en el caso de los hombres por la calvicie prematura. Dicha preocupación en ocasiones se manifiesta en altos niveles de angustia y disfunción psicológica (Harris y Carr, 2001).

De manera antagónica y en diversas disciplinas se ha destacado la importancia de la preocupación por la apariencia física, desde una connotación positiva, se busca llevar a cabo un enlace para promover conductas saludables como hacer ejercicio, cambios en la alimentación y dejar de fumar (Grogan y Master, 2012). Aunque, en una revisión sistemática se encontró que las intervenciones con respecto a la apariencia física impactan positivamente para dejar de fumar, se requiere de mejores análisis dada la debilidad que muestran dichas investigaciones (Flett, Clark-Carter, Grogan & Davey, 2013).

Por otro lado, las personas con bajo peso reciben pocos comentarios negativos respecto a su apariencia y más comentarios positivos, comparado con personas de peso normal y con exceso de peso, lo cual también está asociado a la autoestima de los participantes (Herbozo y Thompson, 2009). Estudios reportan asociación entre el miedo hacia la evaluación de la apariencia física, depresión, autoestima y desordenes de la alimentación (Lundgren, Anderson y Thompson, 2004). Existe evidencia de que en los más jóvenes (niños y adolescentes) reaccionan de manera diferente con respecto a la insatisfacción corporal, en factores personales y socio-culturales, ya que las niñas están más dispuestas que los niños a encontrar una salida a su malestar corporal sobre su cuerpo a través del propio cuerpo (Biolcati, Ghigi, Mameli y Passini, 2017). El significado, consecuentemente, es el resultado de un proceso reconstructivo de información en la memoria, el cual nos da el conocimiento de un concepto (Figueroa, González y Solís, 1981 citado en Reyes, 1993). Entonces, ¿cuál es el significado de la apariencia física para hombres y mujeres? ¿Es diferente dependiendo de la edad? Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue explorar el significado psicológico de la apariencia física en tres grupos etarios y por género. Así como, explorar y comparar si hay diferencias con el significado de la belleza física y la importancia/preocupación por la apariencia física.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por cuotas conformada por $N=231$ participantes (51.9% mujeres y el 48.1% hombres) con un rango de edad de 15 a 40 años. Divididos en tres grupos de edad: de 15 a 20, de 21 a 30 y de 31 a 40 pertenecientes a Cd. Obregón, Sonora.

Instrumento

Se empleó la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Lagunes, 1993). Para lo cual se desarrolló un instrumento formado por diez hojas tamaño esquila. La primera hoja correspondía a las instrucciones para responderlo, seguido de un ejemplo visual. En la última hoja se pedían datos sociodemográficos y en el resto de las hojas se incluyeron los siguientes estímulos ordenados de manera aleatoria: “La apariencia física es”, “La belleza física es”, “Cuando alguien me dice que no me veo bien me siento”, y un distractor que fue: “La homosexualidad es”. También, se incluyeron las siguientes preguntas: ¿cómo te consideras en una escala del 1 al 10? Feo o fea (1) - Guapo o guapa (10), ¿cómo te consideras en una escala del 1 al 10? No atractivo o atractiva (1) y Atractivo o atractiva (10), y finalmente ¿qué tanto te preocupa tu apariencia física? Nada (1) y Mucho (10). Finalmente, se les preguntó el tiempo que le invierten en arreglarse. La técnica de redes semánticas no posee propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) dado que es una herramienta que nos proporciona información de manera subjetiva.

Procedimiento

Se les solicitó el consentimiento a los participantes para contestar el instrumento, después de explicarles la finalidad del estudio. En la mayoría de los casos, fue aplicado de forma individual, en algunos casos de manera colectiva y el tiempo promedio empleado fue de 15 a 20 minutos. Se instruyó a los participantes para que escribieran al menos cinco palabras sueltas que ellos relacionaron con la palabra estímulo. Posteriormente, se solicitó la jerarquización de las palabras de acuerdo con la importancia que ellos le asignaban con respecto al estímulo, el número uno a la palabra más importante, el número dos a la segunda y así sucesivamente hasta terminar la lista.

Se capturaron los datos obtenidos en una base de datos realizada en Microsoft Excel para ser sometidos a análisis. Con base en el protocolo de las Redes Semánticas Naturales Modificadas, primero se obtuvo el número total de palabras definidoras o tamaño de red (TR), por grupos de edad (de 15 a 20, de 21 a 30 y de 31 a 40 años) y por sexo. Después, se obtuvieron las sumas de las frecuencias ponderadas para cada palabra o peso semántico (PS), que representa la importancia adjudicada a cada palabra en la representación de un concepto. El núcleo de red (NR) es aquel conjunto de palabras que por su cercanía son las más importantes en la definición de un constructo e incorpora las definidoras más comunes que comparten los sujetos y se marca en donde el peso semántico empieza a comportarse asintóticamente. La distancia semántica cuantitativa (DSC) se obtuvo, asignando el porcentaje más alto (100%) a aquella definidora que resultaba más cercana al estímulo y se realizó una regla de tres para determinar el valor de las

palabras restantes. Luego, se generaron las figuras correspondientes a las redes para cada estímulo, y se realizó una descripción de cada una de ellas.

Resultados

En la tabla 1 se puede observar que la muestra fue conformada por 48.3% de hombres y 51.1% de mujeres, de los cuales el mayor porcentaje pertenece a las mujeres del grupo de edad de 15 a 20 años con 21.3%. En general, los grupos etarios fueron homogéneos.

Tabla 1. Porcentajes por grupos de edad y sexo

	15-20 años	21-30 años	31-40 años	Total
Hombre	17.00%	15.20%	16.10%	48.30%
Mujer	21.30%	15.20%	15.20%	51.70%
Total	38.30%	30.40%	31.30%	100.00%

Como se puede observar en la tabla 2, la media para la escala “feo (a) - guapo (a)” fue siete, con una D.E. de 2.2. Para la pregunta referente a lo “atractivo (a) - no atractivo (a)” la media fue ocho, con una D.E. de 1.7. Además, en la escala de preocupación por su apariencia ellos responden con una media de siete. Sus respuestas se inclinan a que están preocupados por su apariencia física.

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar por pregunta

	Media	D.E.
¿Cómo te consideras en una escala del 1 al 10? Feo (a) - Guapo (a)	7	2.2
¿Cómo te consideras en una escala del 1 al 10? No atractivo (a) - atractivo (a)	8	1.7
¿Qué tanto te preocupa tu apariencia física?	7	2.4

La tabla 3 muestra el tiempo que invierten en arreglarse antes de salir de casa, la mayoría (16.1%) de las mujeres tarda de 51 a 60 minutos y el 14.3% más de una hora. Los hombres en mayoría (18.7%) tardan de 10 a 20 minutos y el 13.9% de 21 a 30 minutos.

Tabla 3. Tiempo que invierten en arreglarse por sexo

¿Cuánto tiempo inviertes en arreglarte antes de salir de casa?

	10-20 min	21-30 min	31-40 min	41-50 min	51-60 min	Más de una hora
Hombre	18.70%	13.90%	6.50%	1.30%	3.50%	4.30%
Mujer	6.10%	9.60%	4.30%	1.30%	16.10%	14.30%

Con respecto al estímulo “la apariencia física es:” en la figura 1 se puede ver que “importante” es la definidora que mejor lo define en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con excepción de las mujeres de 21 a 30 años que usaron “imagen”. Es interesante destacar las diferencias en su definición por los grupos de edad, para el grupo de 31 a 40 años, tanto en hombres como mujeres la apariencia física está asociada a la “salud”, en los grupos de 15 a 20 y 21 a 30, la incluyen, pero no es tan relevante. En estos grupos, la importancia radica en el cuerpo, en estar “bonita”, en cuestiones que tienen que ver con la vestimenta (calzado), en aspectos psicológicos como la autoestima, la seguridad y la confianza. Cabe destacar que también la asocian con la higiene, la estética y la vanidad, es decir con aspectos que van de la mano al exterior. Mientras, los hombres usan “belleza” o palabras relacionadas, las mujeres responden “personalidad”.

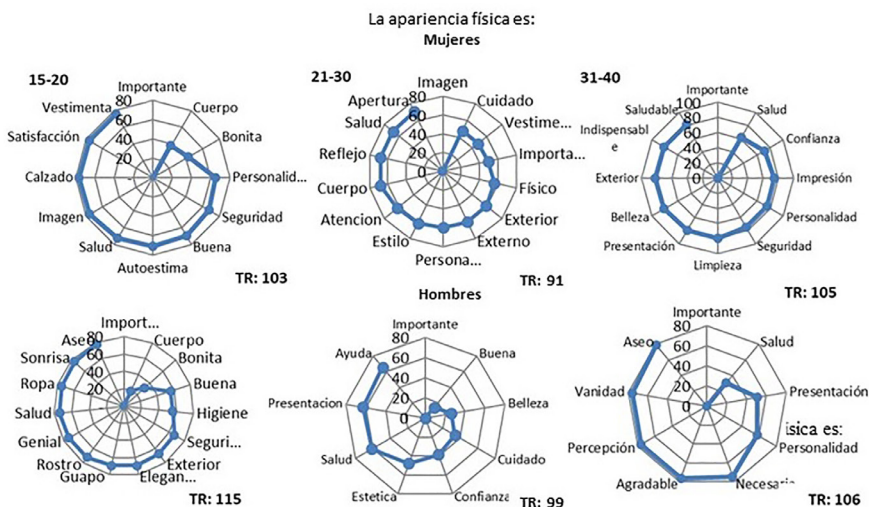


Figura 1. Redes semánticas del estímulo “La apariencia física es” en tres grupos de edad de hombres y mujeres

Comparando el estímulo de apariencia física con la belleza, podemos destacar que de acuerdo con la figura 2, para las mujeres la definidora principal es “bonita” para las más jóvenes, de 21 a 30 es “exterior” y de 31 a 40 es definida como “salud”. En el caso de los hombres (de 15 a 20) la belleza fue definida como “cuerpo” y aspectos asociados con características que tienen que ver con una mujer, es decir no respondieron con definidoras que correspondan a los hombres, a excepción de “guapo”. Las demás características tienen que ver con la subjetividad, la vanidad y el estilo.

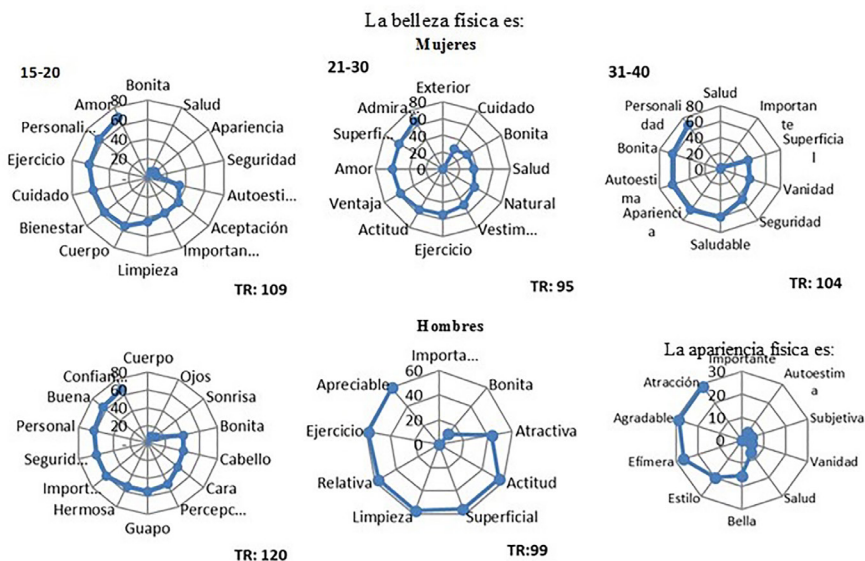


Figura 2. Redes semánticas del estímulo “La belleza física es” en tres grupos etarios de hombres y mujeres

La figura 3 muestra como la definidora que mejor describe el estímulo “cuando me dicen que no me veo bien me siento” fue “triste” en ambos sexos y sin importar la edad. La mayoría de las respuestas tienen una connotación negativa, son pocas las definidoras que son neutrales como: “indiferente”, “normal”, “autoestima”. Asimismo, positivas tenemos “bien” y “tranquilo” más para los hombres.

Quando alguien me dice que no me veo bien me siento:
Mujeres

15-20



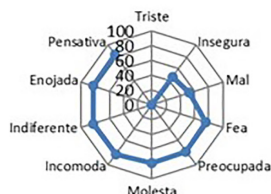
TR: 84

21-30



TR: 65

31-40



TR: 86



TR: 85

Hombres



TR:71



TR: 90

Figura 3. Redes semánticas del estímulo “Cuando me dicen que no me veo bien me siento” en tres grupos de edad de hombres y mujeres

Discusión

De acuerdo con nuestro objetivo de investigación, el cual fue explorar el significado psicológico de la apariencia física en tres grupos etarios y por género. Encontramos que desde las preguntas que tienen que ver con el tiempo que le dedican al arreglo personal hay diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, es la misma preocupación con respecto a su apariencia física, para ambos sexos. Tan es así, que en estudios se han encontrado niveles crecientes de insatisfacción corporal asociados con una peor calidad de vida y un mayor sufrimiento psicológico, para ambos sexos (Griffiths, Hay, Mitchison, Mond, McLean, Rodgers, Massey y Paxton, 2016). Como mencionamos con anterioridad, decidimos explorar el significado psicológico de la apariencia física, como un elemento que de acuerdo con revisiones previas está asociada a la insatisfacción corporal, como parte de los estándares de belleza impuestos por la sociedad (Clark y Tigemann, 2006; Portela, Costa, Mora y Raich, 2012). Por lo tanto, no fue una sorpresa encontrar que la apariencia física fue definida como “importante” a excepción de las mujeres de 21 a 30 años, quienes la definieron como “imagen” en su definidora principal. Lo que podría estar relacionado con el estudio de Da Silva (2012) en el que sustenta a través de redes semánticas

que las mujeres manifiestan mayor preocupación por la apariencia física, es decir, por su imagen. Es interesante destacar las diferencias en su definición de los grupos de edad, para el grupo de 31 a 40 años, tanto en hombres como mujeres la apariencia física está asociada a la “salud”, en los grupos de 15 a 20 y 21 a 30, la incluyen, pero no es tan relevante, independiente al sexo. Es posible que a mayor edad mayor preocupación por la salud, pero nuestros resultados difieren con lo reportado por López, Findling y Abramzon (2006) quienes reportan que son las mujeres (45%) quienes más acuden a consultas médicas por prevención, lo que representa casi el doble del porcentaje masculino (27%), además, la mayoría de estas mujeres están entre los 40 y 49 años, lo que podría indicar que a mayor edad las mujeres se preocupan más por su salud, que por su apariencia.

Además, es importante destacar que, en los tres grupos de edad, los hombres definían la belleza dirigida a las mujeres, es decir sus definidoras eran en femenino, sólo en el grupo de edad de 15 a 20 los hombres mencionaron la definidora de “guapo”. Podríamos suponer que culturalmente los adjetivos para describir o denotar belleza se asocian particularmente y en la mayoría de los casos a lo femenino. Por otro lado, la belleza a nivel general es definida para el grupo de 15 a 20 con características propiamente físicas (cuerpo, ojos, sonrisa, cabello, cara, entre otros), a diferencia de los otros grupos de edad que se enfocan básicamente en lo que la belleza genera (autoestima, seguridad, estilo, etcétera) y por ende lo que puede significar en el contexto social (efímera, salud, etcétera). Es interesante mencionar que las definidoras de la red que conformaron este estímulo difieren con las del estudio de Schlösser (2014) donde la muestra brasileña asocia la belleza física a diversos elementos como felicidad, atracción, seducción, popularidad, influencia, modificación corporal, calidad de vida y como un factor favorable para tener muchos amigos y hacer nuevos. Dicho contraste sugiere que podría ser interesante replicar el estudio en otras poblaciones del país y también en otras culturas para comparar dichas percepciones. Ambos sexos respondieron con la palabra “triste” al estímulo “cuando alguien me dice que no me veo bien me siento” en todos los grupos de edad. Además, usaron de manera recurrente definidoras como “inconforme”, “preocupado”, “incomodo” y “frustrado”, lo cual podría estar relacionado con el trabajo de Benavides (2015) sobre estereotipia, donde reporta que el 50% de las mujeres tiene un grado alto, es decir, son influenciadas por el imaginario social de la belleza moderna lo que provoca insatisfacción corporal. Sin embargo, en nuestra muestra, tanto hombres y mujeres resultaron compartir el mismo significado. Las definidoras usadas con este estímulo podrían tener que ver con que la imagen corporal puede ser vista como la relación entre el cuerpo de una persona y los procesos cognitivos como creencias, valores y actitudes (Volkwein & McConatha, 1997). Desde este punto de vista, la imagen corporal puede ser de-

finida como una representación interna o mental, por lo que se podría relacionar el cómo nos vemos con nuestro valor como individuos, de esta forma resulta en ser sensible a cualquier juicio sobre nuestra apariencia (Beck, 2011). En general, podemos decir que la apariencia física tiene un significado de “importante” y tiene similitud con la belleza física.

Se concluye que:

- La apariencia física es importante para mujeres y hombres, así como el verse bien.
- La apariencia y la belleza física podrían estar estrechamente relacionadas.
- La apariencia física es percibida de manera similar por hombres y mujeres, a diferencia de la belleza.
- Al parecer las mujeres con más edad asocian a la apariencia con la salud.
- Se atribuyen características personales a través de la apariencia física.
- Para ambos sexos y en los tres grupos de edad cuando alguien les dice que no se ven bien, los asocian a sentimientos negativos.
- Para las mujeres más jóvenes la belleza física la definen con seguridad y amor.
- La belleza física para los hombres se interpreta como exclusiva a lo femenino.

Limitaciones

- Se presentó cierta dificultad en algunos participantes a responder el instrumento, ya que les resultó tedioso y generó ansiedad al no poder expresar ideas en frases completas y tener que limitarse a usar solo palabras sueltas. Esto propició que se desecharan algunos instrumentos incompletos y, por ende, el proceso de recolección se alargó.
- Al ser un estudio exploratorio nos enfrentamos con la escasez de investigaciones anteriores que ayuden a encaminar esta y no podemos generalizar los resultados.

Sugerencias

Se recomienda realizar un estudio en grupos de edad que abarque la infancia y la niñez, también en edades posteriores a los cuarenta. Analizar, aspectos asociados a la insatisfacción corporal, uso de redes sociales y si es posible, realizar mediciones antropométricas.

Agradecimientos

Agradecemos a cada una de las personas que hicieron posible este estudio. Puntualmente dirigimos nuestra gratitud al compromiso y apoyo del Lic. Gabriel Bernardo López Pérez. Así como, la disposición de las personas que participaron como parte de la muestra, a las instituciones involucradas y maestros.

Referencias

- Beck, B. (2011). *El cuerpo y su implicancia en el área emocional*. Buenos Aires.
- Behar, A. (2010). *La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria*. Revista Chilena de Neuropsicología. Universidad de Valparaíso. Vol. 48 (4). 319-334.
- Benavides, L. (2015). "Los Estereotipos De Belleza Y Autovaloración De La Imagen Corporal En Las Adolescentes De 14 A 17 Años Del Colegio Agropecuario Luis A. Martínez De La Ciudad De Ambato". Universidad Técnica De Ambato, Ecuador.
- Biolcati, R., Ghigi, R., Memeli, C. y Passini, S. (2017). What can I do with my body? Boys and girls facing body dissatisfaction. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(3), 283-295. <https://doi.org/10.1080/02671522.2016.1167748>
- Bruno, F. y Acevedo J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*. DOI : 10.4000/sociologico.1453
- Cash, T. & Labarge, A. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*. 20. 37-50.
- Cash, T.F. (2002). Cognitive behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: Guilford Press.
- Castillo, E. (2002). *La tiranía de la belleza, un problema educativo de hoy: la estética del cuerpo como valor y como problema*. Teor Educ. 14. 185-206.
- Da Silva (2012). *Beleza e Cirurgia Estética: Representações sociais de Estudantes Universitários*. Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (3), 169-180.
- Flett, K., Clark-Carter, D., Grogan, S. y Davey, R. (2013). How effective are physical appearance interventions in changing smoking perceptions, attitudes and behaviours? A systematic review. *Tobacco Control*. 22. 74-79.
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J., McLean, S., Rodgers, B., Massey, R. y Paxton, S. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. doi: 10.1111/1753-6405.12538
- Grogan, S. y Masterson, D. (2012). Using Appearance Concerns to Promote Health. *Oxford Handbook of the Psychology of Appearance*.
- Harris, D. y Carr, A. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*. 54. 223-226.
- Herbonzo, S. y Thompson J. (2009). Positive and negative appearance-related feedback and weight status. *Eating Weight Disorder*. 14 (4), 234-236. doi: 10.1097/DSS.0000000000000253

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill. Cap. 4 y 5.
- Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 11,81-97.
- Lloyd Morgan. (1923). *Vision and contact. chapter 8 in emergent evolution*. London: Williams and Norgate. 210-242.
- Mead, G. H. (1881). The Relation of Art to Morality. *Oberlin Review*, 9. 63-64.
- Lopez, E., Findling, L. & Abramzón, M. (2006). *Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?* *Salud Colectiva*, 2 (1).
- Lundgren, J., Anderson, D. y Thompson, J. (2004). Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders. *Eating Behaviors*. 5, 75-84. doi:10.1016/S1471-0153(03)00055-2
- Markus, H., Hamill, R. y Sentis, K. (1997). Thinking Fat: Self-Schemas for Body Weight and the Processing of Weight Relevant Information. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(1), 50-71.
- Mead, G. (1881). *The Relation of Art to Morality*. *Oberlin Review* 9. 63-64.
- Mesi, E. (2008). *No hay mujer fea: Conceptos de belleza entre las adolescentes Guayaqueñas*. Crearimagen, Quito, Ecuador.
- Muñoz, A. (2014). La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI. *Universiart Internacional de Catalunya*, facultad de medicina y ciencias de la salud.
- Portela de Santana, M., Da Costa Ribeiro, H., Mora, M. y Raich, R. (2012) . La Epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 27(2). 391-401. doi:10.3305/nh.2012.27.2.5573
- Real Academia de la lengua española (2018). Apariencia.
- Real Academia de la lengua española (2018). Aspecto.
- Robson, D. (8, Julio, 2015). *Is face-ism spoiling your life?*. BBC. Recuperado de <http://www.bbc.com/news/health-30711111> (14, agosto, 2014). La mitad de la población padece algún trastorno alimenticio. *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2014/08/15/1587985-la-mitad-la-poblacion-padece-algun-trastorno-alimenticio/>
- Rousseau, A., Gamble, H. y Eggermont, S. (2017). The role of appearance schematicity in the internalization of media appearance ideals: a panel study of preadolescents. *Journal of Adolescence*. 60. 27-38. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.07.011>
- Schlösser, A. (2014). *Representações sociais da beleza e as influências no estabelecimento de relacionamentos amorosos e de amizade*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

- Sobanko, J., Sarwer, D., Zvargulis, Z. y Miller, C. (2015). importance of physical appearance in patients with skin cancer. *Dermatol Surg*, 4, 183-188.doi: DOI: 10.1097/DSS.0000000000000253
- Volkwein, K. & Mcconatha, J. (1997). *Cultural contours of the body - The impact of age and fitness*. Innovations in sport psychology: Linking theory and practice. 744-746
- Zaragoza, J. (2015). Preocupación por la apariencia física, ansiedad, depresión y actitudes hacia la alimentación en adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

Adherencia al tratamiento sustitutivo por hemodiálisis en pacientes con IRC

*María Trinidad Contreras Apodaca,¹ Guadalupe de la Paz Ross Arguelles,²
Magnolia Alejandra Valerio Ruiz²*

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social

² Instituto Tecnológico de Sonora

Resumen

Se analizó la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica con terapia de tratamiento sustitutivo de la función renal. Participaron 16 personas de ambos sexos diagnosticados con insuficiencia renal, derechohabientes del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), pacientes del Servicio de Hemodiálisis en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Cd. Obregón, Son. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la Escala de Adherencia Terapéutica, como resultado se obtuvo que un 59% de los pacientes tienen un alto nivel de apego al tratamiento, en cuanto a niveles de información tanto el paciente (82%) como los familiares (63%) poseen los conocimientos necesarios para afrontar la enfermedad y la terapia.

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Adherencia Terapéutica, Calidad de vida

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) o enfermedad renal terminal, implica la pérdida gradual del 90-95% de la función renal, esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%, siendo preciso dar tratamiento sustitutivo con diálisis o trasplante de riñón para mantener la vida de los pacientes. La IRC está asociada con factores infecciosos o fisiológicos tales como glomerulonefritis, infecciones renales, enfermedades tubulares, anomalías congénitas, obstrucción por cálculos, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras, y puede a su vez ocasionar enfermedades cardiovasculares (Contreras, 2006).

La IRC, es un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación de la calidad de vida (CV) de personas de todas las edades. Además, es una condición que conduce a la destrucción de la masa de nefronas, la función excretora y reguladora renal. Esta enfermedad altera muchos aspectos biológicos, físicos y emocionales en los pacientes. Las personas que padecen de insuficiencia renal cró-

nica deben someterse a tratamientos no curativos, a nivel psicológico físico, social y económico (Martínez, 2012).

En la actualidad, la incidencia y prevalencia creciente de la ERC se relacionan con trastornos con alta prevalencia, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad vascular y enfermedades relacionadas con el envejecimiento. La tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, el tratamiento consiste en un soporte renal en cualquiera de las tres modalidades que posee:

Diálisis Peritoneal: los desechos y el agua son eliminados de la sangre usando la membrana del peritoneo donde el líquido de diálisis, similar al plasma sanguíneo entra en la cavidad abdominal a través de un catéter.

Hemodiálisis: elimina los desechos y agua haciendo que la sangre circule fuera del cuerpo a través de un filtro externo que permite que pasen algunas sustancias o fluidos y como último recurso el Trasplante Renal, que consiste en trasplantar un riñón sano a la persona (Aguilar, Barrera, Gómez, González, Méndez y Torres, 2014).

Es debido a la presencia de la enfermedad y los procedimientos invasivos que aumenta la probabilidad de padecer depresión y ansiedad, en consecuencia, aumenta los riesgos de suicidios este tipo de pacientes, causados por la falta de adherencia al tratamiento e incumplimiento de las restricciones dietéticas del medio especialista (Belmonte y Valencia, 2013), afectando la calidad de vida, la cual consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”, es un concepto multidimensional que incluye lo físico, psicológico y social, influenciado por creencias, experiencias, percepciones y expectativas (Robles, Rubio, De la Rosa y Nava, 2016).

La calidad de vida está ampliamente relacionada con la adherencia terapéutica, ya que esta es conocida como la magnitud con la cual el paciente sigue las instrucciones médicas para cumplir con el tratamiento y se ve afectada en medida de cuan compleja, larga o por la cantidad de cambios derivados del tratamiento o terapia. Para que exista adherencia, el paciente tiene que modificar su conducta orientándola a la ingesta de medicamentos, cumplimiento de tratamientos, el seguimiento de dietas y la modificación de estilos de vida. Para que esto suceda, el paciente debe haber aceptado el diagnóstico y depender del pronóstico para su adherencia, ya que en ocasiones al tener un pronóstico desfavorable provoca que las personas rechacen los tratamientos o busquen apoyo en áreas alternativas, lo cual puede implicar la falta de aceptación del diagnóstico y del pronóstico, resultando en la negativa a seguir instrucciones del médico, empeorando el pronóstico y disminuyendo las posibilidades de resultados positivos de una intervención adecuada (Salinas y Nava, 2012).

Los factores de riesgo de una buena adherencia se pueden dividir en tres categorías:

- Relacionados con la enfermedad: cuando el paciente no siente ninguna mejoría en su estado de salud.
- Relacionados con el tratamiento: el tratamiento ocasiona efectos secundarios, la eficiencia, dosis, tiempo de acción, duración, complejidad, costos y el método de administración, como ya se explicó los tres métodos para tratar la insuficiencia renal son invasivos, complejos, costosos y de larga duración.
- Relacionados con el equipo terapéutico: este abarca la relación del paciente con los profesionales de la salud y la actitud que se tenga frente a ellos, ante la enfermedad y el tratamiento, el médico tiene la obligación de informar de manera clara los procedimientos al paciente de forma que siempre esté enterado de todo y sin dudas.
- Relacionados con el entorno del paciente: es aquí donde influye la actitud de la familia de la persona enferma y su tratamiento, incluye por supuesto, la supervisión y apoyo en el tratamiento en el ambiente socio familiar (Franch, Medina y Blanco, 2005).

López, Herrero y Tomas (2014) consideran que de los factores para la adherencia antes mencionados, la familia es el más positivo, ya que el paciente sentirá el apoyo que necesita en lugar de afrontar la situación en soledad, esto no solo afectará a la hora de recibir el tratamiento, sino que en casa continuará con el manejo de la dieta adecuada para la diálisis, la toma correcta de medicación y una estabilidad emocional contenida por la familia. Cambios de humor y de carácter serán más llevaderos ante su nueva situación de vida, es por ello que tener el apoyo de la familia es fundamental para la buena aceptación del tratamiento. Por lo que el objetivo del presente estudio fue analizar la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica con terapia de tratamiento sustitutivo de la función renal, para determinar qué factores (Afectivo, Cognitivo y Conductual) tienen más relevancia para el paciente.

Método

El estudio fue de tipo transversal descriptivo no experimental. La muestra no probabilística se basó en el criterio de personas mayores de edad con el diagnóstico de Insuficiencia Renal y que fueran pacientes bajo el tratamiento sustitutivo de la función renal por hemodiálisis.

Participantes

La muestra constó de 16 personas de ambos sexos, entre 20 y 60 años, pacientes del Servicio de Hemodiálisis en la Unidad Médica de Alta Especialidad en Cd. Obregón, Sonora.

Instrumento

Se utilizó una variante de la “Escala de Adherencia Terapéutica” de Soria, Vega y Nava (2009), la “Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal” que consta de 16 ítems en escala Likert que va desde siempre a nunca (siempre tiene un valor de cuatro, casi siempre tiene un valor de 3, casi nunca de dos, mientras que nunca tiene un valor de uno). El instrumento cuenta con tres factores: cognitivo, afectivo y conductual, y cuyo resultado debe ser sumado para que al total se le pueda catalogar en uno de los cuatro rangos de apego al tratamiento: alto (64-52), Medio (51-40), Bajo (39-28) y Mínimo (27-16), el instrumento tiene un alto nivel de fiabilidad con un alfa de Cronbach de .919.

Factor	Ítems
Cognitivo	1, 2, 3, 6 y 7
Afectivo	4, 5, 9, 10, 11 y 16
Conductual	8, 12, 13, 14 y 15

Procedimiento

Se estableció contacto con la unidad médica para establecer un convenio con la finalidad de realizar una intervención Psicológica en pacientes del servicio de Hemodiálisis. Se recurrió al personal médico (médicos y Jefa de Enfermería del servicio de hemodiálisis) para que canalizaran pacientes con problemas psicológicos que puedan participar en el programa. Se procedió a realizar la canalización individual dentro del área de hemodiálisis para seleccionar a los pacientes con mayor índice de problemas, una vez explicado el motivo de la aplicación y con el consentimiento informado firmado se procedió a la aplicación de la “Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal”, para su posterior análisis.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis cuantitativo de los datos se utilizó el SPSS en su versión 21.0.

Resultados

De acuerdo con los datos obtenidos en el análisis de la “Escala de Adherencia Terapéutica con Insuficiencia Renal” se descubrió que un 58.33% del total de participantes llevan a cabo un apego al tratamiento alto, un 33.33% un apego al tratamiento medio, un 8.33% un apego al tratamiento bajo y 0% un apego al tratamiento mínimo o nulo, siendo alentador que más de la mitad de la muestra se encuentra altamente preocupada por llevar al tratamiento y que todos en un cierto grado han continuado asistiendo a la terapia (Figura 1).

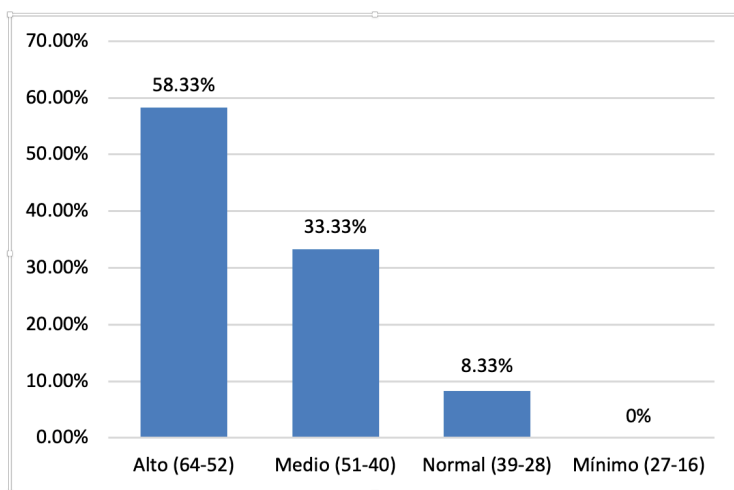


Figura 1. Rangos de apego al tratamiento de la “Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal”

En cuanto a los factores que componen el área cognitiva (reactivos relacionados con la información sobre dicha enfermedad) se obtuvo que la mayoría de los pacientes conocen los aspectos más importantes de la enfermedad, conocen la dieta adecuada para mantener la salud con su nuevo estilo de vida y mantienen una comunicación fluida con su médico a lo largo del procedimiento, sin embargo menos de la mitad muestra una alta preocupación por su enfermedad y es solo la mitad la que se encuentra motivado para seguir el tratamiento (Figura 2).

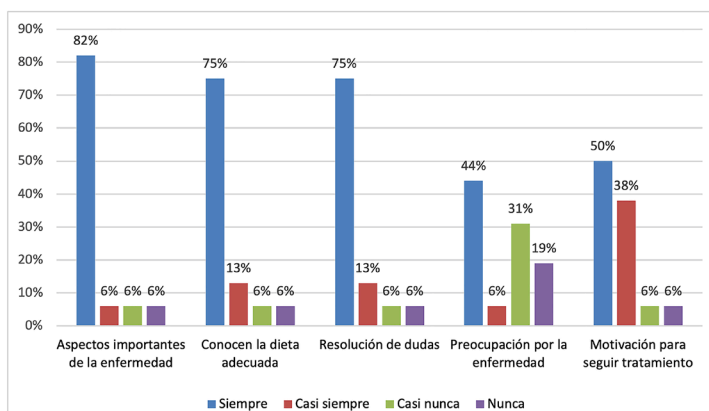


Figura 2. Resumen de los ítems del factor cognitivo de la “Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal”

En el área afectiva, centrada principalmente en las relaciones familiares del paciente, una de las cuales se considera la más importante para mantener un estado anímico adecuado para llevar un tratamiento positivo y sano psicológicamente, en el caso de la muestra evaluada afirman que su familia está enterada de los tratamientos que debe seguir así como también conocen el proceso de la hemodiálisis, por lo que se puede afirmar que en cuanto al aspecto médico las familias conocen todo lo que involucra la enfermedad, pero a solo la mitad sus familias los alientan en momentos de tristeza, en el ítem que evalúa el sentimiento de apoyo en momentos de miedo siempre y nunca tuvieron resultados muy nivelados, destacando el nunca por solo un punto, aun así la familia los comprende cuando tienen dudas aunque falta apoyo con la preparación de los alimentos según su dieta (Figura 3).

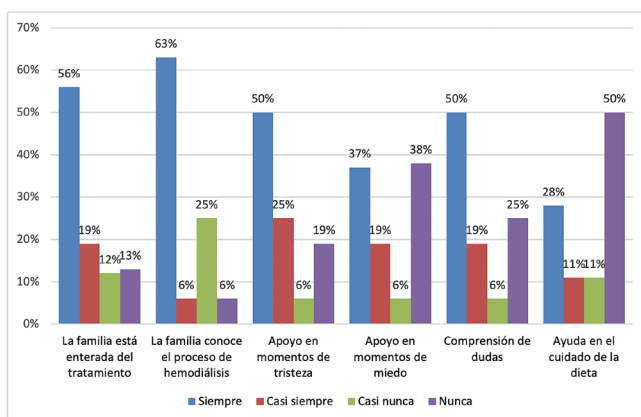


Figura 3. Resultados en porcentajes del factor afectivo

Por último en el área conductual, que se basa principalmente en la responsabilidad y seguimiento del tratamiento e indicaciones, la mayoría de los participantes afirman que cuando no siguen el tratamiento se sienten culpables (Figura 13), pese a que consideran que es fácil seguir las indicaciones del tratamiento (Figura 14), más de la mitad asegura que casi siempre preparan los alimentos de acuerdo a la dieta indicada (Figura 15), y que la mayoría asiste puntualmente a sus sesiones de hemodiálisis (Figura 16) ya que consideran ser disciplinados para planear sus actividades (Figura 17).

En suma de todos los factores se obtuvo que los ítems con mayores porcentajes fueron el 1 (Sé que la diálisis/hemodiálisis es un proceso de extracción de los productos de desecho y exceso de agua), 5 (Mi familia sabe en qué consiste la diálisis/hemodiálisis) y 14 (Asisto puntualmente a mi diálisis/hemodiálisis), los dos primeros están relacionados al nivel de conocimientos que se tiene sobre la

enfermedad, algo que dentro de la adherencia a la terapia se considera importante ya que el conocer todos los aspectos de la enfermedad y del tratamiento permite que tanto los pacientes como familiares tengan más confianza en los médicos y en el proceso de curación. En los tres factores que mide la escala (Cognitivo, Conductual y Afectivo) y nivel de compromiso a la terapia, es alentador que para los pacientes de esta muestra la mayoría de los resultados sean positivos con respecto a la adherencia y el apoyo familiar

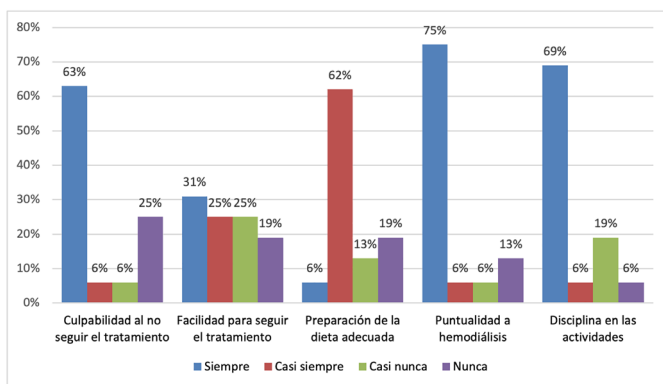


Figura 3. Respuestas correspondientes al factor conductual

Discusión y Conclusiones

En base a los resultados obtenidos se puede afirmar que la mayoría de los pacientes participantes de este estudio del servicio de hemodiálisis de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de Cd. Obregón Sonora, presentan un apego alto a la adherencia terapéutica, sin embargo, será necesario llevar a cabo en el futuro estudios que abarquen una mayor muestra de población que sea más representativa a la cantidad de pacientes totales que acuden hoy en día al servicio. En relación a lo mencionado anteriormente se recomienda lo siguiente:

El apego al tratamiento resulta imprescindible en todo paciente hospitalizado especialmente en el paciente con insuficiencia renal sometido a un tratamiento sustitutivo en este caso hemodiálisis, por lo que seguir las indicaciones del equipo multidisciplinario a cargo de dicho tratamiento es de suma importancia para la mejora del paciente. Es fundamental conocer a fondo los procesos en los que consiste el tratamiento específico al cual se está sometiendo y si no es así, informarse acerca de cualquier duda con su médico especialista en el área.

El apoyo y aliento de la familia en los momentos más complicados es de suma importancia, por lo que se debe buscar su respaldo en todos los sentidos.

El tratamiento nutricional es un pilar base y decisivo en la calidad de vida del paciente, por lo que debe estar correctamente informado acerca del plan alimentario específico que debe seguir siempre prescrito por un profesional especialista en nutrición.

Asistir puntualmente a las sesiones de hemodiálisis y ser disciplinado en seguir indicaciones médicas para mejorar su adherencia terapéutica y a la calidad de vida del paciente.

El contar con un profesional en psicología es fundamental para motivar y ayudar día a día al paciente, así como establecer un vínculo afectivo y emocional con los familiares ya que son el apoyo principal para que dichos pacientes mejoren su tratamiento.

Referencias

- Aguilar, M. A., Barrera, A., Gómez, C., González, G., Méndez A. y Torres, L. P. (2014). Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Belmonte, M. C. y Valencia, S. A. (2013). Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Servicio de Hemodiálisis (tesis de grado de licenciado en psicología. Instituto Tecnológico de Sonora, Sonora, México.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez C. y Fajardo, L. (2006, octubre). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*. 5(3), 487-499. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v5n3/v5n3a05.pdf>
- Franch, V.J., Medina, O.G. y Blanco, G.J.A. (2005). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia. En: Serrano Vázquez M, editor. Esquizofrenia y enfermedades acompañantes. La Coruña: Publicaciones de asociaciones gallegas de Psiquiatría.
- López, J. L., Herrero, I. y Tomás, M. (2014). Apoyo Familiar al Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis. Centro de Diálisis Mataró-Diaverum, Mataró, España
- Martínez, I. (2012). Calidad de Vida de pacientes en programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (tesis de grado de licenciado en enfermería). Universidad Veracruzana, Minatitlán, México.
- Robles, A. I., Rubio, B., De la Rosa, E. V. y Nava, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*. 11(3). 120-125. Recuperado en <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Salinas, E. y Nava, M. G. (2012). Adherencia terapéutica. *EnfNeurol*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
- Soria, R., Vega, C. Z. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

Acerca de los autores

Dra. Raquel García Flores

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud en la UNAM. Actualmente, es Profesora Investigadora de Tiempo Completo en el Instituto Tecnológico de Sonora, donde imparte clases en licenciatura y maestría. Sus líneas de investigación son entrevista motivacional, calidad de vida, bienestar subjetivo. Coordina la Maestría en Investigación Psicológica que pertenece al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad de CONACyT. Sus líneas de investigación en el área de la psicología clínica y de la salud son: diseño y evaluación de intervenciones cognitivo conductuales, entrevista motivacional, calidad de vida, bienestar subjetivo, desgaste profesional, comportamiento suicida. Responsable del proyecto “Efectos de la entrevista motivacional en la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” financiado por Fondos Sectoriales en Salud de CONACyT. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indizadas y libros en editoriales reconocidas.

Dra. Santa Magdalena Mercado Ibarra

Profesor Investigador de Tiempo completo del Instituto Tecnológico de Sonora. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Integrante del Cuerpo académico consolidado Aprendizaje, Desarrollo Humano y Desarrollo Social. Secretaria de Enseñanza e Investigación del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A. C. (CNEIP). Titular de la Secretaría de investigación del Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, A. C. Representante Institucional ante la RED Internacional América Latina, África, Europa y el Caribe (ALEC). Certificación internacional en Terapia Cognitiva Conductual del Instituto Albert Ellis en Argentina. Estancias de Investigación en la Universidad de Barcelona, España, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad

Marista de Mérida y Universidad Anáhuac Cancún. Premio de Investigación Dr. José Miró Abella. Autora de libros: Baremación del MMPI A en Sur de Sonora, Potencializando el desarrollo integral del niño. Coautora del libro: “Jiak nokpo ji’ojnoki yee majtawame” o Lectoescritura en lengua yaqui. Compiladora del libro: Aproximación a la comprensión de las comunidades indígenas y rurales desde una perspectiva multidisciplinaria. Presentación de trabajos de Investigación en Colombia, Argentina, Francia, Guatemala y Chile.

Dr. Christian Oswaldo Acosta Quiroz

Licenciado en Psicología Clínica por el Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON). Maestro en Psicología con especialidad en Medicina Conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la línea de investigación de “estrés y afrontamiento en sujetos con enfermedades crónico-degenerativas”, con sedes de entrenamiento en el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México y en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Doctor en Psicología con especialidad en Psicología de la Salud en la UNAM, en la línea de investigación “Envejecimiento exitoso y actividades de la vida diaria de adultos mayores”, donde obtuvo la “Medalla Alfonso Caso” como reconocimiento por haber sido el graduado más distinguido en la Generación 2006-2010 de dicho Programa de Doctorado en Psicología, y tercer lugar en el Premio Nacional de Investigación Clínica Sobre Envejecimiento, otorgado por el Instituto Nacional de Geriatria. Actualmente, es Profesor-Investigador de Tiempo Completo en el ITSON Unidad Navojoa, donde imparte clases en licenciatura y maestría. Sus líneas de investigación son calidad de vida, bienestar subjetivo, educación para el ocio, activación conductual y envejecimiento activo. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indexadas y libros en editoriales reconocidas. Finalmente, es Investigador Nacional Nivel I en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI), integrante de la Red Temática de Investigación “Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social” del CONACYT y del Cuerpo Académico “Actores y Procesos Psicoeducativos” del ITSON.

Dra. Diana Mejía Cruz

Profesora de tiempo completo en el Instituto Tecnológico de Sonora. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en nivel Candidato. Obtuvo el grado de Maestra en Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM en la Residencia en Psicología de las Adicciones. Llevó a cabo sus estudios de Doctorado en Psicología en la UNAM realizando una investigación sobre la impulsividad y

propensión al riesgo en usuarios de droga. Durante sus estudios de Doctorado realizó una estancia corta de investigación en Washington University in St. Louis Missouri en el Departamento de Psicología en el Laboratorio de Toma de Decisiones. Trabajó en el Instituto Nacional de Psiquiatría en la validación psicométrica de instrumentos y diseños de tratamientos clínicos en pacientes de la clínica de trastornos adictivos. Ha trabajado como capacitadora y desarrollando documentos de prácticas clínicas en materia de adicciones para el Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones del Distrito Federal IAPA y Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones CENADIC. Ha trabajado como docente en la Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM, Universidad Tecnológica de México y Universidad Intercontinental. Ha sido ponente en treinta congresos nacionales y cuatro internacionales. Cuenta con 5 artículos y 2 capítulos de libros en materia de adicciones. Ha tomado 28 cursos de capacitación en psicología, estadística y escritura de textos científicos en inglés. Cuenta con un diplomado en “Intervenciones Breves Para Consumidores de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas”, impartido en la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM. Ha tenido experiencia clínica trabajando en un Centro de Atención Primaria en Adicciones UNEME- CAPA “Centros Nueva Vida” en la atención a usuarios de drogas. Ha trabajado en distintas Instituciones tales como la Fundación Casa Alianza México I.A.P. con niños en situación de calle, en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, con jóvenes con abuso de alcohol. En SAPTEL-Cruz Roja Mexicana, Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por teléfono y Penitenciaría de Santa Martha Acatitla.

*Calidad de vida y problemas asociados.
Retos en la psicología actual*

Elaborado en diciembre de 2019.

En las dos últimas décadas, los investigadores han puesto más atención a la calidad de vida pues los datos indican que la percepción subjetiva de un individuo de su salud física, salud psicológica, funcionamiento social, medio ambiente y calidad de vida subjetiva, es un determinante del bienestar y de la enfermedad. El objetivo de la presente obra es dar a conocer distintos fenómenos psicosociales que influyen en la percepción de la calidad de vida. Por ejemplo, el consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, la formación profesional, el envejecimiento, la violencia en el noviazgo, la discapacidad y la muerte. Los elementos descritos tienen una clara influencia en el bienestar de las personas por lo que resulta primordial contar con instrumentos válidos y confiables que permitan evaluarlos. Además, se destaca la relevancia de contar con programas de intervención para la mejora de la calidad de vida. Los capítulos fueron elaborados, en su mayoría, por alumnos y profesores de la Maestría en Investigación Psicológica en la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento “Calidad de vida y bienestar psicosocial” del Instituto Tecnológico de Sonora. Esperamos que las aportaciones contribuyan al conocimiento que permita estructurar intervenciones y generar políticas públicas que beneficien a distintos sectores vulnerables de la población.



ISBN 978-607-437-510-7



9 786074 375107